

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO
DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

PATRÍCIA GUIMARAENS FERREIRA

**IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS DE CUIDADORES FAMILIARES
DE IDOSOS FRÁGEIS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte

2015

PATRÍCIA GUIMARAENS FERREIRA

**IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS DE CUIDADORES FAMILIARES
DE IDOSOS FRÁGEIS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG.

Linha de Pesquisa: Organização dos serviços de saúde e suas relações com a violência.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Dias Gontijo.

Coorientadoras: Profa. Maria da Conceição Werneck Cortes e Dra. Karla Cristina Giacomini

Belo Horizonte

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

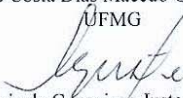
Implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis na rede pública de saúde de Belo Horizonte

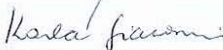
PATRICIA GUIMARAENS FERREIRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 31 de agosto de 2015, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Eliane Costa Dias Macedo Gontijo - Orientador
UFMG


Prof(a). Maria da Conceição Juste Werneck Cortes
UFMG


Prof(a). Karla Cristina Giacomin
Secretaria Municipal de Belo Horizonte


Prof(a). Sonia Maria Soares
UFMG


Prof(a). Mércia Heloisa Ferreira Cunha
PBH SMSA

Belo Horizonte, 31 de agosto de 2015.

Dedico esse trabalho a meus pais, que com seus exemplos me oportunizaram a estrada, e a meus filhos, razão do meu caminhar...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado forças e ter me encaminhado.

Agradeço a minha família, e especialmente meus filhos Mari, Pepê e Dan, por terem me apoiado e colaborado tanto em meus momentos de construção.

Agradeço ao corpo discente e docente do Programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG.

Agradeço à Profa. Dra. Elza Melo, à Profa. Dra. Eliane Dias Gontijo e Profa. Maria da Conceição Werneck, coordenadora, orientadora e coorientadora, por terem aceitado o desafio dessa orientação.

Agradeço à Karla Giacomini pela sua generosidade em compartilhar seu conhecimento e sua experiência, como colega, amiga e coorientadora.

Agradeço à Paula Chacon e à Mônica Assis que foram tão companheiras nesse processo.

Agradeço muito aos meus amigos e aos colegas de trabalho do Centro de Educação em Saúde, companheiros nas reflexões e apoio em vários momentos.

Agradeço a todos os trabalhadores, cuidadores, com quem tanto aprendi, parceiros na diária empreitada pela saúde pública, na vivência do cuidar.

Guardar

*Guardar uma coisa não é escondê-la ou trancá-la.
Em cofre não se guarda coisa alguma
Em cofre perde-se a coisa à vista.
Guardar uma coisa é olhá-la, fitá-la, mirá-la por admirá-la, isto é, iluminá-la ou ser por
ela iluminado
isto é, estar por ela ou ser por ela.*

*Por isso, melhor se guarda o voo de um pássaro
Do que de um pássaro sem voos*

*Por isso se escreve, por isso se diz, por isso se publica,
por isso se declara e declama um poema: Para guardá-lo
Para que ele, por sua vez, guarde o que guarda...
Por guardar-se o que se quer guardar.*

Antônio Cícero

Que este trabalho seja um dos registros do Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil, desenvolvido pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte/ MG, por meio do Ministério da Saúde e da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, que tive o prazer de coordenar.

Belo Horizonte, 2015.

RESUMO

A sociedade brasileira, pressionada pelo envelhecimento populacional acelerado, demanda intervenções públicas que deem respostas à necessidade de assistência qualificada e suporte às pessoas idosas e seus familiares, como principais agentes do cuidado ao idoso. O Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF), instituído em 2009, pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com apoio do Ministério da Saúde, tem por objetivo qualificar profissionais da atenção primária, visando à melhoria da assistência e do desenvolvimento de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis, como uma ação de promoção da saúde da pessoa idosa e seus cuidadores. O presente estudo busca analisar o processo de implantação desses grupos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, discutindo os limites e as possibilidades desse trabalho, a partir da perspectiva de gestores e técnicos destes serviços. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza quantitativa, com utilização de questionários estruturados para gestores e técnicos da SMSA/BH. A pesquisa se dividiu em duas etapas: a primeira direcionada a gestores distritais de saúde, e a segunda direcionada a gestores locais, de UBS, e profissionais de saúde (Facilitadores) destas unidades. Todos os nove Gerentes de Atenção à Saúde dos Distritos Sanitários preencheram formulário auto aplicativo, contendo 10 assertivas, organizadas em escala Likert. Na segunda etapa, a amostra aleatória abrangeu 31 UBS, sendo que metade dessas criaram grupos de cuidadores. Participaram do estudo 26 gerentes e de 26 facilitadores capacitados pelo PQCIF, entre novembro de 2009 e dezembro de 2013. Utilizou-se questionário eletrônico, com 40 itens, elaborado no Programa Google Drive. Na investigação, sobre as condições adequadas para implantação e funcionamento dos grupos, todos os gerentes distritais concordaram sobre os princípios norteadores do PQCIF, tendo havido discordância quanto às assertivas sobre a necessidade de infraestrutura e liberação de agenda dos facilitadores para realização de grupos nas UBS. Em relação aos gerentes e facilitadores entrevistados, verificou-se baixa variabilidade nas respostas dadas pelas duplas e inconsistências principalmente nas UBS que não realizaram grupos. A capacitação dos profissionais e participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, as formas de divulgação e o convite feito no domicílio pelos Agentes Comunitários de Saúde mostraram-se associados à criação dos grupos. Em relação à infraestrutura, houve associação para implantação de grupos nas Unidades que contavam com local apropriado para as reuniões, agenda do profissional liberada para as atividades, além do planejamento e responsabilização das atividades de capacitação. O monitoramento periódico das atividades e o *feedback* positivo dos cuidadores mostraram-se significativos entre as UBS que criaram ou não os grupos. Concluiu-se que as estratégias metodológicas utilizadas na qualificação de cuidadores, a utilização de técnicas combinadas de metodologia ativa, construídas coletivamente e o apoio matricial como suporte técnico pedagógico às equipes contribuíram pelo desfecho, da implantação de grupos. Uma prática educacional para imprimir transformações nos sujeitos e no Sistema Único de Saúde por meio da implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis depende da atuação sinérgica de gestores e trabalhadores. Considerando a perspectiva da necessidade de melhor preparo dos serviços e das famílias para o enfrentamento do envelhecimento populacional brasileiro, e sendo os grupos reconhecidos como uma efetiva tecnologia assistencial, esse estudo veio reforçar a importância de mobilização, infraestrutura e capacitação de profissionais para ampliar os grupos de cuidadores, sendo imprescindível maior apoio institucional para ser aprimorado, expandido e inserido como serviço na rede pública de saúde.

Palavras-chave: Idoso, cuidador, tecnologia assistencial, grupo, educação em saúde

ABSTRACT

Brazilian society, under the pressure of a rapidly aging population, demands governmental intervention attending to the need for adequate care and support for the elderly as well as for their families, these being the main caregivers for the elderly. The Care Qualification Project for the Fragile Elderly - PQCIF, 2009 of the Municipal Secretary of Healthcare of Belo Horizonte, with support from the Ministry of Health, aims to prepare primary health care professionals in order to improve setting up and aiding groups of family caregivers of frail elderly, with the aim of improving the health of the elderly and their caregiver. The present study seeks to analyze the implementation process of these groups in the Basic Health Units (UBS), discussing the limitations and possibilities of this work from the point of view of health care managers and technicians. The nine Health care Districts Managers as well as a random sample of 26 managers from UBSs and 26 health care professionals (facilitators) from 31 UBSs, which had been trained by PQCIF, from November 2009 to December 2013, participated in the present study. Caregivers groups were formed at 17 (55%) of USBs. For the managers a form with ten statements, placed on a Likert scale, was used. USB Managers and facilitators responded to an on-line questionnaire with 40 items, written on Google Drive Program. All nine-district managers agreed on the guiding principles of PQCIF but there was disagreement about statements regarding the infrastructure needed and liberating time for the facilitators to form groups at the UBSs. In respect to interviewed managers and facilitators, there was low variability in the responses given by the pairs and inconsistencies especially from units that did not form groups. The training of professionals and their participation in the Family Health Support Unit, forms of dissemination and community health agents visiting homes to invite for participation, influenced group formation. Regarding infrastructure, the units that had meeting rooms, liberating time for to participate in activities as well as planning and reporting of training activities had a positive effect on the outcome. Monitoring of activities and positive feedback from the caregivers showed to have a positive effect on the UBSs, whether they had formed groups or not. The present study shows the effectiveness of the methodological strategies used in career training, joining techniques and active methodology, built together with the aid of technical and pedagogical support. Educating to cause changes among subjects and at SUS, by forming groups of family caregivers of frail elderlies, depends on the synergistic action of managers and workers. In view of the need for better prepared services for the elderly and their families in Brazil and the effectiveness of career groups being recognized, the present study shows the importance of an appropriate infrastructure, mobilization and training of professionals with time made available, in order to stimulate career groups and these becoming an integrated part of public health care.

Keywords: elderly, caregiver, assistive technology, group, health education

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perspectiva dos Gerentes de Atenção à Saúde – GERASA - sobre grupos de cuidadores de idosos frágeis do PQCIF”, Belo Horizonte, 2014.....	45
Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo o Distrito Sanitário, a Unidade Básica de Saúde, a realização de grupos de cuidadores de idosos frágeis do PQCIF e o cargo ou função ocupada, Belo Horizonte, 2014.....	46
Tabela 3 - Perspectiva de gerentes e facilitadores sobre as estratégias Mobilização interna para a realização de grupos de cuidadores de idosos frágeis do PQCIF”, Belo Horizonte, 2015.....	46
Tabela 4 - Perspectiva de gerentes e facilitadores sobre as estratégias de Mobilização externa para a realização de grupos de cuidadores de idosos frágeis do PQCIF”, Belo Horizonte, 2015.....	49
Tabela 5 - Perspectiva de gerentes e facilitadores sobre as “Condições de Implantação e Funcionamento dos grupos de Cuidadores de idosos frágeis do PQCIF”, Belo Horizonte , 2015.....	50
Tabela 6 – Perspectiva de gerentes e facilitadores sobre as estratégias de Avaliação e Matriciamento dos grupos de cuidadores de idosos frágeis do PQCIF, Belo Horizonte, 2015.....	52
Tabela 7 – Similaridade de respostas entre gerentes de facilitadores de UBS sobre estratégias para implantação dos grupos de cuidadores frágeis do PQCIF, Belo Horizonte, 2015.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD – Atividades avançadas de vida diária
ABVD – Atividades básicas de vida diária
ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária a Saúde
BH – Belo Horizonte
CASAI - Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso
CD - *compact disc*
CES - Centro de Educação em Saúde
CF – Constituição Federal
COEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS - Centros de Referência de Assistência Social
CREAS - Centros de Referência Especializada em Assistências Social
DAAI – Diretoria de Apoio e Assistência ao Idoso
DS - Distrito Sanitário
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESP/MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
GEAS - Gerência de Assistência à Saúde
GERASA - Gerência Distrital de Assistência à Saúde
GGTE - Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
GT - Grupo de Trabalho
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos
LBA - Legião Brasileira de Assistência
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social
MG – Minas Gerais
MP – Ministério Público
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAD - Programa de Atenção Domiciliar
PBH - Prefeitura de Belo Horizonte
PEP - Programa de Educação Permanente
PNAD- Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PNAS- Política Nacional de Assistência Social
PNI - Política Nacional do Idoso
PNSI- Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PQCIF - Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil
PSF - Programa de Saúde da Família
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
SEDH - Secretaria Especial de Direitos Humanos
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SESC - Serviço Social do Comércio
SF – Saúde da Família
SMAAS - Secretaria Municipal de Adjunta de Assistência Social
SMPS - Secretaria Municipal de Políticas Sociais
SMSA - Secretaria Municipal de Saúde
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo geral.....	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 Envelhecimento.....	19
3.2 O cuidado, a família, o cuidador.....	20
3.3 Marcos legais do papel do Estado na atenção à pessoa idosa.....	22
3.4 Educação permanente e cuidado.....	24
3.5 O grupo como estratégia.....	27
3.6 Políticas públicas de atenção à pessoa idosa em Belo Horizonte.....	29
3.7 O Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil.....	34
3.7.1 Capacitação em “Cuidados ao Idoso Frágil”.....	35
3.7.2 Estratégias para formação de grupo de cuidadores de idosos frágeis.....	36
3.7.3 O início dos trabalhos com os facilitadores.....	37
3.7.4 Implantação dos grupos.....	38
4 METODOLOGIA.....	39
5 RESULTADOS.....	44
5.1 GERASA.....	45
5.2 Gerentes de UBS e Facilitadores.....	46
6 DISCUSSÃO.....	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXO 1 PLANILHA DE IMPLANTAÇÃO DOS GRUPOS DE CUIDADORES DE IDOSOS DO PQCIF.....	75
ANEXO 2 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO POR UBS, DS E IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE CUIDADOR FAMILIAR.....	77
ANEXO 3 ESTRATÉGIAS PARA FORMAÇÃO DE GRUPO DE CUIDADORES DE IDOSOS FRÁGEIS.....	78
APÊNDICE 1 ROTEIRO DE ENTREVISTA GERASA.....	83
APÊNDICE 2 ROTEIRO DE ENTREVISTA GERENTE DE UBS.....	84
APÊNDICE 3 ROTEIRO DE ENTREVISTA FACILITADOR.....	94

1 INTRODUÇÃO

Dentre as várias conquistas da humanidade, devidas aos avanços da ciência e à melhoria das condições de vida da população, estão o ganho na expectativa de vida e consequente aumento do contingente de idosos. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o grupo etário que mais cresce em todo o mundo é aquele com idade igual ou superior a 60 anos, classificado, no Brasil, como população idosa. Em 2010, em todo o mundo, cerca de 755 milhões de pessoas se encontravam nessa faixa etária, e estima-se que esse grupo deve alcançar 1,2 bilhão de pessoas em 2025 de acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2009). Wong e Carvalho (2006), analisando dados brutos da Organização das Nações Unidas (ONU), enfatizam os desafios que o ritmo acelerado do envelhecimento populacional latino-americano e caribenho aporta às políticas públicas, conforme apontam as pirâmides etárias de 1950 a 2050.

Possíveis impactos negativos desse processo estariam relacionados aos cenários social, econômico e cultural, caracterizados por alta incidência de pobreza, desigualdade social persistente, baixa cobertura da seguridade social e provável tendência à deterioração das estruturas familiares de apoio aos idosos (CAMARANO; PASINATO, 2007).

No Brasil, o envelhecimento populacional teve início na década de 40, com a redução nas taxas de mortalidade e de fecundidade. Em 1980, havia 6,3% de idosos, passando para 10,8% em 2010 e estima-se que, em 2025, os idosos serão 14% da população total, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas, conforme Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (IBGE, 2012). Assim, a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. Essa velocidade das transformações com relação ao envelhecimento coloca o Brasil como um dos países com maior índice de envelhecimento da população mundial. (OPAS, 2009)

Um estudo desenvolvido, em 2013, sobre a saúde do idoso, com base no Programa de Saúde da Família (PSF), aponta o estado de Minas Gerais como o segundo no país com maior número de idosos, cerca de 2,6 milhões de pessoas. Na capital, Belo Horizonte, essa população representa aproximadamente 11% da população geral, com quase 300 mil habitantes, predominando (60%) mulheres (ARAÚJO *et al.*, 2013)

Associado à maior longevidade do gênero feminino, o fenômeno da feminização da velhice – proporção maior de mulheres na população idosa - é apontado como uma questão fundamental no envelhecimento, tendo em vista as condições de vida da mulher brasileira (BERQUÓ,1996). A maioria das mulheres brasileiras não contribuiu para a Previdência Social e as trabalhadoras possuem menor remuneração, têm maior probabilidade de ficarem viúvas e dificuldade de novos enlances (NERI, 2007). Ressalta-se que essa condição de vulnerabilidade econômica e social, somada à possibilidade de fragilização associada à maior longevidade, pode exigir maior intervenção pública, em especial para as mulheres idosas, seja em cuidados de saúde e/ou de programas sociais (BURLÁ; CAMARANO, 2013).

Outra característica do envelhecimento no Brasil é a sua intensidade, medida pelo crescimento acentuado da população octogenária. Camarano e Mello (2010) apontam que se, em 2010, os “idosos muito idosos” no país representavam 1,5% da população idosa; em 2040, a projeção é que corresponderão a 25% desse grupo. Considerando que esse segmento é mais vulnerável a doenças e agravos crônicos não transmissíveis, e consequentes limitações funcionais, torna-se imprescindível a implantação de estratégias para dar suporte a essas famílias no enfrentamento de eventuais cuidados prolongados (GIACOMIN *et al*, 2005).

O Censo Demográfico 2010 apontou redução da taxa de fecundidade total com um número médio de filhos por mulher, passando de 2,38 filhos/mulher em 2000, para 1,90 em 2010 e com expectativa de queda no número de potenciais cuidadores de idosos, estimando-se dois potenciais cuidadores para cada idoso de 75 anos ou mais, em 2050, quando comparados com os cinco existentes em 2000 (OPAS, 2009).

Apesar de a cultura brasileira assumir a família como principal instituição cuidadora, sua nuclearização reduz a possibilidade do cuidado ser prestado unicamente por familiares (CAMARANO; MELLO, 2010), enquanto aumenta o risco de situações de violência doméstica pela insuficiência familiar (LEMOS, 2013).

No que se refere à escassez de suporte social para os idosos vulneráveis e/ou dependentes, residentes em domicílios, sozinhos ou com famílias insuficientes, Lemos (2013) comenta que o

apoio informal, provido pela família, vizinhos e comunidade, ressentem-se da falta da incorporação efetiva do Estado no cuidado. As mudanças sócio demográficas, com redução do tamanho das famílias e do número de cuidadores entre seus membros, aponta a insuficiência das famílias como as únicas responsáveis pelo cuidado àqueles que dele necessitam.

Ademais, se, por séculos, as sociedades tradicionais integravam e valorizavam a sabedoria e a experiência de pessoas mais velhas, as sociedades atuais, voltadas ao culto da juventude, recusam a normalidade da velhice, a ponto de considerá-la uma doença. O estereótipo atual do velho é o de alguém doente, impotente, dependente, sem a dignidade de um ser humano forte e livre. Ao negar as diferenças sem se reconhecer nessa trajetória natural da espécie humana a realidade de todos, nega-se a própria vida e a chance de um cuidado digno das pessoas idosas (GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013).

A sociedade brasileira, pressionada pelo envelhecimento populacional, lida com a premência da mudança da cultura do cuidado. Todos os agentes envolvidos, sejam profissionais, cuidadores formais e/ou informais e as próprias pessoas idosas ora cuidadoras ora cuidadas, devem participar da construção de respostas sobre o necessário e o possível na atenção à pessoa idosa frágil. Para tanto, dentre os desafios, , essa realidade demanda intervenções públicas que dêem respostas à necessidade de assistência qualificada e suporte às pessoas idosas e seus familiares, como principais agentes do cuidado do idoso, em especial do idoso fragilizado. Tornam-se necessárias políticas de apoio ao cuidado familiar e/ou estruturas diferenciadas para o abrigamento e/ou cuidado humanizado aos idosos frágeis (CAMARANO; MELLO, 2010).

Pinheiro e Martins (2011) apontam que, apesar do país ser considerado de vanguarda em relação à legitimação de saberes e práticas em saúde, a formação dos recursos humanos na área de saúde vem sendo repensada. Discute-se desde o desenho, onde ainda prevalecem estruturas piramidais do saber, marcadas pela sua fragmentação em especialidades, até a sua inserção na prática, na interlocução entre educação e saúde. Ayres (2015) lembra ainda a necessidade da consubstancialidade tecno-assistencial das práticas de saúde, numa perspectiva emancipatória, do cuidado como troca entre sujeitos. Urge a promoção de processos que possibilitem encontros

entre o conhecimento técnico, a prática clínica e o saber de profissionais e familiares envolvidos na rotina do cuidado.

Na Atenção à Saúde, observam-se os reflexos do descompasso entre a formação inadequada do profissional de saúde, o acelerado e intenso envelhecimento populacional, e a lentidão e insuficiência na implantação das leis, como é o caso da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a). Eles incluem as dificuldades de suportes familiar e social, que revelam as diferenças culturais, as múltiplas demandas e as necessidades que sempre marcaram sua presença nos serviços de saúde, majoradas pela grande carência de profissionais capacitados para o cuidado da população idosa (GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013).

Em se tratando do cuidado de pessoas idosas frágeis, sabe-se que os cuidadores de idosos experimentam um fardo considerável e estão em maior risco de morbidades psiquiátrica e física comparado à população geral e a grupos controle (CSHA, 1994). Para tentar mitigar esse fardo, a implantação de grupos de cuidadores familiares pode funcionar como uma estratégia do poder público para garantir o suporte e qualificação do cuidado de pessoas idosas frágeis bem como para promover a saúde de quem cuida. Afinal, o desenvolvimento de ações que orientem e apoiem os cuidadores favorece o seu autocuidado e pode contribuir para uma adequada atenção à pessoa idosa, conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido, o Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF), instituído em 2009 pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com apoio do Ministério da Saúde, tem por objetivo qualificar profissionais da atenção primária, em interface com demais níveis de atenção à saúde, visando à melhoria da assistência ao idoso e desenvolvimento de ações de promoção da saúde dos agentes envolvidos no cuidado ao idoso. Dentre as ações de cuidado ao cuidador, foram criados grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis em todos os distritos sanitários da cidade de Belo Horizonte (FERREIRA *et al*, 2012).

Em sua primeira etapa de desenvolvimento, entre novembro de 2009 a dezembro de 2013, o PQCIF promoveu cursos com conteúdo sobre o envelhecimento e cuidados ao idoso frágil, para

os profissionais de saúde da rede. Foram capacitados 4.395 profissionais de nível superior, nível médio de enfermagem, agentes comunitários de saúde e cuidadores para instituições de longa permanência (FERREIRA *et al*, 2012).

A metodologia para implantação dos grupos foi construída a partir dos resultados das oficinas de “Elaboração da Proposta de Implementação do Projeto na Rede SUS-BH”, quando foram debatidas as melhores condições para criação, funcionamento, formato dos grupos. Participaram dessas oficinas todos os profissionais que fizeram a capacitação e, dessa forma, o eixo estruturador da metodologia dos grupos foi elaborado com a participação de todos e consolidado a partir disso em Estratégias de Implantação dos Grupos de Cuidadores Familiares de Idosos Frágeis.

A etapa seguinte, de implantação dos grupos de cuidadores familiares de idosos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), teve como preparação a seleção dos profissionais interessados para atuarem como facilitadores na implantação dos grupos, entre aqueles que participaram da capacitação. O levantamento de interessados e perfil quanto à disponibilidade, à experiência e à formação na área apontou que, apesar da experiência com atividades coletivas nas UBS, esses profissionais não tinham tido oportunidade de uma preparação para o trabalho com grupos. Assim, diante da necessidade e interesse, foi oferecido o módulo “Metodologia de trabalho com grupos de cuidadores familiares de idosos”.

Desenvolvido por meio de estratégias educacionais interativas, a iniciativa resultou na legitimação da proposta metodológica consolidada a partir das oficinas do módulo anterior, e na construção compartilhada de técnicas de grupo, de acordo com os temas propostos pelo projeto, para serem desenvolvidas nos encontros com os cuidadores familiares de idosos (FERREIRA *et al*, 2012).

O PQCIF tinha como meta proposta a implantação de grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis nas 147 UBS da cidade de Belo Horizonte (FERREIRA *et al*, 2012). Entretanto, ocorreu uma discrepância entre a formação de facilitadores e a criação de grupos: até maio de

2011, foram capacitados 322 profissionais da atenção primária para atuarem na implantação dos grupos; porém, até dezembro de 2013, essa meta não havia sido atingida em todas as UBS.

Todo o processo de construção do PQCIF, considerando-se os fatores que contribuíram, principalmente em seu alcance para as pessoas idosas frágeis e suas famílias, por meio dos grupos, foi uma experiência inovadora, onde os profissionais participaram diretamente do modelo a ser implantado e do seu aprimoramento em processo. Tornou-se imprescindível registrá-lo, como um modelo, dotado de metodologia própria, construído a partir do compartilhamento de saberes entre os profissionais da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, que participaram do PQCIF. E, apesar da maioria das UBS ter realizado grupos, é preciso compreender os fatores que se mostraram dificultadores para sua implantação, onde isso não ocorreu.

Conhecer melhor os resultados do Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil pode subsidiar as ações de atenção à saúde do idoso no município, favorecendo a construção de um modelo assistencial humanizado e qualificando a assistência no processo de envelhecimento. Assim, o presente estudo busca analisar o processo de implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis nas UBS de Belo Horizonte, discutindo os limites e as possibilidades do trabalho com estes grupos na SMSA, a partir da perspectiva de gestores e técnicos da atenção primária.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis nas Unidades de Saúde de Belo Horizonte, na perspectiva de gestores e profissionais de saúde, facilitadores dos grupos.

2.2 Objetivos específicos

1. Conhecer a perspectiva dos gestores e facilitadores sobre o processo de implantação e operacionalização dos grupos de cuidadores;
2. Identificar os principais fatores associados à implantação efetiva dos grupos;
3. Conhecer a perspectiva dos gestores sobre a adesão de familiares cuidadores aos grupos;
4. Discutir os limites e as possibilidades dos trabalhos com grupos de cuidadores familiares de idosos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento

Heterogênea, a velhice é uma conquista, resultado da associação de vários fatores, dentre eles carga genética, condições de acesso a bens e serviços, curso da vida, escolhas, hábitos, filosofia e entorno. Pode-se envelhecer de forma ativa, mas também pode-se envelhecer com fragilidade. É considerado idoso ativo, aquele indivíduo que tem preservada sua autonomia - capacidade de decidir sobre sua própria vida; e sua independência - capacidade de realizar algo com os próprios meios, ou seja, tem preservada sua capacidade funcional (OMS, 2005). Por sua vez, inexistente consenso sobre o que seja um “idoso frágil”, visto que o fenômeno da fragilidade é determinado por fatores múltiplos, inter-relacionados e variáveis de indivíduo para indivíduo (ANDRADE, *et al.* 2012). Para essa síndrome complexa e multifatorial, são propostos modelos distintos de fragilidade (TEIXEIRA, 2006), segundo os quais os serviços devem organizar ações buscando evitar ao máximo a perda da autonomia e da independência das pessoas idosas. (BRASIL, 2007).

Nos países em desenvolvimento, onde o envelhecimento surge acompanhado de condições desiguais de saúde, econômicas e sociais, a prevalência de fragilidade na população idosa varia entre 26,7% a 42,6% (ALVARADO apud VIEIRA *et al.*, 2013). Estas mudanças no padrão de morbimortalidade que ocorrem em conjunto com as transformações demográficas e sociais já podem ser percebidas no Brasil. A transição epidemiológica é percebida pelo declínio progressivo de doenças infecciosas, aumento de doenças crônicas não transmissíveis, doenças circulatórias, respiratórias, predomínio de neoplasias, elevação da prevalência de doenças neuropsiquiátricas, como Parkinson e Alzheimer, acidentes e suas consequências (CHAIMOWICZ, 2013). Em Belo Horizonte estima-se a prevalência da fragilidade entre idosos em 8,7% (VIEIRA *et al.*, 2013).

Em Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) adotou como critérios de fragilidade os estabelecidos pela Linha de Cuidado ao Idoso: ter mais de 80 anos ou no caso de pessoas menores de 80 anos, apresentar: polipatologias (≥ 5 diagnósticos); polifarmácia (≥ 5 drogas/dia); imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (quedas de repetição); incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial,

depressão, delirium); idosos com história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar; idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica (ABVD); ou vivendo situação de insuficiência familiar ou de vulnerabilidade social, no meio familiar ou institucional (MINAS GERAIS, 2006).

O declínio fisiológico advindo do processo de envelhecimento, associado à possibilidade do adoecimento, ao comprometimento dos sistemas funcionais – cognição, humor, mobilidade e comunicação, à idade avançada; ao risco psicológico e/ou sócio familiar, dentre outros fatores citados em Moraes (2012), podem determinar o comprometimento funcional da pessoa idosa, que passa a precisar de cuidados.

3.2 O cuidado, a família, o cuidador

Em todo o mundo, os cuidados aos idosos dependentes são prestados geralmente no contexto familiar, porém as políticas de retaguarda diferem entre os países (CAMARANO; MELLO, 2010). Existem países onde o envelhecimento aconteceu de forma gradativa e cujo Estado conseguiu garantir uma melhor estrutura para atendimento e apoio ao idoso e sua família (HIRATA; GUIMARÃES, 2012). No Brasil, a legislação enfatiza a responsabilidade da família no cuidado aos seus membros, mas políticas de apoio ainda são recentes e insuficientes (LEMOS, 2013). Com isso, o Estado exige o dever familiar de cuidar e pune quem não o faz, mas não assegura o seu apoio a estas famílias (LEMOS, 2013; CAMARANO; MELLO, 2010).

Além disso, a família não é uma instituição rígida, pois conforme afirma Carvalho (2005), trata-se de uma construção social que se modifica no tempo e no espaço, cumprindo uma função, ao longo do tempo e dentro de cada sociedade. Assim, ela se estrutura das mais variadas formas e cada sociedade contribui criando diversos modelos de organização. Na atualidade, novos arranjos familiares são construídos e “a modificação de papéis traz consigo outros fatores, como a necessidade de políticas destinadas a família como um todo, que respeitem a matricialidade sóciofamiliar” (SANTANA *et al.*, 2013, p. 8).

Segundo o Ministério da Saúde, o conceito de família é “o conjunto de pessoas, ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui o empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados” (BRASIL, 1988). Aquino e Cabral (2002) trabalham com a ideia de que a família é um espaço de intimidade que une pessoas por laços consanguíneos ou por afetividade, sendo fonte de suporte social - o mais efetivo meio de sustentação e pertencimento de seus membros.

No que se refere ao cuidado ao idoso, diante das condições sociodemográficas do envelhecimento no Brasil, dados apontam que é cada vez maior o número de pessoas que necessitam de cuidado em relação ao número de pessoas que podem oferecê-lo (IBGE, 2008). Neri (2007) discute que além da maior longevidade, haveria também um envelhecimento diferenciado, quanto ao acesso à qualidade de vida e ao aumento das condições crônicas de saúde, o que determina a necessidade de cuidados de longa duração. Essa situação tem que ser enfrentada pela família moderna, com menor número membros, e cuja mulher – principal agente cuidadora nas famílias, que cuida simultaneamente de crianças, adolescentes e idosos - necessita se inserir no mercado de trabalho, acumulando funções (CAMARANO; MELLO, 2010; NÉRI, 2007).

Além disso, a atribuição de cuidar compromete as condições físicas e psicológicas do cuidador, mobiliza e altera sua rotina e seus planos de vida, gerando sobrecarga, tensões intrapsíquicas e limitações que podem adoecê-lo. Suas tarefas são árduas, envolvem afetos, relações e devem ser bem administradas entre o ônus real e o ônus percebido (GIACOMIN *et al*, 2005). Isso também significa administrar, além das emoções, os recursos materiais, em destaque os financeiros. Todos estes fatores podem comprometer a saúde do cuidador.

Para enfrentar esse desafio, os cuidadores devem usar de seus recursos de personalidade e de regulação emocional (NERI, 2007), associados aos recursos sociais disponíveis. Se por um lado os valores da solidariedade e ajuda mútua ainda preponderam na cultura brasileira, a transição demográfica, levando à redução do tamanho das famílias e do número de cuidadores, aponta para a criação de uma condição inexorável de fragilidade social das famílias, particularmente entre famílias de baixa renda, nas quais a estas condições soma-se a vulnerabilidade econômico-financeira (CAMARANO; MELLO, 2010).

Fried *et al.* (2001) apontam o processo de adoecimento do cuidador como efeito da associação do estresse advindo do cuidado e da redução de sua capacidade de resposta e sustentação. A depressão e a restrição da capacidade funcional dos cuidadores de idosos são problemas recorrentes, havendo uma estreita relação entre as características dos cuidadores, as circunstâncias do cuidado, o contexto familiar envolvido, e a participação do cuidador em Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), ou seja, na sua vida social.

No nosso meio, o cuidador familiar cuida sozinho, nem sempre é reconhecido pela família ou pelo idoso, cuida de forma intuitiva baseado em crenças e experiências anteriores ou em troca de informações com pessoas que vivenciam situações semelhantes. Ele próprio busca estratégias e suporte social que o ajudem a cuidar (GIACOMIN *et al.*, 2005). Esse cuidador absorvido pela agenda do cuidado torna cada vez mais evidente sua própria necessidade de ser cuidado. Assim, a atenção a estes cuidadores é essencial para a preservação da sua autonomia e saúde. Portanto, as dificuldades encontradas no cuidado de uma pessoa frágil precisam ser enfrentadas por todos os agentes de cuidado envolvidos: a pessoa idosa, a família e o Estado (BRASIL, 1988).

3.3 Marcos legais do papel do Estado na atenção à pessoa idosa

A inclusão do envelhecimento como questão a ser tratada pelo Estado brasileiro é relativamente recente. Os primeiros registros legais relativos às pessoas idosas aparecem vinculados à legislação previdenciária e com cunho caritativo e de proteção social (FERNANDES; SOARES, 2012). Até meados dos anos 70, a questão do cuidado às pessoas idosas no Brasil restringia-se ao âmbito familiar. As transições demográfica e epidemiológica, acompanhadas de mudanças nas estruturas sócio familiares e à permanência de condições socioeconômicas desfavoráveis no Brasil, foram fatores determinantes para a necessidade de resposta do Estado à questão. (SILVA; FERREIRA, 2008)

Camarano e Mello (2010) colocam que o país, diferentemente dos países desenvolvidos que enriqueceram antes de envelhecer, acumula uma dívida social com sua população e divide com a sociedade e com a família a responsabilidade do cuidado. Dentro dessa ótica, a Constituição Federal de 1988, um dos primeiros marcos legais que mais efetivamente trata dessa questão, em

seu artigo 230, institui que a “família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar, garantindo-lhes o direito à vida”. A velhice figura como necessidade de proteção social e o cuidado às pessoas idosas como dever compartilhado, no qual a família aparece como primeira responsável.

Com base nos princípios e nas diretrizes da Constituição de 1988, outros dispositivos legais de proteção e garantia de direitos à pessoa idosa foram aprovados, especificamente citam-se a Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), e o Estatuto do Idoso. A questão também é introduzida em legislações setoriais, as quais cabe destaque a Política de Assistência Social, regulamentada através da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e da Política Nacional de Assistência Social (PNAS); e a Política de Saúde, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). (SILVA; FERREIRA, 2008). Em todas as leis instituídas, reforça-se o papel da família no cuidado, mas também aponta a necessidade da ação do Estado e da sociedade.

O direito à saúde é afirmado no artigo 196 da Constituição, “como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]” e no artigo 198 que constitui o SUS, tendo como princípios a universalidade, integralidade, equidade e controle social. Em 1994, o Ministério da Saúde propõe a implantação do PSF a fim de possibilitar o acesso ao cuidado à saúde e instituir um novo modelo de atenção à saúde - a Estratégia de Saúde da Família - para reafirmar e incorporar os princípios básicos do SUS (BRASIL, 2006; 1994).

Dentro desse modelo, a atuação da ESF se dá no território, com enfoque familiar e comunitário e abordagem de problemas psicossociais e socio sanitários, em parceria com os usuários e outros setores governamentais e não governamentais. Está estruturada a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Trabalha com a ideia de responsabilização múltipla e a combinação de estratégias, associando um conjunto de valores como saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania e desenvolvimento. Busca garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e

curativas e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2006).

Em 1993, com a publicação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993), e em 2004, com a instituição do Sistema de Assistência Social (SUAS), a proteção social às pessoas idosas em situação de risco e vulnerabilidade social, é garantida por meio da PNAS. Reforça-se a preservação dos vínculos sócio familiares, além de determinar o amparo legal do Estado, inclusive financeiro, através de benefício assistencial a ser provido a pessoas idosas e/ou com deficiência, prevendo em seu sistema, modalidades de atendimento de acordo com as necessidades das pessoas idosas e suas famílias (BRASIL, 2004).

A PNI, aprovada em 1994 e, regulamentada em 1996, foi a primeira legislação destinada especificamente à população idosa. Trata das atribuições dos diversos agentes envolvidos nas ações voltadas para o idoso no Brasil, principalmente em relação ao papel do Estado e seus respectivos órgãos (SILVA; FERREIRA, 2008). Estabelece direitos sociais necessários para um envelhecimento ativo e saudável e uma velhice digna, e, em seu artigo 15, registra pela primeira vez como determinação legal, a necessidade de capacitação de recursos humanos, para qualificação do atendimento a ser prestado a esse segmento (BARROSO, 2001).

A qualificação de recursos humanos é também reforçada em 2006, na PNSPI, a qual, dentre suas diretrizes, reconhece a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde, com destaque para profissionais da atenção primária à saúde, valorizando-se também iniciativas de educação popular. Além disso, é nessa legislação, que dentro do atendimento integral à pessoa idosa, é colocada a preocupação e a necessidade do apoio ao cuidador. Referindo-se ao estresse que o cuidado a pessoas idosas frágeis pode gerar aponta a importância de ações de apoio e cuidado ao cuidador, dentre elas os grupos de autoajuda (BRASIL, 2006).

3.4 Educação permanente e cuidado

Diante de toda a heterogeneidade da velhice e da singularidade da história de cada sujeito e sua família, nesse novo modelo assistencial, o trabalho a ser desenvolvido deve estar dentro de uma

abordagem que valorize as experiências, as aspirações, as preocupações e as relações significativas ao longo da vida. Tendo como foco o cuidado centrado na pessoa idosa, devem-se estabelecer planos de cuidado individualizados, baseados na história de vida do usuário, suas necessidades e preferências (OLIVEIRA, 2013).

Nesta perspectiva, Feuerwerker (2014, p.74) refere-se à importância de aprender em diferentes tipos de serviços e espaços como oportunidade para colocar em análise os modos de cuidar, numa perspectiva ampliada de saúde, na micropolítica e singularidade dos envolvidos nas relações de cuidado:

O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa. Podemos e devemos olhar para ele de outros ângulos (históricos, sociais, culturais, e no plano singular de cada situação de vida). A vivência nos territórios, nos domicílios, pode ser aproveitada para fazer este movimento de ampliação do olhar, da escuta, da perspectiva – para também desenvolvê-la em todos os outros lugares onde se cuida em saúde.

Alves e Aerts (2011) colocam que, dentre os desafios nesta mudança da cultura do cuidado, os processos educativos em saúde podem ser forte estratégia, ao permitirem encontros entre o conhecimento técnico, a prática clínica e o saber de profissionais e os familiares envolvidos. Além disso, a formação de recursos humanos na saúde é reconhecida como atribuição do Estado, conforme estabelece a Constituição de 1988 em seu artigo 200, item III: “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988).

A fim de intervir na transformação do modelo de atenção e nas práticas assistenciais, dentro de uma perspectiva ampliada do conceito de saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43) argumentam:

[...] a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Dessa forma, a inter-relação entre sujeitos e agentes do cuidado pode ser entendida como um processo de ensino-aprendizagem, onde “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (FREIRE, 2013, p. 25). E, para favorecer esse novo olhar, a formação dos profissionais deve se fundamentar nessa nova intencionalidade, com orientação pelas necessidades de saúde, pelo diálogo, alargando a capacidade de interação e compartilhamento, onde o desconforto e estranhamento intelectual provocado pelo encontro de diferenças faz do processo de ensino-aprendizagem uma transformação nos sujeitos envolvidos.

Assim, os processos educativos em saúde, onde cabe destaque dentro desta perspectiva a educação permanente e as metodologias ativas como estratégias, “têm como foco o cuidado, o cuidado de si e o cuidado do outro, de acordo com as escolhas de cada um” (CECCIM, 2005, p. 168).

Nesse sentido, em 2004, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do SUS em todo território nacional - Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Essa norma reconhece que a educação permanente em saúde realiza a agregação entre aprendizado, propõe uma reflexão crítica sobre o trabalho e sobre a resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva, entre outros aspectos. Seus eixos norteadores são a relação entre educação e trabalho, a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde, a produção e a disseminação do conhecimento (BRASIL, 2004).

Para propor a educação permanente, pressupõe-se que a formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem, além de outros fatores, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde (ESP-MG, 2012). Para otimizar os recursos e favorecer a participação dos atores, a estratégia de grupos aparece como um recurso eficiente de educação em saúde na atenção primária (SOARES; FERNANDES, 2012)

3.5 O grupo como estratégia

O trabalho com grupos está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na atenção primária (SOARES; FERNANDES, 2012 p. 58).

O desenvolvimento de atividades com grupos de usuários nos serviços de saúde é uma prática profissional que tem destaque, principalmente como intervenção terapêutica para prevenção de agravos, socialização e sensibilização e tratamento em saúde. Soares e Fernandes (2012) tratam da importância desse espaço na assistência à saúde, referindo-se à incorporação desta prática pelas Equipes de Saúde da Família, após a implantação da Estratégia de Saúde da Família no SUS. Referem-se à vasta tipologia de grupos e destacam a necessidade da apropriação, dos agentes envolvidos, dos conceitos, das teorias e estratégias de desenvolvimento pertinente a cada vertente do trabalho com grupos.

Dentre as várias conceituações que são encontradas sobre grupos, Soares e Fernandes (2012) citam Pichon-Rivière (2010), que os define como um conjunto de pessoas que se reúnem por necessidades semelhantes, em torno de uma tarefa específica.

Quanto às modalidades mais comuns de trabalhos com grupos, Afonso e Coutinho (2006) salientam, com base na finalidade de cada um: os que têm como objetivo conhecer e/ou pesquisar as crenças, as ideias e os sentimentos de seus participantes, como exemplo os grupos focais e os grupos que visam, além do conhecimento destas questões, à reflexão, à adaptação e/ou mudança e ao estímulo a novas aprendizagens, para o enfrentamento de dada problemática, em destaque os grupos socioeducativos e psicoeducativos; aqueles grupos que além do conhecimento e reflexão sobre a perspectiva de mudança trabalha com a operatividade, a autonomia e a mobilização de seus participantes, são chamados grupos operativos; e aqueles que atuam mais no nível dos conflitos psíquicos de seus membros, os grupos de terapia.

Neto e Kind (2011) propõem uma abrangente discussão sobre experiências com grupos na saúde, analisando-os de acordo com sua natureza intencional. Dentre os vários tipos de grupos pesquisados, os estudos verificaram a prevalência daqueles que são utilizados como forma de racionalizar a demanda - atendendo mais pessoas concomitantemente - e como estratégia de

intervenção de profissionais para mudanças de comportamento dos usuários. Na maioria das vezes, tais experiências aparecem vinculadas à intenção de promoção da saúde e prevenção de agravos, mas divergem quanto à concepção destes conceitos; sendo constituídas para reunir participantes vinculados por condições de vulnerabilidade comuns ou por ciclos de vida.

Raras são as experiências emancipatórias, que partem da demanda e das necessidades dos sujeitos. Usualmente, têm como discurso o protagonismo do participante, mas acobertam um direcionamento institucional e intencional de controle de riscos ou, como já referido, de mudanças comportamentais (NETO; KIND, 2011).

Fernandes, Soares e Silva (2008) registram que no trabalho com grupos na saúde há um despreparo dos profissionais que coordenam as atividades para o manejo de situações em que afloram sentimentos humanos e interações; a rotatividade dos profissionais de saúde das equipes compromete a formação do vínculo e a efetivação do cuidado; a pressão da demanda compromete as agendas de atividades grupais, e há uma necessidade manifesta de capacitação em teorias de trabalho com grupos na saúde, para melhoria do trabalho.

Apesar de todas as ponderações sobre os limites desse tipo de assistência em saúde, e sabendo-se que esta é apenas uma das estratégias de intervenção, a possibilidade do encontro entre pessoas com questões comuns, que podem compartilhar experiências, sentimentos, e saberes, é uma prática que vem se consolidando como potente ação, que fortalece vínculos entre os sujeitos inter-relacionados no processo, desencadeia a aprendizagem, promove saúde e cuidado (ALVES; AERTS, 2011).

Experiências com grupos de cuidadores de idosos têm sido registradas como estratégias de suporte social, autocuidado e orientação. Viana *et al.* (2012) destacam o trabalho desenvolvido com grupo socioeducativo com cuidadores como uma vivência que atuou na melhoria da qualidade de vida e saúde dos participantes e como fonte de aprendizagem na atuação profissional em termos de melhoria da escuta, do diálogo e da troca de experiências.

3.6 Políticas públicas de atenção à pessoa idosa em Belo Horizonte

No Brasil, a concretização do direito em políticas públicas, com relação à atenção à pessoa idosa, se dá de forma descompassada da legislação instituída, como discute Sposatti (2007). Vinculada às ações assistenciais, essa atenção, em sua transição como dever do Estado, esteve sob responsabilidade de instituições filantrópicas, em sua maioria de cunho religioso, basicamente oferecendo às pessoas idosas, dependentes de cuidados e vulneráveis socialmente, o abrigo, e as condições básicas necessárias à preservação da vida.

Quanto às ações voltadas para as pessoas idosas independentes e autônomas, também foi por meio da iniciativa privada sem fins lucrativos, e da sociedade em geral, incluindo as próprias pessoas idosas, que aconteceram as iniciativas voltadas à preservação de vínculos sociais, o desenvolvimento de atividades de habilidades manuais, lúdicas, de lazer e turismo, realizadas nos movimentos e grupos associativos de pessoas idosas, tendo o Serviço Social do Comércio (SESC) como instituição pioneira, com o Fórum de Bertoga¹, em 2013.

E essa foi a característica também em Belo Horizonte, nas iniciativas específicas voltadas para esse segmento, notadamente vinculadas à proteção assistencial. Por meio da antiga Legião Brasileira de Assistência (LBA), eram repassados recursos para garantia de abrigo para idosos vulneráveis funcional e socioeconomicamente; e também para o financiamento de ações voltadas para idosos participantes de grupos de convivência (SPOSATI, 2007).

Segundo Paula (2005), até 1997, os serviços especiais para pessoas idosas estavam sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, que se encarregou de promover a ampliação do trabalho para novas entidades além das advindas da tutela do governo estadual, iniciando um movimento de mobilização e organização do segmento, contribuindo com a criação do Conselho Municipal do Idoso e, posteriormente, criando a Diretoria de Apoio e Assistência ao Idoso (DAAI).

A DAAI, órgão que passa, nessa época, a ser referência para essas ações na Assistência Social, assume a gestão dos convênios com as instituições de longa permanência de idosos e dos grupos de convivência e novas ações são instituídas, inicialmente como propostas piloto. Implanta o Programa Dedo de Prosa - de alfabetização de idosos - o Disque Idoso -, serviço de informação telefônica - e dá continuidade, junto com lideranças de grupos e associações de idosos na organização e funcionamento de fóruns regionais de discussão da política do idoso na cidade. Essas ações são formalizadas legalmente por meio da publicação da Política Municipal do Idoso em 1999.

Nesse período, funcionavam ainda o Programa Vida Ativa, de atividades físicas específicas para idosos, desenvolvido na Secretaria de Esportes; ações da Secretaria de Abastecimento de fornecimento de gêneros perecíveis e não perecíveis às Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) filantrópicas; além das ações da saúde desenvolvidas principalmente por meio da Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso (CASAI), que, historicamente, tiveram papel preponderante na ação pública de atenção ao idoso.

Em 2000, a intervenção do Ministério Público (MP), por meio da atuação da Promotoria de Justiça dos Direitos das Pessoas Idosas e com Deficiência torna-se um marco para as políticas públicas para o idoso em Belo Horizonte. Mobilizando todos os órgãos que possuíam ações voltadas para o segmento, o MP cria um grupo de trabalho com a finalidade de diagnosticar os maiores entraves e as necessidades de intervenção na Política do Idoso, iniciando sua ação pelas ILPI, e pela elucidação do fluxo de atendimento a situações de violência, vulnerabilidade clínica-funcional e/ou social, nestes diversos órgãos.

Em destaque, no período, capitaneado pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, um grande trabalho foi sendo construído, voltado para a fiscalização das ILPIs, com estabelecimento de normas municipais de funcionamento, formalizadas através de Portaria nº 052 publicada em 2001.

¹ Esse fórum, que aconteceu em 8 a 11 de setembro de 2013, no SESC Bertioga em São Paulo, teve como foco as discussões, as perspectivas e estratégias para o aperfeiçoamento das políticas sociais, com vistas a elevar a pessoa

Em 2003, com a Reforma Administrativa da Prefeitura de Belo Horizonte, é criada a Coordenadoria do Idoso (Decreto nº 10.554/2001), que passa a assumir a condução das articulações entre os diversos órgãos que, já possuíam ações voltadas para as pessoas idosas.

Em 2005, em decorrência da implantação do SUAS (BRASIL, 2004), as ações da atenção à pessoa idosa no âmbito da Assistência Social deixam de ser conduzidas por um setor específico e são distribuídas conforme a complexidade.

Hoje, Belo Horizonte, conta com uma população acima de 60 anos ascendente, e a política de atenção às pessoas idosas faz parte do Plano de Governo, sustentado por diversos programas de intervenção das Secretarias que compõem as Políticas Urbanas e Sociais da cidade.

Sobre a política de atenção à saúde da Pessoa Idosa, em Belo Horizonte, o processo de implantação do SUS, e conseqüente reordenação da assistência teve início em 2001, por meio da reestruturação do Programa BH VIDA/Programa de Agentes Comunitários de Saúde "enquanto alternativa de ampliação de serviços e reorganização da rede básica" (BELO HORIZONTE, 2001). A implantação da ESF fez emergir questões complexas, antes restritas ao âmbito privado, como as relativas ao idoso em situação de fragilidade e vulnerabilidade, situações de violência em todos os seus matizes, a pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar (GIACOMIN; SARTINI; GESTEIRA, 2005).

A premência de ordenamento das ações de atenção à saúde do idoso, fez com que, em fevereiro de 2004, fosse elaborada uma Linha de Cuidado ao Idoso Frágil, por um grupo técnico da SMSA. Tendo como eixos norteadores "o de fragilidades (do idoso, da família e do sistema de saúde); de promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção", contribuiu para estruturar e orientar o serviço e seus trabalhadores, a fim de absorver a demanda crescente da população idosa da cidade (GIACOMIN; SARTINI; GESTEIRA, 2005).

Atualmente, segundo Relatório de Gestão 2014, a SMSA desenvolve serviços, programas e projetos descritos a seguir:

idosa a sua plena cidadania.

- ✓ O Projeto Bem Viver, trata do levantamento do perfil das ILPI e dos idosos, visando à otimização de vagas e ao reordenamento das instituições, além da elaboração de legislação para novas modalidades de abrigamento (casa-lar e república), sendo uma interface entre a Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso e a Gerência de Vigilância Sanitária/SMSA. Atualmente, além desse Projeto, o diagnóstico e a construção de plano de cuidados para os idosos institucionalizados têm sido realizados também por meio do Serviço de Acompanhamento Domiciliar da SMSA/BH;
- ✓ O Projeto Cuidador é parte do Programa Maior Cuidado da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), coordenado pela Secretaria Municipal de Adjunta de Assistência Social (SMAAS) com a cogestão da Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso. Desde 2012, a SMSA BH oferece atendimento domiciliar aos idosos frágeis em situação de semidependência e dependência funcional e em situação de vulnerabilidade social, residentes em áreas de alto risco adstritas aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Trata-se do Projeto Cuidador / Programa Maior Cuidado, uma iniciativa intersetorial, coordenada pela SMAAS, com a cogestão e a participação da SMSA BH e o acompanhamento da Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS). Participam do projeto 53 Centros de Saúde e 26 CRAS, e, segundo dados da CASAI, já foram atendidas 972 pessoas idosas, sendo 542 semidependentes e 430 dependentes; 686 do sexo feminino, atendidos por 127 cuidadores contratados;
- ✓ O Projeto Acolher é uma parceria com a Faculdade de Ciências Médicas/ FELUMA, que em sua primeira fase realiza um diagnóstico biopsicossocial dos idosos residentes em instituições filantrópicas, para depois sistematizar visitas periódicas nestas ILPI, dando apoio às ESF/ Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- ✓ O Programa Mais Vida é o resultado de parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Minas Gerais, em convênio estabelecido entre a SMSA e o Instituto Jenny Andrade Faria/HC-UFG, que acontece desde 2010. Ele se destina à realização de avaliação multidimensional e à elaboração de planos de cuidado para idosos encaminhados pelas UBS, com média de 6.000 atendimentos ano, incluindo a realização de exames laboratoriais de rotina e densitometria óssea, eletrocardiograma e tomografia do crânio. Os critérios de encaminhamento para o Centro Mais Vida obedecem à Linha de Cuidado ao Idoso da SES-MG;

Também compõe as ações assistenciais, a oferta de consultas especializadas de geriatria, em serviços próprios da rede ou conveniados - Geriatria de referência ao idoso frágil. Segundo dados da CASAI, entre setembro de 2010 e março de 2014, foram atendidos 24.600 idosos frágeis identificados pelas ESF/NASF.

Quanto às ações da vigilância sanitária, são realizadas fiscalização das ILPI, além do fornecimento prioritário de medicamentos às ILPI filantrópicas. A CASAI monitora a realização de visitas periódicas pelas ESF.

O NASF coordena um projeto de prevenção de quedas, implantado desde 2012 nas UBS, e realiza grupos com pessoas idosas acima de 75 anos.

A SMSA também fornece insumos para tratamento de feridas, cuidados em doenças crônicas, como diabetes, hipertensão.

Todas essas ações contribuem para a inserção da atenção à Saúde do Idoso nos serviços da rede: APS, Rede Complementar, Reabilitação, Atenção domiciliar (SAD) e Atenção Hospitalar, Ambulatorial, Internação, Urgência e Emergência.

Como instâncias de participação e articulação da Política, o Grupo de Trabalho (GT) intersetorial de promoção da saúde, existente desde 2009, participa da realização de oficinas intersetoriais de promoção do envelhecimento ativo que tiveram início em 2010. Já desenvolveu e pretende retomar os fóruns técnicos distritais de educação permanente das ESF/NASF, com apresentação de temas referentes ao envelhecimento e discussão de casos clínicos; além de ter representação no Conselho Municipal do Idoso.

Como ferramentas e diretrizes, construiu o Prontuário eletrônico do idoso, ainda não implantado; o Guia de atendimento a pessoas vítimas de violência, em processo de implantação; o Protocolo para abordagem à osteoporose e o protocolo de fornecimento de dieta enteral, em funcionamento, assim como o Instrumento de avaliação global do idoso frágil; e tem tentado implantar as cadernetas de saúde da pessoa idosa, do Ministério da Saúde.

Na área de educação permanente, desenvolve a Residência em Geriatria para médicos e a Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso - enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, nutrição, odontologia e fisioterapia-, programas de especialização em parceria com Hospital Municipal Odilon Berhens, implantados desde 2012, Desde 2009, como uma ação de interface entre a assistência e a educação permanente, desenvolve o PQCIF.

3.7 O Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil

O Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil é uma das ações desenvolvidas pelo Centro de Educação em Saúde em interface com a Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso da SMSA/BH.

O Projeto teve como objetivo a capacitação de 718 profissionais de nível superior, 1.743 profissionais de nível médio de enfermagem, 30 dirigentes destas instituições, 200 cuidadores institucionais de ILPI de Belo Horizonte, 2.236 ACS e 2.500 cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de fragilidade.

Inicialmente, procedeu-se à identificação da necessidade de vagas por categoria profissional, território e por nível de atenção, tomando por base um levantamento demográfico da cidade quanto às áreas de adensamento de pessoas acima de 60 anos, por Distrito Sanitário e por Centro de Saúde. Foram priorizados os serviços da rede de atenção primária e oferecidas vagas para a rede complementar. Para os serviços de urgência, houve adesão de profissionais das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e dos profissionais do SAD.

Priorizou-se a inclusão de todos os assistentes sociais da rede, para, pelo menos, um terço dos enfermeiros lotados na atenção primária e para todos os profissionais do NASF. Para a categoria médica, havia sido planejado um módulo específico de capacitação, porém, tendo em vista que o Programa de Educação Permanente (PEP) - para os médicos, estava em processo na SMSA-BH, decidiu-se que os conteúdos referentes à área do envelhecimento seriam trabalhados exclusivamente por meio deste programa. Ainda assim, a participação de médicos ocorreu em

pequeno número e se deu por adesão individual. Participaram ainda os técnicos da Vigilância Sanitária que eram supervisores de ILPI na cidade e os profissionais do Programa Academia da Cidade.

A fim de favorecer a intersetorialidade nas Políticas de Saúde e Assistência Social, bem como o fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social, o projeto disponibilizou vagas para os Centros de Referência Especializada em Assistências Social (CREAS), CRAS, Plantões Sociais, Supervisão de Instituições de Longa Permanência para idosos, dentre outros. Também foram incluídos dirigentes e cuidadores institucionais das Instituições de Longa Permanência para Idosos da cidade, como forma de qualificar o atendimento e cuidado nestas instituições.

3.7.1 Capacitação em “Cuidados ao Idoso Frágil”

Selecionado o público alvo da capacitação, a próxima etapa foi a definição da metodologia e do conteúdo teórico, a distribuição em carga horária e a produção do material didático. O conteúdo foi dividido em oito módulos, abrangendo os múltiplos aspectos que envolvem o cuidado à pessoa idosa e o envelhecimento: Introdução à Gerontologia, com as disciplinas “Noções básicas sobre o envelhecimento” e “Alteridade”; Problemas de saúde mais comuns; Rotinas do cuidado ao idoso frágil; Cuidado e Segurança: “Ambiência” e “Sinais de alerta”; Lidar com a família: “Relações sociofamiliares” e “A pessoa idosa em situação de risco social”; Cuidados ao fim da vida: “Cuidados paliativos” e “Humanização da dor e sofrimento humano”; Rede de Proteção Social à Pessoa Idosa: “Direitos das pessoas idosas” e “Políticas Públicas de Atenção às pessoas idosas”; Possibilidades e limites do cuidado nos serviços de saúde e no domicílio: “Modelo de Atenção à saúde da pessoa idosa na Rede SUS/BH” e “Estratégias de implantação do Projeto na rede”.

Para desenvolvimento do conteúdo, decidiu-se agregar a diversidade de categorias profissionais, a experiência prática e a formação acadêmica na área de geriatria e gerontologia. Os docentes foram selecionados a partir de seleção pública realizada pela ESP, atendendo à critérios de formação acadêmica de especialização e/ou experiência profissional na área do envelhecimento.

A carga horária foi distribuída diferentemente para cada categoria, atendendo às necessidades prioritárias de capacitação de cada categoria participante: 32 h/a para profissionais de nível superior; 28 h/a para profissionais de nível médio de enfermagem dos Centros de Saúde e das ILPI; 20 h/a para os agentes comunitários de saúde; 12 h/a para os dirigentes das ILPI.

As publicações utilizadas como referência bibliográfica do projeto, foram selecionadas entre materiais já publicados pelo MS e Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH).

Os planos de ensino foram construídos coletivamente, com interlocução entre os docentes e a coordenação do projeto, tendo como base o modelo padrão da ESP e preparação de apresentações comuns de conteúdo. Todo o material didático foi disponibilizado para os alunos, por meio de gravação de *compact disc* (CD), que foram entregues a todos os centros de saúde, juntamente com um exemplar de cada uma das publicações utilizadas.

A capacitação, direcionada para profissionais de nível superior, ocorreu entre novembro e dezembro de 2009, e foi realizada alcançando 22 turmas. Na finalização da capacitação, os profissionais participavam de uma oficina, que consistia na elaboração de uma proposta de implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos na rede de saúde. A intenção era que desde as condições para implantação até o formato e o funcionamento dos grupos, fosse construído pelos próprios profissionais que iriam aplicá-lo junto aos cuidadores familiares (FERREIRA *et al*, 2012).

Assim, a construção da metodologia a ser implementada nos grupos de cuidadores foi baseada nos debates sobre as melhores condições para implementação, funcionamento, formato dos grupos, e foram discutidas e aprovadas durante as atividades desenvolvidas na oficina desenvolvida na disciplina “Elaboração da Proposta de Implementação do Projeto na rede SUS-BH”.

3.7.2 Estratégias para formação de grupo de cuidadores de idosos frágeis

As estratégias metodológicas para implantação dos grupos foram consolidadas a partir do produto das oficinas realizadas e divididas em três etapas, a saber: o processo de mobilização na UBS, na

comunidade e no domicílio para constituição do grupo; a estruturação das condições de implantação e funcionamento; a avaliação da implantação e do matriciamento do processo para implementação do projeto como serviço, numa perspectiva de continuidade.

A etapa seguinte, de implantação dos grupos de cuidadores familiares de idosos nas UBS, teve como preparação, a seleção dos profissionais interessados para atuarem como facilitadores na implantação dos grupos, entre aqueles que participaram da capacitação. Levantado o perfil destes profissionais, percebeu-se que, apesar da experiência com grupos, estes profissionais não tinham tido oportunidade de formação nessa área do conhecimento. Por isso, foi então oferecido o módulo “Metodologia de trabalho com grupos de cuidadores familiares de idosos”, desenvolvido por meio de estratégias educacionais interativas, que resultou na legitimação da proposta metodológica consolidada a partir das oficinas do módulo anterior, e na construção compartilhada de técnicas de grupo, de acordo com os temas propostos pelo projeto, para serem desenvolvidas nos encontros com os cuidadores familiares de idosos (FERREIRA *et al*, 2012).

3.7.3 O início dos trabalhos com os facilitadores

Durante a capacitação inicial, os profissionais das 22 turmas de nível superior foram convidados a preencherem um formulário “Sondagem de Interesse” onde registravam sua disponibilidade e seu interesse em ser facilitador dos grupos de apoio a cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis nos centros de saúde. Isso possibilitou também conhecer o perfil dos profissionais que formariam o primeiro grupo de facilitadores.

A partir da consolidação dos resultados da “Sondagem de interesse”, foi possível identificar a necessidade de garantir um novo módulo de capacitação que trabalhasse com metodologia de trabalho com grupos e discutisse a metodologia específica dos grupos de cuidadores familiares. O consolidado do perfil apontou que dos 323 profissionais interessados 89,4%% possuíam experiência em trabalho com grupos, porém 61,7% não possuíam formação para fazê-lo.

O Módulo “Preparatório para o trabalho com grupos” teve a participação de 23 formadores/multiplicadores. A carga horária de 20 horas/aula foi desenvolvida em aulas teóricas,

bibliografia comentada e oficinas, conteúdos sobre o trabalho com grupos – tipologia e fenômenos grupais - e apresentou a consolidação das estratégias de formação dos grupos, construídas a partir da Etapa 1, na disciplina “Elaboração da proposta de implementação do projeto na rede SUS-BH”.

3.7.4 A implantação dos grupos

Até maio de 2011, 210 profissionais das UBS e do NASF se tornaram os facilitadores da implantação dos “Grupos de apoio aos cuidadores familiares de idosos frágeis” nos Centros de Saúde. Neste primeiro momento, apenas profissionais de nível superior foram convidados a compor o grupo de facilitadores. E, desde a finalização das primeiras turmas de capacitação na Etapa 2, ficou pactuado o matriciamento bimestral da implementação dos grupos, a ser realizado em encontros distritais.

A operacionalização da etapa de implantação dos grupos de cuidadores familiares teve início em dezembro de 2010 e previa pelo menos um grupo de cuidador familiar de pessoas idosas frágeis em cada uma das 147 UBS da cidade de Belo Horizonte/MG (FERREIRA *et al*, 2012), sendo que cada grupo deveria ter em média 17 participantes, para viabilizar a capacitação de 2.500 cuidadores familiares. Porém, observou-se uma discrepância entre a formação de facilitadores e a criação de grupos: até maio de 2011, foram capacitados 322 profissionais da atenção primária para atuarem na implantação dos grupos; entretanto, até dezembro de 2013, essa meta não havia sido atingida em todas as UBS.

Conhecer melhor os resultados do PQCIF pode subsidiar as ações de atenção à saúde do idoso no município, favorecer a construção de um modelo assistencial humanizado e qualificar a assistência no processo de envelhecimento. Assim, o presente estudo busca analisar o processo de implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis nas Unidades de Saúde de Belo Horizonte, discutindo os limites e possibilidades dos trabalhos com estes grupos.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza quantitativa.

➤ **Local de Estudo**

O presente trabalho foi realizado em Belo Horizonte (MG), município que conta com 2.375.151 habitantes, dos quais 299.572 (12,61%) são pessoas com mais de 60 anos, segundo o Censo 2010. Em 2009, oito mil pessoas idosas estavam acamadas ou restritas aos domicílios (BELO HORIZONTE, 2008).

A cidade está dividida administrativamente em nove regionais, contando até dezembro de 2014 com 147 Centros de Saúde, 587 Equipes de Saúde da Família, 300 Equipes de Saúde Bucal, 58 Equipes de Saúde Mental, 60 Polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 61 Academias da Cidade. A cobertura da ESF atinge 86,93% da população, sendo que cada equipe de saúde é responsável por cerca de 2.000 a 4.000 pessoas (BELO HORIZONTE, 2014).

➤ **População e amostra do estudo**

Participaram do estudo todos os nove Gerentes de Atenção à Saúde dos Distritos Sanitários e uma amostra aleatória dos gerentes das UBS adstritas e de profissionais de saúde (Facilitadores) capacitados pelo PQCIF, no período de novembro de 2009 a dezembro de 2013.

A amostra foi obtida através de sorteio aleatório simples, entre gestores e facilitadores de UBS que realizaram ou não a implantação dos grupos de cuidadores. Definiu-se como “Implantação do grupo” a realização de, pelo menos, três reuniões, com registros de frequência dos participantes. Perdas ocorreram por motivos como a não devolutiva ao chamamento, como também a não localização dos gestores e facilitadores a serem entrevistados. Obteve-se uma amostra final de 31 (21%) UBS, tomando por base a planilha de distribuição de implantação dos grupos de cuidadores promovidos pelo PQCIF nas 147 UBS do município.

Como critérios de inclusão, para ambos os níveis de gestão, os entrevistados deveriam ter conhecimento do PQCIF, estar ocupando a função no período investigado ou ter acesso às informações de gestores anteriores. O dado sobre a ocupação do cargo foi obtida junto ao Distrito Sanitário, à UBS ou à Gestão do Trabalho dos Distritos.

Os facilitadores dos grupos de cuidadores familiares de idosos deveriam ser profissionais lotados nas UBS ou no NASF. Nas UBS em que houvesse mais de um facilitador, definiu-se pela pessoa que fosse indicada pelo gerente da UBS. Nos casos em que não se conseguiu a participação de um dos membros da dupla – gerente-facilitador – por qualquer motivo (aposentadoria, exoneração ou recusa), optou-se por manter o respondente disponível na amostra, sem substituição do seu par.

➤ **Fontes de informação**

- **Gerentes de Atenção à Saúde dos Distritos Sanitários das regionais**

Para aplicação dos questionários junto aos GERASA, foi feita uma abordagem direta, em reunião de gestores da Gerência de Assistência da SMSA, na qual foi apresentada a proposta da pesquisa. Os roteiros de entrevista foram entregues a todos os gerentes presentes ou seus representantes, juntamente com os documentos que comprovavam que a pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da UFMG e da SMSA: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Carta de Anuência. Foi delimitado o prazo de 10 dias para entrega dos formulários preenchidos.

- **Instrumento**

Foi utilizado um formulário auto aplicativo (Apêndice 01) contendo 10 assertivas, com questões delineadas a partir das estratégias metodológicas do trabalho com os grupos de cuidadores, apresentando cinco alternativas de respostas, organizadas em escala Likert: "concordo totalmente (CT); concordo (C); indiferente (I); discordo (D); discordo totalmente (DT)", pontuadas de 1 a 5, com o escore 1 indicando que o gerente estava plenamente de acordo até o escore 5 em que ele apontava total desacordo com a afirmativa. Os conteúdos versavam sobre a importância do grupo para o serviço e sobre cada uma das estratégias utilizadas: capacitação; mobilização e envolvimento da equipe da UBS; participação de profissionais do NASF; existência de infraestrutura nas UBS para realização dos encontros; garantia da atividade na agenda da UBS e

do profissional; necessidade da abordagem ao cuidador quanto a interesse e disponibilidade; desenvolvimento dos temas por equipe multiprofissional; utilização de metodologias integrativas nos encontros; matriciamento da implantação dos grupos para continuidade do Projeto. Os participantes foram instruídos a assinalar apenas uma alternativa em cada item pesquisado.

- **Gerentes das UBS e facilitadores**

Após a elaboração dos questionários eletrônicos, nos meses de novembro e dezembro de 2014, foi realizado um pré-teste junto a seis profissionais (três gerentes e três facilitadores) que não compuseram a amostra final, tendo sido efetuados pequenos ajustes de forma e inclusão da questão referente à adesão dos cuidadores.

Em um primeiro contato telefônico, foram feitos o convite e os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa junto ao gestor e ao facilitador das UBS sorteadas, incluindo o *link* para acesso ao formulário eletrônico, encaminhado ao endereço fornecido pelo profissional contatado. No corpo da mensagem eletrônica, o entrevistado recebia novamente esclarecimento sobre objetivo da pesquisa, a informação e anexos com a autorização da pesquisa pelos Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) e SMSA, e o *link* de acesso ao formulário.

- **Instrumento**

Os questionários eletrônicos dos gerentes de UBS e de facilitadores (Apêndices 02 e 03 respectivamente), com 40 (quarenta) perguntas, foram elaborados no Programa Google Drive.

O acesso às perguntas, no caso de gerentes de UBS e facilitadores, respectivamente, foi feito através dos *links* :

https://docs.google.com/forms/d/1XtulUpu4ZqcUfS_ncPR-P_AfdVEeZH2lwPdcl78EeY/viewform?usp=send_form,

https://docs.google.com/a/pbh.gov.br/forms/d/1WBG7ogIJVlk3dLeNz6lTrvExFxcxpAYC1C4KOUuud4M/viewform?usp=send_form.

O entrevistado deveria, inicialmente, dar ciência e concordância de sua participação na pesquisa, após leitura de esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa e a anuência ao TCLE.

As mesmas questões foram abordadas com os facilitadores e os gerentes e referiam-se à metodologia de trabalho com os grupos de cuidadores e detalhamento de sua implantação. Três

questões adicionais foram feitas especificamente aos facilitadores e outras três aos gerentes, investigando, respectivamente, aspectos operacionais e de gestão.

No questionário dos gerentes de UBS, além das questões quantitativas, o instrumento incluiu uma questão aberta para que eles pudessem comentar a adesão dos cuidadores (“Como foi a adesão dos cuidadores?”).

➤ **Variáveis do estudo**

Para avaliar os fatores associados à implantação dos grupos, considerou-se como variável resposta ter realizado três ou mais reuniões com os cuidadores familiares.

As variáveis explicativas incluíram dados de identificação dos entrevistados: a lotação (DS; UBS); a função (Gerência Distrital de Assistência à Saúde - GERASA, gerente ou facilitador) e informações acerca do conhecimento e da importância das estratégias construídas na metodologia de trabalho com os grupos: a capacitação; a mobilização e o envolvimento da equipe da UBS; a participação de profissionais do NASF; a existência de infraestrutura nas UBS para realização dos encontros; a garantia da atividade na agenda da UBS e do profissional; a necessidade da abordagem ao cuidador quanto a interesse e disponibilidade; o desenvolvimento dos temas por equipe multiprofissional; a utilização de metodologias integrativas nos encontros; o matriciamento da implantação dos grupos para continuidade do Projeto.

A partir das respostas dos gerentes e facilitadores foram construídas variáveis-índice que aglutinaram as respostas cujos conteúdos referiam-se à: mobilização para realização dos grupos; condições para implantação e funcionamento dos grupos e avaliação e matriciamento para continuidade da ação.

➤ **Análises dos dados**

Os dados da amostra foram apresentados como distribuições de frequência (frequências simples e percentuais).

Para efeito de análise, foram agrupadas as respostas 1 e 2 da Escala Likert na categoria denominada “concordância”; o ponto 3 passou a ser “sem posicionamento a respeito” e as respostas 4 e 5 “discordância”. A análise dos itens e variáveis-índice abrangendo as estratégias da metodologia do trabalho com grupos foi baseada na medida de frequência e na moda.

As informações de gerentes e facilitadores sobre as estratégias metodológicas utilizadas para a implantação de grupos foram descritas de acordo com as respostas apresentadas a cada item dos respectivos questionários, conforme a realização ou não de grupos nas UBS. A análise dos dados foi baseada no teste do qui-quadrado de Pearson ou no teste de Fischer.

A análise multivariada das semelhanças das respostas dos entrevistados oriundos da mesma unidade foi realizada utilizando o método de análise de variância (ANOVA).

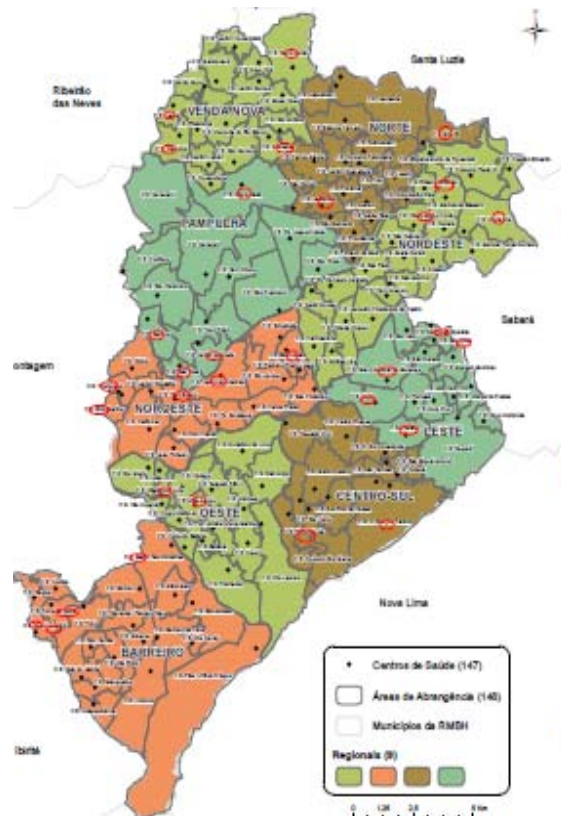
➤ Aspectos éticos

Os profissionais que aceitaram participar deste estudo assinaram o TCLE, que continha informações sobre objetivos e procedimentos da pesquisa, sobre sua participação voluntária e a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CAAE: 32588214.7.3001.5140)

5 RESULTADOS

Foram entrevistados todos os Gerentes de Atenção à Saúde (GERASA) dos nove distritos Sanitários e profissionais de 31 UBS (21%), escolhidos aleatoriamente de todos os DS do município (Figura1) participantes do PQCIF, responsáveis pela criação de grupos de cuidadores de idosos.

Figura 1 – Distribuição de UBS na cidade de Belo Horizonte, MG (2015)



Quanto à realização de grupos de cuidadores de idosos do PQCIF, dentre as 31UBS da amostra, 20 UBS (64,51%) realizaram pelo menos um grupo, enquanto 11 UBS (35,49%) não o haviam feito, conforme demonstrado na Tabela 01 (Apêndice).

5.1 GERASA

Quanto ao perfil dos gerentes da GERASA, 88% eram do sexo feminino, com idades entre 32 e 50 anos (média de idade 40,1 anos). A permanência no cargo variou de 1 a 4 anos no cargo (média de 1 ano e 9 meses). Na avaliação destes profissionais, quanto aos itens investigados, todos concordaram - tendo assinalado o nível 1 ou 2 na escala Likert – com as afirmativas sobre a importância da implantação dos grupos e da capacitação dos facilitadores; sobre o levantamento de interesse e disponibilidade dos participantes; a execução dos encontros por equipe multiprofissional, a necessidade de interatividade na abordagem dos temas; e do matriciamento periódico da implantação dos grupos junto aos facilitadores. Entretanto, 67% dos participantes discordaram das assertivas sobre existência de infraestrutura para realização de grupos nas UBS. Apenas o GERASA do Distrito Leste não se posicionou quanto à importância de mobilização da equipe da UBS e do NASF (Tabela1).

Tabela 1 – Perspectiva dos Gerentes de Atenção à Saúde – GERASA - sobre grupos de cuidadores de idosos frágeis do PQCIF”, Belo Horizonte, 2014

Avaliação quanto à importância do(a):	Concordo N (%)	Indiferente N (%)	Discordo N(%)
Grupo	9 (100)	-	-
Capacitação	9 (100)	-	-
Mobilização e envolvimento da equipe da UBS	9 (100)	-	-
Participação de profissionais do NASF	9 (100)	-	-
Existência de infraestrutura nas UBS para realização dos encontros	3 (33,3)	-	6 (66,7)
Garantia da atividade na agenda da UBS e do profissional	8 (88,9)	1 (11,1)	-
Abordagem ao cuidador quanto a interesse e disponibilidade	9 (100)	-	-
Desenvolvimento dos temas por equipe multiprofissional	9(100)	-	-
Utilização de metodologias integrativas nos encontros	9(100)	-	-
Matriciamento da implantação	9(100)	-	-

Onde: PQCIF = Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil; UBS=Unidade Básica de Saúde; NASF=Núcleo de Apoio à Saúde da Família

5.2 Gerentes de UBS e Facilitadores

Foram entrevistados por meio eletrônico, 52 profissionais, sendo 26 gerentes e 26 facilitadores, dos quais 42 (40,38%) eram duplas lotadas na mesma UBS (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo o Distrito Sanitário, a Unidade Básica de Saúde, a realização de grupos de cuidadores de idosos frágeis do PQCIF e o cargo ou função ocupada, Belo Horizonte, 2014

Distrito Sanitário	UBS		Entrevistados				Realização de grupos			
			Gerentes		Facilitadores		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Barreiro	4	12,9	4	12,9	4	15,4	-	-	3	23,1
Centro-Sul	2	6,5	2	6,5	1	3,9	1	5,9	1	7,7
Leste	5	16,1	4	16,1	4	15,4	3	17,6	2	15,3
Nordeste	3	9,6	2	9,6	3	11,4	3	17,6	-	-
Noroeste	5	16,1	5	16,1	4	15,4	2	11,8	3	23,1
Norte	2	6,5	2	6,5	1	3,9	2	11,8	-	-
Oeste	2	6,5	1	6,5	2	7,8	2	11,8	-	-
Pampulha	4	12,9	3	12,9	3	11,4	3	17,6	1	7,7
Venda Nova	4	12,9	3	12,9	4	15,4	1	5,9	3	23,1
TOTAL	31	100,0	26	100,0	26	100,0	17	100,0	13	100,0

Onde: PQCIF = Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil; UBS=Unidade Básica de Saúde.

Entre os gerentes entrevistados, verificou-se predomínio de mulheres (73,1%), permanência de mais de cinco anos no cargo (65,4%), média de 8,8 anos na função. Entre os 26 facilitadores, 15,4% atuavam nos NASF, e o restante (84,6%) na própria UBS, sendo 42,3% enfermeiros; 38,5% assistentes sociais; 7,7% psicólogos; 3,8% terapeutas ocupacionais e 3,8% fisioterapeutas.

Tabela 3 – Perspectiva de gerentes e facilitadores sobre as estratégias Mobilização interna para a realização de grupos de cuidadores de idosos frágeis do PQCIF”, Belo Horizonte, 2015

Estratégias metodológicas - 1a. Etapa: Mobilização Interna	Criação de grupos de cuidadores				Valor de p*
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Fonte de Conhecimento sobre o PQCIF					
GERASA e outros	22	64,7	11	57,8	p= 0,148
GERGETR	7	20,6	5	26,2	
CES	3	8,8	-	-	
Nenhum deles	2	5,9	3	30,0	
Total	34	100,0	19	100,0	

Estratégias metodológicas - 1a. Etapa: Mobilização Interna	Criação de grupos de cuidadores				Valor de p*
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Participação no “Módulo de Cuidado ao idoso frágil”					
Sim	18	54,5	10	58,8	p= 1,00
Não	15	45,5	9	51,2	
Total	33	100,0	17	100,0	
Número de profissionais indicados facilitadores					
um a dois	25	75,8	12	70,6	p= 0,207
três ou mais	8	24,2	5	29,4	
Total	33	100,0	17	100,0	
Participação dos Facilitadores na capacitação de “Metodologia de trabalho com grupos”					
Sim	32	100,0	15	93,8	p= 0,153
Não	0	0,0	1	6,3	
Total	32	100,0	16	100,0	
Implantação dos grupos pelos profissionais que participaram da capacitação					
Sim	33	100,0	7	41,2	p=0,000
Não	0	0,0	10	58,8	
Total	33	100,0	17	100,0	
Divulgação do projeto na UBS					
Sim	32	100,0	15	93,8	p= 0,153
Não	0	0,0	1	6,3	
Total	32	100,0	16	100,0	
Participação dos profissionais do NASF na implantação dos grupos					
Sim	30	96,8	11	68,8	p=0,01
Não	1	3,2	5	31,3	
Total	31	100,0	16	100,0	

Onde: Valor p baseado no teste do qui quadrado ou teste exato de Fischer; PQCIF = Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil; GERASA=Gerência Regional de Assistência à Saúde; GERGETR=Gerência Regional de Gestão do Trabalho; CES=Centro de educação em Saúde; UBS=Unidade Básica de Saúde; NASF=Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Em relação à categoria “Mobilização Interna para a realização de grupos de cuidadores de idosos frágeis”, todos os entrevistados responderam que conheciam o PQCIF. No entanto, profissionais de UBS (gestores e facilitadores), tendo ou não realizados grupos, não diferiram nos itens relativos a: fonte de conhecimento sobre o Projeto; participação no Módulo do Cuidado ao Idoso Frágil; número de profissionais indicados para serem facilitadores; participação destes na capacitação de Metodologia de trabalho com grupos e divulgação do projeto na UBS. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre UBS que realizaram e que não realizaram grupos quando a implantação aconteceu por meio de profissionais capacitados e quando o NASF participou dessa implantação (Tabela 3).

Na capacitação proposta no “Módulo de Cuidado ao idoso frágil”, tendo ou não realizado grupos, apenas três (11,5%) dos 26 gerentes participaram, enquanto a quase totalidade (93,8%) dos facilitadores fizeram esta atividade (Apêndice 2). Nas UBS que realizaram grupos, 82% dos gerentes declararam que mais de um facilitador foi indicado. Cabe registro que em UBS que não realizaram grupo, segundo os facilitadores, 89% tiveram pelo menos profissional indicado para atuar como facilitador (Apêndice 2).

No item sobre a implantação dos grupos, 100% dos gerentes e facilitadores que trabalhavam em UBS que realizaram grupos declararam que profissionais que participaram da capacitação atingiram esta meta. Enquanto, onde não se realizou grupo, para 70% dos gerentes e 56% dos facilitadores, os profissionais que participaram do módulo não implantaram grupos (Apêndice 2). Quanto à divulgação do projeto na UBS, 90,4% dos entrevistados declararam que houve divulgação, embora 30% de gerentes onde não ocorreu a implantação dos grupos não dispusessem dessa informação.

Sobre a participação dos profissionais do NASF, 78,9% dos entrevistados afirmaram que eles contribuíram na implantação dos grupos. Nos locais onde não aconteceu tal implantação, gerentes e facilitadores divergiram neste ponto: 50% dos gerentes informaram que o NASF não participou, enquanto 100% dos facilitadores disseram o contrário.

Tabela 4 – Perspectiva de gerentes e facilitadores sobre as estratégias de Mobilização externa para a realização de grupos de cuidadores de idosos frágeis do PQCIF”, Belo Horizonte, 2015

Estratégias metodológicas para a 1a. Etapa: Mobilização Externa	Criação de grupos de cuidadores				Valor de p
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Divulgação dos grupos na comunidade					
Sim	33	100,0	9	60,0	p=0,00
Não	0	0,0	6	40,0	
Total	33	100,0	15	100,0	
Forma de divulgação					
No domicílio pelo ACS	11	33,3	6	37,5	p= 0,02
Cartaz na UBS + reuniões na comunidade	6	18,2	0	0,0	
No domicílio pelo ACS + as outras estratégias	16	48,5	3	18,8	
Nenhuma delas	0	0,0	7	43,8	
Total	33	100,0	16	100,0	
Outros serviços públicos locais convidados para participação no PQCIF					
Academia da cidade +CRAS+ EJA	9	37,5	3	27,3	p= 0,802
Não se aplica	15	62,5	8	72,7	
Total	24	100,0	11	100,0	
Outros serviços parceiros convidados para participação no PQCIF					
Grupo de convivência + Igreja	10	47,6	1	9,1	p= 0,120
Não se aplica	11	52,4	10	91,9	
Total	21	100,0	11	100,0	
Forma de captação de participantes					
Identificados pela ESF	14	43,8	5	55,6	p= 0,470
Identificados pela ESF + Convite a outros grupos	8	25,0	0	0,0	
Identificados pela ESF + Convite a outros grupos + Demanda Espontânea + Cartaz	10	32,2	4	44,4	
Total	32	100,0	9	100,0	
Instrumento de Sondagem utilizado					
Sim	21	87,5	8	72,7	p = 0,149
Não	3	12,5	3	28,3	
Total	24	100,0	11	100,0	

Estratégias metodológicas para a 1a. Etapa: Mobilização Externa	Criação de grupos de cuidadores				Valor de p
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Forma de confirmação da participação					
Convite entregue pelo ACS	18	58,1	7	46,7	p= 0,002
Contato telefônico	3	9,7	0	0,0	
Convite entregue pelo ACS + contato telefônico	10	32,3	2	13,3	
Nenhuma delas	0	0,0	6	40,0	
Total	31	100,0	15	100,0	

Onde: Valor p baseado no teste do qui quadrado ou teste exato de Fischer; PQCIF = Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil; GERASA=Gerência Regional de Assistência à Saúde; ACS=Agente Comunitário de Saúde; CRAS=Centro de Referência de Assistência Social; EJA=Educação de Jovens e Adultos; ESF=Estratégia de Saúde da Família.

Na comparação entre UBS que realizaram e que não realizaram grupos, dentre os itens investigados, somente a divulgação sobre a realização dos grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis na comunidade e a forma de confirmação da participação do cuidador apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Tabela 5 – Perspectiva de gerentes e facilitadores sobre as “Condições de Implantação e Funcionamento dos grupos de Cuidadores de idosos frágeis do PQCIF”, Belo Horizonte (2015).

Estratégias metodológicas - 2a. Etapa – Condições de Implantação e Funcionamento	Criação de grupos				Valor de p
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Local de realização de atividades coletivas na UBS					
Sala de reunião	21	63,6	7	43,8	p=0,043
Espaço cedido na comunidade	12	36,4	3	18,7	
Todas as alternativas acima + recepção + sala de espera	0	0,0	6	37,5	
Total	33	100,0	16	100,0	
Crítérios de definição da agenda de realização do grupo					
Agenda dos profissionais e do serviço	7	21,9	1	11,1	p=0,593
Disponibilidade de espaço coletivo	9	28,1	3	33,3	
Preferência dos interessados em participar	9	28,1	2	22,2	
Todas acima associadas	7	21,9	3	33,3	
Total	32	100,0	9	100,0	

Estratégias metodológicas - 2a. Etapa – Condições de Implantação e Funcionamento	Criação de grupos				Valor de p
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Inclusão da realização do grupo na agenda da UBS					
Sim	28	87,5	6	46,2	
Não	4	12,5	7	53,8	
Total	32	100,0	13	100,0	p= 0,007
Material para realização do grupo recebido na UBS					
Sim	25	92,6	9	75,0	p= 0,159
Não	2	7,4	3	25,0	
Total	27	100,0	12	100,0	
Agenda protegida garantida para realização do grupo					
Sim	32	100,0	7	70,0	p= 0,010
Não	0	0,0	3	30,0	
Total	32	100,0	10	100,0	
Organização de cronograma dos encontros					
Sim	33	100,0	8	66,7	p = 0,003
Não	0	0,0	4	33,3	
Total	33	100,0	12	100,0	
Divisão de tarefas entre profissionais da UBS para realização dos grupos					
Sim	30	100,0	6	50,0	p = 0,000
Não	0	0,0	6	50,0	
Total	30	100,0	12	100,0	
Cronograma dos encontros seguido					
Sim	27	90,0	3	30,0	p= 0,000
Não	0	0,0	5	50,0	
Parcialmente	3	10,0	2	20,0	
Total	30	100,0	10	100,0	
Flexibilização dos temas propostos nos encontros para atender ao interesse do grupo					
Sim	24	88,9	5	71,4	p = 0,268
Não	3	11,1	2	28,6	
Total	27	100,0	7	100,0	

Estratégias metodológicas - 2a. Etapa – Condições de Implantação e Funcionamento	Criação de grupos				Valor de p
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Técnicas aplicadas nos encontros					
Dinâmicas de grupo	2	7,1	0	0,0	p = 0,000
Roda de conversa	10	35,7	5	71,4	
Dinâmicas de grupo + Roda de conversa + Palestras	16	57,1	0	0,0	
Nenhuma delas	0	0,0	2	28,6	
Total	28	100,0	7	100,0	

Onde: Valor p baseado no teste do qui quadrado ou teste exato de Fischer; PQCIF = Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil; UBS=Unidade Básica de Saúde da Família

Gerentes e facilitadores divergiram em suas respostas sobre as condições de implantação e o funcionamento dos grupos de cuidadores, entre UBS que criaram e que não criaram grupos quanto a: local de realização de atividades coletivas na UBS; inclusão da realização do grupo na agenda da UBS; garantia de agenda protegida; organização e seguimento do cronograma dos encontros; divisão de tarefas entre profissionais da UBS e técnicas aplicadas nos encontros ($p < 0,05$). (Tabela 5)

Tabela 6 – Perspectiva de gerentes e facilitadores sobre as estratégias de Avaliação e Matriciamento dos grupos de cuidadores de idosos frágeis do PQCIF, Belo Horizonte, 2015.

Estratégias metodológicas para a 3a. Etapa: Avaliação e Matriciamento	Criação de grupos				Valor de p ou de f
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Feedback dos cuidadores em relação ao grupo					
Positivo	27	96,4	3	75,0	p = 0,026
Negativo	0	0,0	1	25,0	
Um ou outro aponta importância	1	3,6	0	0,0	
Total	28	100,0	4	100,0	
Avaliação se o grupo é importante					
Concordo	32	97,0	17	94,4	p = 0,332
Não concordo nem discordo	1	3,0	1	5,6	
Total	33	100,0	18	100,0	
Facilitador mobilizado para participar do matriciamento					
Sim	21	80,8	6	60,0	f = 0,226
Não	5	19,2	4	40,0	
Total	26	100,0	10	100,0	

Estratégias metodológicas para a 3a. Etapa: Avaliação e Matriciamento	Criação de grupos				Valor de p ou de f
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Matriciamento favorecendo realização dos grupos					
Sim	23	88,5	3	25,0	p = 0,000
Não	0	0,0	1	8,3	
Não se aplica	3	11,5	8	66,7	
Total	26	100,0	12	100,0	
Realização de novo grupo de cuidadores na UBS					
Sim	8	25,8	1	5,6	f = 0,079
Não	23	74,2	17	94,4	
Total	31	100,0	18	100,0	
Demanda para realização de novo grupo de cuidadores na UBS					
Sim	24	96,0	13	81,3	f = 0,156
Não	1	4,0	3	18,8	
Total	25	100,0	16	100,0	

Onde: Valor p baseado no teste do qui quadrado ou teste exato de Fischer; PQCIF = Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil; UBS=Unidade Básica de Saúde da Família

Observou-se diferença estatisticamente significativa quanto ao *feedback* dos cuidadores em relação ao grupo e às reuniões de matriciamento que teriam favorecido a realização de grupos.

Tabela 7 – Similaridade de respostas entre gerentes de facilitadores de UBS sobre estratégias para implantação dos grupos de cuidadores frágeis do PQCIF, Belo Horizonte, 2015

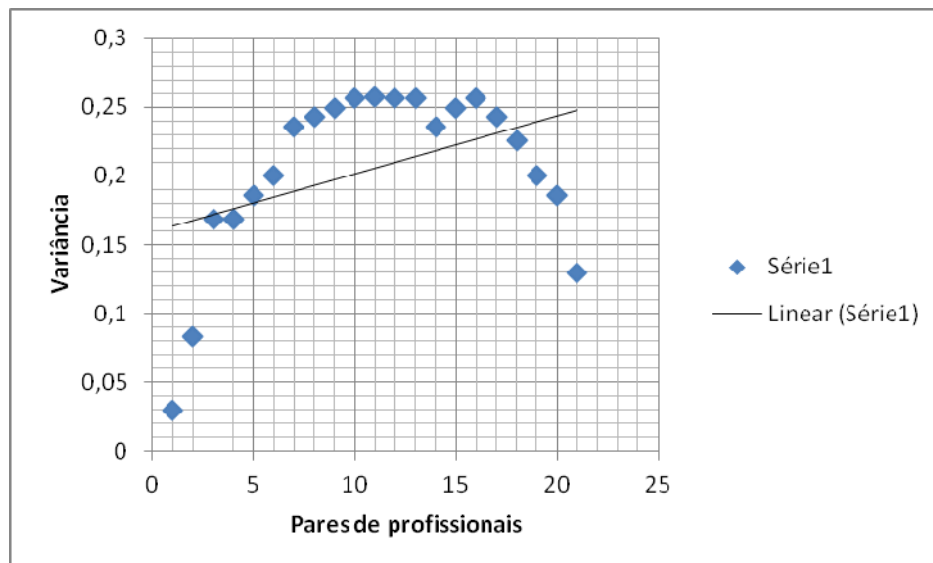
UBS	DS	Criação de grupo	Razão de respostas semelhantes
Heliópolis	Norte	Sim	1,00
Tia Amância	Centro Sul	Sim	0,94
Jardim Alvorada	Pampulha	Sim	0,82
Olavo Albino Corrêa	Nordeste	Sim	0,82
Waldomiro Lobo	Oeste	Sim	0,79
Horto	Leste	Sim	0,76
Bom Jesus	Noroeste	Não	0,67
Jardim Montanhês	Noroeste	Sim	0,67
Ribeiro de Abreu	Nordeste	Sim	0,64
Itaipu	Barreiro	Sim	0,61
Paraíso	Leste	Não	0,61
Bairro das Indústrias	Barreiro	Sim	0,55

São José Operário	Leste	Sim	0,55
Dom Bosco	Noroeste	Sim	0,52
Lagoa	Venda Nova	Não	0,48
Túnel de Ibité	Barreiro	Sim	0,48
Céu Azul	Venda Nova	Não	0,39
Pindorama	Noroeste	Não	0,33
Vale do Jatobá	Barreiro	Não	0,27
Serra Verde	Venda Nova	Não	0,24
Serrano	Pampulha	Não	0,15

Onde: PQCIF = Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil; UBS=Unidade Básica de Saúde da Família; DS=Distrito Sanitário

Na análise de similaridade entre respostas de gerentes e facilitadores da mesma UBS, quanto mais próximos de 1,00 os resultados, maior sinergia para a implantação de grupos. A análise da variância entre as respostas está apresentada no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Análise da variância entre as respostas de pares de gerentes e facilitadores oriundos das mesmas Unidades Básicas



Além das questões quantitativas, o instrumento dirigido a gerentes das UBS incluiu uma questão aberta para que eles pudessem comentar a adesão dos cuidadores (“Como foi a adesão dos cuidadores?”). A maioria dos gerentes contribuiu com respostas, exceto quatro que não souberam informar, alegando não estar no cargo à época.

Oito (36,3%) gerentes responderam que não houve grupos em suas UBS, contudo uma gerente explicou: "Não houve grupo devido, principalmente porque as atividades não foram tidas como prioritárias, não houve término de treinamento da assistente social e [houve] rotatividade de profissionais do Nasf" (G20).

As respostas dos demais foram categorizadas em: adesão boa a excelente (100% de adesão), ou adesão ruim, sendo por dificuldade relacionada aos cuidadores ou ao serviço (rotatividade do profissional; falta de prioridade do serviço). A referência à boa adesão foi encontrada em 10 (45,5%) dos respondentes. Uma gerente esclarece:

A adesão foi boa. Os que não foram alegaram que não tinham com quem deixar a pessoa que estavam cuidando. Se tivéssemos mantido os grupos nós poderíamos ter ampliado esta participação. Mas houve saídas de pessoas estratégicas para a unidade e por isto não conseguimos efetivar novas turmas até o presente momento, mas é possível fazê-lo mesmo com a equipe atual. É uma equipe que tem experiência no processo (G8).

Porém, a adesão dos cuidadores dependeu de condições externas ao serviço, como nestes dois excertos: "Aqueles que sentiam necessidade de informações e tinham com quem deixar as pessoas de quem cuidavam tiveram boa adesão" (G13) e "Boa [adesão], mas ao longo do curso alguns cuidadores não dão continuidade ao processo" (G15).

Quatro gerentes (18,2%) de UBS cuja implantação de grupos não se consolidou consideraram a adesão ruim, mas utilizaram o espaço para identificar as dificuldades de participação. Duas gerentes destacam: "A adesão foi boa, porém não houve continuidade devido à saída do facilitador - Mudança de profissionais ocasionando a descontinuidade do trabalho"(G3) e "A adesão foi muito baixa motivo pelo qual o grupo não evoluiu. A princípio, os cuidadores, na sua maioria familiares, vieram ao grupo com o desejo de que a PBH fosse contratar cuidadores como já existem em alguns locais. quando perceberam que não era isso, se afastaram do grupo"(G4).

6 DISCUSSÃO

O estudo ilumina a perspectiva de gestores distritais, gestores locais e dos técnicos atuantes como facilitadores sobre o PQCIF para implantação de grupos de cuidadores familiares no município de Belo Horizonte. O projeto mostrou-se ser conhecido por todos e contou com o apoio dos gerentes distritais. Facilitadores de todas as UBS do município foram capacitados, mas nem todas conseguiram implantar e, principalmente, dar continuidade, aos grupos de cuidadores.

A implantação desses grupos refere-se a uma prática assistencial, por oferecer um cuidado ao cuidador, mas também a uma prática de educação em saúde. No campo da saúde pública, o cuidado centrado na pessoa organiza a assistência pelas ações que partem da necessidade dos sujeitos, podendo utilizar como estratégias de intervenção individual os projetos terapêuticos singulares, e na lógica coletiva do cuidado, as práticas grupais. Os grupos seriam dispositivos com finalidade de fazer funcionar novos modos de expressão da subjetividade, assim como importantes espaços de compartilhamento de saberes (AKERMAN, 2011) e de educação em saúde.

No presente trabalho, a educação em saúde é entendida como um processo dinâmico que promove uma reflexão crítica de indivíduos ou da comunidade sobre seus problemas de saúde, como sujeitos ativos, capazes de se tornarem corresponsáveis pelo seu próprio cuidado, a partir da valorização dos saberes, do conhecimento prévio da população, e não somente do conhecimento científico (FEUERWERKER, 2014).

Além disso, a Educação Permanente em Saúde (EPS) configura-se em importante ferramenta para o trabalho da equipe multidisciplinar, para a efetivação da interdisciplinaridade, a partir de ações integralizadas e humanizadas, ampliando a liberdade dos trabalhadores, mas também criando espaços coletivos comprometidos com os interesses e as necessidades dos usuários (MACHADO; WANDERLEY, 2012). No presente trabalho, tais interesses dizem respeito à qualificação do cuidado ao idoso frágil e à visibilidade e ao cuidado do cuidador familiar.

Um grupo de cuidadores familiares pode funcionar como uma estratégia positiva para o enfrentamento das mudanças advindas do processo de fragilização da pessoa idosa (LEME *et al*, 2011). Cada grupo organizado de pessoas, cuidadores ou não, se comporta como um “sistema” de engrenagens, o qual em sua totalidade cumpre sua “funcionalidade”, articulando-se e atuando em uma rede de papéis, estabelecendo vínculos entre si (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Como reforçam Machado e Wanderley (2012), pelo menos oito questões devem ser consideradas no planejamento de grupos, que tratam da motivação da equipe, do planejamento prévio dos encontros e da avaliação das atividades:

1. A equipe está sensibilizada para assumir esta ação como compromisso com o cuidado da saúde da população ou apenas a vê como tarefa?
2. Sente-se preparada para desenvolver encontros coletivos?
3. A necessidade de grupos foi determinada pela equipe ou pela população?
4. Os participantes do grupo são tipificados em doenças - como grupo de hipertensão, de diabetes?
5. A realidade de acessibilidade foi considerada: local, condições das pessoas que integrarão o grupo, faixa etária, crenças e valores?
6. Estabeleceu-se uma programação com atribuição de responsabilidades?
7. Avaliações são realizadas após cada grupo quanto à aprendizagem, por meio da mudança e da transformação da realidade com que se quer trabalhar – considerando o princípio da longitudinalidade?
8. Observou-se melhoria da qualidade de vida da população assistida?

Outra questão relevante é a rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde, sempre apontada como um obstáculo para a implantação e continuidade das ações. No presente estudo, um dos motivos de não resposta dos participantes sorteados para a amostra foi a não localização de profissionais que haviam sido capacitados, mas não estavam mais desempenhando suas atividades na Unidade de Saúde original.

No trabalho com os grupos na saúde, além da rotatividade dos profissionais de saúde das equipes, sabe-se que também a pressão da demanda das rotinas do serviço compromete a formação do

vínculo, a qualidade do cuidado e a efetividade dos grupos, além de limitar as agendas de atividades grupais (FERNANDES; SOARES; SILVA, 2008).

Os resultados do presente estudo sobre a influência da capacitação dos profissionais na criação de grupos concorda com a literatura que aponta um despreparo dos profissionais que coordenam as atividades para o manejo das situações subjetivas em que afloram sentimentos humanos e interações, havendo uma nítida necessidade de capacitação em teorias de trabalho com grupos na saúde (FERNANDES; SOARES; SILVA, 2008). Em todas as UBS que criaram grupos, os facilitadores participaram da capacitação preparatória. Isso demonstra que o PQCIF contribuiu para a qualificação dos profissionais – em sua vertente da educação em saúde (FEUERWERKER, 2014) - e na oferta de uma metodologia para o cuidado ao idoso frágil – na sua vertente assistencial (AKERMAN, 2011).

Na análise da Estratégia de Mobilização, os resultados ratificam a participação de dois atores são fundamentais da ESF: o ACS e a equipe do NASF.

A ESF se apresenta com um modelo assistencial reordenador da atenção à saúde, que busca ampliar o acesso e promover o cuidado às famílias. Na equipe da ESF, destaca-se o ACS – “elo” entre o serviço e a comunidade, por estar mais próximo desta e partilhar do mesmo universo sociocultural (BRASIL, 2010). O ACS, como principal vínculo entre o serviço e os domicílios, tem papel preponderante nesse tipo de intervenção junto à comunidade, uma vez que conhece de perto a realidade dos usuários, favorecendo a criação de alternativas e adaptações necessárias para consecução do trabalho proposto.

A participação do ACS foi relevante na divulgação e na confirmação do convite no domicílio da pessoa idosa frágil, sugerindo que a proximidade junto às famílias é fator que favorece o acolhimento, o que também o reafirma como elemento integrador, seja no levantamento de potenciais participantes para o grupo, seja na confirmação do convite e mobilização para participação, além da motivação e do interesse nas atividades intragrupo e junto às equipes das UBS, percebido desde a capacitação.

Diante do destaque dado à participação dos ACS, é importante que essa categoria profissional tenha maior apoio em seu processo de formação para trabalhar com grupos e metodologias mais participativas. Afinal, trata-se da categoria de maior representação nas equipes de saúde da família (SF), com maior vínculo e conhecimento da realidade local - aspectos primordiais no desenvolvimento de atividades de educação em saúde (MENDONÇA; NUNES, 2015).

De toda maneira, a ESF funciona como um fértil campo ao fomento da atenção integral. Em tal contexto, as equipes dos NASF atuam em conjunto com as equipes de Saúde da Família, apoiando-as para que possam incrementar a integralidade, bem como a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção, o acompanhamento e o monitoramento da saúde em seus diversos aspectos (BRASIL, 2008).

O outro ator identificado como importante na realização dos grupos por gestores e facilitadores foi o NASF. Ao fazê-lo, os profissionais do NASF cumprem os preceitos estabelecidos nas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e inter setorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. Dentre as diversas modalidades de intervenção no território que podem ser desenvolvidas pelos profissionais do NASF destacam-se: o apoio e a realização de grupos; os trabalhos educativos e de inclusão social; o enfrentamento de situações de violência e ruptura social; as ações junto aos equipamentos públicos (BRASIL, 2008).

Na etapa seguinte, “Condições de Implantação e Funcionamento”, um aspecto que aparece como relevante foi a questão da infraestrutura para realização de atividades educativas em grupo, nas UBS, como já apontado por Machado e Wanderley (2012).

Os profissionais de UBS que realizaram grupos diferiram dos que não realizaram quanto à existência de espaço próprio destinado à realização de atividades grupais nas UBS. Nos resultados das entrevistas com Gerentes de Atenção à Saúde, essa questão da infraestrutura para realização de grupos nas UBS também aparece. Rios (2012), ao realizar uma revisão integrativa sobre as propostas de intervenção em grupos de educação em saúde no Programa de Saúde da Família no Brasil, identificou grupos realizados em diferentes cenários, desde a sala de espera da

UBS até em campos de futebol, o que faz supor que o local, de modo isolado, não seria impeditivo à realização de grupos. Porém, chama atenção que também para o nível de gestão de Atenção à Saúde dos Distritos Sanitários, a infraestrutura foi um fator diferencial que poderia comprometer a atividade proposta. Essa análise concorda com Fernandes, Soares e Silva (2008) segundo as quais o local inadequado poderia comprometer a efetividade dos grupos.

Outro fator apontado nos resultados foi a garantia de agenda protegida para realização desse tipo de atividade na rotina do serviço. Ao abordar a prática da educação em saúde como atribuição básica e essencial da equipe de SF, o Ministério da Saúde atribui esse papel a todos os profissionais que compõem a equipe (BRASIL, 2007). Segundo Alves (2005), trata-se de uma atividade essencial para a prática do profissional de saúde e seu próprio reconhecimento como sujeito do processo educativo, bem como para promover o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.

Ao proteger a agenda para garantir a realização dos grupos de cuidadores, o PQCIF possibilita que esse tipo de atividade educativa seja reconhecido como prioridade assistencial e educativa, no melhor interesse dos profissionais e da população, ao invés de transformar a educação em saúde em apenas mais uma "coisa a fazer", como alertam Oliveira e Wendhausen (2014) e Machado e Wanderley (2012).

Na mesma direção, para gerentes e facilitadores favoreceram a implantação de grupos: ter um cronograma e segui-lo, bem como promover a divisão de tarefas dentro da equipe. Estes mesmos aspectos foram enfatizados por Fernandes, Soares e Silva (2008) ao considerarem que a dificuldade em estabelecer parceria interdisciplinar compromete a possibilidade de ações conjuntas na saúde. Assim, para que o grupo de cuidadores de idosos frágeis seja inserido, como propõe o PQCIF, nas rotinas do serviço de saúde, é fundamental que gestores e profissionais discutam e acordem agendas propositivas neste sentido. Isso inclui a partilha de tarefas dentro da equipe, ao longo do processo de implantação da atividade, como tecnologia leve de trabalho definida por Mehrry e Feuerwerker (2009).

Ainda sobre as condições de implantação e funcionamentos dos grupos, aparece na análise do trabalho como estratégia favorável a utilização de técnicas combinadas de metodologia ativa e

expositiva durante os encontros. Esta proposta metodológica possibilita o entrelaçamento entre saberes e vivências de pessoas envolvidas em torno de questões comuns, que interferem positivamente no cuidado em saúde. Segundo Ritter *et al* (2014), a atividade grupal constitui-se em importante tecnologia para a transformação de realidades por meio da educação em saúde. Ela se faz com o estímulo ao pensamento crítico, construindo a informação em conjunto com os indivíduos nos grupos, aproximando os profissionais e os usuários do sistema de saúde. Esse compartilhamento dos saberes de ambas as partes integrantes do processo educativo, sem preconceitos ou julgamentos de valores, possibilita a edificação de uma relação dialógica, comprometida e horizontal entre os participantes.

Alves (2005) reconhece o diálogo como instrumento essencial no modelo emergente de educação em saúde. Nesse modelo “dialógico” (BRICEÑO-LÉON, 1996) a relação é estabelecida entre saberes, sem diferenciação entre técnico e popular e o objetivo é a transformação que um interpõe ao outro, promovendo o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde. Machado e Wanderley (2012) concordam que não se deva priorizar somente os conteúdos, mas levar em conta o “como ensinar” para se chegar ao resultado final esperado. Para essas autoras, pretende-se a transformação da realidade a partir da modificação do comportamento via novos conhecimentos. Isso acontecerá não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde pelos profissionais a partir das vivências e experiências trazidas pelos membros da comunidade. Essa mudança metodológica permite que as práticas educativas sejam de fato emancipatórias (ALVES, 2005), pois focam na resolução de problemas concretos, na perspectiva de buscar alternativas para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse sentido, o PQCIF estimula a aprendizagem significativa e problematizadora, um dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009a), ao utilizar técnicas que possibilitam a construção coletiva, na qual cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) pode compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção, de seu papel (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

Destaca-se a utilização da “roda de conversa”, metodologia ativa que transmite a ideia da condução, de continuidade e de reciprocidade, em que a relação entre os sujeitos se dá de forma horizontal, viabilizando a participação democrática, além de permitir a permeabilidade dos diferentes saberes que a integram (BRASIL, 2005).

A lógica dos grupos é a da aprendizagem significativa. Na literatura atual, vários estudos relatam os benefícios a partir da introdução dos grupos no projeto terapêutico de pessoas com doenças crônicas (MENDONÇA; NUNES, 2015). Dentre os benefícios mencionados, destacam-se a construção de conhecimentos de forma inovadora, a maior relação com o usuário e a troca de experiências comuns, o desenvolvimento de diálogos entre os portadores de doenças crônicas e a diminuição de demanda por consultas médicas. Segundo Ayres (2009) é fundamental promover espaços e processos que possibilitem encontros entre o conhecimento técnico, a prática clínica e o saber de profissionais e familiares envolvidos na rotina do cuidado.

O *feedback* de cuidadores participantes dos grupos foi positivo e reconhecido por gerentes e facilitadores. Este resultado aponta para a avaliação positiva do grupo pelos cuidadores participantes e reforça que o grupo também pode constituir-se em estratégia de cuidado – da pessoa idosa via trocas de experiências e informações – e do cuidador – via reconhecimento e promoção do próprio cuidado, fortalecendo a assistência pretendida (AKERMAN, 2011).

Uma vasta literatura reconhece a relevância e a efetividade de grupos de cuidadores de idosos, conforme apresentado em artigo de revisão sistemática sobre o tema (MARIM *et al*, 2013). Cuidadores de idosos, especialmente aqueles que vivenciam uma sobrecarga com o cuidado, apresentam maiores índices de sintomas depressivos, ansiedade, uso de psicotrópicos, pior avaliação da sua saúde e menor satisfação com a vida (MARIM *et al*, 2013).

Segundo esses autores, as evidências apontam que programas de educação e suporte aos cuidadores de idosos são favoráveis para a redução da sobrecarga do cuidador quando comparados ao cuidado usual, e sua inclusão na assistência aos idosos é efetiva e deve ser estimulada. Para Marim *et al* (2013) esses programas ultrapassam o conteúdo programáticos e promovem o compartilhamento de estratégias de manejo das condições de saúde dos idosos.

No caso do PQCIF, o matriciamento aconteceu com uma periodicidade bimestral em todos os distritos e promoveu troca de experiências exitosas entre os facilitadores. Esses resultados sugerem que a realização dessas reuniões de matriciamento favoreceu a implantação dos grupos, superando eventuais obstáculos à realização de grupos.

A maior similaridade nas respostas das duplas de gerentes e facilitadores nas UBS que implantaram grupos sugere que uma maior sinergia entre a gestão local e o facilitador favoreceu a implantação dos grupos. Para Medeiros *et al* (2010), o estilo de gestão autoritário e rígido pode provocar a redução no entusiasmo, descontentamento, insatisfação e frustração das expectativas dos profissionais, o que limita o desenvolvimento de novas ideias, desestimula a participação e dificulta a ocorrência da sinergia nas equipes. Quando o gestor se distancia dos profissionais da equipe, sua capacidade de promover o comprometimento e envolvimento deste com os objetivos organizacionais torna-se limitada, afastando-os das atividades que não sejam eminentemente técnicas, impedindo a sinergia que ocorre quando há participação plena de todos atores envolvidos no processo.

Em contrapartida, profissionais que atuam em um ambiente mais democrático, com liberdade, ficam mais estimulados a participar dos diversos processos, sentem-se mais responsáveis e conseguem enfrentar as dificuldades no trabalho com mais dedicação e entusiasmo. Por isso mesmo, Campos (2002) assevera que a grande questão seria a adequação entre autonomia profissional e responsabilidade dos trabalhadores, mas haveria que se inventar modos de gerenciar que não castrassem a iniciativa dos trabalhadores nem deixassem as instituições à deriva.

Em seus comentários, os gerentes apontavam a falta de adesão aos grupos como relacionada aos cuidadores (não ter com quem deixar ou ter outra expectativa sobre o grupo) ou ao serviço (rotatividade do profissional; falta de prioridade do serviço). Ressalte-se que não ter com quem dividir o cuidado e por isso ter problema de disponibilidade para participar do grupo foi recorrente. A rotatividade como fator limitante aparece em relatos de gerentes de UBS que realizaram ou não os grupos .

A falta de disponibilidade do familiar, pela insuficiência de outros membros para cuidar, é relatada em várias experiências da mesma natureza. Mendonça e Nunes (2015) referenciam-se em experiências onde aparecem como motivos de baixa adesão a grupos o interesse pelo atendimento médico, em consultas individuais; e o desconhecimento da importância dessa estratégia pela população.

Quanto aos profissionais, registra-se como maior problema, a rotatividade de recursos humanos na rede de saúde pública. Este problema parece ser endêmico no Programa de Saúde da Família, sendo apontadas como principais causas de rotatividade nos serviços: a precarização do vínculo de trabalho, a fragmentação da formação, o estilo de gestão autoritário, a ausência de vínculo com a comunidade e as más condições de trabalho (MEDEIROS *et al*, 2010). Para Medeiros *et al* (2010), a rotatividade pode implicar perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência organizacional e a interrupção de programas, inclusive alguns estratégicos.

Assim, uma prática educacional que se coloca na perspectiva libertária com um sentido claro de imprimir transformações nos sujeitos e no SUS por meio da implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis depende da atuação sinérgica de gestores e trabalhadores.

As estratégias apontadas como diferenciais para a implantação dos grupos reforçam que o PQCIF respeitou os preceitos da EPS e buscou a integralidade do cuidado à pessoa idosa e do seu cuidador, contudo o programa necessita de maior apoio institucional para ser aprimorado, expandido e inserido como serviço na rede pública de saúde.

Considerando a perspectiva da necessidade de melhor preparo dos serviços e das famílias para o enfrentamento do envelhecimento populacional brasileiro, e sendo os grupos reconhecidos como uma efetiva tecnologia assistencial que pode ser desenvolvida na Atenção Primária à Saúde, esse estudo veio reforçar a importância de mobilização, infraestrutura e capacitação de profissionais para ampliar os grupos de cuidadores, como uma das estratégias de atenção à saúde da pessoa idosa e de seus cuidadores, sendo imprescindível um maior investimento nesse tipo de ação pelo poder público.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Nada apaga a luz que vive num amor, num pensamento porque é livre como o vento”.
(Manuel Freire)

Os resultados do estudo apontaram que são fatores que favorecem a implantação de grupos: a capacitação dos profissionais e participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no processo; a divulgação e o convite ser feito no domicílio pelos Agentes Comunitários de Saúde; a existência de local apropriado para as reuniões, a agenda do profissional estar liberada para as atividades, haver planejamento do processo e responsabilização das atividades de capacitação entre os membros da equipe; a utilização de técnicas combinadas de metodologia ativa, como estratégias metodológicas dos grupos; e o apoio matricial como suporte técnico pedagógico às equipes envolvidas no processo.

O envelhecimento não é um processo homogêneo na sociedade nem na vida do indivíduo: as condições sócio familiares diferem, assim como as clínicas e as funcionais, as culturais e as econômicas. E há de se prever e buscar aplicar soluções apropriadas a cada realidade. Os desafios devem ser vistos como oportunidades, nas quais os diversos dispositivos e tecnologias assistenciais devem influir no aprimoramento do cuidado.

Diante da proposta do PQCIF de instituir grupos de cuidadores familiares de idosos nas UBS, o que foi limite? O que favoreceu? Quais conquistas esses grupos representam? Essas questões nortearam o presente trabalho.

Desenvolver essa pesquisa e retratar cientificamente os resultados da implantação dos grupos de cuidadores familiares do PQCIF foi um aprendizado e uma oportunidade de contribuir para o aprimoramento do serviço, na perspectiva de ainda melhores resultados, e de sua instituição como política pública de atenção à saúde das pessoas idosas, familiares e profissionais envolvidos.

Em primeiro lugar, trabalhar em prol de atender uma necessidade real, ou seja, a atenção a famílias de pessoas idosas frágeis, junto com profissionais mais informados e sensibilizados sobre a questão, foi o primeiro passo acertado. A construção conjunta da metodologia dos grupos

foi o segundo grande acerto e conseqüente ganho. Os resultados da implantação foram acompanhados em processo e foram qualitativamente significativos. O *feedback* dos gestores e facilitadores mostrou-se extremamente positivo e, para aqueles cuidadores que conseguiram participar, foi muito importante, segundo relatos registrados pelos facilitadores e compartilhados em reuniões de matriciamento do trabalho (dados não apresentados).

Apesar dos investimentos já realizados, prestar assistência a esse grupo etário requer um atendimento que leve em consideração as diversas realidades sociais apresentadas; intervenções cujo modelo assistencial seja centrado nas necessidades do usuário; introduza o envelhecimento como um dos focos da atenção à saúde; cuidando para que o papel da educação, da informação e da comunicação contribua para a transformação da cultura do cuidado.

O processo de cuidado em saúde está baseado num modelo de gestão e numa postura profissional, humana, cujos dispositivos podem ser estratégias de mudança do modelo assistencial. Esses espaços da micro relação que se dá nas UBS devem servir como lócus de transformação. Assim, a inclusão de diferentes lógicas, óticas, abordagens, e a disposição de mudança nas nossas relações cotidianas são formas de superar a hegemonia do tradicional e o distanciamento da realidade social.

Gestores e facilitadores reconhecem as estratégias utilizadas e construídas de forma compartilhada e as propostas para a implantação dos grupos do PQCIF. Porém, diante dos desafios enfrentados cotidianamente nas equipes, este trabalho identifica que, talvez, o grande e mais intangível diferencial para a implantação dos grupos tenha sido, de fato, o empenho dos profissionais de saúde e o compromisso de gestores, que atuando em harmonia promoveram o melhor cuidado dentro das equipes e das famílias. Esta é a perspectiva dos, maiores interessados: os próprios cuidadores egressos desses grupos que trazem este *feedback* positivo para as equipes.

Então, o que ainda falta?

Em suas diversas formas e interpretações, o cuidado tem sido estudado e aprimorado como ciência, estruturado dentro de protocolos e intervenções. Os grupos de cuidadores propostos pelo

PQCIF propõem que, muito mais do que isso, o cuidado deveria primeiramente ser visto como um momento de sublime afeto que nos identifica como humanidade e qualquer forma de compartilhá-lo deveria levar em conta os sujeitos envolvidos, seus recursos internos e externos, vínculos, desejos e necessidades. Aí, sim, esse seria o começo de um ato transformador, emancipatório, revolucionário.

*No mistério do sem-fim equilibra-se um planeta. E, no planeta, um jardim, e, no jardim,
um canteiro; no canteiro, uma violeta e, sobre ela, o dia inteiro, entre o planeta e o sem-fim, a asa
de uma borboleta [...]
Cecília Meireles*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, L.; COUTINHO, A. R. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In: AFONSO, M. L. M. (org.). **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 59 – 68.
- AKERMAN, M. Prefácio. In: NETO, J. L. F.; KIND, L. **Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte: Fapemig, 2011. (Saúde em debate). p. 11 – 14.
- ALVES, V. S Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- ALVES, G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, jan. 2011.
- ANDRADE, A. N., *et al.* Análise do conceito de fragilidade em idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 748-56, out./dez, 2012.
- AQUINO, F. T. M. de; CABRAL, B. E. S. O idoso e a família. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1056-1060.
- ARAÚJO, C. M. *et al.* Atenção domiciliar ao idoso na visão do cuidador: interface no processo de cuidar. **Rev. Enfermagem**, v. 16. n. 2, maio/ago. 2013
- AYRES, J. R. **O cuidado em saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP/MG, 2015.
- AYRES, J. R. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.** [online], v. 18, supl.2.
- BARROSO, M.. Lutas e conquistas da sociedade civil. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 23-32, jun. 2001.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anula de gestão**. 2014. Belo Horizonte: PBH, 2014.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Editora Brasil Ltda., 2008.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa BH VIDA - Equipes de Saúde da Família**. Belo Horizonte: PBH, 2001.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, I, 1996, Brasília. **Anais...** Brasília: MPAS/ SAS, 1996, p. 16-34.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro do Estado da Saúde. **Portaria nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília, MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro do Estado da Saúde. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, MS. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro do Estado da Saúde **Portaria nº 687**, de 30 de março de 2006a. Cria a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.742**, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. 1993. Brasília, MS, 1993

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27)

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. NOB/SUAS. **Resolução do CNAS n.º 130**, de 15 de julho de 2005, publicada no DOU. Brasília (DF).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994. Brasília, MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, MS, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: MS, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** 2. ed. 5. reimp. Brasília: MS, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção** Brasília : Ministério da Saúde, 2010 (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1).

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n.1, p.7-30, jan/mar., 1996.

BURLÁ, C.; CAMARANO, A.M.. Panorama prospectivo das demências no Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, out.2013.

CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T.. **Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina**. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Introdução. In: CAMARANO, A. A (org). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010a. p. 13-37.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A. A (org). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010b. p. 68-91.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In. MERHY, E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

CARVALHO, M. do C. B. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, M. do C. B. **A Família Contemporânea em Debate**. São Paulo: EDUC/ Cortez. 2005. p. 15 – 22.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comum Saúde Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-78, 2005..

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2014.

CHAIMOWICZ, F. A. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG: 2013.

CSHA. CANADIAN STUDY ON HEALTH AND AGING. Patterns of caring for people with dementia in Canada. **Can J Aging**, v. 13, p. 470-87, 1994.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M.; SILVA, L. B. Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na estratégia de saúde da família. **REME Rev Min Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 355-41, jul./set. 2008

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502 , 2012.

FERREIRA, P. G. *et al.* A qualificação do cuidado ao idoso e o apoio a cuidadores familiares na atenção primária para a promoção do envelhecimento ativo, cuidado e proteção da velhice. In: TEIXEIRA, M. G.; RATES, S. M.; FERREIRA, J. M. **O coletivo de uma construção: o sistema único de saúde de Belo Horizonte.** Belo Horizonte: Rona, 2012. p. 36 – 38.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do trabalho e cuidado em saúde).

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for phenotype. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v. 56 a, n. 3, p. 146-256, 2001.

GIACOMIN, K. C.; SANTOS, W. J. e FIRMO, J. O. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, set. 2013.

GIACOMIN, K. C. *et al.* Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1), p. 80-91, jan-fev, 2005

GIACOMIN, K.C.; SARTINI, C. M.; GESTEIRA, S.M. Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa na rede SUS-BH. **Revista Pensar**, Belo Horizonte, v. 13, p. 3-9, 2005.

HIRATA H.; GUIMARÃES N. A. Introdução. In: HIRATA H.; GUIMARÃES N (org.). **Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care.** São Paulo, Perseu Abramo, 2012. p. 1- 11

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2011.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010135709212012572220530659.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios**, Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

- LEME, L. C. G. *et.al.* Atividades de dança, marcha e equilíbrio de idosos com patologias que interferem nestas habilidades motoras. **Pensar a Prática** (Online), v. 14, p. 1-11, 2011.
- LEMOS, C. E. S. Entre o Estado, as famílias e o mercado. **Sinais Sociais**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 22, p. 39-61, 2013.
- MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. **Educação em saúde**. São Paulo: UNASUS/UNIFESP, 2012.
- MARIM C. M., *et al.* Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 21, jan.-fev. 2013.
- MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, supl. 1, p. 1521-1531, 2010.
- MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 397-409, maio/ago. 2015.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
- MORAES, E. N. Saúde do idoso. In: MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS/MS, 2012. p. 9-20.
- NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de Vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007.
- NERI, A. L. Feminização da velhice. In: NERI, A. L (org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Perseu Abramo, 2007b. p. 47-64.
- NETO, J. L. F.; KIND, L. **Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte: Fapemig, 2011. (Saúde em debate).
- OLIVEIRA, C. S. **Cuidado centrado na pessoa e comunicação verbal**. 2013. 46 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Escola Superior de Aveiro, Universidade de Aveiro, Portugal, 2013.
- OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re) significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades de estratégia da saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: OPAS, 2005.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Rede Intergerencial de Informações para Saúde. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências** Brasília: OPAS, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências).

PAULA, M. L. G. A rede pública de instituições de longa permanência para idosos em Belo Horizonte - elementos do financiamento e do atendimento **Revista Pensar BH/Política Social**, Belo Horizonte, n. 13, set./nov. 2005.

PICHON-RIVIÉRE, E. **O processo grupal (El proceso grupal)**. Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. (Série Saúde Coletiva, Instituições e Sociedade Civil).

RIOS, V. S. **Propostas de intervenção em grupos de educação em saúde no Programa de Saúde da Família**. Belo Horizonte, Editora da UFMG, 2012.

RITTER, C. B. *et al.* **Grupo como tecnologia assistencial para o trabalho em enfermagem na saúde coletiva**. Florianópolis, RBE, 2014.

SANTANA, V. C. *et al.* Novos arranjos familiares: uma breve análise. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, ano 17, n. 177, fev. 2013.

SPOSATI, A. Assistência Social: de ação individual a direito social. **Revista Brasileira de Direito Constitucional – RBDC**, n. 10 – jul./dez. 2007.

SILVA, D. F.; FERREIRA, P. G. Políticas públicas, serviços e programas de atenção à pessoa idosa. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 679 – 688.

SOARES, S. M.; FERNANDES, M. T. O. O trabalho com grupos na atenção primária: enfoque na promoção da saúde. In: TEIXEIRA, M. G.; RATES, S. M.; FERREIRA, J. M. **O coletivo de uma construção: o sistema único de saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona, 2012. p. 57 – 60.

TEIXEIRA, I. N. **Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional** São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

VASCONCELOS, M. *et al.* **Práticas pedagógicas em atenção básica a saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon, 2009.

VIANA, S. O. *et al.*. O trabalho com grupo socioeducativo na atenção básica à saúde: cuidando dos cuidadores. In: TEIXEIRA, M. G.; RATES, S. M.; FERREIRA, J. M. **O coletivo de uma construção**: o sistema único de saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Rona, 2012. p.124 – 125.

VIEIRA, R. A. *et al.* Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, ago. 2013.

WONG, L. R.; CARVALHO J. A. M O Rápido Processo de Envelhecimento Populacional do Brasil: Sérios Desafios para as Políticas Públicas. **REBEP**, v. 23, n. 1, p. 6-26, 2006.

Anexo 1**PLANILHA DE IMPLANTAÇÃO DOS GRUPOS DE CUIDADORES DE IDOSOS FRÁGEIS DO PQCIF**

Distrito	Realizados	Não Realizados
Barreiro 18	Bonsucesso, Itaipú, Lindéia, Milionários, Sta Cecília, Vila CEMIG, B. Baixo, Túnel de Ibitiré.,Tirol ,Miramar, BDI, Regina, Vila Pinho, Diamante (14)	B. Cima, Urucuia, Vale do Jatobá ,Independ., Mangueiras, Pilar (6)
Centro-sul 9	Tia Amância, Cafezal, N.Sra. de Fátima, Carlos Chagas, Cj. Sta Maria, N. Sra. Aparecida, São Miguel Arcanjo, Pe. Tarcísio (8)	Menino de Jesus, Oswaldo Cruz, Sta Lúcia, Sta Rita de Cássia (4)
Nordeste 19	Capitão Eduardo, Cj. Paulo VI, Efigênia Murta, S. Gabriel, Gentil Gomes, Goiânia, Marivanda Baleeiro, Nazaré, Olavo Albino, Ribeiro de Abreu,Alcides Lins, Cachoeirinha, Cidade Ozanam, São Marcos, Dom Joaquim, Marcelo Pontel, Pe. Fernando (17)	São Paulo, MªGoretti, Leopoldo Crisóstomo, Vila Maria (4)
Oeste12	Havaí, Noraldino de Lima, Vista Alegre, Cabana, Cícero Idelfonso, São Jorge, VilaImperial, Palmeiras Waldomiro Lobo,Salgado Fº, Betânia, Cj.Betânia(12)	Amilcar V. Castro, Vila Leonina, Ventosa (3)
Venda Nova 8	Andradas, Minas Caixa, Jd Leblon, V. Nova, Copacabana Jd. Comercários (6)	Céu Azul, Lagoa, Mantiqueira, Nova York, Piratininga, Sta. Mônica, Sto. Antônio, Visc. Rio Branco, Serra Verde, Jd. Europa (10)
Leste 12	Sta. Inês, Mariano de Abreu, Novo Horizonte, Pompéia, Alto V. Cruz, Horto, Marco A. de Menezes, São Geraldo, Granja de Freitas, Paraíso, São José Operário, Taquaril (12)	Boa Vista, Vera Cruz (2)
Norte 17	Campo Alegre, Jd. Felicidade, Etelvina Carneiro, MG 20,Tupi, Novo Aarão Reis, Providência, São Tomás, Floramar, Jd. Guanabara, Heliópolis, Jaqueline, Felicidade II (13)	1º de Maio, São Bernardo, Guarani, Jaqueline II, Lajedo (5)
Pampulha 15	Confisco, Pe. Maia , Itamarati, Ouro Preto, São José, Sta. Amélia, Dom Orione, Jd. Alvorada, StaTerezinha, Sta. Rosa (10)	São Francisco, Sta Rosa, Serrano (3)

Noroeste 8	Califórnia, Sta. Maria, João Pinheiro, Jd. Montanhês, Dom Bosco, João XXIII, Pe. Eustáquio (7)	Bom Jesus, Carlos Prates, Glória, Pedreira Prado Lopes, São Cristóvão, Elza Martins, D. Cabral, Ermelinda, Jd. Filadélfia, Pindorama, StosAnjos (11)
---------------------------------	---	---

ANEXO 02

TABELA DE DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO POR UBS, DS E IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE CUIDADOR FAMILIAR

DS	UBS	Criação de grupo
Barreiro	Vale do Jatobá	Não
	Bairro das Indústrias	Sim
	Itaipu	Sim
	Túnel de Ibité	Sim
Centro-Sul	Tia Amância	Sim
	Nossa Senhora de Fátima	Não
Leste	Paraíso	Não
	São José Operário	Sim
	Horto	Sim
	Marco Antônio de Menezes	Sim
Nordeste	Boa Vista	Não
	Olavo Albino Corrêa	Sim
	Ribeiro de Abreu	Sim
Noroeste	Vila Maria	Sim
	Bom Jesus	Não
	Pindorama	Não
	Dom Bosco	Sim
	Jardim Montanhês	Sim
Norte	Elza Martins	Não
	MG 20	Sim
	Heliópolis	Sim
Oeste	Waldomiro Lobo	Sim
	Vista Alegre	Sim
Pampulha	São José	Sim
	Santa Amélia	Sim
	Serrano	Não
	Jardim Alvorada	Sim
Venda Nova	Serra Verde	Não
	Céu Azul	Não
	Lagoa	Não
	Andradas	Sim

ANEXO 03 ESTRATÉGIAS PARA FORMAÇÃO DE GRUPO DE CUIDADORES DE IDOSOS FRÁGEIS²

Introdução

O presente projeto visa a qualificar o cuidado prestado aos idosos frágeis da nossa cidade. Para alcançar este objetivo, traça como estratégia, além da capacitação teórico-prática dos profissionais dos serviços de saúde da rede pública e da rede parceira, a formação de grupos de educação em saúde para cuidadores familiares de idosos frágeis.

2150 Profissionais de nível superior, que atuam nos serviços de saúde e de assistência social da rede pública foram capacitados em uma primeira etapa (Projeto “Qualificação do cuidado ao idoso frágil”) e 323 aceitaram o convite para serem multiplicadores nos grupos. Além destes, 74 participaram do processo. Este material pretende auxiliá-los neste desafio.

Critérios para ser multiplicador

- ser Técnico de nível superior de serviços de saúde ou de assistência social da rede pública municipal;
- ter participado e concluído a primeira etapa de capacitação do Projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” e o módulo de Formação em Metodologia de Trabalho com Grupos.

Funções

Espera-se do multiplicador que ele promova a seleção dos cuidadores, a organização do espaço para os encontros, o levantamento de necessidades materiais e o envolvimento das equipes e da comunidade com o grupo.

² Material elaborado por Patrícia Guimaraens Ferreira e Karla C. Giacomini, com base no material consolidado na disciplina “Estratégias de implementação do Projeto na Rede” do Projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”, trabalhado pelos docentes Paula Ferreira Chacon, Evamar A. M. Leopoldino, Maria Terezinha de O. Fernandes, Samuel dos Reis Garcia, Carolina C. Machala.

Atuação do multiplicador

- Ser referência para o grupo de cuidadores acompanhados pelo serviço;
- Realizar o acompanhamento permanente dos participantes do grupo, por meio de contatos, visitas, encontros periódicos, construção do conhecimento sobre o cuidado e do fortalecimento da interação idoso-cuidador-equipe de cuidados;
- Promover:
 - um ambiente agradável e favorável de trabalho, com metodologia interativa que contemple temas de vida em geral e aqueles relativos à fragilidade da condição humana e ao envelhecimento, e não apenas aqueles restritos às áreas de saúde/doença;
 - a construção do conhecimento por meio de uma abordagem transdisciplinar, buscando ultrapassar as fronteiras dos campos das disciplinas para dar conta da complexidade do presente e dos desafios futuros

1. Etapas para a implantação dos grupos de Educação em Saúde para o Cuidado

1. 1. Mobilização e envolvimento da equipe da UBS

- Sensibilizar as ESF, apoios e gerência para a gestão do cuidado ao idoso frágil, entendendo que o grupo é parte importante desta gestão;
- Favorecer a articulação da equipe e do gestor, de maneira compartilhada na divulgação, captação de cuidadores, operacionalização e continuidade dos grupos;
- Envolver os demais profissionais da UBS e do NASF, para contribuir nos grupos;
- Estabelecer mecanismos para a continuidade do grupo e para sua integração à rotina do serviço.

1.2. Reconhecimento e mobilização da rede social

- Divulgar o projeto para a comunidade, sensibilizando lideranças, Conselhos Locais de Saúde;
- Realizar levantamento dos equipamentos sociais da região;
- Sensibilizar e articular com a rede, a nível regional e local, propiciando atuação intersetorial entre as equipes das UBS, NASF, CRAS e Escolas;

- Convidar e sensibilizar as redes sociais (comunidade, vizinhos, igrejas e outros) para garantir a participação dos cuidadores nas reuniões dos grupos
- Garantir a participação dos cuidadores familiares buscando alternativas dentro da rede de solidariedade ou avaliar possibilidade de cuidadores formais fornecerem suporte aos cuidadores que estiverem participando dos grupos.

1.3. Identificação e mobilização dos cuidadores

- Definir dentro da população idosa de risco, os idosos que possuem cuidadores familiares que poderiam se beneficiar do grupo e planejar os grupos envolvendo as equipes;
- Qualificar os ACS para busca ativa destes cuidadores e sensibilizar para participação nos grupos;
- Identificar grupos de cuidadores familiares já existentes na UBS para integrá-los ao projeto;
- Aplicar o roteiro de identificação do cuidador no primeiro encontro do grupo, estabelecendo: disponibilidade, escolaridade, faixa etária, grau de parentesco, tempo de cuidado, local de moradia;
- Levantar familiares e rede solidária que possam assumir o cuidado no momento do grupo;
- Caso o idoso não seja acamado, criar um espaço/atividade para que o idoso possa ir com o cuidador (idoso fica nesse espaço enquanto cuidador fica no grupo).

2. Para implementação do trabalho

2.1 Infraestrutura necessária

- Procurar e organizar as reuniões nas UBS, em locais de fácil acesso e horário adequado, e, se necessário, acionar a rede social para disponibilizar local;
- Reconhecer dias estratégicos que favoreçam as reuniões (busca de remédios, entrega de doações);
- Organizar os materiais didáticos orientadores;
- Organizar lanche;
- Organizar agenda da UBS;

- Definir as participações nos encontros e dividir tarefas, envolvendo todos os profissionais, garantindo na Unidade o remanejamento de funções no período de realização do grupo.

2.2. Organização dos grupos

- Realizar convite nominal aos cuidadores, com horário e local definidos para o primeiro encontro;
- Inscrever os cuidadores para garantir sua responsabilização;
- Convidar o ACS para o grupo.

2.3. Conteúdo a ser desenvolvido

- Oferecer ações que valorizem o cuidador no papel que ele ocupa;
- Ter sempre o foco no cuidador, mesmo quando estiver abordando o cuidado (como ele lida com a situação, isso já lhe aconteceu, como você resolveu, ...)
- Abordar assuntos que envolvam o biopsicossocial e biossegurança
- Abordar o autocuidado
- Abordar e valorizar a rede SUS
- Elaborar cartilhas com endereços úteis: para onde ir ou se encaminhar em casos de urgências e emergências, os cuidados em tais situações e outros cuidados que se fizerem necessários.

2.4. Metodologia de trabalho

- Estabelecer periodicidade (sugerido uma vez por semana)
- Limitar o número de participantes para 10 a 15 pessoas
- Realizar sondagem de disponibilidade/dificuldades dos cuidadores e estabelecer com o grupo o tempo de reunião adequado
- Realizar sondagem de interesse e necessidades dos cuidadores
- Garantir metodologia participativa: vivências, dinâmicas.
- Buscar estabelecer clima agradável nas reuniões: atividades de motivação, dinâmicas interativas, momentos de confraternização como o lanche.

- Desenvolver no grupo atividades voltadas ao cuidado psicofísico dos próprios cuidadores
- Garantir o acolhimento humanizado do cuidador, onde ele reconheça que há uma escuta para ele, favorecendo sua adesão e promovendo sua saúde
- Dentro da formatação do grupo de cuidadores de idosos: ouvir o cuidador, suas dúvidas, seus interesses, conquistas, troca de experiências;
- Abordar o vínculo e a credibilidade da sua equipe de saúde
- Realizar exercícios de reflexão como proposta na melhoria da qualidade de vida
- Avaliar proposta metodológica para cada encontro

3. Para continuidade e retaguarda do trabalho

- Estabelecer o Monitoramento e avaliação das ações por meio da Atenção ao Idoso/GEAS;
- Garantir referência técnica ou matricial para os multiplicadores se reportarem quando necessário;
- Fazer encaminhamentos para academia da cidade, lian gong, etc;
- Realizar Oficinas temáticas regulares após término do grupo;
- Incentivar a continuidade do grupo;
- Instituir um planejamento anual dos Grupos pelas ESF;
- Manter educação continuada para os multiplicadores de grupos
- Detectar potenciais cuidadores para incluí-los em grupos futuros.

APÊNDICE 01**ROTEIRO DE ENTREVISTA GERASA, BELO HORIZONTE/MG, 2014**

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS GRUPOS DE CUIDADORES DE IDOSOS DO PROJETO QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO FRÁGIL					
I - IDENTIFICAÇÃO					
Nome:			Distrito:		
II - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GESTOR DISTRITAL					
Leia cada uma das afirmativas e assinale a resposta que corresponde à sua opinião, conforme a seguinte legenda: CT = concordo totalmente; C = concordo; I = indiferente; D = discordo; DT = discordo totalmente					
1. O grupo de cuidadores familiares de idosos frágeis é uma importante intervenção na atenção à pessoa idosa frágil.	CT	C	I	D	DT
2. A capacitação do facilitador em metodologia de trabalho com grupos é importante para realização dos encontros.	CT	C	I	D	DT
3. Para implantação do grupo de cuidadores é necessário mobilizar toda a equipe da UBS e do NASF.	CT	C	I	D	DT
4. Para realização do grupo de cuidadores a participação da equipe do NASF é fundamental	CT	C	I	D	DT
5. A UBS tem infraestrutura para realização dos encontros.	CT	C	I	D	DT
6. Para garantia de realização dos encontros o grupo tem que entrar na agenda da UBS e do profissional.	CT	C	I	D	DT
7. Para garantia da participação do cuidador é fundamental que ele seja abordado no domicílio quanto ao interesse e à disponibilidade.	CT	C	I	D	DT
8. Os temas dos encontros devem ser desenvolvidos por equipe multiprofissional.	CT	C	I	D	DT
9. Os encontros devem ser desenvolvidos utilizando metodologias integrativas.	CT	C	I	D	DT
10. O matriciamento periódico da implantação dos grupos, junto aos facilitadores, é necessário para sua continuidade.	CT	C	I	D	DT

APÊNDICE 02**ROTEIRO DE ENTREVISTA GERENTE DE UBS. BELO HORIZONTE/MG, 2014****Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil - Formulário de entrevista aos gerentes de Unidades Básicas de Saúde - UBS**

Prezado(a) Gerente,

Este roteiro de perguntas faz parte da pesquisa de mestrado intitulada "Estudo da implementação do Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil na Rede SUS/BH", realizada no Programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Escola de Medicina/UFMG, que pretende identificar os limites e possibilidades alcançados pelo referido Projeto, a fim de contribuir para melhoria do mesmo e para outras iniciativas de trabalho com grupos na SMSA/BH. Gostaria de contar com sua colaboração, respondendo o formulário abaixo, esclarecendo que, ao fazê-lo, estará concordando em participar desta pesquisa. Muito obrigada!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Estudo do processo de desenvolvimento do projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil em Belo Horizonte.

Responsável pela pesquisa: Eliane Dias Gontijo – Orientadora

Pesquisadora: Patrícia Guimaraens Ferreira

Prezado (a) Gestor

Você está sendo convidado (a) a participar de uma entrevista sobre o desenvolvimento de ações de Saúde do Idoso na rede de serviços de saúde SUS, com destaque para o trabalho com os grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis do Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil da SMSA-BH. A finalidade desta pesquisa é conhecer os fatores associados à implementação dos grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis nas UBS. Sua contribuição nesta etapa da pesquisa consistirá em responder um questionário que contempla questões relativas à metodologia do trabalho com os referidos grupos e condições logísticas de sua implantação na UBS.

A sua participação na pesquisa é voluntária e não acarretará nenhum compromisso financeiro entre você e a equipe de pesquisa e também será garantida reparação caso ocorra algum dano. Você tem o direito de

não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício a que tenha direito. O benefício relacionado com a sua participação é a contribuição para a melhor assistência ao idoso e a seus cuidadores e aprimoramento da política de atenção ao idoso em Belo Horizonte. Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa restringem-se à sua identificação como informante. Para evitar esta situação, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você será identificado, apenas, pela sua idade, sexo e profissão. As transcrições dessa entrevista serão reproduzidas apenas em publicações científicas, respeitando-se o sigilo do seu nome. Todo o material gravado ficará sob a guarda do pesquisador principal. As gravações com o registro das entrevistas, assim como suas transcrições, serão destruídas após quatro (4) anos do término do projeto.

Caso seja do seu interesse, você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação: Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta etapa do projeto. Se houver alguma informação ou esclarecimento que deseje receber favor entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Eliane Dias Gontijo, pelo telefone (31) 3409-9641 ou com a responsável pela pesquisa Patrícia Guimaraens Ferreira pelo telefone (31)8878-5339.

COEP – Comitê de ética em Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar, Campos Pampulha – Belo Horizonte – MG – Brasil, CEP: 31.270-901. Telefone/FAX:3409-4592 – Email: coep@prpq.ufmg.br

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.
CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309

*Obrigatório

Nome: *

Documento de Identidade *

Apenas números

Cargo ocupado na SMSA/BH *

Tempo no cargo*em anos completos

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem utilizada foi explicada e que recebi respostas para todas as

minhas dúvidas. Confirmando também que, caso queira, receberei uma cópia deste termo de consentimento e livre esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem que nada me prejudique. Aceito de livre e espontânea vontade participar da pesquisa “Estudo da implementação do Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil na Rede SUS/BH”.

1. Você conhece o Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

2. Como você teve conhecimento sobre o Projeto? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Gerência Regional de Assistência à Saúde - GERASA

Gerência Regional de Gestão do Trabalho - GERGETR

Gerência de Assistência à Saúde - GEAS

Centro de Educação em Saúde - CES

Nenhum deles

Sem informação

3. Você participou da capacitação no “Módulo de Cuidado ao idoso frágil”? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

4. Quais categorias profissionais da Unidade Básica de Saúde - UBS participaram da capacitação no Módulo de Cuidado ao idoso frágil? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Enfermeiro

Assistente social

Psicólogo

Técnico de enfermagem

Cirurgião-Dentista

Agente Comunitário de Saúde - ACS

Médico
Nenhum deles
Sem informação

5. Na sua unidade, quantos profissionais foram indicados para atuar como facilitadores dos grupos de cuidadores? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

6. Estes profissionais participaram da capacitação no “Módulo Preparatório para o trabalho com os grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis”? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim
Não
Sem informação

7. Os profissionais que participaram da capacitação implementaram eles mesmos os grupos? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim
Não
Sem informação

8. Na UBS, houve divulgação do projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim
Não
Sem informação

9. Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF participaram da implementação dos grupos? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim
Não
Sem informação

10. Houve divulgação sobre a realização dos grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis na comunidade? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

11. Como foi feita a divulgação ? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

No domicílio pelo ACS

Cartaz na UBS

Reuniões na comunidade

Nenhuma delas

Sem informação

12. Outros serviços públicos locais foram convidados a participar do projeto? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Centro de Referência de Assistência Social - CRAS

Academia da Cidade

Educação de Jovens e Adultos - EJA

Não se aplica

Sem informação

13. Outros serviços parceiros foram convidados a participar do projeto? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Pastoral

Grupo de Convivência

Igreja

Não se aplica

Sem informação

14. Como foi realizada a captação de participantes para os grupos? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Identificados pela Equipe de Saúde da Família

Demanda espontânea

Convite por cartaz

Publicação em jornal

Convite em outros grupos já existentes na Unidade Básica de Saúde

Sem informação

15. Você tem conhecimento se o instrumento de sondagem, para captação de participantes foi aplicado? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

16. Após realizado o levantamento de participantes e selecionado o público, como se deu a confirmação e convite para participação? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Convite entregue no domicílio pelo ACS

Convite entregue no domicílio pelo facilitador

Contato telefônico

Nenhuma opção anterior

Sem informação

17. Onde são realizadas as atividades coletivas da UBS? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Recepção/ sala de espera

Sala de reunião

Espaço cedido na comunidade

Sem informação

Outro

18. O dia e o horário para reunião foram definidos conforme a... *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Preferência dos interessados em participar

Agenda dos profissionais

Agenda do serviço

Disponibilidade de espaço coletivo

Sem informação

19. A realização do grupo foi incluída na agenda da UBS? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

20. A UBS recebeu o material a ser utilizado nos encontros? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

21. Os ACS foram convidados para participar do grupo? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

22. Foi garantida agenda protegida para participação da equipe envolvida na ação? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

23. Foi organizado um cronograma com datas/profissionais/temas para os encontros? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

24. Houve divisão de tarefas envolvendo os profissionais da UBS, para realização dos grupos? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

25. O cronograma dos encontros foi seguido? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Parcialmente

Sem informação

26. Houve flexibilidade nos temas dos encontros para atender ao interesse do grupo? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

27. Algum tema que não havia sido não previsto foi abordado? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Saúde bucal

Alimentação saudável

Memória

Medicamentos

Atividades físicas

Nenhuma delas

Sem informação

28. Você tem conhecimento de qual(is) técnica(s) foi(ram) aplicada(s) nos encontros? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Dinâmicas de grupo

Palestras

Roda de conversa

Nenhuma delas

Sem informação

29. Se houve feedback dos cuidadores em relação ao grupo, ele foi *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Positivo

Negativo

Sem informação

Outro:

30. Se houve *feedback* dos facilitadores em relação ao grupo, ele foi *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Positivo

Negativo

Sem informação

31. Como foi a adesão dos cuidadores? *

Registre abaixo sua resposta

32. Na sua avaliação os grupos de cuidadores são importantes? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

33. Você tem conhecimento sobre as reuniões de matriciamento da implementação dos grupos de cuidadores? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

34. O facilitador da sua UBS foi mobilizado para participar dessas reuniões? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

35. Você tem conhecimento se esse facilitador participou das reuniões de matriciamento?

*(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

36. As reuniões de matriciamento com os facilitadores favoreceram a realização dos grupos? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Não se aplica

Sem informação

37. Foi realizado um novo grupo de cuidadores na UBS? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

38. Há demanda para realização de um novo grupo de cuidadores na UBS? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

39. Você recomendaria a realização de grupos de cuidadores? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

40. Os facilitadores capacitados para desenvolver os grupos já saíram da UBS? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

Este formulário foi criado em CorreioWeb PBH Regido pelo Dec. Municipal 15.423.

APÊNDICE 03
ROTEIRO DE ENTREVISTA FACILITADOR. BELO HORIZONTE/MG, 2014

Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil - Formulário de entrevista Facilitador

Prezado(a) Facilitador dos Grupos de Cuidadores Familiares de Idosos Frágeis,
Este roteiro de perguntas faz parte da pesquisa de mestrado intitulada "Estudo da implementação do Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil na Rede SUS/BH", realizada no Programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Escola de Medicina/UFMG, que pretende identificar os limites e possibilidades alcançados pelo referido Projeto, a fim de contribuir para melhoria do mesmo e para outras iniciativas de trabalho com grupos na SMSA/BH. Gostaria de contar com sua colaboração, respondendo o formulário abaixo, esclarecendo que, ao fazê-lo, estará concordando em participar desta pesquisa. Muito obrigada!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Estudo do processo de desenvolvimento do projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil em Belo Horizonte.

Responsável pela pesquisa: Eliane Dias Gontijo – Orientadora

Pesquisadora: Patrícia Guimaraens Ferreira

Prezado (a) Facilitador

Você está sendo convidado (a) a participar de uma entrevista sobre o desenvolvimento de ações de Saúde do Idoso na rede de serviços de saúde SUS, com destaque para o trabalho com os grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis do Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil da SMSA-BH. A finalidade desta pesquisa é conhecer os fatores associados à implementação dos grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis nas UBS. Sua contribuição nesta etapa da pesquisa consistirá em responder um questionário que contempla questões relativas à metodologia do trabalho com os referidos grupos e condições logísticas de sua implantação na UBS.

A sua participação na pesquisa é voluntária e não acarretará nenhum compromisso financeiro entre você e a equipe de pesquisa e também será garantida reparação caso ocorra algum dano. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício a que tenha direito. O benefício relacionado com a sua participação é a contribuição para a melhor assistência ao idoso e a seus cuidadores e aprimoramento da política de atenção ao idoso em Belo

Horizonte. Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa restringem-se à sua identificação como informante. Para evitar esta situação, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você será identificado, apenas, pela sua idade, sexo e profissão. As transcrições dessa entrevista serão reproduzidas apenas em publicações científicas, respeitando-se o sigilo do seu nome. Todo o material gravado ficará sob a guarda do pesquisador principal. As gravações com o registro das entrevistas, assim como suas transcrições, serão destruídas após quatro (4) anos do término do projeto.

Caso seja do seu interesse, você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação: Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta etapa do projeto. Se houver alguma informação ou esclarecimento que deseje receber favor entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Eliane Dias Gontijo, pelo telefone (31) 3409-9641 ou com a responsável pela pesquisa Patrícia Guimaraens Ferreira pelo telefone (31)8878-5339.

COEP – Comitê de ética em Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais

Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar, Campos Pampulha – Belo Horizonte – MG – Brasil, CEP: 31.270-901.

Telefone/FAX:3409-4592 – Email: coep@prpq.ufmg.br

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.

CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309

*Obrigatório

Nome *

Documento de Identidade *

Somente números

Cargo ocupado na SMSA/BH *

Tempo no cargo * em anos completos*

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem utilizada foi explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que, caso queira, receberei uma cópia deste termo de consentimento e livre esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem que nada me

prejudique. Aceito de livre e espontânea vontade participar da pesquisa “Estudo da implementação do Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil na Rede SUS/BH”.

1. Você conhece o Projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

2. Como você teve conhecimento sobre o Projeto? *

Gerência Regional de Assistência à Saúde - GERASA

Gerência Regional de Gestão do Trabalho - GERGETR

Gerência de Assistência à Saúde - GEAS

Centro de Educação em Saúde - CES

Nenhum deles

Sem informação

3. Você participou da capacitação no “Módulo de Cuidado ao idoso frágil”? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

4. Na sua unidade, quantos profissionais foram indicados para atuar como facilitadores dos grupos de cuidadores? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

5. Estes profissionais participaram da capacitação no “Módulo Preparatório para o trabalho com os grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis”? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

6. Os profissionais que participaram da capacitação implementaram eles mesmos os grupos? *(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

7. Na UBS, houve divulgação do projeto Qualificação do cuidado ao idoso frágil? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

8. Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF participaram da implementação dos grupos? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

9. Houve divulgação sobre a realização dos grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis na comunidade? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

10. Como foi feita a divulgação ? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

No domicílio pelo ACS

Cartaz na UBS

Reuniões na comunidade

Nenhuma delas

Sem informação

11. Outros serviços públicos locais foram convidados a participar do projeto? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Centro de Referência de Assistência Social - CRAS

Academia da Cidade

Educação de Jovens e Adultos - EJA

Não se aplica

Sem informação

12. Outros serviços parceiros foram convidados a participar do projeto? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Pastoral

Grupo de Convivência

Igreja

Não se aplica

Sem informação

13. Como foi realizada a captação de participantes para os grupos? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Identificados pela Equipe de Saúde da Família

Demanda espontânea

Convite por cartaz

Publicação em jornal

Convite em outros grupos já existentes na Unidade Básica de Saúde

Sem informação

14. O instrumento de sondagem, repassado na capacitação, para captação de participantes foi aplicado? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

15. Após realizado o levantamento de participantes e selecionado o público, como se deu a confirmação e convite para participação? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Convite entregue no domicílio pelo ACS

Convite entregue no domicílio pelo facilitador

Contato telefônico

Nenhuma opção anterior

16. Onde são realizadas as atividades coletivas da UBS? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Recepção/ sala de espera

Sala de reunião

Espaço cedido na comunidade

Sem informação

Outro

17. O dia e o horário para reunião foram definidos conforme a... *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Preferência dos interessados em participar

Agenda dos profissionais

Agenda dos profissionais

Disponibilidade de espaço coletivo

Sem informação

18. A realização do grupo foi incluída na agenda da UBS? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

19. A UBS recebeu o material a ser utilizado nos encontros? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

20. Os familiares e vizinhos foram mobilizados para apoiar a participação do cuidador no grupo? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

21. Os ACS foram convidados para participar do grupo? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

22. Foi garantida agenda protegida para participação da equipe envolvida na ação *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

23. Foi organizado um cronograma com datas/profissionais/temas para os encontros? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

24. Houve divisão de tarefas envolvendo os profissionais da UBS, para realização dos grupos? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

25. O cronograma dos encontros foi seguido? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

26. Houve flexibilidade nos temas dos encontros para atender ao interesse do grupo? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

27. Algum tema que não havia sido não previsto foi abordado? *

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Saúde bucal

Alimentação saudável

Memória

Medicamentos

Atividades físicas

Nenhuma delas

Sem informação

28. Qual(is) técnica(s) foi(ram) aplicada(s) nos encontros?

(Para esta pergunta, você poderá marcar mais de uma opção)

Dinâmicas de grupo

Palestras

Roda de conversa

Nenhuma delas

Sem informação

29. Foi garantida a duração do encontro previamente acordada com os participantes? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

30. Foi realizada a avaliação de cada encontro? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

31. Foi registrada a avaliação no "Registro diário do coordenador"? *

Sim

Não

Sem informação

32. Se houve *feedback* dos cuidadores em relação ao grupo, ele foi *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Positivo

Negativo

Sem informação

33. Na sua avaliação os grupos de cuidadores são importantes? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

34. As reuniões de matriciamento foram realizadas em seu Distrito? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

35. Você foi mobilizado para participar dessas reuniões? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

36. Você participou das reuniões de matriciamento? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

37. As reuniões de matriciamento favoreceram a realização dos grupos? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Não se aplica

Sem informação

38. Foi realizado um novo grupo de cuidadores na UBS? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

39. Há demanda para realização de um novo grupo de cuidadores na UBS? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

40. Os facilitadores capacitados para desenvolver os grupos já saíram da UBS? *

(Por favor, marque apenas uma das opções)

Sim

Não

Sem informação

Este formulário foi criado em CorreioWeb PBH Regido pelo Dec. Municipal 15.42