

Portfólio

Programas baseados em evidência para um cuidado integrado e centrado para a pessoa idosa na atenção primária à saúde

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
Américas

Portfólio

Programas baseados em evidência para um cuidado integrado e centrado para a pessoa idosa na atenção primária à saúde

Washington, D.C., 2022

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

Portfólio: Programas baseados em evidência para um cuidado integrado e centrado para a pessoa idosa na atenção primária à saúde

ISBN: 978-92-75-72581-8 (PDF)

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2022

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhável 3.0 OIG de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação: no caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS”.

Tradução: no caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução”.

Referência bibliográfica sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde. Portfólio: Programas baseados em evidência para um cuidado integrado e centrado para a pessoa idosa na atenção primária à saúde. Washington, DC: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275725818>.

Dados da catalogação: podem se consultar em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças: para adquirir publicações da OPAS, contate a sales@paho.org. Para solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenças, consulte <https://www.paho.org/en/publications/permissions-and-licensing>.

Materiais de terceiros: para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade: As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

FPL/HL/2022

Sumário



Prólogo_____	vi
Introdução_____	1
1. O Papel da Autogestão na Atenção Integrada Para a Pessoa Idosa_____	5
2. A Justificativa para Programas Baseados em Evidências_____	9
3. Fundamentos para apoiar programas baseados em evidências para suporte à capacidade intrínseca _____	11
4. Suporte à autogestão para pessoas idosas _____	16
5. Capacidade locomotora: Atividade física, exercício e prevenção de quedas_____	22
6. Capacidade Psicológica_____	33
7. Capacidade cognitiva_____	36
8. Educação dos cuidadores familiares e suporte à autogestão_____	40
Apêndice : Kit de ferramentas para selecionar, implementar e avaliar programas baseados em evidências_____	43

PRÓLOGO

Um grande desafio para as políticas públicas é transformar a transição demográfica atual em oportunidade. Vidas mais longas exigem novos paradigmas e conceitos no campo da saúde e do cuidado. Mais do que viver sem doenças, os indivíduos têm o direito de viver mais tempo com habilidades e capacidades que lhes permitam ser e fazer o que lhes é importante, ou seja, manter a habilidade funcional.

A definição atual da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o envelhecimento saudável é “o processo de desenvolver e manter a habilidade funcional que possibilita o bem-estar na idade avançada”¹. Ele é determinado pela capacidade intrínseca (a combinação de todas as capacidades físicas e mentais do indivíduo), os ambientes em que o indivíduo habita (no sentido mais amplo do termo, incluindo os ambientes físicos, sociais e políticos) e a interação entre eles. Embora a transição demográfica seja uma realidade, não há evidências de que as pessoas idosas estejam vivendo com melhor saúde. Na verdade, os dados mostram que existe uma lacuna importante entre a expectativa de vida e a expectativa de vida saudável na região da América Latina e do Caribe.

Para promover a saúde, independência e autonomia das pessoas idosas, a OMS apoia a *Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030)*, que está alinhada com a agenda de metas de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas. Em última análise, as quatro principais áreas de atuação da Década – mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento; garantir que as comunidades promovam as capacidades

¹ World Health Organization. World report on ageing and health. Genebra: OPAS; 2015. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463?locale-attribute=en&>

.....

das pessoas idosas; entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa; e propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem – proporcionam uma oportunidade de alinhar ações e colaborar entre os setores para promover o envelhecimento saudável.

As ações de saúde pública visando ao envelhecimento saudável poderiam então considerar não apenas abordagens para controlar doenças e melhorar as perdas associadas à idade avançada, mas também aquelas que poderão reforçar a recuperação, a adaptação e o desenvolvimento psicossocial. Os modelos de atenção à saúde devem estar adaptados e alinhados ao novo conceito de envelhecimento saudável, principalmente pelo aumento da prevalência de doenças crônicas em pessoas idosas, que estão associadas a maiores taxas de dependência.

A Década do Envelhecimento Saudável promove uma atenção integrada centrada na pessoa para os idosos (as), com as pessoas idosas participando ativamente no desenvolvimento do planejamento do cuidado e do autocuidado. Portanto, os sistemas devem estar preparados para a prestação de tais serviços, nos quais as pessoas idosas se sintam responsáveis por sua própria saúde e pelas decisões de saúde, em um continuum de cuidado. O Programa de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE) é uma estratégia da OMS para melhorar o atendimento às pessoas idosas na comunidade. Traz uma abordagem que ajuda a reorientar os sistemas de saúde para uma atenção mais centrada na pessoa e integrada para as pessoas idosas, para melhor atender às suas necessidades sociais e de saúde, bem como às de seus cuidadores.

A abordagem do ICOPE é sustentada por uma justificativa forte para a introdução de intervenções eficazes para otimizar a capacidade intrínseca, como programas comunitários baseados em evidência – ou seja, intervenções testadas em um ambiente de pesquisa controlado e posteriormente aplicadas na comunidade com resultados positivos. Os programas baseados em evidência são considerados estratégias de melhores práticas para a promoção da saúde comunitária.

Existem vários programas baseados em evidência projetados para melhorar a capacidade intrínseca das pessoas idosas e, em última

análise, a saúde durante o processo de envelhecimento. Embora tais programas geralmente sejam desenvolvidos para atingir um objetivo específico, é comum que um programa possa melhorar mais do que apenas um domínio da saúde das pessoas idosas. Alguns desses programas, com forte evidência e grande divulgação, serão apresentados neste portfólio desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

INTRODUÇÃO

Há quase duas décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui os termos “autogestão”, “autocuidado” e “suporte à autogestão” em seus documentos. Em 2015, o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde declara especificamente que oferecer suporte à autogestão é uma ferramenta adicional para fornecer cuidado centrado na pessoa e integrado para as pessoas idosas. A OMS define o suporte à autogestão como “...fornecer a eles [pacientes] as informações, as capacidades e as ferramentas de que precisam para manejar seus problemas de saúde, prevenir complicações, maximizar a capacidade intrínseca e manter sua qualidade de vida”.²

Esta publicação apresenta uma série de intervenções/programas baseados em evidência concebidos para pessoas idosas que oferecem suporte à autogestão, conforme definido pela OMS. Esses programas têm o objetivo de melhorar ou manter a capacidade intrínseca das pessoas idosas na comunidade. Essas ferramentas têm demonstrado resultados positivos e, portanto, devem se tornar parte de qualquer pacote de ferramentas de atenção primária projetado para promover e melhorar o envelhecimento saudável na comunidade. Também é importante destacar que as pessoas idosas requerem uma abordagem integrada e um continuum assistencial com suporte adequado e transições de um nível para outro, dependendo de suas necessidades específicas. O fortalecimento da atenção primária é uma estratégia para preparar e alinhar os sistemas de saúde para uma sociedade em envelhecimento.

A fim de superar barreiras e mitos sobre os benefícios da adoção de programas baseados em evidência que apoiem a autogestão e envolvam as pessoas idosas em seu autocuidado, precisamos desmascarar muitas informações incorretas que ainda permeiam nossa cultura.

.....
² Organização Mundial da Saúde. World Report on Ageing and Health. Genebra: OPAS; 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

Mito 1: Educação em autogestão é o que enfermeiras e médicos fazem quando dizem aos pacientes o que fazer em relação aos seus cuidados pessoais. A autogestão, ou educação em saúde, sempre faz parte da consulta do paciente crônico.

Realidade: Embora diferentes membros da equipe de saúde possam contribuir para a educação em autogestão, é importante que os ambientes de atenção primária à saúde criem um processo de encaminhamento para garantir que as pessoas idosas recebam:

- a. conhecimento,
- b. ferramentas para desenvolver habilidades e
- c. o suporte necessário para melhorar e/ou manter a capacidade intrínseca.

A educação em autogestão leva tempo e inclui princípios de mudança de comportamento necessários para lidar com os desafios de viver bem à medida que as pessoas envelhecem.

Mito 2: O papel dos pacientes idosos é simplesmente obedecer à prescrição e às recomendações do médico, que, afinal, é o especialista.

Realidade: Embora o conhecimento seja necessário para adquirir habilidades, não é suficiente por si só. Saber o que o médico quer que eu faça não é o mesmo que saber como e se posso e quero fazê-lo. Para que o médico veja melhorias no plano de tratamento, o paciente deve ser uma pessoa ativa ou ser capaz de adquirir a compreensão e as habilidades necessárias para manter um relacionamento produtivo com o prestados de cuidados de saúde. Os programas baseados em evidência apresentados neste portfólio foram testados e demonstraram resultados positivos.

Mito 3: Os programas baseados em evidências são uma perda de tempo porque as pessoas idosas estão acostumadas a viver à sua maneira e não mudarão seus comportamentos.

Realidade: Pessoas idosas conseguem de fato mudar seus comportamentos – o que ocorre é que, muitas vezes, não usamos estratégias eficazes de mudança de comportamento para ajudá-los a mudar. Em contraste, os programas baseados em evidência têm como base a ciência da mudança de comportamento. Os programas baseados em evidência não são opressivos e não dizem às pessoas o que elas devem fazer. Em vez disso, eles apresentam fatos, incentivam o pensamento crítico e permitem que os indiví-

duos elaborem estratégias para atender às suas próprias necessidades, personalidades e prioridades.

Mito 4: Os programas baseados em evidência não valem a pena porque muitas pessoas idosas não têm curiosidade, têm problemas de memória e não retêm novas informações.

Realidade: O cérebro em envelhecimento precisa de estímulo para se manter alerta. Novas experiências e interações com outras pessoas são estratégias importantes para promover um cérebro saudável. As pessoas idosas são capazes de reter novas informações e o farão de forma mais eficaz se puderem interagir com o material em várias modalidades (por exemplo, por meio de discussões, gerando novas ideias, tocando objetos, movendo o corpo, oferecendo sugestões a outras pessoas ou navegando novos relacionamentos). Os programas baseados em evidência são fundamentados em técnicas de ensino eficazes que mantêm os participantes engajados. São projetados para ajudar os participantes a adquirir informações que eles vão lembrar e usar.

Mito 5: Os promotores de saúde locais conhecem melhor a cultura e as necessidades das pessoas idosas em suas comunidades. Programas baseados em evidência inventados em uma universidade ou em um país estrangeiro desconsideram os costumes e talentos locais.

Realidade: É fato que os trabalhadores comunitários de saúde são o primeiro elo na atenção primária à saúde, e seu papel em fornecer educação e apoio à autogestão é bem reconhecido. Mas os profissionais de saúde comunitários precisam de um portfólio de ferramentas eficazes e metodologias de ensino para garantir o sucesso no apoio ao envelhecimento saudável na comunidade. Os programas baseados em evidência incluídos neste portfólio foram elaborados para serem ministrados por agentes comunitários de saúde ou voluntários treinados na comunidade. Eles comprovadamente funcionam em ambientes comunitários da vida real e fornecem a estrutura, a orientação e os processos necessários para uma implementação eficaz em qualquer comunidade. O promotor de saúde local adapta o idioma e traz o conhecimento da comunidade para complementar o programa estruturado.

Mito 6: Programas baseados em evidência não são sustentáveis. Eles têm muitos requisitos.

Realidade: O valor dos programas baseados em evidência é que eles comprovadamente geram resultados. Isso significa que

eles foram testados com uma “posologia” específica e com metodologias comprovadas de sucesso. A fidelidade ao delineamento do programa é comparável à adesão a uma prescrição de um medicamento com eficácia comprovada. Portanto, para fazer um investimento sólido em um programa baseado em evidência, a organização deve garantir uma dotação orçamentária adequada e estratégias para a sustentabilidade. Na maioria dos programas baseados em evidência, o investimento inicial em treinamento só se torna custo-efetivo se também houver o orçamento necessário para garantir que o pessoal treinado seja capaz de entregar a intervenção/programa com regularidade. Se o programa exigir materiais educacionais para os participantes, um bom investimento garante que o financiamento para esses materiais seja incluído no orçamento anual.

Os programas baseados em evidência apresentados neste portfólio foram projetados para apoiar os desejos e aspirações das pessoas idosas em diferentes domínios. Se adotados fielmente, esses programas apoiarão o envelhecimento saudável e promoverão a participação ativa das pessoas idosas na gestão de sua saúde e na melhoria do autocuidado e, portanto, tornar-se-ão ferramentas importantes para um atendimento integral e centrado na pessoa.

Este portfólio inclui programas/intervenções projetados para apoiar as cinco áreas a seguir:

- Locomoção e prevenção de quedas;
- Suporte à autogestão para pessoas com multimorbidade por doenças crônicas ou doenças crônicas específicas;
- Capacidade psicológica para gerenciar sintomas depressivos;
- Capacidade cognitiva
- Educação de cuidadores e suporte à autogestão.

O apêndice do portfólio contém um kit de ferramentas com listas de verificação, questionários e sugestões para construir a infraestrutura necessária para fornecer, manter e adotar os programas baseados em evidência selecionados para apoiar o envelhecimento saudável.

1.

O PAPEL DA AUTOGESTÃO NA ATENÇÃO INTEGRADA PARA A PESSOA IDOSA



PONTOS-CHAVE

- ▶ Para o sistema de saúde, uma das chaves para promover o envelhecimento saudável para todas as pessoas é otimizar a autoeficácia para o autocuidado. Um autogestor ativo é mais capaz de trabalhar com o profissional de saúde na otimização da capacidade intrínseca e habilidade funcional.
- ▶ É possível transformar um autogestor passivo em ativo, obtendo assim benefícios à saúde amplos e duradouros.
- ▶ Este portfólio oferece uma lista de programas que podem ser adotados para atender pessoas idosas com várias doenças crônicas e graus variáveis de fragilidade. Esses programas não substituem a conduta terapêutica, mas podem ser oferecidos para acompanhar um plano de cuidado centrado na pessoa.
- ▶ O apoio à autogestão é um componente essencial de uma abordagem integrada e centrada na pessoa e essencial para uma abordagem integrada eficaz e eficiente em ambientes de atenção primária à saúde.

O conceito de envelhecimento saudável exige uma nova abordagem à saúde, que requer a otimização da capacidade intrínseca e das habilidades funcionais das pessoas à medida que envelhecem, em um sistema de cuidado integrado e centrado na pessoa.

Uma abordagem centrada na pessoa e integrada no nível de atenção primária à saúde inclui:

1. Avaliação das necessidades e capacidades física e mental da pessoa idosa;
2. Estabelecimento de uma meta de cuidado e plano de cuidado para maximizar a saúde e a funcionalidade, prevenir doenças evitáveis, declínio e lesões, e promover a detecção precoce de problemas de saúde potencialmente tratáveis; e
3. **Implementação do plano de cuidados utilizando os princípios de suporte à autogestão para obter benefícios amplos e**

.....

duradouros. Este manual fornece orientação sobre como realizar a etapa 3 com um plano centrado na pessoa.

O suporte à autogestão da saúde consiste em fornecer às pessoas **“as informações, as capacidades e as ferramentas** de que precisam para manejar seus problemas de saúde, prevenir complicações, maximizar a capacidade intrínseca e manter sua qualidade de vida”³.

O suporte à autogestão não é simplesmente fornecer informações. Saber o que fazer é essencial, mas não suficiente. Saber o que fazer precisa ser acompanhado 1) pela crença de que se pode fazer mudanças positivas e 2) pela promoção de estratégias específicas de mudança de comportamento para ajudar a efetivar essas mudanças. Portanto, o suporte à autogestão inclui o fortalecimento da autoeficácia e o fornecimento de ferramentas para aprender a colocar em prática as recomendações terapêuticas e estilos de vida saudáveis necessários para o manejo dos sintomas e otimização das capacidade intrínseca e habilidade funcional..

Os serviços de saúde, apesar de aumentarem a capacidade de diagnóstico e tratamento de doenças em pessoas idosas, ainda carecem de um sistema de suporte à autogestão da saúde.

Este documento apresentará programas baseados em evidência que permitem que o autocuidado seja incluído como um serviço abrangente para pessoas idosas sem aumentar a carga sobre os sistemas de saúde. A maioria das pessoas passa menos de 1% do tempo recebendo atenção médica direta. O resto do tempo é gasto na convivência com a comunidade, onde adotam hábitos e modos de vida que afetam a saúde. O portfólio apresenta cinco categorias de intervenções/programas baseados em evidência, de base comunitária, projetados para apoiar a autogestão em cinco domínios:

- Manejo de várias doenças crônicas;
- Melhoria da capacidade locomotora e prevenção de quedas;
- Manejo de sintomas depressivos e redução do isolamento social;
- Melhoria da Capacidade Cognitiva e
- Apoio aos cuidadores de pessoas idosas.

.....

³ Organização Mundial da Saúde. World Report on Ageing and Health. Genebra: OPAS; 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

Programas selecionados já demonstraram que, se adotados com fidelidade, dão bons resultados.



A sustentabilidade de um programa selecionado será diretamente influenciada por uma série de variáveis:

- ◀ O objetivo do programa é o que a população selecionada precisa?
- ◀ O programa se integra bem com a missão organizacional e outros programas e serviços oferecidos?
- ◀ O programa tem o apoio da gestão?
- ◀ O programa tem recursos para ser executado com fidelidade?
- ◀ O programa tem, ou pode treinar, a equipe necessária para a implementação?
- ◀ As estratégias de sustentabilidade são identificadas durante o estágio inicial de planejamento do programa e revisadas durante a fase de implementação?
- ◀ A organização/agência pode recrutar um amplo conjunto de parceiros para comercializar, adotar e/ou manter o programa?
- ◀ A organização/agência pode documentar a diferença que o programa faz na população atendida?

PROGRAMAS SELECIONADOS:

- Fornecem oportunidades para uma abordagem de base comunitária e para a colaboração multissetorial.
- Baseiam-se no princípio de que aprender a mudar qualquer comportamento requer conhecimento, prática e apoio.
- Fornecem medidas simples e custo-efetivas para ensinar e apoiar mudanças de comportamento, a fim de melhorar e manter a capacidade intrínseca de gerenciar múltiplos problemas crônicos e funcionar física e psicologicamente.

Além do portfólio de programas, este manual inclui uma série de ferramentas destinadas a auxiliar na seleção, implementação e avaliação de um programa. Essas ferramentas ajudarão os gerentes de programa e tomadores de decisão a decidir se estão prontos para adotar um desses programas.

O objetivo de adotar programas comunitários e baseados em evidência em uma atenção primária à saúde integrada é garantir que os programas e intervenções adotados se tornem sustentáveis e estejam incorporados em um plano centrado na pessoa.



2.

A JUSTIFICATIVA PARA PROGRAMAS BASEADOS EM EVIDÊNCIAS



PONTOS-CHAVE

- ◀ Os programas baseados em evidências são considerados estratégias de melhores práticas para a promoção da saúde da comunidade porque eles passaram no teste de eficácia e relação custo-benefício.
- ◀ Os programas baseados em evidências devem ter publicado os resultados dos desfechos em um periódico revisado por pares.
- ◀ Programas baseados em pesquisa não são iguais aos programas baseados em evidências.
- ◀ Os programas baseados em evidências demonstram que são comprovadamente eficazes e podem ser implementados na comunidade com fidelidade. Isso inclui treinamento padronizado, materiais de treinamento, manuais de entrega de programas e produtos de divulgação.
- ◀ Para apoiar a autogestão e os programas de capacidade intrínseca, os programas baseados em evidências não devem apenas ensinar o que fazer, mas também fornecer as habilidades, ferramentas e suporte para ensinar *como* fazer.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu “baseado em evidências” como “o uso de informações derivadas de pesquisa formal e investigação sistemática para identificar causas e fatores determinantes para as necessidades de saúde e as **ações de promoção da saúde mais eficazes** para abordá-las em determinados contextos e populações”.⁴ Portanto, um programa baseado em evidências não somente é “derivado de pesquisa formal”; demonstrou ser “mais eficaz” por meio de pesquisas, o que é muito mais importante.

.....
4 Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO health promotion glossary: New terms. Health Promot. Int. 2006;21(4):340-345.

Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dal033>

A Evidence-Based Leadership Collaborative (EBLC) explica: “Programas baseados em evidências são programas que foram rigorosamente testados em ambientes controlados, comprovadamente eficazes e traduzidos em modelos práticos”.⁵

Programas baseados em evidências incluídos neste portfólio foram:

- testados em estudos com delineamento experimental ou quase-experimental;
- traduzidos em comunidades reais no “mundo real”;
- publicados em periódicos revisados por pares; e
- amplamente divulgados com protocolos de treinamento padronizados, manuais de implementação estruturada e disponibilização de suporte ao público.

Programas baseados em evidências que visam apoiar a autogestão e aumentar ou manter a capacidade intrínseca são ferramentas importantes para que os sistemas de saúde otimizem o envelhecimento saudável da população e, assim, garantam os direitos das pessoas idosas à saúde universal.

⁵ Evidence-Based Leadership Collaborative. What is "evidence-based"? Lawrence, MA: EBLC; 2022. Disponível em: <http://www.eblcprograms.org/evidence-based/what-is-eb>

3.

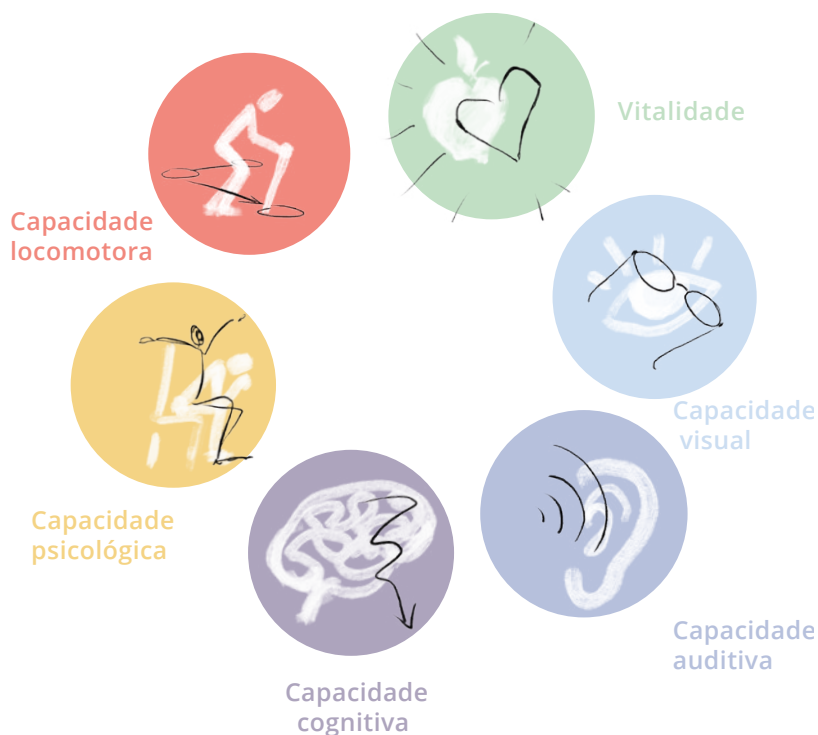
FUNDAMENTOS PARA APOIAR PROGRAMAS BASEADOS EM EVIDÊNCIAS PARA SUPORTE À CAPACIDADE INTRÍNSECA



PONTOS-CHAVE:

- ◀ O envelhecimento saudável é o processo de desenvolver e manter a habilidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada.
- ◀ A habilidade funcional compreende todos os atributos relacionados à saúde que permitem às pessoas serem e fazerem o que lhes é importante. É constituída pela capacidade intrínseca, pelo ambiente e pelas interações entre eles.
- ◀ A capacidade intrínseca compreende todas as capacidades mentais e físicas da pessoa, com cinco domínios principais.

Figura 1: Domínios da capacidade intrínseca⁶



6 Organização Mundial da Saúde. Atenção Integrada para os Idosos (ICOPE): Atenção integrada para os idosos. Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Genebra: OMS; 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974>

A transição demográfica, que se reflete no aumento da população idosa, é acompanhada pela transição epidemiológica, definida como a mudança nos padrões de doenças e causas de óbito, com aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas. As pessoas idosas que já têm alguma doença crônica ou infecciosa são especialmente vulneráveis a desenvolver outras afecções associadas, incluindo fragilidade.

Para obter um envelhecimento saudável, é crucial manter a capacidade intrínseca e a habilidade funcional, mesmo que nenhuma das duas permaneça constante com o envelhecimento. Em geral, as pessoas idosas com doenças crônicas sofrem um declínio funcional mais precoce e acentuado; por isso, intervenções que as ajudem a postergar o surgimento da incapacidade e otimizar a habilidade funcional são fundamentais. Para pessoas idosas com declínio significativo da habilidade funcional, ambientes de apoio e suporte à autogestão podem garantir que elas vivam com dignidade e desenvolvimento pessoal contínuo. Uma atenção integrada para a pessoa idosa (ICOPE) no nível da atenção primária à saúde não teria os resultados positivos desejados sem criar um sistema de suporte à autogestão, prevenção de quedas, exercícios e manejo da depressão. Em um programa integrado, tanto o indivíduo quanto a comunidade têm um papel fundamental na melhoria da saúde e na contenção dos custos dos serviços de saúde, e precisam de ferramentas e habilidades para prepará-los para serem parceiros nos cuidados.

No modelo ICOPE, os prestadores de cuidados de saúde avaliam, diagnosticam e desenvolvem um plano de cuidados com múltiplas intervenções. Por exemplo, a prescrição pode incluir uma série de medicamentos ou terapias, conselhos para uma dieta saudável, recomendações para atividades físicas etc. A menos que a pessoa também receba apoio para a autogestão, a mudança de **saber o que fazer** para **ter a confiança de que** é capaz de fazer **uma ação específica ou mudar um comportamento específico** poderá nunca ocorrer.



BASE EPIDEMIOLÓGICA PARA APOIAR O DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE AUTOGESTÃO

Definições:⁷

- a. A autogestão está relacionada às tarefas que um indivíduo deve realizar para viver bem com uma ou mais doenças crônicas. Essas tarefas incluem ganhar confiança para lidar com o tratamento médico, gerenciamento de funções (ou papéis) e gerenciamento emocional.
 - b. O suporte à autogestão é a provisão sistemática de educação e intervenções de apoio pela equipe de saúde para aumentar as habilidades e a confiança dos pacientes na capacidade de manejar seus problemas de saúde, e inclui avaliação regular do progresso, estabelecimento de metas e suporte para solução de problemas.”
- Duas em cada três pessoas idosas têm uma doença crônica (artrite, asma, pneumopatia crônica, diabetes, cardiopatia, hipertensão etc.). A prevalência de duas ou mais doenças crônicas simultâneas aumenta com a idade. À medida que aumenta o número de afecções crônicas em um indivíduo, também aumentam os riscos de mau estado funcional e hospitalizações desnecessárias.
 - Um número significativo de adultos e de pessoas idosas viverá com uma doença crônica por uma média de 30 a 40 anos.
 - Aproximadamente 80% dos declínios na habilidade funcional devidos a afecções crônicas são evitáveis, geralmente por meio de modelos de cuidados alternativos fáceis e acessíveis.
 - Os problemas de saúde mental estão entre os principais fatores que contribuem para a morbidade, incapacidade, lesões, mortalidade prematura e aumento do risco de outras condições de saúde. A prevalência desses transtornos nas Américas varia de 18,7% a 24,2%.
 - A adesão ao tratamento entre pacientes com doenças crônicas é de apenas 50% em média. A escala e o impacto da bai-

7 Adams K, Greiner AC, Corrigan JM (editors). Institute of Medicine (US) Committee on the Crossing the Quality Chasm: Next Steps Toward a New Health Care System. The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities. Washington, DC: National Academies Press (US); 2004. PMID: 25009886.

xa adesão nos países em desenvolvimento são considerados ainda maiores devido à escassez de recursos de saúde e às desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.⁸

Por que melhorar a capacidade locomotora?

- 30% dos indivíduos com mais de 65 anos que vivem na comunidade e 50% daqueles com mais de 85 anos caem pelo menos uma vez por ano.
- Lesões significativas ocorrem em 4–15% das quedas, e 23–40% das mortes por causas externas em pessoas idosas são devido as quedas. 80% das fraturas por baixo impacto ocorrem em pessoas que não têm osteoporose e 95% das fraturas de quadril resultam de quedas.
- Há uma ampla base de evidências que demonstra que muitas quedas podem ser evitadas ao se abordar uma ampla gama de fatores de risco, que incluem declínios na capacidade física e dificuldades de equilíbrio e mobilidade.
- Quedas, dores nas costas e no pescoço, diabetes e osteoartrite são algumas das principais causas da maior carga de incapacidade em pessoas idosas.
- Os componentes da fragilidade (perda de peso, exaustão, fraqueza, lentidão e baixa atividade física) estão totalmente relacionados à mobilidade. A fragilidade está associada a desfechos adversos em saúde, hospitalizações prolongadas, maior suscetibilidade ao descondiçãoamento, declínio funcional acelerado e maior utilização de cuidados de saúde.
- As pessoas idosas que vivem na comunidade são propensas a desenvolver fragilidade. Um estudo constatou que, entre os indivíduos não frágeis, 13,6% tornaram-se frágeis (seguimento de 3 anos). Entre os indivíduos robustos, 30,9% tornaram-se pré-frágeis (seguimento de 2,5 anos)⁹



8 Organização Pan-Americana da Saúde. Health in the Americas 2017. Washington, DC: OPAS; 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/index-es.html/>

9 Ofori-Asenso R, Chin KL, Mazidi M, Zomer E, Ilomaki J, Zullo AR, Gasevic D, Ademi Z, Korhonen MJ, LoGiudice D, Bell JS, Liew D. Global Incidence of Frailty and Prefrailty Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2019 Agosto2;2(8):e198398. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.8398. PMID: 31373653; PMCID: PMC6681553.



Por que melhorar a capacidade locomotora?

- 30% dos indivíduos com mais de 65 anos que vivem na comunidade e 50% daqueles com mais de 85 anos caem pelo menos uma vez por ano.
- Lesões significativas ocorrem em 4–15% das quedas, e 23–40% das mortes por causas externas em pessoas idosas são devido as quedas. 80% das fraturas por baixo impacto ocorrem em pessoas que não têm osteoporose e 95% das fraturas de quadril resultam de quedas.
- Há uma ampla base de evidências que demonstra que muitas quedas podem ser evitadas ao se abordar uma ampla gama de fatores de risco, que incluem declínios na capacidade física e dificuldades de equilíbrio e mobilidade.
- Quedas, dores nas costas e no pescoço, diabetes e osteoartrite são algumas das principais causas da maior carga de incapacidade em pessoas idosas.
- Os componentes da fragilidade (perda de peso, exaustão, fraqueza, lentidão e baixa atividade física) estão totalmente relacionados à mobilidade. A fragilidade está associada a desfechos adversos em saúde, hospitalizações prolongadas, maior suscetibilidade ao descondicionamento, declínio funcional acelerado e maior utilização de cuidados de saúde.
- As pessoas idosas que vivem na comunidade são propensas a desenvolver fragilidade. Um estudo constatou que, entre os indivíduos não frágeis, 13,6% tornaram-se frágeis (seguimento de 3 anos). Entre os indivíduos robustos, 30,9% tornaram-se pré-frágeis (seguimento de 2,5 anos)



4.

SUPOORTE À AUTOGESTÃO PARA PESSOAS IDOSAS



AUTOGESTÃO

A autogestão está relacionada às tarefas que um indivíduo deve realizar para viver bem com uma ou mais doenças crônicas. Essas tarefas incluem ganhar confiança para lidar com o tratamento médico, gerenciamento de funções (ou papéis) e gerenciamento emocional.¹⁰

Tarefas relacionadas a lidar com doenças crônicas

Habilidades necessárias para uma vida ativa e saudável

Habilidades necessárias para lidar com as emoções

Habilidades necessárias para se tornar parceiro ativo no cuidado

CAPACIDADE DE AUTOGESTÃO

“Oferecer suporte à autogestão é uma ferramenta adicional para fornecer cuidado centrado na pessoa e integrado para as pessoas idosas”.¹¹

10 Adams K, Greiner AC, Corrigan JM (editors). Institute of Medicine (US) Committee on the Crossing the Quality Chasm: Next Steps Toward a New Health Care System. The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities. Washington, DC: National Academies Press (US); 2004. PMID: 25009886.

11 World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

O suporte à autogestão consiste em fornecer “as informações, as capacidades e as ferramentas de que precisam para manejar seus problemas de saúde, prevenir complicações, maximizar a capacidade intrínseca e manter sua qualidade de vida”. Todos gerenciam seus problemas da melhor maneira possível. O Programa de Assumindo o Controle de Sua Saúde (CDSMP de sua sigla em inglês) ensina que os indivíduos podem deixar de ser autogestores fracos ou passivos para se tornar autogestores bons ou ativos.

BONS AUTOGESTORES SÃO CAPAZES DE:	AUTOGESTORES FRACOS, MUITAS VEZES:
Solucionar problemas	Consideram as barreiras como becos sem saída
Tomar decisões	Tomam decisões passivamente
Fazer um planejamento de ação	Se sentem sobrecarregados por grandes metas



O CDSMP está disponível nos quatro idiomas oficiais da OPAS:

Inglês: Chronic Disease Self-Management

Espanhol: Tomando Control de su Salud

Português: Assumindo o Controle de sua Saúde

Francês: Vivre en Santé avec une Maladie Chronique

O CDSMP foi desenvolvido na Universidade Stanford. É um dos programas baseados em evidências mais amplamente difundidos. Ele foi desenvolvido especificamente para fornecer habilidades de autogestão e confiança às pessoas com uma ou mais doenças crônicas, incluindo problemas graves de saúde mental, como depressão, que podem afetar a capacidade intrínseca. Este programa pressupõe que pessoas com diferentes afecções crônicas tenham preocupações e problemas semelhantes; elas lidam não apenas com a(s) doença(s), mas também com o impacto que estas têm em suas vidas cotidianas e em suas emoções. Aprender a administrar essas afecções e manter uma vida saudável apesar da doença é a chave para a autogestão.

O Programa já atingiu mais de um milhão de pessoas, é oferecido em mais de 30 países e está disponível em mais de 15 idiomas. O Programa foi avaliado em um estudo randomizado de eficácia nos Estados Unidos, um estudo randomizado de eficácia na Inglaterra e um estudo longitudinal de eficácia nos Estados Unidos. Esses estudos demonstraram reduções na utilização de serviços de saúde, reduções nos sintomas (fadiga e depressão) e aumentos na funcionalidade total.

Eles também demonstraram aumentos na prática de exercícios, uso de técnicas cognitivas de gerenciamento de sintomas e adesão a medicamentos.




INGLÉS	ESPAÑHOL
• Diabetes Self-Management Chronic	• Manejo personal de la diabetes
• Pain Self-Management Cancer:	• Manejo personal del dolor crónico
• Cancer: Thriving and Surviving	• Cáncer: triunfando y sobreviviendo
• HIV: Positive Self-Management	• Vivir más sano con VIH

O programa foi customizado para atender pessoas com doenças ou afecções específicas.

O programa CDSMP foi personalizado para que possa ser oferecido em pequenos grupos em ambientes comunitários, usando um ambiente de grupo virtual (para permitir o distanciamento físico durante a pandemia da COVID-19) ou em um kit de ferramentas autoguiado.

O conjunto de programas de autogestão foi desenvolvido pelo Centro de Educação e Pesquisa do Paciente da Universidade Stanford e é licenciado e gerenciado pela Self-Management Resource Center, Inc. Para obter mais informações sobre os formatos disponíveis em diferentes idiomas, visite: <https://www.selfmanagementresource.com>

FORMATO DE PEQUENO GRUPO A SER ENTREGUE NA COMUNIDADE PARA PESSOAS COM QUALQUER AFECÇÃO CRÔNICA QUE POSSA IMPACTAR A CAPACIDADE INTRÍNSECA

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site para informações e evidências do programa
<p>Chronic Disease Self-Management (CDSMP)</p> <p>Tomando Control de su Salud</p> <p>Assumindo o Controle de sua Saúde</p> <p>Vivre en Santé avec une Maladie Chronique</p> 	<p>Fornecer habilidades de autogestão e confiança para pessoas com uma ou mais afecções crônicas.</p>	<p>O programa foi desenvolvido pela Profa. Dra. Kate Lorig, professora de Enfermagem da Universidade Stanford, EUA. É um workshop altamente interativo oferecido em pequenos grupos (10-14 pessoas), em sessões de 2,5 horas uma vez por semana durante 6 semanas.</p> <p>Público-alvo: Adultos com uma ou mais doenças crônicas físicas e/ou mentais.</p> <p>Atividades-chave:</p> <p>Cada sessão tem como base três habilidades principais que sustentam toda a autogestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento de ação (comprometendo-se semanalmente com a mudança de comportamento) • Solução de problemas (como resolver problemas) • Tomada de decisão (como tomar decisões) Cada sessão tem 4 a 8 atividades diferentes. • Os tópicos incluídos nas sessões são: gerenciamento de sintomas (sono, fadiga, dor, falta de ar, depressão, emoções difíceis) • Exercício • Alimentação saudável • Técnicas cognitivas de gerenciamento de sintomas (distração, pensamento positivo, exercícios de relaxamento) • Comunicação sobre doenças crônicas • Gestão de medicamentos. 	<p>Requisitos de treinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os líderes-pares são treinados por um par de treinadores masters certificados em uma oficina em grupo de 4 dias. <p>Requisitos para a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada programa é facilitado por uma dupla de líderes-pares treinados ensinam a partir de um manual detalhado. Os pares geralmente são pessoas da comunidade que está sendo atendida, e que também têm afecções crônicas. Eles não precisam ter formação prévia em saúde ou serem profissionais de saúde. <p>Materiais necessários:</p> <p><i>Para líderes pares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual do Líder do Workshop CDSMP (impresso localmente). • Livro Assumindo o Controle de Sua Saúde • Marcadores e quadro (flipchart) <p><i>Para os participantes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Livro Assumindo o Controle de Sua Saúde (os livros podem ser distribuídos aos participantes em esquema de biblioteca para minimizar o custo de implementação). 	<p>https://www.selfmanagementresource.com</p> <p>Os desfechos de saúde e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares. A bibliografia completa está disponível no site do programa. O Centro de Recursos de Autogestão (Self-Management Resource Center - SMRC) oferece licença, treinamento e suporte para a implementação do programa. O Escritório Regional da OPAS trabalha diretamente com o SMRC para a implementação regional em países da América Latina e Caribe (ALC) e possui Licença Regional para as Representações da OPAS nos Países. O Programa de Assumindo o Controle de Sua Saúde atingiu mais de um milhão de pessoas, é oferecido em mais de 30 países e está disponível em mais de 15 idiomas.</p>

OFERECENDO EDUCAÇÃO DE AUTOGESTÃO EM FORMATO DE VÍDEO VIRTUAL

Modalidade	Descrição	Requisitos	Site para programa
<p>Oficinas virtuais em Plataforma de Vídeo para Autogestão de Doenças Crônicas (CDSMP)</p> <p>A modalidade da plataforma de vídeo também está disponível para: Autogestão de Diabetes; Autogestão da Dor Crônica; Câncer: Prosperando e Sobrevivendo; e Autogestão Positiva (Diabetes Self-Management Chronic Pain Self-Management Cancer: Thriving and Surviving; Positive Self-management).</p> <p>Também pode ser usada a versão em espanhol desses programas.</p>	<p>O formato de vídeo virtual é apresentado por seis semanas e usa uma versão adaptada do Manual de líderes do programa CDSMP. É exatamente o mesmo usado na oficina presencial para pequenos grupos, mas adaptado a uma plataforma de vídeo durante a pandemia de COVID-19.</p> <p>Público-alvo: Adultos com uma ou mais afecções crônicas de saúde física e/ou mental.</p>	<p>Líderes: devem estar ativos no programa CDSMP e ter o manual adaptado para a plataforma de vídeo.</p> <p>Requisito para a equipe: Cada workshop virtual é liderado por dois líderes ativos.</p> <p>Materiais necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os participantes devem ter uma webcam e usá-la durante a oficina. • Todos os participantes devem ter o livro Assumindo o Controle de Sua Saúde [Living a healthy life with chronic conditions] e devem participar por vídeo – não apenas por telefone. • O tamanho da oficina deve ser entre 8 e 12 participantes. 	<p>https://www.selfmanagementresource.com</p> <p>A plataforma de vídeo só pode ser entregue por organizações/agências licenciadas e oferecida a seus clientes/pacientes. A licença da OPAS inclui a modalidade virtual.</p>

OFERECENDO EDUCAÇÃO DE AUTOGESTÃO EM FORMATO AUTOGUIADO

Modalidade	Descrição	Requisitos	Site para programa
<p>Kit de ferramentas enviado:</p> <p>Active Living with Chronic Conditions Tool Kit (CDSMP)</p> <p>Caja de Herramientas para tener una vida activa con enfermedades crónicas.</p>	<p>O Kit de Ferramentas CDSMP para Vida Ativa com Doenças Crônicas (inglês e espanhol) é uma modalidade autoguiada que inclui todas as ferramentas do CDSMP. Oferece um método alternativo para quem não pode ou não deseja participar de uma oficina de CDSMP pessoalmente.</p> <p>População-alvo: Adultos com uma ou mais afecções crônicas de saúde física e/ou mental.</p>	<p>Como se trata de um programa autoguiado, nenhum líder ou facilitador é necessário. No entanto, os participantes devem ser capazes de ler e seguir um programa autoguiado.</p> <p>Cada participante recebe um kit de ferramentas contendo o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Livro Assumindo o Controle de Sua Saúde [<i>Living a healthy life with chronic conditions</i>] • CD Relaxation for Mind and Body (Relaxamento para mente e corpo) • Um CD de exercício • Dicas sobre as ferramentas de autogestão mais importantes. 	<p>https://www.selfmanagementresource.com</p> <p>A eficácia do programa foi testada, com resultados positivos. A bibliografia está disponível no site do Self-Management Resource Center.</p>
<p>Kit de ferramentas enviados com contato telefônico semanal</p>	<p>Esta modalidade de entrega utiliza o Kit de Ferramentas para Vida Ativa com Doenças Crônicas e adiciona um contato telefônico semanal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes recebem o Kit de Ferramentas e são considerados capazes de usar os materiais com o folheto autoguiado. • As conferências semanais são feitas por um líder para um grupo de 4-6 pessoas. • Os líderes seguem um formato roteirizado para as chamadas telefônicas. 	

5.

CAPACIDADE LOCOMOTORA: ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO E PREVENÇÃO DE QUEDAS

CAPACIDADE CORPORAL DA PESSOA DE SE LOCOMOVER DE UM LUGAR PARA OUTRO



“A mobilidade é um fator determinante crítico para o envelhecimento saudável. É importante para manter a autonomia e prevenir a dependência de cuidados.”



BOA CAPACIDADE LOCOMOTORA

- Capacidade de realizar atividades de vida diária
- Autonomia
- Independência

MÁ CAPACIDADE LOCOMOTORA

- Quedas
- Dependência
- Má qualidade de vida



Mobilidade limitada é comum entre as pessoas idosas, mas não inevitável.

“Declínios em qualquer capacidade intrínseca podem aumentar o risco de quedas e também podem prejudicar outros domínios, como a cognição”

“Declínios em qualquer domínio da capacidade intrínseca pode aumentar o risco de quedas e prejudicar outros domínios, como a cognição”.

Um programa de exercícios, adaptado às capacidades e necessidades individuais, é a abordagem mais importante para melhorar ou manter a capacidade locomotora.

Este portfólio destina-se a apresentar intervenções específicas para melhorar a capacidade de locomoção e prevenir quedas. Essas seleções não são exaustivas; representam um modelo de programas disponíveis que atendem aos seguintes critérios:

Os programas:

- Têm dados publicados na literatura revisada por pares
- Incluíram pessoas idosas (60 anos ou mais), residentes na comunidade, no estudo de validação
- Têm base em estudo com delineamento controlado randomizado
- Foram projetados especificamente para melhorar a capacidade locomotora e/ou reduzir quedas
- Demonstraram resultados positivos estatisticamente significativos em termos de melhoria da capacidade de locomoção e/ou redução de quedas
- Foram testados em cenários de vida real

Um programa baseado em evidências, seja em grupo ou com supervisão individual, é uma forma custo-efetiva de fornecer um programa de atividade física estruturado que melhore a capacidade locomotora, reduza os riscos de queda e forneça suporte à autogestão.


CONTEÚDO

O portfólio apresenta intervenções em dois grupos principais:

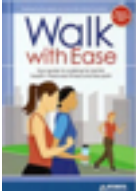

A. Intervenções individuais de base comunitária ou em ambiente clínico	B. Intervenções em grupo de base comunitária
A.1 Vivifrail	B.1 Active Living Every Day
A.2 Walk with Ease	B.2 Enhance Fitness
A.3 CAPABLE	B.3 Fit and Strong
A.4 OTAGO	B.4 Matter of Balance
	B.5 Tai Chi for Arthritis/For Fall Prevention



A.1 VIVIFRAIL É UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
<p>Vivifrail</p> 	<p>Melhorar a habilidade funcional e promover um aumento gradual do nível de atividade para evitar fragilidade e quedas.</p>	<p>Vivifrail foi desenvolvido pelo Dr. Mikel Iz de um programa multicomponente individualizado de exercícios, com rotinas diárias de aproximadamente 30-45 minutos de atividade física.</p> <p>Público-alvo: pessoas com 70 anos ou mais</p> <p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O programa inicia com uma avaliação usando o teste do Vivifrail, que inclui três medidas separadas: equilíbrio, velocidade de marcha, teste de levantar-se da cadeira e risco de queda. • Os resultados da avaliação permitem que o profissional determine o tipo mais adequado de programa físico multicomponente para prescrever para cada pessoa, usando um conjunto de modelos de prescrição diferentes (passaportes de exercício). Estes variam do tipo A para pessoas com deficiência ao tipo D para pessoas robustas. 	<p>Requisitos de treinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais e especialistas em exercícios serão orientados através de um processo de treinamento autoguiado disponível on-line sem custo. • Nenhuma licença é necessária. <p>Requisitos para a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A prescrição de exercício é originária de um profissional de saúde ou educador físico. • Materiais didáticos para instrutores e para participantes estão todos disponíveis no site sem nenhum custo. <p>Materiais necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Livreto de passaporte com exercícios prescritos para cada participante. A impressão de materiais é feita localmente. • Garrafas de água são usadas para apoiar o treinamento de força. <p>Todos os materiais estão disponíveis em domínio público em espanhol, inglês e português sem nenhum custo.</p>	<p>www.vivifrail.com https://diabfrail-latam.eu/</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os desfechos de saúde e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares. A bibliografia completa está disponível no site do programa. • Uma nova modalidade do Vivifrail é a Diabfrail, que está em fase de pesquisa. Esta nova modalidade tem como alvo pessoas com diabetes e é um mix de programas de educação em grupo, 2 vezes por semana durante 3-4 semanas, e um programa domiciliar de exercícios individuais de 16 semanas. O programa ainda está em fase de testes clínicos e se desenvolve por meio de financiamento da Comissão Europeia (programa de pesquisa e inovação Horizonte 2020 da União Europeia).


A.2 WALK WITH EASE

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
<p>WALK WITH EASE (WWE)</p>  	<p>As metas gerais do programa são:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover educação sobre atividade física para adultos com artrite. Promover a educação sobre a autogestão da artrite e caminhar com segurança e conforto. Encorajar os participantes a continuar seu programa de caminhada e explorar outros programas de exercícios e autogestão que proporcionam benefícios comprovados para adultos com artrite. 	<p>O programa Walk with Ease (Caminhar com Facilidade) da Arthritis Foundation foi desenvolvido em 2007 pelo Thurston Arthritis Research Center e pelo Institute on Aging da Universidade da Carolina do Norte. A tradução e adaptação espanhola, <i>Camine con Gusto</i>, foi concluída em 2011.</p> <p>O programa tem provado melhorar os sintomas da artrite, função e saúde geral.</p> <p>Público-alvo: Adultos com artrite ou dor/rigidez nas articulações. Os participantes devem ser capazes de ficar de pé por pelo menos 10 minutos.</p> <p>O programa é projetado para que possa ser oferecido em duas modalidades:</p> <p>Programa de grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> 6 semanas (1 hora - 3 vezes por semana). 12-15 participantes recomendados por grupo. 	<p>Requisitos de treinamento:</p> <p>Treinamento on-line oferecido pela Arthritis Foundation ou 3-4 horas de treinamento presencial da Arthritis Foundation.</p> <p>Requisitos para a equipe:</p> <p>Um instrutor certificado treinado para liderar o programa WWE pela Arthritis Foundation, que também deve ser certificado em primeiros socorros.</p> <p>Nenhuma licença é necessária.</p> <p>Materiais necessários:</p> <p>Livro <i>Walk with Ease</i> (inglês) ou <i>Camine con Gusto</i> (espanhol) para os participantes</p>	<p>https://www.arthritis.org/health-wellness/healthy-living/physical-activity/walking/walk-with-ease</p> <p>Os desfechos de saúde e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares. A bibliografia completa está disponível no site do programa.</p>
		<p>Programa autodirecionado, incluindo caminhadas autorritmadas (seguindo as diretrizes do livro que abrange temas relacionados à saúde)</p> <ul style="list-style-type: none"> 6 semanas 30 min, 3 vezes por semana 		

A.3 CAPABLE (COMMUNITY AGING IN PLACE, ADVANCING BETTER LIVING FOR ELDERS)

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
<p>CAPABLE Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders.</p>	<p>Diminuir o risco de queda e aumentar a mobilidade, funcionalidade e capacidade de envelhecer no local.</p> <p>Este programa foi projetado para aumentar a capacidade intrínseca locomotora, minimizando os riscos no ambiente domiciliar.</p>	<p>CAPABLE foi desenvolvido pela Profa. Dra. Sarah L. Szanton da Universidade Johns Hopkins. Trata-se de uma intervenção domiciliar centrada na pessoa, de 4 a 5 meses de duração, com foco no gerenciamento de medicamentos, capacidade de solução de problemas, força, equilíbrio, nutrição e segurança doméstica.</p> <p>Público-alvo: Pessoas idosas com com dificuldade na realização de pelo menos uma atividade de vida diária, como dificuldade para tomar banho, se vestir, andar ou sair/entrar no banheiro e que são cognitivamente capazes de identificar metas.</p> <p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 visitas de terapeuta ocupacional e 4 visitas de profissional de enfermagem. • 1 dia de reparos domésticos, modificações e instalação de dispositivos assistivos por um profissional de serviços gerais. • Os profissionais de enfermagem e terapia ocupacional trabalham com o participante para identificar suas limitações físicas e funcionais e estabelecer metas individualizadas de autocuidado. O programa combina suportes ambientais e pessoais. 	<p>Requisitos de treinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seis (6) módulos on-line para enfermeiros(as) e terapeutas ocupacionais do programa. • Oito (8) horas de suporte de treinamento através do Skype ou outra tecnologia de contato à distância. • Chamadas de suporte de acompanhamento ou webinars mensais <p>Requisitos para a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissional de enfermagem formada(o) no programa CAPABLE • Terapeuta ocupacional formado no programa CAPABLE • Profissional de serviços gerais e materiais para fazer modificações domésticas e instalar dispositivos assistivos <p>Nenhuma licença é necessária.</p> <p>Materiais necessários:</p> <p>Materiais e equipamentos individualizados ao participante. Treinamento para enfermeiros(as) e terapeutas ocupacionais disponíveis apenas em inglês.</p>	<p>https://nursing.jhu.edu/faculty_research/research/projects/capable</p> <p>Os desfechos de saúde e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares. A bibliografia completa está disponível no site do programa.</p>

A.4 OTAGO

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
<p>OTAGO</p> 	<p>Reduzir o risco de quedas através de melhor força e equilíbrio dos membros inferiores.</p>	<p>O programa de exercícios Otago foi desenvolvido e testado por Dr. John Campbell e Dr. Clare Robertson na Universidade de Otago, Otago, Nova Zelândia como um programa de exercícios domiciliar.</p> <p>Público-alvo: indivíduos frágeis, adultos com 80 anos ou mais. O programa pode ser modificado para um ambiente comunitário, como uma clínica.</p> <p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma série de exercícios de aquecimento • 17 exercícios de força e equilíbrio realizados em casa durante 30 minutos/dia, três vezes/semana (três exercícios usam pesos no tornozelo para proporcionar maior resistência). Os exercícios são selecionados e progredidos por um Fisioterapeuta com base nas habilidades do participante (o participante não faz todos os 17). • Um programa de caminhada feito por até 30 minutos/dia, três vezes/semana. • 5 visitas do fisioterapeuta ao participante durante um período de 8 semanas. • Visita de acompanhamento aos 6 meses e um ano • Telefonemas mensais durante meses em que não há motivo para uma interação presencial. 	<p>Requisitos de treinamento:</p> <p>Instrutores são obrigados a completar o Treinamento On-line do Programa de Exercícios Otago.</p> <p>Requisitos para a equipe: O programa pode ser prestado por um fisioterapeuta, profissional equivalente de nível técnico ou educador físico, desde que treinados no Programa Otago.</p> <p>Materiais necessários:</p> <p>Pesos de tornozelo para os participantes. Pacote individualizado de apostilas contendo exercícios selecionados para cada participante. (Impressão a ser realizada localmente). Nenhuma licença é necessária.</p> <p>Treinamento e materiais disponíveis em inglês.</p> <p>Para quem se exercita em casa há vídeos gratuitos disponíveis em:</p> <p>http://www.med.unc.edu/aging/cgcec/exercise-program</p>	<p>https://www.livestronger.org.nz/assets/Uploads/acc1162-otago-exercise-manual.pdf</p> <p>http://www.med.unc.edu/aging/cgcec/exercise-program</p> <p>Os desfechos de saúde e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares. A bibliografia completa está disponível no site do programa.</p>

B.1 Active Living Every Day

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
Active Living Every Day (ALED)	Ensinar habilidades necessárias para adotar e manter com sucesso um estilo de vida fisicamente ativo	<p>O ALED é baseado no estudo de pesquisa Project Active, realizado no Cooper Institute. Oferece diferentes opções para programas tradicionais de exercícios para ajudar os participantes a superar suas barreiras à atividade física.</p> <p>Público-alvo: Pessoas idosas e adultos com artrite e outras afecções crônicas.</p> <p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O instrutor se reúne durante uma hora uma vez por semana durante 12 a 20 semanas para uma breve palestra (roteirizada no manual) sobre a definição de metas, superação de barreiras e encontrar atividades físicas que os participantes desfrutem. • Discussão em grupo. • Os participantes criam um plano de atividade física que pode ser adicionado às rotinas diárias, com base no estilo de vida individual. • Toda atividade física acontece fora da aula. 	<p>Requisitos do programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um líder por classe. Nenhuma certificação pedagógica ou de educação física é necessária para o líder, mas ele deve completar um curso e treinamento on-line. • Uma licença do ALED é necessária. A licença é gratuita. <p>Requisitos de treinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os líderes devem concluir um curso e obter êxito no exame de competência para facilitador, ambos on-line. <p>Materiais necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiais didáticos para instrutores: flipchart, marcadores, apostilas, manual do ALED e livro • Para os participantes: livro do ALED, suporte on-line e contador de passos <p>Treinamento e materiais estão disponíveis para compra. Consulte o site para obter o custo real. Disponível apenas em inglês.</p>	<p>www.activeliving.info</p> <p>https://www.cdc.gov/arthritis/interventions/programs/aled.htm</p> <p>Os desfechos de saúde e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares.</p> <p>A bibliografia completa está disponível no site do programa.</p>

B.2 ENHANCE FITNESS

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
Enhance Fitness (EF)	Melhorar o condicionamento físico funcional geral e o bem-estar das pessoas idosas e evitar quedas.	<p>O Enhance Fitness foi desenvolvido por uma colaboração entre o Group Health Cooperative, Sound Generations e o Centro de Pesquisa em Promoção da Saúde da Universidade de Washington (EUA). É multicomponente e pode ser adaptado para doenças crônicas específicas (por exemplo, artrite).</p> <p>População-alvo: Pessoas idosas, mesmo frágeis. A aula pode ser realizada sentada ou em pé, e os instrutores são treinados em como modificar os exercícios para se adequar às habilidades variadas dos participantes.</p> <p>Componentes do programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquecimento (5-9 minutos) • Treino cardiovascular (20 minutos) • Desaquecimento (3-5 minutos) • Treinamento de força para membros superiores e inferiores com pesos (20 minutos) • Flexibilidade (8-10 minutos) • Treinamento de equilíbrio e revisão de postura estão incluídos no decorrer <p>Os testes de desfecho são realizados na primeira semana de aulas e repetidos a cada 4 meses. Os testes incluem flexões de cotovelo (bíceps rosca), teste de caminhada de distância de 8 pés (8-foot Up-and-Go), e teste de levantar-se da cadeira (Chair Stand).</p>	<p>Requisitos do programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um instrutor Enhance Fitness por aula. • Uma licença de programa é necessária para o Projeto Enhance. Consulte o site para custo de licença e treinamento. <p>Requisitos de treinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser um profissional de saúde ou certificado por uma organização de educação física reconhecida nacionalmente. • Participar de um treinamento para instrutores 1.5 Enhance Fitness. • Certificação de primeiros socorros vigente. <p>Materiais necessários para a aula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caneleiras/tornozeleiras para punhos e tornozelos, ajustáveis, para cada participante • Cadeiras resistentes, sem descanso para braços, com encosto não reclinável <p>Materiais Necessários para medições: Cronômetro, pesos de 5 e 8 libras (2,27 e 3,63Kg) e fita métrica.</p> <p>Treinamento e materiais estão disponíveis para compra. Consulte o site para obter o custo real. Disponível em inglês e espanhol.</p>	<p>https://projectenhance.org/enhancefitness</p> <p>Os desfechos de saúde e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares.</p> <p>A bibliografia completa está disponível no site do programa.</p> <p>O Enhance Fitness possui locais permanentes que oferecem o programa em 40 dos 50 Estados dos EUA. YMCA, parques municipais, centros de pessoas idosas, clínicas comunitárias e sistemas de saúde adotaram o programa em todo o país.</p>

B.3 FIT AND STRONG

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site para
Fit and Strong! (FS)	<p>Manejo da osteoartrite de membros inferiores.</p> <p>Metas específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter o funcionamento independente • Reduzir e gerenciar sintomas de artrite • Aprender uma variedade de exercícios • Entender a osteoartrite • Incorporar a atividade física no estilo de vida • Desenvolver um programa de atividade individualizado sustentável após o término do programa 	<p>O FS foi desenvolvido pela Profa. Dra. Susan L. Hughes da Divisão de Ciências da Saúde Comunitária, Centro de Pesquisa em Saúde e Envelhecimento da Universidade de Chicago. O programa é tanto de atividade física quanto um programa de mudança de comportamento.</p> <p>População-alvo: Pessoas idosas com dor articular em membros inferiores e rigidez relacionada à osteoartrite.</p> <p>Componentes do programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 minutos de exercício, incluindo: • Aquecimento e alongamento/equilíbrio (15 minutos) • Exercícios aeróbicos e de resistência (20 minutos) • Exercícios de fortalecimento e resistência usando elásticos de exercício e tornozeleiras (20 minutos) • Exercícios de desaquecimento (5 minutos) <p>30 minutos de solução de problemas em grupo e educação em saúde com foco em questões relacionadas à osteoartrite e atividade física. Antes do final da 8ª semana, os participantes se reúnem com o instrutor para desenvolver um plano de exercícios individualizado.</p> <p>Os testes de desfechos são realizados no início e no final do programa.</p>	<p>Requisitos do programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um instrutor de FS por aula. • Uma licença do programa precisa ser obtida junto à FS. Consulte o site para custo de licença e treinamento. <p>Requisitos de treinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser profissional da saúde ou certificado por uma organização de educação física reconhecida nacionalmente. • Experiência em liderar aulas de exercícios em grupo. • Completar com sucesso o curso de instrutor do Fit and Strong! de 8 horas. <p>Materiais necessários para a aula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um manual FS por participante. (Impresso localmente) • Equipamento de resistência por participante, incluindo elásticos de resistência e tornozeleiras ajustáveis (10 lb ou 4,54 kg) • Tapetes para exercícios no solo • Música • Cadeiras <p>Treinamento e materiais estão disponíveis para compra. Consulte o site para obter o custo real. Disponível em inglês, espanhol e português.</p>	<p>https://www.fitandstrong.org</p> <p>Os desfechos de saúde e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares.</p> <p>A bibliografia completa está disponível no site do programa.</p>

B.4 MATTER OF BALANCE

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
Matter of Balance (MOB) Un Asunto de Equilibrio (ADE)	Reduzir o medo de cair e aumentar os níveis de atividade	<p>MOB é baseado no Fear of Falling, um programa desenvolvido no Centro de Educação Geriátrica da Universidade de Boston e traduzido para um modelo de “treinador leigo” em colaboração com a Main Health Partnership. É uma intervenção cognitivo-comportamental multicomponente oferecida em pequeno grupo de aula (8 a 12 participantes)</p> <p>As aulas ocorrem 8 vezes e duram 2 horas cada. A aula pode ser oferecida duas vezes por semana durante 4 semanas ou uma vez por semana durante 8 semanas.</p> <p>População-alvo: Pessoas idosas, ambulatoriais, capazes de resolver problemas e preocupados com quedas.</p> <p>Componentes do programa:</p> <p>Cada aula inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um componente de mudança comportamental voltado para o medo de cair: ensina como alterar/modificar fatores de risco para quedas, como adaptações no ambiente domiciliar • 25 minutos de exercícios de nível baixo a moderado para aumentar a flexibilidade, equilíbrio, força e resistência. <p>Na 7ª aula, um profissional de saúde convidado discute com os participantes fatores de risco relacionados à saúde para quedas, explica a relação entre fraqueza dos membros inferiores e problemas de equilíbrio e fornece conselhos sobre o uso de dispositivos assistivos.</p>	<p>Requisitos do programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dois treinadores leigos do MOB treinados e certificados por dois treinadores master do MOB. • Um profissional de saúde convidado (como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou profissional de enfermagem) <p>Requisitos de treinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os treinadores leigos do MOB participam de um treinamento presencial de 2 dias. <p>Materiais necessários para a aula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Licença (gratuita) • Livro de exercícios para o participante, impresso localmente • Quadro branco ou flipchart • 2 DVDs e TV/DVD player para exibição em aula: “Fear of Falling” e “Exercise is Never too Late” <p>Treinamento e materiais estão disponíveis para compra. Consulte o site para obter o custo real. Disponível em inglês e espanhol.</p>	<p>https://mainehealth.org/healthy-communities/healthy-aging/matter-of-balance</p> <p>Os desfechos de saúde e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares.</p> <p>A bibliografia completa está disponível no site do programa.</p>

B. 5 TAI CHI FOR ARTHRITIS/FOR FALL PREVENTION

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
<p>Tai-Chi for Arthritis/ For Fall Prevention (TCHI)</p>	<p>Melhorar o relaxamento e o equilíbrio, reduzir dor e o risco de quedas.</p>	<p>O TCHI foi desenvolvido pelo Dr. Paul Lam, fundador do Tai Chi Health Institute, em Sydney, Austrália. Ele utiliza os movimentos do estilo Sol de Tai Chi. Os movimentos são ensinados para os lados tanto esquerdo quanto direito e com curvas para a frente e para trás, para melhorar a mobilidade e oferecer uma variedade de combinações.</p> <p>A aula dura 1 hora, ocorre 2 vezes por semana durante 8 semanas e é dada por um instrutor treinado.</p> <p>População-alvo: O programa é adequado para pessoas com envolvimento articular leve, moderado e grave e dor nas costas. Também é apropriado para adultos sem artrite que têm maior risco de queda.</p> <p>Componentes do programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de aquecimento e desaquecimento • Um ou dois movimentos de Tai Chi são ensinados por sessão, progressivamente levando a completar os 6 movimentos básicos (core) e 6 movimentos avançados de alongamento (12 movimentos no total). • Técnicas de respiração • Princípios de Tai Chi relacionados à melhoria do equilíbrio físico e mental. • Os movimentos podem ser modificados para acomodar-se aos problemas de mobilidade de qualquer participante e podem ser feitos sentados como um exercício inicial. 	<p>Requisitos do programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um instrutor treinado no programa Tai-Chi para Artrite. • Não é necessária licença do programa. <p>Requisitos de treinamento:</p> <p>Há vários níveis de treinamento. Um instrutor certificado precisa ser treinado por um treinador master certificado pela TCHI Board. A lista de Master Trainers certificados na região está disponível no site da TCHI.</p> <p>O treinamento consiste em seguir um guia e livro de autoestudo, dois dias de aula presencial e melhoria contínua com apoio de materiais fornecidos pelo TCHI.</p> <p>O treinamento pode ser feito em espanhol por um treinador master de língua espanhola.</p> <p>Contudo, os livros e DVDs só estão disponíveis em inglês.</p> <p>Materiais necessários para a aula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não são necessários materiais • DVD de instrução, cartazes e outros recursos educacionais estão disponíveis para ajudar os participantes a continuar aprendendo movimentos em casa. 	<p>https://taichiforhealthinstitute.org/programs/tai-chi-for-fall-prevention/</p> <p>Os desfechos de saúde e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares.</p> <p>A bibliografia completa está disponível no site do programa.</p>



6. CAPACIDADE PSICOLÓGICA



A capacidade da pessoa de superar adversidades, contratempos, frustrações e até sintomas depressivos é denominada “capacidade psicológica”

AUTOEFICÁCIA E CAPACIDADE PSICOLÓGICA

A autoeficácia é um fator determinante crítico para o envelhecimento saudável. É importante para adaptar e adotar novos comportamentos para o bom funcionamento à medida que envelhecemos. A capacidade da pessoa superar adversidades, contratempos, frustrações e até sintomas depressivos é denominada “capacidade psicológica”.

Autoeficácia refere-se à crença de um indivíduo em sua capacidade de executar comportamentos específicos



BOA CAPACIDADE PSICOLÓGICA

- Habilidade de solução de problemas
- Resiliência
- Vida gratificante

MÁ CAPACIDADE PSICOLÓGICA

- Isolamento
- Desesperança
- Baixo bem-estar



- Sintomas depressivos são mais comuns em pessoas idosas com condições incapacitantes e de longo prazo, em isolamento social ou que são cuidadores com responsabilidades de cuidado exigentes.
- Declínios em outros domínios de capacidade intrínseca, como o auditivo ou locomotor, podem prejudicar as habilidades funcionais, reduzir a participação social e contribuir para sintomas depressivos.

ICOPE RECOMENDA BREVES INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS ESTRUTURADAS

- **Terapia cognitivo-comportamental (TCC):** As etapas da TCC incluem (1) identificar problemas na vida, (2) tornar-se consciente de pensamentos, emoções e crenças sobre esses problemas, identificar pensamentos negativos ou incertos e remodelar esses pensamentos para serem mais realistas.
- **Aconselhamento ou terapia para solução de problemas (PST, na sigla em inglês).** As etapas da PST incluem desmembrar os problemas em tarefas específicas e gerenciáveis, resolver problemas e desenvolver estratégias de enfrentamento para problemas específicos.
- **Ativação comportamental.** Essa abordagem envolve incentivar a pessoa a participar de atividades gratificantes como forma de reduzir sintomas depressivos.
- **Exercício físico multimodal.** Exercícios adaptados às habilidades físicas e preferências da pessoa podem reduzir sintomas depressivos.

MANEJO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

Profissionais de saúde mental ou terapeutas podem administrar essas intervenções. No entanto, os agentes comunitários de saúde, com treinamento e supervisão adequados, também podem entregar programas para gerenciar sintomas depressivos.

Um programa baseado em evidência disponível em inglês e espanhol e bem testado na comunidade é o Programa de Incentivo a Vidas Ativas e Gratificantes (PEARLS, na sigla em inglês).

O PEARLS proporciona cuidados de saúde mental de alta qualidade em ambientes comunitários que alcançam pessoas idosas vulneráveis. O programa foi desenvolvido conjuntamente pelo Centro de Pesquisa em Promoção da Saúde da Universidade de Washington (EUA) e pelo Serviço de Envelhecimento e Incapacidade da prefeitura de Seattle, e avaliado por meio de um ensaio clínico controlado e randomizado de base comunitária entre os anos 2000 e 2003. O estudo mostrou que, ao longo de 12 meses, comparados aos indivíduos que não receberam o programa, aqueles que participaram do PEARLS tinham maior probabilidade de: ter redução dos sintomas de depressão ou alcançar remissão completa da depressão; e obter maior melhora da qualidade de vida relacionada à saúde, tanto no bem-estar funcional quanto no emocional.

Programa de Incentivo a Vidas Ativas e Gratificantes

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
<p>Programa de Incentivo a Vidas Ativas e Gratificantes (PEARLS)</p>	<p>Reduzir a depressão em pessoas idosas usando vários métodos de tratamento e melhora da qualidade de vida</p>	<p>PEARLS, abordagem multicomponente para o tratamento da depressão ministrada em casa ou em um centro por um assistente social ou gestor de caso treinado, foi desenvolvida pelo Dr. Mark Snowden, MD, MPH, no Centro de Pesquisa em Promoção da Saúde da Universidade de Washington em colaboração com os Serviços de Envelhecimento e Incapacidade da prefeitura de Seattle.</p> <p>Público-alvo: Pessoas idosas com depressão menor ou distímia (depressão de baixo grau há 2 anos ou mais)</p> <p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de Solução de Problemas (PTS, na sigla em inglês) • Ativação Social e Física • Programação de atividades agradáveis. <p>• Esses componentes do PEARLS são oferecidos individualmente durante 6 a 8 sessões de 50 minutos durante um período de 19 semanas. A entrega é focada no participante. O método de entrega é projetado para capacitar os participantes.</p> <p>• Acompanhamento telefônico mensal por 3-6 meses para apoiar os participantes, pois eles continuam a usar as ferramentas que foram ensinadas.</p> <p>Esses componentes PEARLS são entregues em 6 a 8 sessões individuais de 50 minutos ao longo de 19 semanas. A entrega é centrada no participante. O método de entrega é projetado para capacitar os participantes.</p>	<p>Requisitos de treinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os conselheiros do PEARLS são treinados por um treinador Master em uma oficina de 2 dias. <p>Requisitos da equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O gestor do programa PEARLS supervisiona, atribui clientes a conselheiros e lidera a divulgação e o recrutamento. • O supervisor clínico (um médico psiquiatra) proporciona supervisão clínica aos conselheiros (pode ser via telessaúde), se reúne para revisar casos e orientar os conselheiros • Os conselheiros do PEARLS conduzem as sessões e atividades de acompanhamento e fornecem dados de serviço ao gestor. <p>Materiais necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O manual de PEARLS para conselheiros e as medidas e instrumentos de avaliação incluem: PHQ-2; PHQ-9; atividades física e social, eventos agradáveis, satisfação do cliente. 	<p>https://depts.washington.edu/hprc/evidence-based-programs/pearls-program/</p> <p>Os desfechos de saúde e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares. A bibliografia completa está disponível no site do programa. O programa não requer licença. O kit de ferramentas que fornece orientação para implementação está disponível em inglês no site do programa. O treinamento está disponível em inglês e espanhol mediante solicitação à Universidade de Washington.</p>

7. CAPACIDADE COGNITIVA

O declínio cognitivo cursa com esquecimento progressivo, perda de atenção e redução da habilidade de resolver problemas.



BOA CAPACIDADE COGNITIVA

- Habilidade de pensar claramente, aprender e lembrar
- Habilidade na realização de atividades da vida diária

MÁ CAPACIDADE COGNITIVA

- Problemas com memória, linguagem, pensamento ou julgamento
- Confusão
- Incoordenação motora / má capacidade locomotora



CAPACIDADE COGNITIVA

- Declínios cognitivos podem estar relacionados ao envelhecimento do cérebro, a doenças (por exemplo, doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial e AVC, ou doença de Alzheimer) ou mesmo a fatores ambientais, como falta de exercício físico, isolamento social e baixo nível de escolaridade.
- Nem todo declínio cognitivo significa demência. A demência interfere na habilidade de uma pessoa de funcionar efetivamente em seu ambiente. Uma pessoa com demência requer atendimento especializado para planejar e realizar intervenções complexas.
- Declínios em outros domínios da capacidade intrínseca, como auditivo ou locomotor, podem prejudicar as habilidades funcionais, reduzir a participação social e contribuir para declínios cognitivos.

MANEJO DE DECLÍNIOS COGNITIVOS

Falha na avaliação cognitiva ou queixa de problemas de memória ou orientação sugere prejuízo cognitivo. Se os declínios cognitivos afetam a capacidade de uma pessoa idosa de funcionar efetivamente dentro de seu ambiente, uma avaliação especializada pode ser necessária para diagnosticar demência ou Doença de Alzheimer.



ICOPE recomenda que um passo importante, antes de qualquer processo diagnóstico para declínio cognitivo, é avaliar a presença de quaisquer afecções associadas e tratá-las primeiro:

- Desidratação grave
- Polifarmácia
- Pós-operatório de cirurgia de grande porte e anestesia geral
- Doença cerebrovascular

Pessoas com declínios cognitivos podem se beneficiar de:

- Estimulação cognitiva
- Exercício multimodal (ver programas de capacidade locomotora)

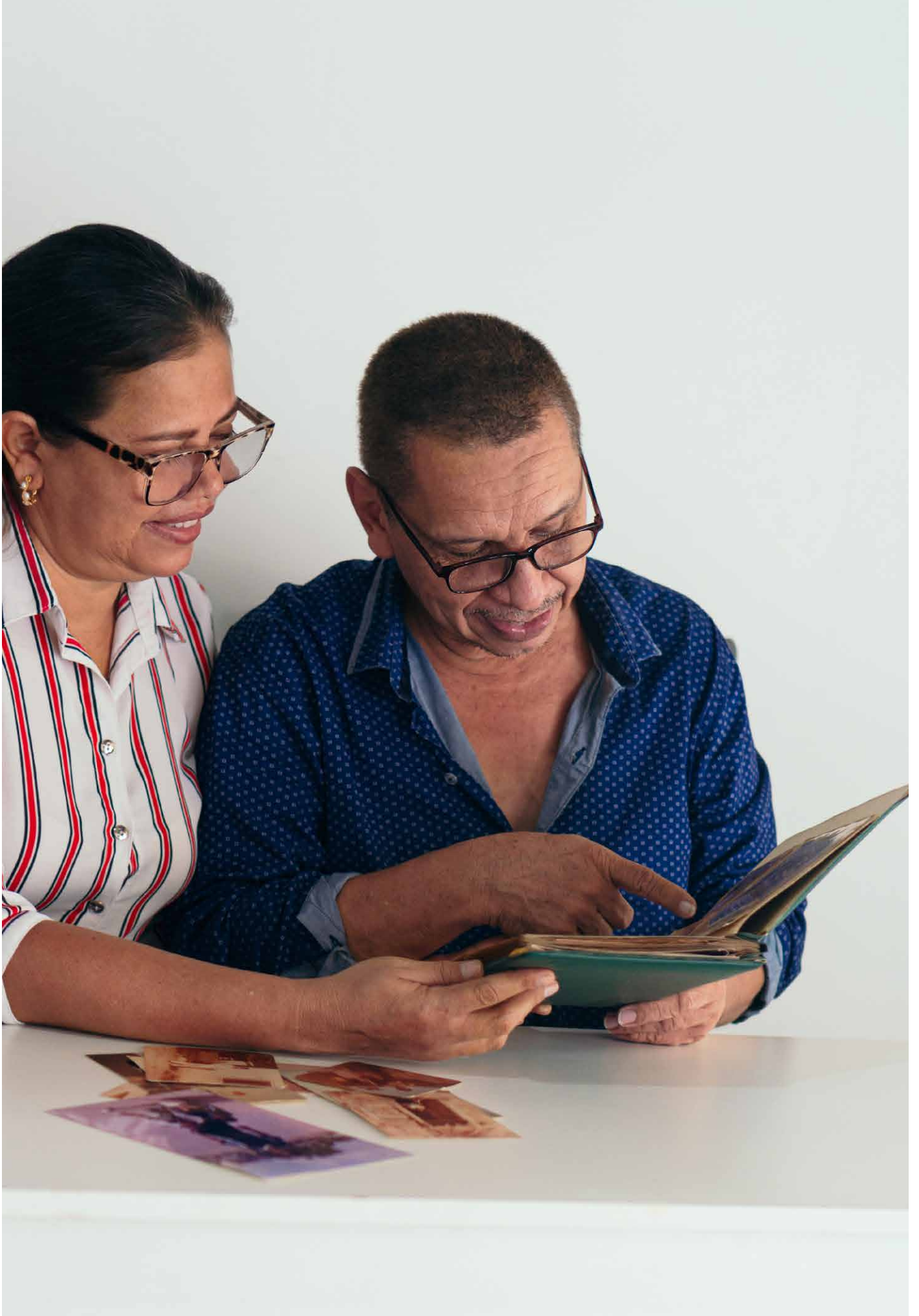
Um programa baseado em evidências que está sendo testado para prevenir declínio cognitivo e incapacidade é o Finnish Geriatric Intervention Study (FINGER). É o primeiro ensaio clínico randomizado e controlado (ECR) a mostrar que é possível prevenir o declínio cognitivo por meio de uma intervenção de estilo de vida multidomínio entre pessoas idosas em risco. Em 2018, ensaios WW-FINGERS foram planejados em vários países europeus, Estados Unidos, China, Cingapura e Austrália. Atualmente, estão em curso discussões para esforços semelhantes na América Central e do Sul, Canadá, Índia, Japão, Coreia do Sul e Malásia. Mais informações em: <https://www.alz.org/wwfingers/overview.asp>

O programa foi desenvolvido na Finlândia (coordenado pelo Instituto Finlandês de Saúde e Bem-Estar em Helsinque), em colaboração com o Instituto Karolinska (Suécia), testando o efeito de uma intervenção multidomínio em postergar o declínio cognitivo e a incapacidade em pessoas idosas com risco aumentado de demência. Mais informações sobre o desenvolvimento do programa são apresentadas a seguir.

Estudo Finlandês de Intervenção Geriátrica para Prevenir Declínio Cognitivo e Incapacidade

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
Estudo Finlandês de Intervenção Geriátrica para Prevenir Declínio Cognitivo e Incapacidade (FINGER)	Prevenir o declínio cognitivo na população idosa em risco por meio de uma abordagem multidisciplinária.	<p>O Estudo Finlandês de Intervenção Geriátrica para Prevenir Declínio Cognitivo e Incapacidade (FINGER) foi desenvolvido pela Profa. Miia Kivipelto. É um ensaio clínico randomizado controlado, duplo-cego, de “prova de conceito” que demonstrou que 2 anos de uma intervenção de estilo de vida multidomínio (exercício, aconselhamento nutricional, treinamento cognitivo e controle de fatores de risco cardiovascular) pode melhorar ou manter o funcionamento cognitivo em pessoas idosas em risco de declínio cognitivo.</p> <p>Público-alvo: Adultos de 60 a 77 anos.</p> <p>Principais atividades do protocolo de pesquisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de intervenção composto por 3 sessões individuais e 7-9 sessões em grupo. • Nutrição, treinamento de exercícios físicos, treinamento de força e treinamento cognitivo foram dados ao grupo de intervenção. • O treinamento físico foi orientado por fisioterapeutas e consistiu em programas de treinamento progressivo de força muscular e exercício aeróbico. • O treinamento cognitivo incluiu 10 sessões em grupo lideradas por um psicólogo e sessões individuais que consistiram em treinamento independente baseado em computador. Dois períodos de 6 meses incluíram 72 sessões de treinamento cada (3 vezes por semana). • As atividades sociais foram estimuladas através de inúmeras reuniões em grupo. • O manejo dos fatores de risco metabólico e vascular foi baseado em diretrizes nacionais baseadas em evidência. • O componente nutricional foi baseado em recomendações nutricionais finlandesas e foi conduzido por nutricionistas do estudo (3 sessões individuais e 7-9 sessões em grupo). Os participantes foram aconselhados a consumir uma dieta que consistia em 10-20% da energia diária a partir de proteínas, 25-35% proveniente de gordura, 45-55% de carboidratos, 25-35 g/dia de fibra dietética, menos de 5 g/dia de sal e menos de 5% de energia diária de álcool. Os participantes foram incentivados a comer frutas e legumes, produtos com cereais integrais e produtos de leite e carne com baixo teor de gordura, limitar a ingestão de sacarose e comer pelo menos 2 porções de peixe por semana. 	<p>Requisitos para os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade 60-77 anos • Pontuação de risco CAIDE (fatores de risco cardiovasculares, envelhecimento e demência) de 6 ou acima de 15 pontos. Pontuação com base na idade, sexo, escolaridade, pressão arterial, IMC, colesterol total e atividade física • Teste de triagem cognitiva realizado pelo Consórcio para estabelecer um registro para doença de Alzheimer. Critérios selecionaram indivíduos com função cognitiva ligeiramente inferior às normas da população finlandesa 	<p>https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/finger-research-project</p> <p>https://www.alz.org/wwfingers/overview.asp</p> <ul style="list-style-type: none"> • O modelo FINGER inclui a identificação dos que estão em risco, bem como o apoio a estilos de vida saudáveis que suportam o envelhecimento saudável. Atualmente está disponível em finlandês e sueco. • O estudo FINGER está sendo recriado nos Estados Unidos (U.S. POINTER, em associação com a Associação de Alzheimer) e na América Latina (LatAm FINGER). O LatAm FINGER vai inscrever 1400 participantes de 14 países diferentes com idades entre 60 e 77 anos que estão em alto risco de deterioração cognitiva. Avaliará a viabilidade do programa FINGER no contexto latino-americano e avaliará a eficácia das intervenções na memória episódica, função executiva e velocidade de processamento. • A Rede WW-FINGER compreende estudos em diferentes estágios de implementação e com graduações variadas do teste FINGER.

Esta tabela descreve o protocolo e os métodos de estudo FINGER. Mais informações são necessárias sobre a aplicabilidade do FINGER como intervenção a ser ampliada em ambientes de base comunitária. O FINGER já foi incluído neste documento devido à sua relevância para a saúde pública e ao contexto atual de adaptações que estão sendo realizadas na América Latina. Além disso, devido à falta de programas baseados em evidências e testados com ação sobre o domínio cognitivo da capacidade intrínseca, apresentar o FINGER desde já poderá aumentar o interesse e as oportunidades para sua divulgação além da pesquisa.



8.

EDUCAÇÃO DOS CUIDADORES FAMILIARES E SUORTE À AUTOGESTÃO



Cuidadores de pessoas com perda de capacidade estão frequentemente isolados e em alto risco de estresse psicológico e depressão. Um plano de atenção para pessoas com dependência de cuidado deve incluir educação do cuidador e apoio à autogestão.



Apoiar o bem-estar físico e mental dos cuidadores

e dar suporte às suas competências de cuidado baseadas em habilidades é essencial para apoiar o cuidado das pessoas idosas. Os cuidadores muitas vezes formam um componente crítico da força de trabalho não remunerada. O modo de treinamento e apoio aos cuidadores variará com o cenário e deve ser flexível para atender às necessidades locais, capacidade e recursos disponíveis.¹²

NECESSIDADES DOS CUIDADORES

Comportamentos de autocuidado para manter a saúde física e emocional.

Desenvolvimento de habilidades para aumentar a confiança com demandas de cuidado.

Recursos comunitários para aumentar o uso de serviços locais disponíveis.

.....
¹² World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centered assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>

FERRAMENTAS PODEROSAS PARA CUIDADORES

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
Ferramentas Poderosas para Cuidadores (PTC, na sigla em inglês)	Reduzir a depressão em cuidadores usando vários métodos de tratamento e melhorar a qualidade de vida	<p><i>Powerful Tools for Caregivers</i> (Ferramentas Poderosas para Cuidadores) é um programa de educação baseado em evidências que foi desenvolvido ao longo de três anos de testes piloto em Portland, Oregon, e é oferecido desde 1998.</p> <p>População-alvo: Cuidadores de pessoas com dependência de cuidados</p> <p>Principais atividades:</p> <p>Seis sessões de aula realizadas uma vez por semana, conduzidas por líderes treinados. As aulas dão ferramentas para ajudar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir o estresse • Melhorar a autoconfiança • Gerenciar o tempo, estabelecer metas e resolver problemas • Melhorar a comunicação dos sentimentos • Localizar recursos úteis • Tomar decisões difíceis 	<p>Requisitos de treinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O treinamento pode ser feito em dois dias completos pessoalmente ou em um treinamento de líder on-line. <p>O programa de treinamento inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Currículo roteirizado • Recursos de vídeo e áudio • O Livro de Ajuda ao Cuidador, que acompanha a aula <p>A taxa de certificação do líder está incluída no custo do treinamento.</p> <p>O programa está disponível em inglês, francês, coreano e espanhol.</p> <p>O programa possui uma modalidade de contato com cuidadores em um ambiente virtual.</p>	<p>https://www.powerfultoolsforcaregivers.org/what-we-do/</p> <p>Os desfechos e evidências que os sustentam foram publicados em vários periódicos revisados por pares. A bibliografia completa está disponível no site do programa.</p>

PROGRAMA ANTIESTRESSE

Programa	Objetivo	Descrição	Requisitos	Site do programa
<p>Programa Antiestresse (SBP, na sigla em inglês)</p>	<p>Ajudar os cuidadores familiares a gerenciar seu estresse e lidar melhor com suas vidas</p>	<p>O <i>Stress-Busting Program</i> (Programa Antiestresse) foi desenvolvido pela Dra. Sharon Lewis no campus de San Antonio da Universidade do Texas e tem um histórico comprovado de sucesso em ajudar os cuidadores familiares. O programa foi desenvolvido por meio de financiamento dos Institutos Nacionais de Saúde dos EUA (National Institutes of Health).</p> <p>Público-alvo: O programa é individualizado para atender a necessidade de dois tipos específicos de cuidadores familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidadores de pessoas com Alzheimer; • Cuidadores de pessoas com doença crônica <p>Os programas estão disponíveis em inglês e espanhol.</p> <p>Principais atividades:</p> <p>Nove sessões de aula, em um pequeno grupo, reunido uma vez por semana por 90 minutos.</p> <p>Os tópicos incluem ferramentas de autogestão para lidar com o estresse, emoções difíceis, luto, hábitos de autocuidado, como nutrição, hábitos de sono, exercícios.</p>	<p>Requisitos de treinamento:</p> <p>O treinamento utiliza um modelo treinador master/facilitador de grupo. É necessária uma licença para oferecer o programa.</p> <p>Dois facilitadores de grupo são necessários para liderar uma pequena aula em grupo.</p> <p>Materiais necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual dos facilitadores • Manual do cuidador • CD de meditação • DVD de estratégias de relaxamento 	<p>https://www.wellmedcharitablefoundation.org/caregiver-support/caregiver-stress-busters/</p> <p>https://www.ncoa.org/article/evidence-based-program-stress-busting-program-for-family-caregivers</p> <p>Como resultados, a pesquisa mostrou que os cuidadores tiveram diminuições significativas no estresse percebido, depressão, sobrecarga subjetiva do cuidador, ansiedade e raiva/hostilidade. Os cuidadores também tiveram melhorias na saúde geral, vitalidade, função social e pontuações de saúde mental. Com base nas medidas de qualidade de vida do início ao fim da intervenção, a melhora foi demonstrada por 97,4% dos cuidadores que participaram do estudo, com 61% apresentando melhora em todas as medidas testadas.</p>



APÊNDICE

KIT DE FERRAMENTAS PARA SELECIONAR, IMPLEMENTAR E AVALIAR PROGRAMAS BASEADOS EM EVIDÊNCIAS



Oferecer programas baseados em evidências requer uma abordagem atenciosa, do tipo passo a passo, para garantir seu sucesso. Este kit de ferramentas oferece informações e recursos para ajudar em cada etapa do processo, desde planejamento, à avaliação e à sustentabilidade.

Introdução ao kit de ferramentas

Programas de envelhecimento saudável baseados em evidências são eficientes com bom custo-benefício.

No entanto, há sempre um custo associado para o treinamento de recursos humanos, para adotar novos materiais de instrução e para alcançar novos participantes. Este investimento inicial só faz sentido se você também puder planejar um processo de implementação que garanta que o programa seja incorporado em políticas, programas e planos para o envelhecimento saudável.

Visão geral das ferramentas em cada uma das seções:

1. **Introdução:** Esta seção fornece uma visão geral da Estrutura REAIM (1.1) para ajudá-lo a repensar, por exemplo, a planejar com a avaliação em mente. Antes de começar, revise a prontidão da organização para adotar o programa baseado em evidências de escolha: Três ferramentas são fornecidas para auxiliar na avaliação de prontidão: (1.2) uma triagem de uma página para verificar a prontidão da organização; e (1.3) lista de verificação para garantir que você tenha uma visão realista do custo para iniciar e manter o programa, bem como confirmar que existe financiamento disponível em seu orçamento, ou que ajude a identificar uma fonte de financiamento para este fim.
2. **Construir uma liderança comunitária de base ampla:** Está bem estabelecido que programas com amplo apoio da comunidade são mais propensos a sobreviver a mudanças institucionais e ciclos políticos. Se a comunidade adotou uma estrutura amiga da pessoa idosa, **é importante associar o programa a atividades** apoiado pelo Comitê

Amigo da Pessoa Idosa e talvez desenvolver uma força-tarefa para apoiar o envelhecimento saudável dentro da iniciativa. A primeira ferramenta desta seção (2.1) ajudará os gerentes de programa preparar a justificativa para a Força-Tarefa do Envelhecimento Saudável ou Conselho de Liderança (nome a ser selecionado localmente) e dicas para convocar e dirigir este grupo. Um levantamento inicial (2.2) de membros convidados permitirá que o gerente do programa tenha uma linha de base dos membros e garantir que, com o tempo, o Conselho (força-tarefa) atinja a representação e o equilíbrio desejados.

3. **Fortalecer a colaboração da comunidade para um envelhecimento saudável:** Um modelo lógico não é apenas uma ferramenta útil para avaliação, mas também uma valiosa ferramenta de planejamento que orienta ações e parcerias durante o planejamento e execução. Um modelo lógico fornece uma maneira gráfica de mostrar não apenas quais resultados são esperados com o programa baseado em evidências, mas também quais atividades serão necessárias para atingir esses objetivos e quais parcerias serão essenciais para realizar essas atividades. (3.1) fornece uma matriz simples para monitorar indicadores/medidas identificadas no modelo lógico (3.2); e (3.3) é outra matriz para desenvolver as etapas de ações necessárias para cada uma das metas e estratégias identificadas no modo lógico. As matrizes fornecidas são apenas exemplos. Essas matrizes devem ser modificadas ou criadas para atender aos objetivos específicos selecionados em seu modelo lógico.
4. **Melhoria e avaliação da qualidade:** programas baseados em evidências foram testados na comunidade e quando seguidos conforme prescrito, eles garantem resultados. Portanto, a organização deve ter um argumento em apoio do programa selecionado de 'retorno do investimento' ou 'custo-benefício'. É de extrema importância para o Coordenador do programa ter um esquema de melhoria e avaliação da qualidade. Em (4.1), há uma lista de áreas que podem gerar indicadores para o desenvolvimento de um plano de melhoria contínua da qualidade.



1.1 RE-AIM para planejamento e avaliação de programas:

O objetivo geral da estrutura RE-AIM é prestar mais atenção aos elementos essenciais do programa que possam melhorar a adoção sustentável e a implementação efetiva de programas de promoção em saúde baseados em evidências: <https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/reach/improving-reach/>

Os cinco componentes da estrutura RE-AIM são: Raio de ação, Efetividade, Adoção, Implementação e Manutenção.



Definições:

Raio de ação: Este é o número absoluto, proporção e representatividade de indivíduos que estão dispostos a participar de um determinado programa baseado em evidências, e as razões de participarem ou não. Prestar atenção ao raio de ação do programa é um componente importante da melhoria da qualidade. O programa está atraindo a população-alvo? Se não, o que pode ser feito para melhorar o raio de alcance do programa?

Efetividade: Se refere aos resultados do programa. Programas baseados em evidências são aqueles que comprovadamente dão resultados. No entanto, o apoio local ao programa pode ser reforçado mostrando que a população atendida localmente está apresentando resultados semelhantes aos relatados em publicações de pesquisa.

Adoção: Este indicador é semelhante ao Raio de ação, mas é avaliado no nível dos locais de entrega do programa (como organizações comunitárias, clínicas ou locais de trabalho). Consiste na taxa de participação entre os locais potenciais e na representatividade desses locais. Uma preocupação fundamental é se um programa pode ser adotado pela maioria dos locais, especialmente aqueles que têm poucos recursos, e não apenas aqueles financiados por estudos ou instituições acadêmicas. A chave tanto para o Raio de ação quanto para a Adoção é a identificação de um “denominador” de pessoas elegíveis ou ajustes para uso no cálculo da taxa de participação. Isso pode ser desafiador, mas existem várias abordagens e ferramentas disponíveis para ajudar os tomadores de decisão a estimar tais denominadores.



Implementação: Este indicador às vezes é também chamado de “fidelidade” da intervenção. Inclui até que ponto diferentes componentes de uma intervenção são entregues conforme o pretendido pelos desenvolvedores do programa. Modificações locais que alteram significativamente componentes essenciais do programa podem afetar negativamente os resultados. A implementação também está preocupada com a consistência da entrega das intervenções entre diferentes funcionários e com a extensão em que os programas são adaptados ou modificados ao longo do tempo. É importante utilizar, sempre que possível, tanto abordagens qualitativas quanto quantitativas para monitorar a implementação.



Manutenção: Assim como o Raio de ação e a Adoção, este indicador se aplica tanto ao participante individual quanto aos níveis de ambiente ou organização. No nível individual, a Manutenção aborda os efeitos a longo prazo da intervenção tanto nos desfechos almejados quanto nos indicadores de qualidade de vida. Alguns dos programas baseados em evidências publicaram pesquisas demonstrando quanto tempo o efeito da intervenção perdurou. Essa é uma medida importante porque ajuda a demonstrar o “custo-benefício da intervenção”. No nível de ambiente ou local, a Manutenção refere-se à institucionalização do programa, ou até que ponto o programa é sustentado (ou modificado ou descontinuado) ao longo do tempo. Aqueles que adotam o programa são capazes de mantê-lo a longo prazo? Quando se constata que falta manutenção, uma força-tarefa de melhoria da qualidade descobriria quais são os fatores que causam isso.

Por que usar o RE-AIM para planejamento e avaliação?

Todos os programas baseados em evidências têm um custo. Portanto, em um contexto de recursos limitados para promoção da saúde e prevenção na comunidade, é essencial planejar uma implementação custo-efetiva e ter um sistema de melhoria contínua da qualidade para garantir que o programa esteja atingindo a população-alvo com fidelidade e que tenha parceiros na comunidade comprometidos em adotar e manter o programa.

Como usamos o RE-AIM para planejamento?

Se o programa será implementado em uma área geográfica com uma rede de parceiros colaboradores, então o primeiro passo é selecionar cuidadosamente os parceiros. São perguntas úteis na construção de uma rede de colaboradores:



- Quem é mais propenso a adotar este programa? Grupos de convivência, clínicas, clubes de aposentados, hospitais etc.
- Eles têm o espaço e pessoal necessários para entregar o programa?
- Quão formal é a rede de colaboradores? Será firmado um acordo de colaboração com funções específicas atribuídas a todos os integrantes da colaboração? Os integrantes esperam ser reembolsados pelo trabalho que fazem? Ou a intervenção do programa está sendo incorporada ao portfólio de programas da organização?
- De quantos parceiros precisamos para alcançar o número desejado de pessoas?

Exemplo: O município de Paraíso tem um total de 1.100 habitantes idosos com multimorbidade por doenças crônicas e desfechos de saúde adversos. Para alcançar essa população, o responsável pelos serviços de saúde do município decide formar uma “Colaboração/Rede de Envelhecimento Saudável” em Paraíso. Um pré-requisito para que qualquer parceiro comunitário se torne parte da Colaboração é se comprometer a oferecer de 3 a 4 oficinas de autogestão por ano para a população-alvo.

Objetivo da Colaboração/Rede: Todos os anos, 270 pessoas idosas do município de Paraíso participarão de uma oficina de autogestão. Em quatro anos, a Colaboração de Envelhecimento Saudável de Paraíso terá alcançado um total de 1.100 pessoas idosas com um programa baseado em evidências. Para atingir esse objetivo, a colaboração terá que obter no mínimo 6 parceiros, cada um empenhado em ministrar 3 oficinas por ano e alcançar 45 pessoas idosas com doenças crônicas. [45 x 6 = 270].

Para ministrar uma “dose plena” do programa à população-alvo, como a implementação será estruturada? De que tipo de suporte centralizado a colaboração necessitará?

Em última análise, o objetivo de um programa de sucesso é demonstrar que ele pode ser mantido ao longo do tempo. O planejamento para a “manutenção” é uma parte essencial da estrutura RE-AIM.

Construir a infraestrutura certa para entregar um programa em uma área geográfica é fundamental para a manutenção. Isso inclui, entre outras coisas, facilitar a formação de instrutores, organizar a compra em massa de materiais para o programa

e desenvolver roteiros e produtos para comercialização do trabalho da Colaboração do Envelhecimento Saudável. O custo de um programa de sucesso será minimizado enormemente quando o programa for incorporado e, portanto, mantido em uma comunidade.

Como usamos o RE-AIM para avaliação?

Programas baseados em evidências têm desfechos comprovados, e cada um dos programas listados no portfólio possui extensas publicações com resultados detalhados de pesquisas resultantes da implementação comunitária. No entanto, é importante entender o quão bem o programa está sendo implementado localmente e quão eficaz o programa é na população-alvo que o está recebendo.

Os recursos para avaliação são frequentemente muito limitados e em concorrência direta com os recursos necessários para a implementação. Portanto, é aconselhável ter um programa universitário de graduação ou pós-graduação em saúde pública como parceiro, ou, se isso não for possível, construir um processo simples de coleta de dados estratégicos para serem utilizados para melhoria da qualidade e proporcionar informações sobre o retorno do investimento no programa.

Defensores de programas baseados em evidências precisam ser capazes de ilustrar o custo-benefício do programa.

Perguntas a fazer sobre dimensões do RE-AIM ao avaliar programas de promoção/prevenção em saúde

Raio de ação: Qual percentual dos participantes potencialmente elegíveis a) foram excluídos, b) participaram e c) quão representativos eles eram? Quantos dos que iniciaram o programa receberam a “dose plena” para conclusão? Qual foi a taxa de perda?

Efetividade: Qual o impacto da intervenção naqueles que completaram o programa? Quais dados autorrelatados ou objetivos pré/pós-programa foram coletados? As perguntas eram consistentes com as perguntas de pesquisa usadas para demonstrar os resultados do programa? As perdas repercutiram sobre a eficácia?

Adoção: Qual percentual de locais e instrutores participaram? Os participantes eram representativos da população-alvo?



Implementação: Até que ponto a intervenção foi entregue conforme pretendido (no manual/protocolo)?

Manutenção: Quais foram os efeitos a longo prazo (mínimo de 6 a 12 meses após a intervenção)? Até que ponto o programa foi continuado ou institucionalizado após 1 ano, 2 anos etc.? O programa original foi modificado de alguma forma?

Para obter mais informações, visite RE-AIM:

<http://www.re-aim.org> [em inglês]



1.2 A ORGANIZAÇÃO ESTÁ PRONTA PARA ADOPTAR UM PROGRAMA BASEADO EM EVIDÊNCIAS?

1. A organização está disposta a:

- Trabalhar em estreita colaboração com um coordenador regional para treinamento e suporte técnico?
- Apoiar a adoção de um programa “estruturado” com fidelidade (ou seja, sem alterar o conteúdo ou estrutura do programa, a menos que seja autorizado)?
- Investir recursos institucionais na formação e no quadro de pessoal do programa?
- Designar um coordenador local para a gestão do programa, para a coleta de dados sobre o raio de alcance do programa e para monitorar a fidelidade da implementação?
- Desenvolver e implementar um plano para incorporar o programa às ofertas da organização à comunidade?

2. Você sabe por que está adotando este programa?

- Este programa aborda uma questão importante em sua comunidade?
- Há algo já sendo feito em sua comunidade para resolver esta questão?

3. Você sabe quem será seu público-alvo e como alcançá-lo?

- Você sabe qual porcentagem da sua população-alvo vai participar do programa no primeiro ano?
- Você sabe como alcançará o público-alvo?
- Você tem um plano de marketing para o programa?
- Você tem locais acessíveis para oferecer o programa para o seu público-alvo?

4. Como você saberá se o seu programa é eficaz?

- Você planeja colaborar com uma universidade ou pesquisadores locais para ajudá-lo a avaliar a eficácia do programa em sua comunidade?
- Você poderá participar da base de dados regionais para coletar dados simples de antes e depois para medir o raio de alcance e a eficácia?

1.3 PRINCIPAIS PERGUNTAS RELACIONADAS AO CUSTO DO PROGRAMA

1. Pessoal:

- Quantas horas de trabalho são necessárias para implementar e manter este programa (por exemplo, duração e frequência de aulas, ou número de horas de contato individual? Será que o pessoal que entrega este programa precisa ter alguma certificação especial, treinamento médico etc.?

2. Treinamento

- Quais são os requisitos de treinamento para este programa? A equipe precisará viajar para receber treinamento? Qual é o custo do treinamento por participante?

3. Espaço e Materiais

- Que tipo de espaço é necessário para executar este programa (por exemplo, tamanho)?
- Será preciso comprar algum equipamento para o espaço para o programa (por exemplo, aparelhos de ginástica)? Será preciso comprar algum material educativo (por exemplo, livros)?
- Há algum outro insumo que precisaremos fornecer continuamente para esse programa?

4. Monitoramento

- Existe um banco de dados que possamos usar para enviar essas informações, ou seremos responsáveis pelo desenvolvimento do nosso próprio sistema de rastreamento e emissão de relatórios de dados?
- Com que frequência, se for o caso, as aulas do programa são monitoradas pelos funcionários?

5. Fidelidade

- Há algum requisito para a fidelidade do programa?

2.1 CRIANDO SUPORTE COMUNITÁRIO DE BASE AMPLA PARA UM CONSELHO DE LIDERANÇA EM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Conselho de liderança multisetorial para apoiar programas baseados em evidências que promovam o envelhecimento saudável

<p>Justificativa:</p>	<p>Propósito do Conselho (seja específico e claro) Exemplos:</p>
<p><i>De acordo com dados de : _____</i></p> <p><i>(Fornecer uma breve base epidemiológica para o programa selecionado e descrever a necessidade)</i></p> <p><i>Exemplo: ___% das pessoas com afecções crônicas evidenciam autogestão e/ou adesão ao tratamento inadequada.</i></p> <p><i>Para que a comunidade melhore nessa área, são necessárias oportunidades comunitárias de educação e apoio para a autogestão de doenças crônicas. A grande novidade é que programas direcionados a isso foram desenvolvidos e são comprovadamente eficazes. E podem ser implementados aqui em.</i></p> <p><i>Segundo a OMS, um estilo de vida saudável é mais influente do que fatores genéticos para ajudar as pessoas idosas a manter a capacidade intrínseca e, portanto, à medida que um maior número de pessoas atingem a idade avançada, reduzir a perda da capacidade intrínseca, e não só tratar as doenças, deve desempenhar um papel importante na melhoria da qualidade de vida e na promoção do envelhecimento saudável.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conscientizar a população (regional ou local) sobre a importância do envelhecimento saudável; • Facilitar a criação e a sustentabilidade de uma infraestrutura (entre prestadores de serviços de saúde, pessoas idosas, prestadores de serviço social, organizações religiosas, governo nacional, regional ou local) para a adoção e implementação contínua de programas custo-efetivos e baseados em evidência especificamente projetados para apoiar e reduzir a perda de capacidade intrínseca. • Fornecer conselhos e assessoria aos gerentes de programas sobre o plano de divulgação. <p><u>Estabelecer um escopo de trabalho claro e acionável para o trabalho dos membros do Conselho.</u> Por exemplo: Auxiliar em a) plano de mídia e divulgação; b) defender o envelhecimento saudável entre as principais partes interessadas do país, município ou sistema; c) criar oportunidades para expandir o alcance dos programas baseados em evidências.</p> <p><u>Estabelecer um nível razoável de envolvimento.</u> Por exemplo: duas reuniões por ano, quatro teleconferências por ano; etc.</p>

.....

2.2 QUADRO PARA PLANEJAMENTO DE CONVITES PARA O CONSELHO DE LIDERANÇA EM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Nome	Filiação profissional/ organizacional	Contribuição em potencial	Observações

Lista de filiações profissionais/organizacionais desejadas: (esta lista deve ser preparada por cada programa para atender às suas necessidades e metas)

- 1.Hospitais
- 2.Comunidade acadêmica em geriatria e gerontologia: médicos/enfermeiros/assistentes sociais
- 3.Médicos da atenção primária
- 4.Líderes dos centros comunitários de saúde locais
- 5.Instituto nacional de seguridade social ou qualquer outro seguro-saúde/plano de saúde (se aplicável)
- 6.Prestadores de atenção domiciliar (home care)
- 7.Organizações religiosas
- 8.Comunicações, mídia, marketing
- 9.Saúde pública
- 10.Ativistas e organizações dedicadas a doenças específicas (fundações/associações de pacientes com diabetes, cardiopatia, artrite etc.)
- 11.Potenciais financiadores: organizações beneficentes, fundações familiares etc.
- 12.Líderes locais e municipais

2.2 PESQUISA DOS POSSÍVEIS INTEGRANTES CONVIDADOS PARA ASSEGURAR A REPRESENTATIVIDADE DO CONSELHO (OU FORÇA-TAREFA)

Nome: : _____

Organização: _____

Sua opinião pessoal: _____

(Por favor, circule o número que melhor representa sua resposta.)

Afirmações	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
a.O envelhecimento saudável é uma questão importante em (município/comunidade).	1	2	3	4
b. Existem serviços adequados para pessoas idosas em_____.	1	2	3	4
c. As agências da comunidade estão atendendo adequadamente às necessidades de saúde das pessoas idosas.	1	2	3	4
d. Existem atividades adequadas de promoção da saúde para pessoas idosas em_____.	1	2	3	4
e. Minha organização se beneficiará de estar envolvida nesta colaboração.	1	2	3	4
f. Acredito que programas de saúde para pessoas idosas são muito importantes.	1	2	3	4

INFORMAÇÕES GERAIS:

Qual dos seguintes setores descreve melhor a organização que você representa?

- Público Privado Sem fins lucrativos Outro:_____

Qual das seguintes áreas melhor representa a sua área de atuação?

<input type="checkbox"/> Comunicação	<input type="checkbox"/> Economia/Finanças	<input type="checkbox"/> Saúde	<input type="checkbox"/> Educação
<input type="checkbox"/> Política	<input type="checkbox"/> Religião	<input type="checkbox"/> Serviço social	<input type="checkbox"/> Voluntariado
<input type="checkbox"/> Tecnologia	<input type="checkbox"/> Rede de pacientes	<input type="checkbox"/> Seguridade social	<input type="checkbox"/> Outra:_____

Quais das seguintes categorias representam sua idade?

- < 40 anos < 60 anos < 70 anos > 70 anos

Qual é o seu gênero?

- Masculino Femenino Outro

3.1 MEDIDAS DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

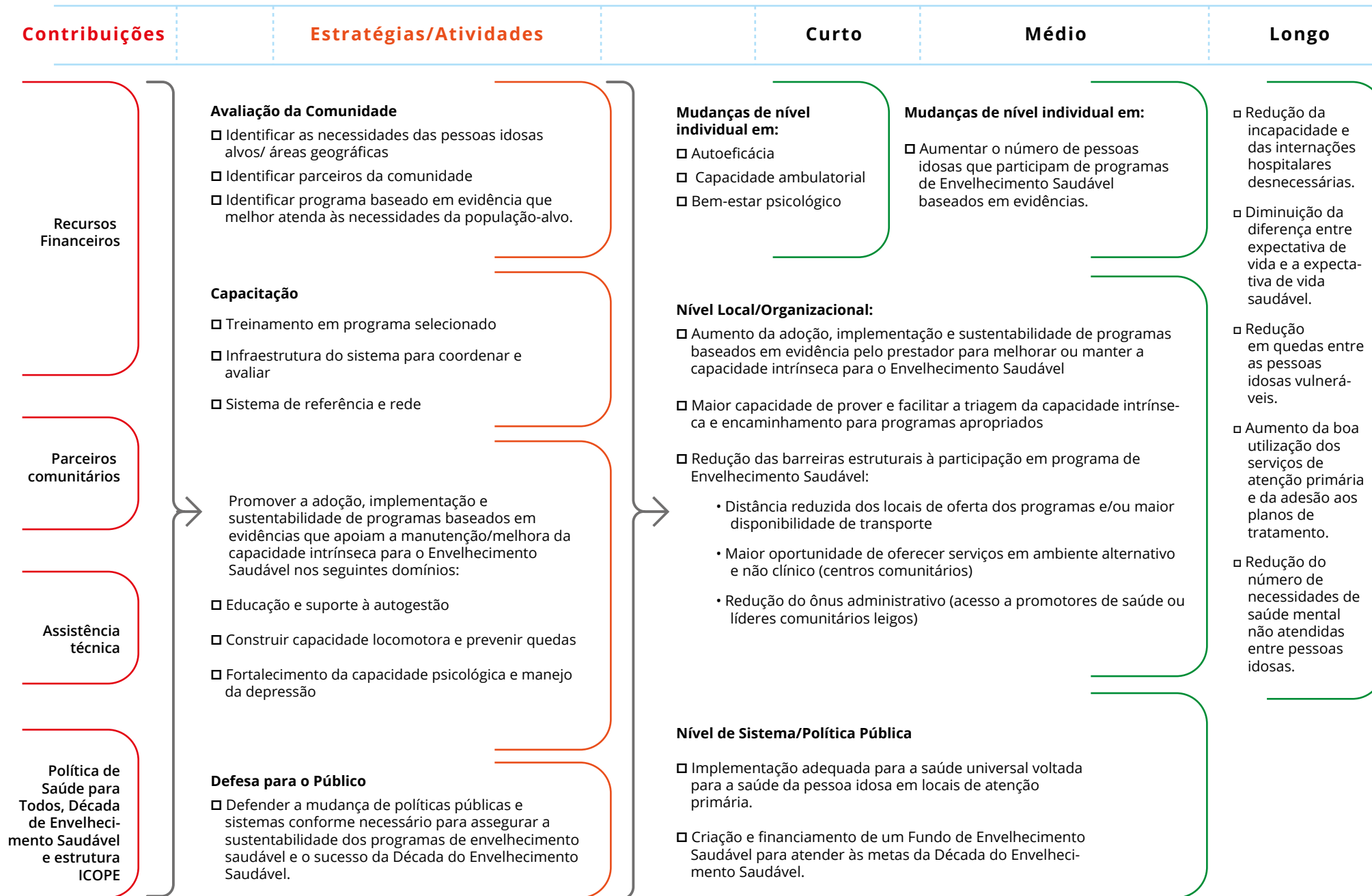
Avaliação de Estratégias

Estratégia	Progresso	Meta
Avaliação da comunidade <ul style="list-style-type: none">• Identificar as necessidades das pessoas idosas/áreas geográficas alvo• Identificar parceiros comunitários em áreas geográficas selecionadas• Identificar o programa baseado em evidências que melhor atenda às necessidades da população-alvo.		
Capacitação <ul style="list-style-type: none">• Capacitação de coordenador(es) do programa, agentes comunitários de saúde e líderes de envelhecimento saudável no programa selecionado.• Infraestrutura do sistema ou parceria com a universidade para coordenar e avaliar o programa.• Sistema de referência e rede		
Promover a adoção do programa selecionado na área geográfica selecionada <ul style="list-style-type: none">• Rede de provedores está acessível à população-alvo		
Defender a mudança de políticas públicas e sistemas <ul style="list-style-type: none">• Financiamento adequado para os programas• Reconhecimento adequado para a Década do Envelhecimento Saudável• Reconhecimento de metas de envelhecimento saudável na atenção primária à saúde		



3.2 MODELO LÓGICO DE MENSURAÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL (EXEMPLO)

Resultados



3.3 PLANO PARA FORTALECER A COLABORAÇÃO COMUNITÁRIA PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL (EXEMPLO)

OBJETIVO 1: Ser um catalisador, convocador e mediador para programas baseados em evidências que visam melhorar ou manter a capacidade intrínseca para o envelhecimento saudável e desenvolver esforços colaborativos.

ESTRATÉGIA 1: Envolver os principais parceiros da comunidade no planejamento, implementação e avaliação de programas selecionados baseados em evidências.

Passos de Ação	Prazo	Status
Passo de ação 1: Identificar prestadores de serviços voltados ao público idoso na área geográfica selecionada para estabelecer o “universo” dos locais e parceiros, bem como as fontes de encaminhamentos.		
Passo de ação 2: Realizar uma reunião de planejamento de alto nível sobre “envelhecimento saudável” e convidar parceiros identificados. Pesquisar interesse em colaboração e desenvolver um plano inicial para coletar informações sobre recursos de cada prestador: quantos funcionários, voluntários, seriam capazes de contribuir para a iniciativa de envelhecimento saudável? O espaço apropriado está disponível? Como cada um contribuiria?		
Passo de ação 3: Desenvolver uma carta de aceite entre as organizações e criar uma identidade para o grupo. Por exemplo: Núcleo [Nome do Bairro] para o Envelhecimento Saudável.		

ESTRATÉGIA 2: Buscar oportunidades colaborativas entre setores para alavancar recursos, aumentar a eficiência do sistema e reduzir a duplicação de serviços.

Passo de ação 1: Formar um Grupo Colaborativo de Envelhecimento Saudável que inclua o Ministério da Saúde, previdência social, serviços sociais, universidades, fundações etc. [Isso pode se tornar o Conselho de Liderança da iniciativa].

Passo de ação 2: Identificar um mínimo de x parceiros para trabalhar em prol do objetivo global de aumentar a capacidade intrínseca para o envelhecimento saudável entre as pessoas idosas na área geográfica selecionada, resultando em maior coordenação, colaboração e alavancagem de recursos.

Passo de ação 3: Identificar pelo menos duas fontes de financiamento que apoiariam programas de educação e intervenção em envelhecimento saudável para levantar recursos financeiros.

OBJETIVO 2: Aumentar o acesso e a disponibilidade de programas baseados em evidência e número de pessoas idosas alcançadas por esses programas.

ESTRATÉGIA 1: Avaliar a situação atual.

Passo de ação 1: Compilar dados básicos sobre saúde e afecções crônicas em pessoas com 60 anos ou mais de idade na área geográfica selecionada, e outros dados disponíveis para servir de base.

Passo de ação 2: Disponibilizar dados iniciais (linha de base) para provedores comunitários para informar o desenvolvimento do programa e uma divulgação direcionada.

ESTRATÉGIA 2: Selecionar um programa baseados em evidências para cumprir as metas de melhorar ou manter a capacidade intrínseca para o envelhecimento saudável e promover a adoção, implementação e sustentabilidade do programa

Passo de ação 1: Selecionar o programa baseado em evidências que melhor atenda às necessidades da comunidade e pareça ser mais sustentável com os recursos existentes.

Passo de ação 2: Coordenar com a OPAS e autoridades locais a assistência técnica e o treinamento em programas selecionados baseados em evidências.

Passo de ação 3: Avaliar a infraestrutura para coordenação e construir uma rede de encaminhamento/referência.

ESTRATÉGIA 3: Gerar evidência adicional sobre o envelhecimento saudável como parte da Década do Envelhecimento Saudável

Passo de ação 1: Desenvolver um esquema de avaliação para a iniciativa e firmar parceria com o programa de graduação ou pós-graduação em Saúde Pública de uma universidade local para auxiliar com banco de dados, análise e relatórios de avaliação a serem compartilhados com outras instâncias no país, regionalmente e até mesmo globalmente.

Passo de ação 2: Continuar pesquisando o Portfólio e avaliando outros programas baseados em evidências que sejam relevantes para a área de interesse.

OBJETIVO 3: Defender a mudanças nas políticas públicas e sistemáticas necessárias para a sustentabilidade dos programas de envelhecimento saudável e o sucesso da Década do Envelhecimento Saudável.

ESTRATÉGIA 1: Identificar as principais prioridades de políticas públicas nos níveis estadual e local que avancem o envelhecimento saudável (procurar políticas multissetoriais).

Passo de ação 1: Explorar as prioridades políticas entre os prestadores de serviços sociais e de saúde que apoiam o envelhecimento saudável.

Passo de ação 2: Conscientizar os legisladores e outros tomadores de decisão sobre a necessidade de incluir apoio às questões e estratégias de envelhecimento saudável em suas agendas.

Passo de ação 3: Defender a inclusão de programas baseados em evidências que apoiem o envelhecimento saudável no orçamento programado para os prestadores de serviços às pessoas idosas.

4.1 MELHORIA DA QUALIDADE PARA PROGRAMAS BASEADOS EM EVIDÊNCIAS

A seguir está uma lista de áreas que podem gerar indicadores para a elaboração de um plano de melhoria contínua da qualidade.

1. Treinamento:

- O treinamento é baseado nas necessidades da rede e nos requisitos do programa
- O treinamento é realizado com fidelidade por treinadores certificados no programa, utilizando todos os materiais prescritos
- O pessoal treinado (trabalhadores comunitários de saúde, líderes-pares, e treinadores) é capaz de manter o status 'ativo' conforme definido pelo programa
- O pessoal treinado evidencia em relação ao treinamento e ao apoio fornecido após o treinamento
- O coordenador do programa foi treinado no programa



2. Raio de ação:

- O número e o perfil demográfico das pessoas idosas alcançadas pelo programa, e a taxa de conclusão desses participantes, são acompanhados em um banco de dados
- O banco de dados é monitorado trimestralmente
- As metas de raio de ação/alcance são atingidas
- Os participantes alcançados pelo programa atendem aos critérios de inclusão estabelecidos pelo programa. Por exemplo, pessoas idosas sedentárias, pessoas com doenças crônicas ou pessoas com sintomas depressivos etc.

3. Efetividade:

- O monitoramento da fidelidade do programa é feito por pessoal treinado
- O cronograma e a estrutura do programa se mantêm fiéis ao protocolo do programa
- No mínimo 84% dos participantes completam a "dose mínima" exigida pelo programa

4. Adoção:

- O programa é oferecido em locais acessíveis à população-alvo
- Os locais que oferecem o programa incorporam o programa à sua oferta regular de serviços
- O programa possui uma parceria de base ampla que contribui para a liderança, promoção de causa e/ou mobilização de recursos para assegurar a realização do programa em múltiplos locais



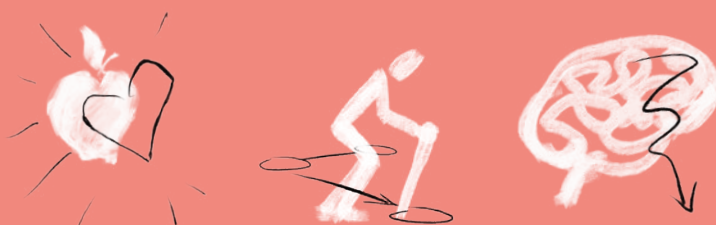
5. Implementação:

- O programa atende o número de dias e horas necessários
- Os facilitadores do programa (agentes comunitários de saúde, líderes pares, treinadores) têm os materiais instrutivos exigidos pelo programa e seguem o programa estruturado
- Os participantes têm acesso a livros, panfletos, apostilas ou quaisquer outros materiais exigidos pelo programa
- O número e o perfil dos participantes atendem aos critérios do programa

6. Manutenção:

- Há um protocolo de avaliação para demonstrar valor durável do programa depois de 6 meses e após um ano da implementação para garantir o apoio contínuo ao programa
- Há um banco de dados para documentar a retenção de facilitadores que estão ativos no programa
- O orçamento e os recursos do programa são monitorados regularmente e usados para demonstrar o custo-benefício do programa (retorno sobre o investimento)
- O plano de ação com estratégias para garantir a sustentabilidade do programa é revisado periodicamente.

Um grande desafio para as políticas públicas é transformar a atual transição demográfica em oportunidade. Vidas mais longas exigem novos paradigmas e conceitos no campo da saúde. Esta publicação, Portfólio: Programas baseados em evidência para um cuidado integrado e centrado para a pessoa idosa na atenção primária à saúde, apresenta várias intervenções/programas que são baseados em evidências e permitem um envelhecimento saudável. Para melhorar a saúde das pessoas idosas é crucial entender as suas necessidades, além de identificar e agir de forma oportuna nas perdas de suas capacidades físicas e mentais, ou seja, a capacidade intrínseca. Os programas selecionados apresentados neste documento têm como objetivo melhorar ou manter a capacidade intrínseca das pessoas idosas a nível comunitário, com foco em um ou mais de seus principais domínios. O portfólio concentra-se principalmente na capacidade locomotora, psicológica e cognitiva, bem como no autocuidado e no apoio ao cuidador. Através da identificação de declínios na capacidade intrínseca é possível criar um plano de autocuidado, que ajudará a prevenir ou melhorar declínios, apoiar a gestão de doenças e promover a participação ativa da pessoa no seu próprio cuidado, conforme apoiado pelo Programa da OMS de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE). Com o modelo ICOPE, as pessoas idosas não apenas têm conhecimento do que fazer para melhorar sua própria saúde, mas também se sentem capacitadas para atingir metas específicas. Os programas deste portfólio provaram fornecer resultados positivos na melhoria das capacidades das pessoas idosas, bem como na adesão ao autocuidado; portanto, deve fazer parte de qualquer kit de ferramentas de atenção primária destinado a promover e melhorar o envelhecimento saudável na comunidade, acompanhando o modelo ICOPE. As pessoas idosas requerem uma abordagem integrada e um cuidado contínuo com suporte adequado e transições de um nível para outro do sistema de saúde, dependendo de suas necessidades específicas. O fortalecimento da atenção primária é uma estratégia para preparar e alinhar os sistemas de saúde a uma sociedade em envelhecimento.



<https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>

Unidade de Curso Vida Saudável

Departamento de Família, Promoção da Saúde e Curso de Vida

Organização Pan-Americana da Saúde

525 23rd Street NW: Washington: Distrito de Columbia: 20037

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas