

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AMANDA GAYER CARDOSO

**IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rio Grande

2017

AMANDA GAYER CADOSO

**IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMSF, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, sob orientação do Prof. Dr. Cesar Francisco Silva da Costa.

Linha de pesquisa: Atenção Básica.

Rio Grande

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivo Específico	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 Sistema Único de Saúde	11
3.2 Educação Permanente em Saúde	13
3.3 Os Cuidados da Pessoa Idosa no Contexto do SUS	15
3.3.1 Atendimento de Enfermagem à Pessoa Idosa	18
3.3.2 Atendimento do Profissional de Educação Física à Pessoa Idosa	19
3.3.3 Atendimento de Psicologia à Pessoa Idosa	20
4 METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de Estudo	23
4.2 Local do Estudo	23
4.3 Sujeitos do Estudo	24
4.4 Fluxo de Atividades	24
4.5 Coleta de Dados	26
4.6 Análise dos Dados	27
4.7 Aspectos Éticos	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
6 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

APÊNDICE B: Roteiro de Entrevista

APÊNDICE C: Roteiro de Consulta Multiprofissional a Pessoa Idosa na Estratégia Saúde da Família

ANEXO A: Histórico de Enfermagem

ANEXO B: Histórico de Educação Física

ANEXO C: Histórico de Psicologia

ANEXO D: Parecer CEPAS

ANEXO E: Parecer NUMESC

RESUMO

CARDOSO, Amanda Gayer. **Implantação da Consulta Multiprofissional ao Idoso na Estratégia de Saúde da Família**. 2017, 61 folhas. TCR- Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

Atualmente há um grande processo de transição populacional, marcado pelo aumento no número de idosos em todos os continentes. O aumento dessa população gera mudanças profundas nos modos de pensar e viver o envelhecimento. As expectativas mostram que em algumas décadas, haverá mais idosos que crianças e adolescentes. Em consonância com o processo de transição etária, os serviços de saúde devem passar por um processo de adequação, tendo como foco de trabalho a avaliação global deste segmento populacional, levando em consideração as necessidades dos usuários e suas especificidades. Sendo assim, o objetivo do estudo foi demonstrar as potencialidades da consulta multiprofissional para a população idosa na Estratégia de Saúde da Família segundo os próprios idosos. Este é um estudo descritivo/exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Castelo Branco I, campo de prática dos residentes do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/FURG. O estudo configurou-se na realização de consultas individuais, em âmbito multiprofissional, com profissionais da área de enfermagem, educação física e psicologia, realizadas mensalmente, durante 5 meses, com início em maio de 2017 e término em setembro de 2017. A implementação da consulta multiprofissional ao idoso proporcionou um atendimento humanizado e resolutivo, com foco em todos os aspectos relacionados a saúde dessa população, levando em consideração os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Foi possível concluir, após a realização do estudo, que o atendimento multidisciplinar oferece uma assistência integral, humanizada e de qualidade a população idosa, através de ações de educação, promoção de saúde, prevenção de agravos, reabilitação e o estímulo a vida social.

Descritores: Idoso. Saúde da Família. Equipe Interdisciplinar de Saúde. Residência Não Médica.

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil, com o decorrer dos anos passou por diversas transformações, desde o controle das doenças contagiosas, passando pelo modelo médico assistencial privatista, até o movimento da reforma sanitária, tendo como marco a 8ª Conferência de Nacional de Saúde, que teve como base a Conferência de Alma Ata, a qual surge com um sentido mais abrangente sobre saúde, que é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, educação, trabalho, transporte, meio ambiente, liberdade e acesso aos serviços de saúde, sendo o resultado das formas de organização social (BRASIL, 1986; BARZAGHI, et al. 2011).

A 8ª Conferência de Nacional de Saúde, traz que:

“A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde, que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária ” (BRASIL, 1986).

Na 8ª Conferência de Nacional de Saúde, realizada em 1986, fica estabelecido que este novo sistema deve ser coordenado por um único ministério, seguindo o princípio da descentralização na gestão dos serviços. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, aprova importantes questões presentes no relatório da Conferência, a qual traz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas de redução do risco de doença, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1986; BRASIL,1988; BARZAGHI, et al.2011).

Este novo modelo de saúde que aparece na Constituição de 1988 é o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado sob as diretrizes de descentralização, atendimento integral e igualitário, e participação da comunidade. A partir deste momento as ações de saúde deixam de focar na doença, e visam a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação (BRASIL, 1986; BRASIL, 1988; BARZAGHI, et al. 2011).

A implementação do SUS teve como principal justificativa a necessidade de haver uma melhor oferta de serviços, indicadores de saúde, e condições de acesso, contribuindo para elevação da qualidade de vida da população. Pode-se dizer que comparando os dias de hoje há 30 anos atrás, houve uma melhora nos termos de promoção da saúde e prevenção

de agravos no Brasil após sua criação, como também a disponibilidade de serviços de média e alta complexidade (CORDEIRO, SANTOS, NETO, 2012).

Dentro das competências do SUS encontra-se a formação de trabalhadores para a área da saúde, o incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico, a formação para o trabalho, e a manutenção de escolas para formação e aperfeiçoamento dos servidores públicos. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde constituem campo de prática para ensino e pesquisa, uma das estratégias de formação para o trabalho em saúde são as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), que foram criadas a partir da Lei 11.129 de 2005, sendo uma modalidade de pós graduação lato sensu, que propõe a integração entre diversas profissões dentro dos serviços de saúde, orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; MAIA, D. B.; et al., 2013).

Em acordo com essa proposta do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, em relação a formação para o SUS, a Universidade Federal do Rio Grande (FURG), através da Escola de Enfermagem implantou em 2010 a Residência Multiprofissional de Saúde da Família (RMSF) e a Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com Ênfase na Atenção à Saúde Cardio Metabólica do Adulto (RIMHAS). As residências multiprofissionais na FURG, tem por objetivo a cooperação interinstitucional entre Educação e Saúde favorecendo a inserção qualificada dos jovens profissionais recém-graduados em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (FURG, 2016).

A RMSF busca qualificar profissionais, Enfermeiros, Psicólogos e Educadores Físicos para a área da saúde, a partir da inserção destes nos serviços de saúde, propondo atividades teóricas e práticas, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS. As atividades práticas são desenvolvidas junto as equipes de Saúde da Família da Secretária Municipal do Rio Grande – RS, nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) (FURG, 2016).

O município do Rio Grande/RS possui 32 unidades básicas de saúde, sendo 24 destas UBSFs. A residência multiprofissional em saúde da família utiliza como campo de práticas duas Unidades de Saúde da Família, a UBSF São João, onde atualmente estão os Residentes do segundo ano (R2) e Unidade Básica de Saúde da Família Castelo Branco I, onde encontram-se os residentes do primeiro ano (R1) (BRASIL, 2009b).

A Unidade Básica de Saúde da Família Castelo Branco I, local onde será desenvolvido o estudo, foi inaugurada no ano de 2004, localizada na Rua Irmão Icísio nº 101, bairro Castelo Branco, que é dividida em duas áreas (A= 05 e A=06), sendo cada área composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, 6 agentes comunitárias de saúde (ACS), há também um odontólogo e um assistente de odontologia, que atendem ambas as áreas.

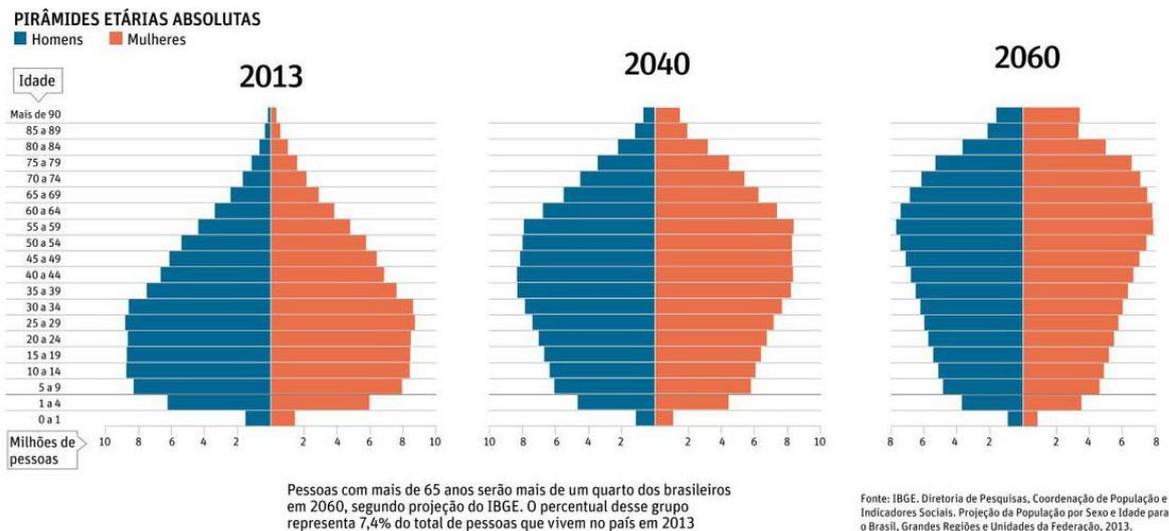
O território de abrangência da unidade, conforme prontuários da UBSF, conta aproximadamente 5 mil usuários, entre estes um número crescente de usuários com idade superior a 60 anos.

Neste sentido, é válido destacar que há um grande processo de transição populacional, marcado pelo aumento no número de idosos em todos os continentes. O aumento dessa população gera mudanças profundas nos modos de pensar e viver o envelhecimento. As expectativas mostram que em algumas décadas, haverá mais idosos que crianças e adolescentes. O envelhecimento anteriormente considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades, podendo-se dizer que o mundo está em processo de envelhecimento (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

No Brasil é considerado como idoso a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. E envelhecimento populacional é definido como:

“[...] a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice” (BRASIL, 2010. Pág. 11).

Observar-se que o número de idosos com mais de 80 anos tem aumentado de forma mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos anos; e com isso há a mudança na típica pirâmide populacional, em que a base é alargada, dando origem a uma pirâmide populacional com base mais estreita (BRASIL, 2010).



Fonte: COSTA, 2010.

Em consonância com o processo de transição da pirâmide etária, os serviços de saúde devem passar por um processo adequação, tendo como foco de trabalho a avaliação global deste segmento populacional, levando em consideração as necessidades dos usuários e suas especificidades.

A avaliação global da pessoa idosa, nos serviços de saúde, deve ter por objetivo a ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode vir acompanhado de doenças ou não, e é por meio desta avaliação que se pode elaborar um plano de cuidados específico para cada idoso (BRASIL, 2007).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM), comuns nos idosos, podem afetar a funcionalidade dessa população. Em cima destes dados, as UBSFs devem trabalhar com a prevenção de agravos causados por essas patologias, a inatividade física e o sedentarismo por exemplo, contribuem para a redução das capacidades físicas e funcionais, levando também ao agravamento das doenças crônicas, sendo assim, faz-se necessário a disponibilidade de atividades físicas voltadas as pessoas idosas (BRASIL, 2007).

Diante desta realidade com relação a pessoa idosa e os serviços de saúde é possível perceber a importância do atendimento multiprofissional em assistir este seguimento populacional. Neste sentido nasceu a questão de pesquisa para este estudo. Quais as potencialidades da RMSF em atender a população idosa, tendo como estratégia principal ações com os profissionais das áreas de enfermagem, educação física e psicologia?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Demonstrar as potencialidades da consulta multiprofissional para a população idosa na Estratégia de Saúde da Família segundo os próprios idosos.

2.2 Objetivos Específicos

Demonstrar a importância da consulta multiprofissional para a população idosa.

Verificar a possibilidade da utilização da consulta de enfermagem, educação física e psicologia para a assistência do idoso com o olhar multiprofissional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sistema Único de Saúde

No contexto de saúde do Brasil, a Constituição Federal de 1988, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que veio para assegurar o acesso universal a população aos serviços e ações de saúde, a participação social, a integralidade e igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios, a promoção, prevenção e recuperação da saúde, em consonância com as necessidades dos cidadãos (BRASIL, 2015).

O SUS foi regulamentado a partir da Lei 8.080 de 1990, que define que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições para o seu pleno exercício. A partir dessa Lei, incorpora-se um conceito ampliado de saúde, o qual é resultante dos modos de vida, de organização e produção social e cultural, buscando sair da concepção que saúde é a ausência de doença e sim centrada em aspectos biológicos. Um dos principais objetivos do SUS é assistência a população por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização de ações assistenciais e de atividades de prevenção de agravos e doenças (BRASIL, 1990; BRASIL, 2015).

O Sistema Único de Saúde foi o resultado de um Movimento de Reforma Sanitária do Brasil, sendo considerado uma conquista para a sociedade brasileira, no que diz respeito ao setor da saúde e das políticas sociais. Desde a sua criação o SUS vem apresentando diversos avanços como: a universalização da atenção à saúde através da Atenção Básica à Saúde (ABS), também conhecida como Atenção Primária a Saúde (APS), tendo como destaque a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2009a).

Foi na Conferência de Alma Ata em 1978, que a Atenção Primária a Saúde, passou a ser implementada no Brasil, como uma estratégia de enfrentar a maioria dos problemas de saúde, reforçar a infraestrutura dos serviços e apoiar o desenvolvimento econômico e social. Neste momento foi reconhecido uma atenção à saúde de toda a população, e reafirmado que a saúde é “um bem-estar físico, social e mental, não apenas a ausência de doença” (BRASIL, 2009a). A APS foi uma inovação em relação a visão sobre os sistemas de saúde, sendo definida como:

[...] a oferta de “cuidados essenciais de saúde baseados em práticas, métodos e tecnologias cientificamente embasadas e socialmente aceitáveis, acessíveis universalmente a indivíduos e famílias em suas comunidades, através de sua plena participação e a um custo suportável a comunidade e ao país, mantendo a autodeterminação das nações em cada estágio de desenvolvimento (BRASIL, 2009, Pag. 42).

A Declaração de Alma Ata, traz também as atividades da APS, como a educação popular em saúde, levando em consideração os problemas de saúde e os métodos de prevenção e controle; o planejamento familiar; imunizações; promoção da alimentação e nutrição adequadas; e o tratamento das doenças mais comuns e agravos mais prevalentes (BRASIL, 2009a).

Naquele momento o Brasil passava por uma “crise do modelo assistencial”, e para concretizar a Atenção Primária a Saúde, em 1994 cria-se o Programa de Saúde da Família (PSF), embasada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1987 e implementado em 1991, o qual possui o foco na família e não no indivíduo (BRASIL, 2009).

A estratégia de mudança do setor de saúde do Brasil é o PSF, o qual é uma substituição da atenção básica tradicional, de acordo com os preceitos do SUS, e voltada a defesa da vida do cidadão. A partir de então, coloca-se como estratégia central, reorganizando o processo de trabalho em saúde, mediante ações de prevenção, promoção e atenção à saúde; baseada na integralidade e hierarquização da atenção, territorialização, cadastramento da população e trabalho com equipe multiprofissional (BRASIL, 2000; BRASIL, 2009a; FIGUEIREDO, 2012)

Atualmente o PSF é definido ESF, constituindo uma estratégia de reorganização da atenção básica no país, sendo chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O qual possui como objetivo resolver os problemas de saúde da comunidade, através do cuidado integral dos indivíduos e famílias (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2016).

O trabalho nas unidades de saúde que possuem ESF, se constituem por uma equipe multiprofissional, composta por um médico; um enfermeiro; um técnico ou auxiliar de enfermagem; quatro a seis agentes comunitários de saúde tendo responsabilidade de atender cerca de mil famílias (3 a 4 mil usuários), sendo todos os usuários pertencentes ao território de abrangência da unidade, e devidamente cadastrado pelos ACS. Contam também com a equipe de saúde bucal, composta por um odontólogo e um auxiliar de

odontologia. (BRASIL, 2009).

As Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), desde 2007 contam com os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo a ampliação da abrangência da atenção básica, bem como sua resolutividade (BRASIL, 2012^a.) São constituídos por equipes formadas por profissionais da área de psicologia, educação física, fisioterapia, nutrição, assistência social, entre outras que atuam de maneira integrada aos profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2012a).

O NASF divide-se em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 deverá ser composto no mínimo por cinco profissionais de nível superior sendo essas: Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Já o NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior, podendo ser: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que dentro do processo de trabalho do SUS e das UBSFs encontramos a clínica ampliada, com a proposta de se construir em uma ferramenta de articulação e inclusão de diferentes enfoques e disciplinas (BRASIL, 2009b). A clínica ampliada busca fazer escolhas singulares e de forma compartilhada, com o paciente e outros profissionais, que envolvam o acolhimento e o atendimento integral. Ampliar a clínica significa reconhecer o que é necessário para cada indivíduo e para cada coletivo em cada momento. O trabalho multiprofissional das unidades de saúde da família deve estar intimamente ligado a clínica ampliada, podendo desta forma compartilhar conhecimentos para melhor atender o usuário do sistema (BRASIL, 2011; LUZ, et al., 2016).

3. 2 Educação Permanente em Saúde

O Sistema Único de Saúde vem assumindo um papel de reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo, sendo capaz de proporcionar mudanças nos modos de ensinar e aprender.

(BRASIL, 2004.) Estando em conformidade com o Art. 200 da Constituição Federal de 1988, que traz que o SUS deve “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (SILVA, DUARTE.,2015).

Segundo Ceccim e Feuerwerker, a formação para área da saúde deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais, da organização do trabalho, e se estruturar a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de acolher e cuidar das necessidades de saúde da população. O setor da saúde e da educação, em nosso país, necessita de uma reforma que priorize o avanço da concretização do SUS e o desempenho de formação acadêmico-científica e ética no desempenho tecnoprofissional (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Como estratégia para essas mudanças surge a Educação Permanente em Saúde (EPS) é “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. ” Baseada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais” (BRASIL, 2009c).

A EPS é definida como um conjunto de ações educativas que buscam alternativas e soluções para transformar as práticas em saúde através da problematização. Surge como uma estratégia para se alcançar o desenvolvimento da relação educação e trabalho, contribuindo desta forma, para melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde, articulada ao princípio de trabalho com equipes multiprofissionais. O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, e de uma relação integrada entre profissionais de saúde e usuário, fazendo com que haja uma qualidade na assistência prestada (SARRETA, BERTANI,2010).

A Política da Educação Permanente em Saúde é descentralizada, transdisciplinar e ascendente, tendo como foco o desenvolvimento da autonomia das pessoas; a mudança do modelo de assistência à saúde, fortalecendo a promoção da saúde e prevenção de agravos; a descentralização da gestão; além de propor o término do sistema verticalizado da saúde, para trabalhar com o sistema horizontal, baseado em um conjunto articulado de serviços de atenção básica, especializada e hospitalar, sendo reconhecidas as necessidades de saúde de cada usuário (SARRETA, BERTANI, 2010).

Entre os fundamentos da política de Educação Permanente em Saúde é apresentada uma articulação com o quadrilátero do SUS: ensino – serviço – gestão – controle social,

sendo uma experiência inovadora de integração entre os gestores, usuários, estudantes e formadores, com o objetivo de qualificar a formação dos trabalhadores para a área da saúde, apresentando integralidade e qualidade da atenção (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) as práticas dos profissionais de saúde tendem a responder as demandas do SUS. Nesse sentido a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem como objetivo a formação de profissionais para o SUS, apresentando ações diferenciadas, que constitui formação do profissional, trabalho em equipe, dispositivo para educação permanente. Desta forma, a RMS é considerada um espaço de desenvolvimento de educação permanente em saúde, promovendo mudanças a fim de consolidar os princípios do SUS (SILVA, et al. 2016).

A residência multiprofissional é vista como uma possibilidade de espaço de transformação para os profissionais, articulada como dispositivo de educação permanente, e essa definida como eixo pedagógico estruturante para ações de saúde. Assim sendo, a EPS é um dispositivo capaz de promover mudanças dos modelos de atenção e gestão em saúde, atuando no cotidiano da produção de saúde (SILVA, et al. 2016).

É o possível observar que a EPS desenvolvida na RMS é um trabalho em constante atuação, sendo fundamentada nas relações entre profissionais de saúde no seu espaço de trabalho. Deste modo, o residente como profissional, tem a possibilidade de agir na produção de saúde, podendo utilizar a educação permanente em saúde como um auxílio para atuar no cotidiano das pessoas, e estimular a promoção à saúde e prevenção de agravos (SILVA, et al., 2016).

Quando falamos em prevenção e promoção isso nos remete as populações consideradas vulneráveis, que definem-se como áreas estratégicas para atuação, entre as quais encontra-se a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, o controle da hipertensão e diabetes, a saúde da pessoa idosa, entre outras.

3.3 Os Cuidados da Pessoa Idosa no Contexto do SUS

A sociedade brasileira encontra-se em processo de transição demográfica, definida como fruto de vários determinantes culturais e socioeconômicos, sempre acompanhada por uma mudança na estrutura etária da população (ALVES, 2014). Quedas significativas nas taxas de fecundidade e mortalidade ocorreram em poucas décadas, fazendo com que houvesse essa transição etária, e com isso um aumento do número de pessoas com 60 anos ou mais (RAMOS, CENDOROGLO,2011).

A redução das taxas de mortalidade (TM) é uma conquista da humanidade. A esperança de vida no Brasil nos anos de 1950 era de 50 anos, passando nos anos 2000 para 73 anos, isso quer dizer que houve um grande crescimento da expectativa de vida em um curto espaço de tempo. Um dos motivos para a diminuição da TM é a melhoria do padrão de vida da população em decorrência do desenvolvimento de novos programas de saúde pública, do acesso ao saneamento básico e da melhoria da higiene pessoal (ALVES, 2014).

Envelhecimento “é o conjunto de alterações que ocorrem progressivamente na vida adulta e, com frequência, mas não sempre, reduzem a viabilidade do indivíduo”. E o envelhecimento bem-sucedido é definido como “aquele com baixa suscetibilidade a doenças e elevada capacidade funcional (física e cognitiva), acompanhado de uma postura ativa perante a vida e a sociedade (RAMOS, 2011)

Nesse processo há também a transição epidemiológica definida como a mudança do perfil de morbidade e mortalidade da população, havendo uma diminuição dos óbitos por doenças infectocontagiosas e aumento dos óbitos por doenças crônicas. Uma população em acelerado processo de envelhecimento significa um aumento relativo das condições crônicas, principalmente, das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em que acometem em maior escala o segmento populacional de maior idade (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

As doenças crônicas não transmissíveis podem afetar a funcionalidade da pessoa idosa; dentre as principais doenças crônicas que afetam os idosos estão: doenças cardiovasculares, hipertensão, derrame, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças musculo esqueléticas, doenças mentais e diminuição da visão/cegueira (BRASIL, 2007; BRASIL, 2005).

A incidência e prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melitus (DM) elevam-se progressivamente com a idade, como também o risco de complicações relacionada as doenças e consequência do envelhecimento arterial. São

doenças crônicas de maior incidência da população idosa, sendo a HAS um importante fator de risco cardiovascular modificável, está associada a complicações como insuficiência cardíaca (IC), insuficiência renal crônica (IRC), dentre outras (RAMOS, CENDOROGLIO, 2011).

Havendo essa transição etária da população brasileira e a necessidade de um atendimento à saúde da população idosa, torna-se necessário a criação de programas e políticas que melhor atendam esse segmento populacional, como o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Estatuto do Idoso e a elaboração da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI).

O Pacto pela Saúde criado em 2006, veio para fortalecer os componentes em defesa do SUS, da Vida e Gestão. Neste momento surge a saúde do idoso, como uma das prioridades do Pacto em Defesa da Vida, e a oportunidade de se discutir a nova realidade epidemiológica e social que se instala no Brasil, através dessa mudança populacional do país (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi promulgada no ano de 1994, sendo regulamentada em 1996, a qual assegura os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover autonomia, participação e integração na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diferentes níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde. Traz que o principal problema que afeta o idoso é a perda da capacidade funcional, sendo definida como a perda das habilidades mentais e físicas necessárias para a realização das atividades de vida diária (BRASIL,2006).

A PNSPI tem por objetivo “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”. (BRASIL, 2006. Pag. 3.)

Para atingir este objetivo referente os direitos da pessoa idosa, é aprovado em 2003 o Estatuto do Idoso destinado a regulamentar os direitos assegurados as pessoas com idade igual ou maior a 60 anos. Dispõe sobre o papel da família, comunidade, sociedade e do Poder Público de assegurar ao idoso, a efetivação do direito à vida, alimentação, educação, saúde, esporte, cultura, cidadania, dignidade, lazer, liberdade, respeito e a convivência com a família e comunidade (BRASIL,2003).

No que se refere a saúde deve-se garantir o acesso as redes de serviços de saúde e assistência social local, não sendo permitido qualquer ato de negligência, violência ou discriminação (BRASIL,2003). Sendo assim:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003. Pag. 3).

Como estratégia para o acompanhamento da saúde da pessoa idosa, em 2006 o Ministério da Saúde cria a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), a qual possibilita o registro de informações sobre as condições de saúde do idoso, auxilia os profissionais de saúde em relação as ações necessárias para promover um envelhecimento ativo e saudável. A caderneta é um instrumento que possibilita a identificação de situações de riscos potenciais para o idoso. Vale ressaltar que esta é vista como uma ferramenta de cidadania para a pessoa idosa, onde terá informações relevantes para melhor acompanhamento da situação de saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2007).

Frente ao exposto verifica-se a necessidade de efetivar a assistência à saúde da pessoa idosa, visando à independência e funcionalidade, bem como o envelhecimento ativo e saudável, e para que isto ocorra deve haver um atendimento multiprofissional, para melhor atender as necessidades deste segmento populacional, tendo como objetivo quantificar os problemas e capacidades de saúde funcionais e psicossociais do idoso, estabelecendo um plano terapêutico e gerenciamento dos recursos necessários (BRASIL, 2010). Sua importância é baseada no princípio da integralidade, favorecendo o desenvolvimento e ampliação do cuidado, o atendimento dentro da realidade de cada usuário e comunidade, e um maior comprometimento entre os profissionais e a população, havendo assim o estabelecimento do vínculo (PERRACINI, FLÓ, 2011).

Vale destacar especificidades do atendimento a pessoa idosa, do profissional de enfermagem, psicologia e educação física. Neste particular cada categoria profissional utiliza-se de ferramentas para a atingir os objetivos de melhora assistir os usuários do sistema de saúde. Entre estas ferramentas podemos citar o atendimento do profissional de Enfermagem, Profissional de Educação Física e do Psicólogo, todos voltados a saúde da pessoa idosa.

3.3.1 Atendimento de Enfermagem a Pessoa Idosa

O atendimento de enfermagem ocorre através da Consulta de Enfermagem (CE) a qual deve ser pautada em ações de enfermagem coerente com as necessidades e os valores do idoso. A CE pode ser entendida como uma oportunidade de instituir uma troca de aprendizagem, que possa proporcionar o bem-estar dos usuários envolvidos, sendo a promoção da saúde seu principal objetivo (SOUTO, et al., 2014).

Esta deve seguir um conjunto de ações com sequência ordenada, utilizando uma variedade de técnicas, com o foco de coletar informações para que se possa compreender, conhecer, e explicar a situação de saúde da pessoa idosa (SOUTO, et al., 2014). Além disso a consulta de enfermagem deve:

[...] ser pautada em uma nova abordagem interacional, permeada pela contínua ação reflexiva e criativa dos profissionais. É preciso levar em consideração que a consulta de enfermagem deve se constituir, eminentemente, em um espaço de expressão/captação de necessidades e de resolução de problemas do âmbito da competência profissional de enfermeiros, mediados estes pela participação ativa dos sujeitos alvos de cuidados (MARTINS, et al., 2013, pag. 1).

A consulta de enfermagem deve ser pautada em uma investigação dos fatores de risco e hábitos de vida como também a avaliação desse; uso adequado dos medicamentos e seus efeitos adversos; orientação sobre as doenças; avaliação dos sintomas e orientação dos hábitos de vida pessoais e familiares (SOUTO, et al., 2014). Deve ter também um histórico de enfermagem baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), apresentando a identificação do idoso, condições gerais, avaliação funcional, avaliação cognitiva, avaliação da situação sócio familiar, e avaliação das necessidades humanas básicas.

É de grande importância que a CE seja realizada de maneira sistemática e embasada no modelo holístico buscando superar a visão biomédica centrada nas queixas, com vistas a entender a saúde como um resultado das condições de vida do idoso. (SOUTO, et al., 2014.) A consulta de enfermagem a pessoa idosa deve possibilitar a interação idoso-profissional de enfermagem, proporcionando um cuidado de qualidade, uma assistência integral (SILVA, VICENTE, SANTOS, 2014).

3.3.2 Atendimento do Profissional de Educação Física a Pessoa Idosa

Atividade física é definida como “qualquer movimento corporal que é produzido pela contração da musculatura esquelética e que aumenta o gasto de energia[...] são

exemplos de atividades físicas: tomar banho, dirigir, andar, passear, fazer compras, trabalhar, dançar, jogar, e praticar exercícios físicos (ZAZÁ, CHAGAS, 2011).

Existem evidências que comprovam que a prática de atividades físicas regulares é essencial para a qualidade de vida da população idosa, sendo uma questão de saúde pública. Como também demonstram os benefícios da atividade física para a população idosa, proporcionando a diminuição das alterações fisiológicas do processo de envelhecimento; promovendo o bem-estar cognitivo e psicológico; administração doenças crônicas; aumentando a longevidade; e reduzindo os riscos de incapacidade (ACSM; 2014).

Em relação a população idosa, a prática de atividades físicas pode auxiliar na manutenção da força muscular e do equilíbrio, possibilitando-os maior autonomia e mobilidade para a realização das atividades diárias, diminuindo o risco de quedas, como também gerar espaços de convívio comunitário, diminuindo o isolamento social (COUTINHO, 2011). Assim, a atividade física possibilita uma melhora das funções cognitivas e físicas, devido a ação sobre os neurotransmissores do sistema nervoso, derivado esse dos efeitos exercícios físicos (MARTINS, et al, 2014).

O Profissional de Educação Física exerce suas atividades por meio de intervenções, legitimadas por diagnósticos, utilizando-se de métodos e técnicas específicas, de consulta, de avaliação, de prescrição e de orientação de sessões de atividades físicas e intelectivas, com fins educacionais, recreacionais, de treinamento e de promoção da saúde[...] (BRASIL, 2002).

Na área da educação física não se utiliza usualmente a terminologia consulta de educação física, e sim atendimento ou sessão, sendo essa uma especificidade dessa profissão. Durante o atendimento do profissional de educação física a idoso, é realizado diversos testes para avaliar a capacidade motora e cognitiva deste, como o teste de esforço, teste de desempenho físico, teste de aptidão física (força muscular, resistência cardiovascular, flexibilidade, potência anaeróbica, equilíbrio), testes funcionais (Escala de Katz), dentre outros (ACSM., 2014).

Um destes testes é o AAPERD (American Alliance for Health, Physical Education Recreation and Dance) que consiste em um conjunto de testes desenvolvido para idosos, para avaliação da aptidão física, sendo de fácil aplicabilidade e de baixo risco de execução, esses testes assemelham-se com as atividades de vida diária. Esta avaliação é composta por cinco testes: coordenação, agilidade/equilíbrio, flexibilidade, resistência de força e aeróbica (BENEDETTI, MAZO, GONÇALVES, 2014).

Temos também a Escala de Aptidão Física de TAF, que se propõe a mensurar os parâmetros de resistência, agilidade, força dos membros superiores e inferiores, flexibilidade e composição corporal. São testes fácil avaliação e realização, sendo possível realiza-lo em consultório (RONCONI, 2016).

Outro teste muito utilizado nesse segmento populacional é o de Katz, que avalia a capacidade funcional da pessoa idosa, onde é estabelecida uma lista de seis itens que se relacionam entre si. Desta forma, o índice de Katz avalia seis atividades básicas de vida diária que são: banho, vestir-se, higiene, transferências, continência e alimentação (PARENTONI, 2013).

Os programas de atividade física para esse segmento populacional devem apresentar exercícios de resistência, força, equilíbrio e flexibilidade, proporcionando um bem-estar geral, prevenção de agravos e promoção da saúde (ACSM, 2014).

3.3.3 Atendimento de Psicologia à Pessoa Idosa

A psicologia do envelhecimento possui como foco as mudanças nos desempenhos afetivos, cognitivos, sociais, como também nas alterações de interesses, valores, motivação, atitudes, sendo pontos característicos dos anos mais avançados da vida adulta e da população com 60 anos ou mais. Assim sendo, é possível apresentar variadas possibilidades de intervenção psicológica junto as pessoas nessa etapa do desenvolvimento humano (VIEIRA, BOECKEL, 2012).

A psicologia contribui ativamente para a efetivação da clínica do sujeito através da compreensão acerca do vínculo e do desenvolvimento de estratégias que contemplam as propostas da clínica ampliada, ocorrendo por meio de intervenções junto aos usuários ou pelo trabalho em equipe (ABRAPSO, 2011).

Dentro do processo de avaliação, a psicologia também utiliza a aplicação de escalas de depressão e ansiedade, dentre elas destacamos a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, que consiste em um questionário de 15 perguntas objetivas, específico para pessoa idosa, tendo como foco como o idoso tem se sentindo ao decorrer da última semana (KANAMURA, et al, 2013).

Vale destacar também a Escala de Ansiedade de Beck, classificada como um dos instrumentos mais utilizados para medir o nível de ansiedade, consiste em um questionário

de auto relato. O instrumento é de fácil aplicação, os escores variam de zero a 63 pontos, no qual o zero indica nenhum traço de ansiedade e o escore mais elevado indica maior gravidade da ansiedade (BRASIL, 2013).

A Associação Americana de Psicologia (APA) orienta o trabalho o profissional desta área nas práticas psicológicas com os idosos, tendo questões que devem ser abordadas ou percebidas durante a consulta. Sendo elas: atitudes; assuntos clínicos; conhecimento geral como desenvolvimento do adulto, envelhecimento e pessoas idosas; avaliação; intervenção, consultoria e fornecimento de outros serviços; vale destacar que também deve ocorrer a educação e formação do próprio profissional (APA, 2004).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo/exploratório, com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2009), pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos motivos, aspirações, significados, dos valores, atitudes, crenças, onde esse conjunto de fenômenos é entendido como parte da realidade social (MINAYO, DELANDES, 2009). A pesquisa qualitativa é um conjunto de práticas interpretativas e materiais que proporcionam visibilidade ao mundo.

Denzin e Lincoln (2006, p. 17), trazem que “[...] a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa para mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem” (DENZIN, LINCOLN, 2006, p. 17).

Os estudos descritivos são desenvolvidos com o objetivo de proporcionar uma ampla descrição de um fenômeno; procuram responder problemáticas, identificar diversas manifestações e descrevê-las de várias formas e de diferentes pontos de vista. (GIL, A. C. Estudo de Caso São Paulo, Atlas, 2009). Já o estudo exploratório é desenvolvido quando um novo tópico ou área está sendo investigada, e os métodos qualitativos são úteis para a exploração de fato pouco entendido (POLIT, BECK, 2011).

4.2. Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Castelo Branco I, que é o campo de prática dos residentes do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, localizada na rua Irmão Isicio nº 101, bairro Castelo Branco. Mais especificamente será realizado na área 05 do território adscrito, sendo a área de atuação da residente pesquisadora.

Rio Grande/RS, de acordo com os Cadernos de Informações de Saúde, do Ministério da Saúde, no ano de 2009, possui uma população de 196.334 pessoas. Sendo que 4.575 pessoas são atendidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, já o Programa de Saúde da Família (UBSF) atende 52.872 pessoas, atualmente já se sabe que esses números aumentaram significativamente. Houve um aumento populacional no

município, segundo o IBGE estimasse que a população do município do Rio Grande, no ano de 2016, seja de 208.641 pessoas.

Dados mais atuais da Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de janeiro de 2012, demonstram que o município do Rio Grande, apresenta 32 unidades básicas de saúde, nas quais 13 são UBS tradicionais e 19 são UBSF. Atualmente, de acordo com a Coordenação da Estratégia de Saúde da Família do Rio Grande, atuam no município 24 unidades básicas de saúde da família e 8 unidades de saúde tradicionais (UBST) (BRASIL, 2009d).

4.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo, que para fins metodológicos foram denominados participantes, são idosos de ambos os sexos, com diagnóstico recente de hipertensão arterial e diabetes melitus, conforme prontuário. Essa opção justifica-se por ser um segmento populacional que vêm em acelerado crescimento e modificando o perfil demográfico do país. E a opção de apresentarem duas doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão e diabetes, é pelo fato de que essas são as comorbidades mais prevalentes na população idosa.

O método para a escolha baseou-se em que os participantes fossem frequentadores da unidade de saúde; residentes na área 05 do território adscrito, de acordo com a micro área, iniciando com os idosos que residiam mais próximo da unidade de saúde, levando em consideração a questão do acesso a mesma, até atingir o número desejado de 16 participantes conforme a capacidade de demanda possível de ser atendida.

No mês de maio por questões de calendário e agendamento de consultas com a presença de todos os residentes envolvidos foi percebido que seria possível atender apenas 12 idosos. Por este motivo foi redimensionado para doze o número de idosos a serem atendidos.

4.4 Fluxo de Atividades

A ferramenta utilizada para fazer o contato com os idosos possíveis participantes do estudo, foi a Visita Domiciliar (VD), momento em que foram convidados e aceitaram

participar 12 idosos, para os quais já foi informada a data da primeira consulta multiprofissional.

Dando sequência foi realizado o primeiro encontro, mês de maio, no entanto compareceram apenas 11 idosos, portanto consideramos, até este momento, como perda o idoso que não compareceu a primeira consulta. Como atividade do primeiro encontro foi solicitado ao idoso que lesse e assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e entregue ao mesmo a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. E por fim, realizada a primeira consulta, da qual fez parte a aplicação do histórico de enfermagem (ANEXO A), de educação física (ANEXO B) e o de psicologia (ANEXO C), reavaliados ao longo das consultas. Durante esta, foram abordados temas referentes a saúde da pessoa idosa, tendo como foco a promoção, prevenção e recuperação da saúde, agindo sobre as necessidades humanas básicas afetadas.

Ao longo das consultas houve a perda de 4 participantes. A primeira perda foi em relação ao idoso que faltou já na primeira consulta, e posteriormente dois idosos que concordaram em participar do estudo, porém faltaram três consultas consecutivas; e um caso em que o idoso apresentou piora do quadro clínico, tendo dificuldade de locomover-se até a unidade para a realização das consultas, ficando, portanto, o número total de 8 participantes (idosos) até o final do estudo.

Cabe salientar que embora este último idoso não tenha feito parte do estudo, a ele foi dada continuidade de assistência por meio de visitas domiciliares.

A ação configurou-se em consultas individuais com duração aproximada de 1 hora, uma vez por mês, tendo 5 meses de acompanhamento, com início em maio de 2017 e término em setembro de 2017. As consultas foram realizadas 1 vez na semana, em salas de consultas na própria UBSF, com o atendimento de no máximo 4 idosos, e estes retornaram em 1 mês com pré agendamento, e utilizou-se durante estas, o histórico de enfermagem (ANEXO A), de educação física (ANEXO B) e de psicologia (ANEXO C).

Foi considerada consulta multiprofissional quando pelo menos dois residentes de áreas profissionais diferentes estiveram presentes, e necessariamente entre estes a pesquisadora.

Ao idoso que solicitou a presença de acompanhante durante as consultas, essas foram permitidas. Para as entrevistas a presença de acompanhante foi igualmente permitida, no entanto, foi solicitado a mesma que não respondesse as perguntas feitas ao idoso.

Após o término do acompanhamento (cinco consultas), os idosos foram entrevistados utilizando um questionário semiestruturado (APÊNDICE B), para que fosse possível identificar a importância da consulta multiprofissional.

Sempre que identificado durante as consultas multiprofissionais algum sinal ou sintoma compatível com diagnóstico de patologias, o idoso foi encaminhado a equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) da unidade.

Os dados referentes ao diagnóstico recente de DCNT foi a partir dos prontuários da UBSF, os quais também foram utilizados para anotações oriundas das consultas.

Ainda como produto deste estudo elaboramos um roteiro de consulta multiprofissional para assistência à saúde da pessoa idosa (APÊNDICE C).

4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada a partir da técnica de entrevista semiestruturada. Uma entrevista é o encontro de duas pessoas, o entrevistador e o entrevistado. Na entrevista semiestruturada o autor busca obter informações por meio de um instrumento anteriormente estabelecido, mas também há “[...] um espaço para elucidação de elementos que surjam de forma imprevista ou informações espontâneas dadas pelo entrevistado [...]” (APPOLINÁRIO, 2012, p.138).

O instrumento para a realização da coleta foi um questionário igualmente semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, composto de questões que contemplam os objetivos da pesquisa. Questionário segundo Appolinário, 2012, “[...] é um documento contendo uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas pelos sujeitos [...]” (APPOLINÁRIO, 2012, p.140).

As entrevistas ocorreram somente após do término das consultas de todos os idosos, sendo estas realizadas somente pela residente pesquisadora. As entrevistas foram individuais, agendadas previamente em dia e hora conforme disponibilidade dos participantes, ocorreram em uma sala de consulta da UBSF. Vale ressaltar, que as entrevistas foram realizadas após o término da última consulta, para não haver a necessidade do deslocamento do idoso a unidade de saúde apenas para a realização da entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas por meio da técnica de gravação, a qual garante que o arquivo de áudio preserve o conteúdo original e o maior número de

informações. Utilizou-se também o diário de campo, o qual é definido como um instrumento de anotações, um caderno com espaço suficiente para anotações, comentários e reflexão dos entrevistados, para o uso individual do entrevistador na análise dos dados e na elaboração dos resultados do estudo (JUNIOR, 2014).

As entrevistas tiveram duração média de 5 minutos, e após foram transcritas evitando os vícios de linguagem. A pesquisa teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS-FURG) com parecer Nº 10/2017 e pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) com parecer Nº 002/2017.

4.6 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada através da técnica de Análise de Conteúdos. Para Bardin (1979), a Análise de Conteúdos se estabelece a partir das etapas de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase de pré-análise é definida como a organização do material, ou seja, nesta realiza-se uma leitura rápida das entrevistas buscando visualizar as particularidades de cada sujeito que contribuirão para a elaboração das ideias iniciais. A fase de exploração do material consiste na execução da codificação das entrevistas com números, letras, ou ambos, de forma que os recortes que interessam à pesquisa sejam agrupados em núcleos de sentido semelhantes que darão origem aos temas ou as categorias (BARDIN, 1979).

A etapa de tratamento dos resultados, os resultados brutos serão tratados de maneira significativa e válida, havendo uma análise e uma discussão dessas falas, retiradas das entrevistas dos participantes, baseada no referencial já exposto neste projeto e na sensibilidade e experiência adquirida na trajetória da pesquisa (BARDIN, 1979).

Assim, a análise foi realizada após a transcrição e digitação dos dados coletados, a partir da realização das entrevistas e anotações no diário de campo. As questões abertas foram transcritas e analisadas através da análise temática, o qual o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados buscando as relações entre as partes que foram decompostas. Desta maneira, pode-se atingir a forma que melhor atende a investigação qualitativa do material referente a saúde (MINAYO, DELANDES, 2009).

4.7 Aspectos éticos

O presente estudo respeitou os aspectos éticos, sendo garantido a proteção dos direitos humanos, em acordo as recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. A Resolução 466/2012 incorpora a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012c).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS-FURG) com parecer N° 10/2017 e ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) da Secretária Municipal do Rio Grande/RS com parecer N° 002/2017.

Os participantes foram esclarecidos quanto ao estudo, explicado os objetos e a metodologia proposta, e posteriormente convidados a participarem. Foi solicitado o consentimento por escrito, a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), para participar da pesquisa, assegurando o respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, como o direito à privacidade, e a garantia do respeito. Este assegura o anonimato das informações dadas pelos participantes e o direito destes de desistirem da pesquisa quando assim desejarem, bem como o acesso aos resultados.

Para os participantes que não sabiam ler ou que apresentarem deficiência visual o TCLE foi lido de forma clara e tom alto, na presença de um responsável ou acompanhante do idoso e por ele indicado. O mesmo foi confeccionado com fonte de número 16, com palavras claras e objetivas para melhor entendimento do idoso.

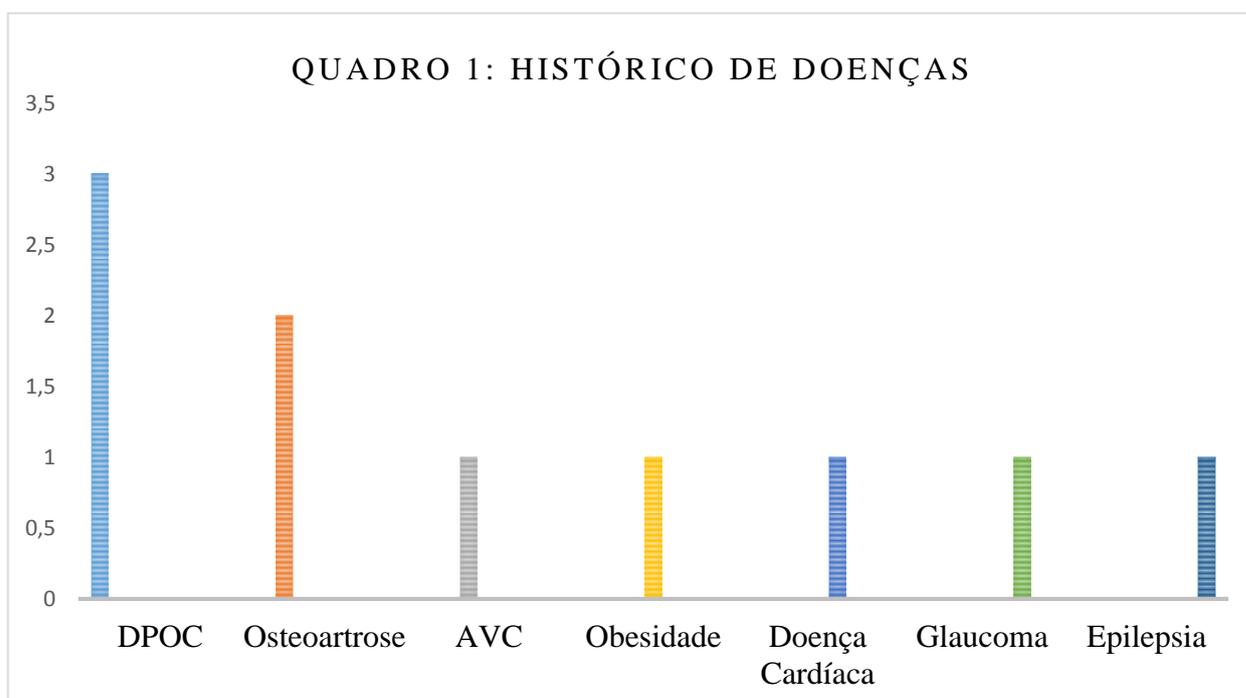
O documento foi assinado pela pesquisadora e pelo (a) participante, ficando uma cópia com o participante e outra com a pesquisadora. Após a autorização dos participantes, deu-se início à fase de coleta de dados. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre a possibilidade de abandono da proposta em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer prejuízo para si, com o compromisso ético de assegurar o sigilo das informações obtidas durante o seu desenvolvimento, sendo solicitado o seu consentimento para divulgação destes dados de forma anônima.

Vale destacar que para manter o anonimato dos idosos participantes do estudo, esses foram identificados pelas siglas P1, P2, ... P8. Para garantir a fidedignidade das falas, as entrevistas foram gravadas em aparelho de MP3, mediante autorização dos participantes, e logo após, transcritas, iniciando-se imediatamente o processo de análise

dos dados. As transcrições permanecerão guardadas, na Escola de Enfermagem, na Universidade Federal do Rio Grande em local sigiloso sob a responsabilidade do professor orientador, por cinco anos, para que seja assegurada a validade do estudo e garantindo a confidencialidade dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente foi traçado um perfil dos idosos participantes do estudo, em relação a sexo, idade, situação sócio familiar e histórico de doenças. Evidenciou-se que em relação ao sexo, que 6 (seis) o que corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) são do sexo feminino e 2 (dois) que corresponde a 25% (vinte e cinco por cento) do sexo masculino. A idade dos participantes situou-se entre 61 e 80 anos. Na questão sócio familiar se levou em consideração se mora sozinho, com familiares, ou companheiros, sendo constatado neste item, que 5 participantes residem com esposo (a) e 3 residem com seus familiares (netos, irmãos). Em relação ao histórico de doenças, apareceu em maior quantitativo, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e a Osteoartrose. Em menor frequência identificou-se Acidente Vascular Cerebral, Epilepsia, Glaucoma, Obesidade e Doença Cardíaca. (Quadro 1)



No Brasil, cerca de 50% da população idosa apresenta diagnóstico de hipertensão arterial, a qual possui forte relação com 80% dos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 60% dos casos de doenças cardíacas (MEIRELES, et al, 2007). Associado ao processo de envelhecimento observa-se o surgimento das doenças crônico-degenerativas, tais como a doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonias, bronquites, entre outras. Vale ressaltar também as doenças reumáticas, muito comuns nessa faixa etária, as quais provocam alterações funcionais no sistema muscoesquelético de causa não traumática, como Osteoartrose, Osteoporose, Fibromialgia, Artrose, Artrite, entre outras (PEREIRA, 2012).

Durante a realização e nosso estudo, com a implementação da consulta multiprofissional ao idoso foi proporcionado um atendimento humanizado e resolutivo, com foco em todos os aspectos relacionados a saúde dessa população, levando em consideração os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Acredita-se, portanto, que a consulta multiprofissional proporcionou ao usuário uma atenção de melhor qualidade.

Com relação a este aspecto, Martins e colaboradores (2013), reforçam que o profissional de saúde, preocupa-se cada dia mais com a qualidade da atenção oferecida aos usuários que buscam por atendimento. Atendimento este, realizado de forma individualizada, no contexto familiar e coletivo, proporcionando aos idosos satisfação com a assistência a ele prestada.

Analisando o grau de aceitação e satisfação dos usuários idosos que participaram de nosso estudo em relação a consulta multiprofissional, esses apresentaram-se satisfeitos, como pode ser visto nos relatos abaixo:

“Achei ótimo é bem esclarecedora, cada vez que eu converso com vocês, vai me alertando sobre alguma coisa [...]”

(P1)

“Eu achei maravilhosa, gostei muito, foi uma excelente ideia [...]”

(P2)

“Acho que foi ótima, foi muito bom para mim, eu consegui fazer coisas que eu não fazia antes, foi muito bom [...]” (P3)

A partir desses relatos percebe-se que os idosos se sentiram satisfeitos em relação a consulta multiprofissional. Vale ressaltar que após as consultas os idosos foram questionados em relação ao seu grau de satisfação, no qual 6 (seis) que corresponde a 75%(setenta e cinco por cento) dos participantes, referiram-se muito satisfeitos e 2 (dois) que corresponde a 25%(vinte e cinco por cento) referiram-se satisfeitos com as consultas.

Assim, percebe-se que o processo de trabalho realizado pela equipe multiprofissional, neste aspecto, foi eficaz e resolutivo.

Conclusão semelhante foi encontrada por Costa e colaboradores (2013), ao identificarem que o trabalho em equipe multiprofissional tem como característica principal a divisão de responsabilidade do cuidado entre os membros da equipe, o que gera uma maior qualidade das ações em saúde em que:

“A responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, sendo dividida entre os outros membros da equipe. O trabalho em equipe busca a escuta do outro, e estabelece um canal de comunicação. Esse dialogo constitui o bom desenvolvimento do trabalho em equipe” (COSTA, et al; 2013).

Quando questionados em relação á fragilidades da consulta multiprofissional ou solicitado sugestões, os participantes referiram que o modelo como essas foram desenvolvidas estava bom, suas necessidades foram todas atendidas, como é possível observar em suas falas:

“[...] estava tudo bem [...] acho que não precisa incrementar nada, que está tudo bem certo”. (P7)

“[...] eu não tenho sugestões, só que vocês continuem o que estão fazendo, foi uma maravilha [...]”. (P6)

“Está ótimo esse formato que vocês fizeram [...]”. (P1)

Neste aspecto concordamos com Martins e colaboradores (2013) que a consulta multiprofissional deve ser vista como um fator transformador da qualidade de saúde do indivíduo idoso, tendo uma visão positivista da saúde, não apenas a ausência de doença. “ A saúde das pessoas em geral e em especial a dos idosos merece ser tratada de forma holística, com ações integradas de profissionais capacitados [...]” (MARTINS, et al; 2013).

Durante as consultas foram abordados temas como o uso correto das medicações; atividade física na terceira idade; hábitos alimentares saudáveis; prevenção de acidentes. E realizado o Teste do Monofilamento, o qual todos os participantes obtiveram como resultado ausência de neuropatia diabética. Foram realizados também, exame das mamas com solicitação de mamografia para as mulheres; solicitação de exames laboratoriais aos participantes os quais os haviam realizado a mais de um ano. Ao final das consultas foi possível observar que 4 (quatro) que corresponde a 50% (cinquenta por cento)

participantes que apresentavam variação da pressão arterial, acima de 150x90 mmHg, mantiveram-se em torno de 140x80mmHg. (Quadro 2)

Quadro 2: Variação da Pressão Arterial ao longo das consultas

Participantes	1ª consulta	Última consulta
P1	170X100 mmHg	140x80 mmHg
P3	170X90 mmHg	130x80 mmHg
P4	160X100 mmHg	140x80 mmHg
P6	150x100 mmHg	120x80 mmHg

Estudo realizado em Manaus/AM por uma equipe de residentes multiprofissionais em uma unidade básica de saúde, mostra que a consulta multiprofissional resultou em uma redução de peso de massa corpórea em mais de 50%, como também na redução e controle da glicemia capilar e pressão arterial em 46% (MAIA, et al; 2013).

“Acredita-se que o espaço para integração social e atividade física ou de lazer, possua enorme influência sobre a qualidade de vida, pois contribuem para o atendimento das necessidades primárias do ser humano como afeto, sentir parte de uma sociedade, segurança de não estar só, assim como o apoio prático, o que para uma pessoa idosa é de suma importância” (MAIA, et al; 2013, pag. 5).

Ao longo das consultas os participantes eram orientados acerca do uso correto da medicação (adesão ao tratamento), hábitos alimentares e a prática de atividade física. É possível correlacionar esses três assuntos ao controle da pressão arterial, visto que a diferença dos níveis pressóricos na primeira consulta para última.

Gusmão e Mion Júnior (2006) em seus estudos baseando-se em uma revisão integrativa, reforçam que a adesão ao tratamento está totalmente correlacionada ao envolvimento do paciente, as crenças, os hábitos alimentares, hábitos de vida e cultura, característica da doença e a integração com a equipe de saúde. Segundo Grezzana, Stein e Pellanda (2012) “outro aspecto a ser sugerido é a inclusão de uma orientação multidisciplinar para o tratamento da HAS, incluindo orientação nutricional, atividade física e acompanhamento psicológico para o adequado manejo do estresse”.

Em nosso estudo os idosos, durante as consultas, apontaram melhoras com as orientações e exercícios realizados pelo profissional de educação física, tais como melhora do equilíbrio e flexibilidade, diminuição de dores localizadas (coluna cervical e lombar,

membros inferiores e superiores) e perda de peso. Achado semelhante pode foi encontrado em um estudo realizado em Manaus/AM, onde observaram uma melhora de 80% (oitenta por cento) nas capacidades físicas básicas após atendimentos com profissional de educação física, onde os pacientes passaram a ter maior equilíbrio, coordenação, flexibilidade e força (MAIA, et al; 2013).

Concordamos com Maia e demais autores (2013), quando relatam que a integração social e atividade física e lazer possuem uma grande influência sobre a qualidade de vida da população idosa, pois auxilia no atendimento das necessidades básicas da pessoa idosa.

Com a aplicação da Escala de Capacidade Funcional nos foi possível avaliar os participantes quanto a realização de atividades instrumentais e atividade de vida diária. Percebeu-se que em relação as atividades de vida diária os idosos são independentes, já em correlação as atividades instrumentais 3 (três) que corresponde a 37% (trinta e sete por cento) dos participantes necessitam de ajuda. A capacidade de satisfazer as necessidades alimentares, de autocuidado, vestir-se sozinha, deambular sem auxílio, gera um sentimento de independência e satisfação ao idoso por poder cuidar-se. (NICOLATO, COUTO, CASTRO; 2016)

Os participantes, em sua totalidade, quando questionados se a consulta multiprofissional trouxe benefícios, verbalizaram que sim, relacionando esses ao alívio da tensão, o sentimento de sentir-se acolhido, próximo aos profissionais da unidade, de possuir um momento para desabafo e diminuição do nível de ansiedade. Foi possível observar, que nesse período de 5 meses houve a criação do vínculo entre os participantes e os profissionais envolvidos nas consultas.

Vale ressaltar, que em relação aos itens elencados como benefícios, pelos participantes, esses estão na maioria das vezes relacionados a uma Escuta Terapêutica. Onde a Escuta Terapêutica é vista como uma intervenção de saúde, já que segundo Mesquita e Carvalho (2014), esta é apresentada como uma intervenção de qualidade, que proporciona bem-estar usuário.

Alguns autores, já a vários anos, reforçam a ideia de que “a escuta terapêutica se justifica, primariamente, pela necessidade que toda pessoa tem de se comunicar, de compartilhar seus sentimentos, ideias, expectativas e situações [...]”. A escuta terapêutica é uma ferramenta necessária para o processo de mudança da atenção à saúde, pois possibilita

que pessoa ajudada seja protagonista de seu cuidado (SOUZA, PEREIRA, KANTORSKI; 2003).

6 CONCLUSÃO

O profissional de enfermagem ao realizar uma consulta a população idosa gera uma ampliação da atuação do enfermeiro dentro de uma unidade básica de saúde da família, promovendo ações de promoção e prevenção a este segmento populacional, que possui certas particularidades. Esta possibilita uma melhor interação entre o idoso-enfermeiro, efetuando um cuidado de qualidade, desenvolvido através de um atendimento ao idoso e família.

Entre as ações de atuação é possível identificar que a prática de atividades físicas proporciona ao idoso a manutenção de sua capacidade funcional, o que contribui para uma melhor qualidade vida. Essa deve ser estimulada durante as consultas voltadas a pessoa idosa, por proporcionar benefícios na realização de atividades de vida diária, além de haver uma melhora da força muscular, equilíbrio, flexibilidade, resistência, como também a interação social, melhorando assim a saúde biopsicossocial.

Foi possível identificar também, com este estudo, que a inclusão do profissional de psicologia nas unidades básicas de saúde da família promove uma escuta aprimorada, centrada nas necessidades da população idosa. O atendimento de psicologia voltado a essa população, torna-se um espaço valioso para que os idosos enfrentem de maneira satisfatória os desafios trazidos por essa fase da vida.

No contexto geral e como aprendizado na realização dessa pesquisa, percebemos que o atendimento multidisciplinar oferece uma assistência integral, humanizada e de qualidade a população idosa, através de ações de educação, promoção de saúde, prevenção de agravos, reabilitação e o estímulo a vida social. Vale ressaltar, que a consulta multiprofissional proporcionou aspectos de extrema relevância para a formação profissional dos residentes envolvidos.

Como particularidade referente a metodologia é valido destacar a observação de que no decorrer das entrevistas os idosos apresentaram dificuldade de se expressarem, sendo breves nas respostas, visto que o tempo de duração das entrevistas não ultrapassou 5 minutos. Destacamos esta consideração, no sentido de que embora já houvesse na maioria dos casos o vínculo com o entrevistador, este seguimento populacional apresentou esta característica.

E, finalmente nos foi possível concluir que após a realização do estudo, e a partir da experiência adquirida bem como do conhecimento construído com a implantação da consulta multiprofissional a população idosa, propomos aos profissionais das unidades básicas de saúde da família que considerem quando de suas ações na atenção à saúde, a peculiaridade necessária utilizando um olhar multiprofissional ao idoso, a fim de atender todas as questões envolvidas no processo de envelhecimento.

Como ganhos na realização deste estudo, foi de grande valia a aproximação das diferentes profissões durante as consultas multiprofissionais, esse resultado reflete na qualidade da atenção ao idoso, bem como as trocas e o aprendizado coletivo entre os residentes multiprofissionais. Além de apresentar um resultado positivo quanto os objetivos da pesquisa, confirmou a proposta do programa de residência que é o aprendizado em serviço. Seria de grande satisfação, se o roteiro de consulta multiprofissional para assistência à saúde da pessoa idosa pudesse ser utilizado pelos próximos residentes, durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ABRAPSO. A Clínica Ampliada e Atenção Básica: encontros com a psicologia. 16º Encontro Nacional da **ABRAPSO**. Recife, 2011. Disponível em: [.http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozNjoiYToxOntzOjExOiJJRF9UUkFCQUxITyI7czo0OiIyNDgyIjtzOjE6ImgiO3M6MzI6IjUyNTU5MWUyYTBiYTkyM2U4MGZlZNTNkMzU4YzAzN2JlIjt9](http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozNjoiYToxOntzOjExOiJJRF9UUkFCQUxITyI7czo0OiIyNDgyIjtzOjE6ImgiO3M6MzI6IjUyNTU5MWUyYTBiYTkyM2U4MGZlZNTNkMzU4YzAzN2JlIjt9). Acessado: 04 de outubro de 2016.

ALVES, J. E. D. Transição Demográfica, Transição da Estrutura Etária e Envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, n° 40, 2014. Disponível em: http://anakarkow.pbworks.com/w/file/attach/98620316/2014_Alves_Transicao%20demografica%20transicao%20da.pdf. Acessado em 29 de novembro de 2016.

American College of Sports Medicine – ACSM. **Diretrizes do ACSM: para os testes de esforço e sua prescrição**. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 9ª ed., 2014.

American Psychological Association - APA. **Guidelines for psychological practice with older adults**. *American Psychologist*, 56, 2004.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência: filosofia e prática da pesquisa**. Editora Cengage Learning, 2ª ed. p.138, 2012.

BARZAGHI, N. A.; et al. A Clínica Ampliada e a Atenção Básica: encontros com a psicologia. 16º Encontro Nacional da **ABRAPSO**. 2011. Disponível em: <http://www.encontro2011.abrapso.org.br/site/textoscompletos>. Acessado em: 20 de outubro de 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1979.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; GONÇALVES, L. H. T. Bateria de Teste da AAHPERD: adaptação para idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.** Santa Catarina-SC, p. 1-14, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v16n1/pt_1980-0037-rbcdh-16-01-00001.pdf. Acessado em: 29 de novembro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, 1986.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família**. Brasília-DF, caderno nº1, 2000.

_____. Conselho Federal de Educação Física. **Resolução nº 046/2002**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=82. Acessado: 18 de outubro de 2016.

_____. Presidência da República. Lei 10.741. **Estatuto do Idoso**. Brasília-DF, 1º de outubro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília-DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília-DF, 19 de outubro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília – DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Brasília-DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Brasília - DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília-DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Pactos pela Saúde, Brasília-DF, v. 9, p. 20, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde: Rio Grande do Sul, DATASUS**, Rio Grande, 2009d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>. Acessado em: 20 de outubro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos pela Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília – DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz. Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família: a clínica ampliada no contexto da atenção primária a saúde**. Mato Grosso do Sul, Editora UFMS, Módulo 10, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília – DF, 2012 a.

_____. Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação. **Unidades Básicas de Saúde por município**. Rio Grande do Sul, jan. 2012b. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337977621_UBSs_por_municipio_M_2012\[1\].pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337977621_UBSs_por_municipio_M_2012[1].pdf). Acessado em 20 de outubro de 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**. Brasília-DF, 2012c.

_____. Universidade Federal do Paraná. **Inventário de Depressão de Beck**. Paraná, 2013.

_____. UNA-SUS. Universidade Federal do Maranhão. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso**. São Luiz – MA, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção a Saúde**. Brasília - DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Estratégia de Saúde da Família. Portal da saúde**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acessado em: 12 de setembro de 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://lcc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20Quadril%e1tero%20da%20Forma%e7%e3o%20para%20a%20c1rea%20da.pdf>. Acessado em: 29 de novembro de 2016.

CORDEIRO, T. M. S. C.; SANTOS, C. L. R.; NETO, J. N. C. Sistema Único de Saúde: utopia ou realidade. Faculdade de Odontologia de Lins/ **UNIMEP. INSS**. Bahia, v. 22, p. 37-43, 2012. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/Fol/article/view/1543/1093>. Acessado em: 12 de setembro de 2016.

COSTA, M.M.M.; et al. A Importância da Equipe Multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família: com paciente diabético no cuidado com os pés. *Comunidade de Práticas*, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://cursos.atencaobasica.org.br/relato/2911>. Acessado em: 18 de outubro de 2017.

COSTA, F. N. Pirâmide Etária Brasileira. **Noção de Nação, Sociedade Brasileira**. 2010. Disponível em: <https://fernandonogueiracosta.wordpress.com/2010/12/16/piramide-etaria-brasileira/>. Acessado: 06 de setembro de 2016.

COUTINHO, S. D. S. Competências do Profissional de Educação Física na Atenção Básica a Saúde. Universidade de São Paulo. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-30112011-085206/pt-br.php>. Acessado em: 29 de novembro de 2016.

CRESS, M. E.; et all. **Best practices for physical activity programs and behavior counseling in older adult populations**. J. Types, pag. 61-74, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15677836>. Acessado: 27 de setembro de 2016.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, I. S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre, Artmed, 2ª ed. 2006, p. 17.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNA-SUS, UNIFESP. 2012.

FURG. Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)**. Disponível em: <http://www.eenf.furg.br/index.php/cursos/residencias-multiprofissionais/rmsf>. Acesso em: 02 de setembro de 2016.

GREZZANA, G.B.; STEIN, A.T.; PELLANDA, L.C. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. **Arq. Bras. Cardiol**. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n4/aop4797.pdf>. Acessado em: 23 de outubro de 2017.

GUSMÃO, J.L; MION JÚNIOR, D. Adesão ao Tratamento: conceitos. **Rev. Bras. Hipertens**. Vol. 13, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>. Acessado em: 23 de outubro de 2017.

JUNIOR, M. O. **Aspectos Técnicos na Coleta de Dados Linguísticos Oraís. Metodologia de Coleta e Manipulação de Dados em Sociolinguística**. São Paulo, Editora Edgar Blücher, 2014.

KATZ, S.; et al. **Escala de Atividades Básicas de Vida Diária**. Jama, 1963.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. **Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária**. Gerontologist, 1969.

LUZ, A. R., et al. Consulta Compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 7, p. 270-281, 2016. Disponível em:

https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi_iZP5n8_QAhWDxpAKHRpzBywQFggbMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5555872.pdf&usg=AFQjCNG6R2GOK_yItN0xbDJTDuULsBxrA&sig2=9K3SMvjsYCVGdNqpMqSqdw&bvm=bv.139782543,d.Y2I. Acessado em :29 de novembro de 2016.

MAIA, D. B.; et al. Atuação Interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da residência multiprofissional. **Sau. &Tranf. Soc.** Florianópolis, V.4, P. 103-110, 2013. Disponível em:

<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/viewFile/1825/2485>. Acessado em: 29 de novembro de 2016.

MALUF, T. P. G. **Avaliação de Sintomas de Depressão e Ansiedade em uma Mostra de Familiares de Usuários de Drogas que Frequentam Grupos de Orientação Familiar em um Serviço Assistencial para Dependentes Químicos**. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo – SP, 2002. Disponível em:http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_thais.pdf. Acessado em: 05 de dezembro de 2015.

MARTINS, A. A. A.; et al. Promovendo a Saúde na Terceira Idade: a consulta de enfermagem em análise. **Convibra**, 2013. Disponível em:

http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/71/2013_71_6324.pdf. Acessado em: 05 de dezembro de 2016.

MARTINS, A. D. S.; et al. Efeitos de uma Terapia Cognitivo-Motora em Idosos Institucionalizados. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**. Pelotas-RS, p. 608-617, 2014.

MEIRELES, V.C.; et al. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, V.16, p. 69-80, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/07/pdf>. Acessado em: 23 de outubro de 2017.

MESQUITA, A.C; CARVALHO, E.C. A Escuta Terapêutica como Estratégia de Intervenção em Saúde: uma revisão integrativa. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf. Acessado em: 23 de outubro de 2017.

MINAYO, M. C. S.; DELANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis-RJ, Vozes, 28ª ed., 2009.

NICOLATO, F.V.; COUTO, A.M.; CASTRO, E.A.B. Capacidade de Autocuidado de Idosos Atendidos pela Consulta de Enfermagem na Atenção Secundária à Saúde. **Enferm. Cent, O. Min.**,2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Amanda/Downloads/1016-5601-1-PB.pdf>. Acessado em: 23 de outubro de 2017.

PARENTONI, A. N. Avaliação do Estado Funcional do Idoso. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro-RJ, 2013. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2014/10/avaliacao-estado-idoso.pdf>. Acessado: 18 de outubro de 2016.

PERRACINI, M. R.; FLÓ, C. M. **Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, cap. 19, 2011.

PEREIRA, R.C.F. O Enfrentamento das Doenças Crônicas em Idosos Institucionalizados na Perspectiva da Espiritualidade. **Universidade Federal da Paraíba**, João Pessoa/PB, 2012. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/4196/1/arquivototal.pdf>. Acessado em: 23 de outubro de 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre, Artmed, 7^a ed. 2011.

RAMOS, L. R.; CENDOROGLIO, M. S. **Geriatria e Gerontologia**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo, Editora Manole, 2^a ed. ,2011.

RONCONI, A. M. **Conteúdos e Estruturas das Baterias de Testes que Avaliam a Aptidão Física e Capacidade Funcional de Idosos: um estudo de revisão bibliográfica**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/39325/000825646.pdf>. Acessado em: 05 de dezembro de 2016.

SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. Perspectivas da Educação Permanente em Saúde. UNESP, **Universidade Estadual Paulista**, São Paulo, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Amanda/Downloads/2765-6706-2-PB.pdf>. Acessado em: 29 de novembro de 2016.

SILVA, C. T.; et al. Residência Multiprofissional como Espaço Intercessor para a Educação Permanente em Saúde. **Rev. Texto e Contexto Enferm.**, v. 25, 2016.

SILVA, D. S. J. R.; DUARTE, L. R. Educação Permanente em Saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Med.** Sorocaba, v. 17, p.104-105, 2015. Disponível em:
<file:///C:/Users/Amanda/Downloads/23470-61162-1-PB.pdf>. Acessado em: 29 de novembro de 2016.

SILVA, K. M.; VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Consulta de Enfermagem ao Idoso na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, Rio de Janeiro, pag. 681-687, 2014.

SOUTO, M. C.; et al. Consulta de Enfermagem para a Criança e o Idoso: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, vol. 18, pag. 241-248, 2014.

VIEIRA, C. R. L.; BOECKEL, M. G. Qualidade de Vida: intervenção psicológica junto ao grupo da terceira idade. **Estud. Interdiscipl. Envelhec. Espaço Aberto**. Porto Alegre, v. 17, pag. 183-199, 2012. Disponível em:
<file:///C:/Users/Amanda/Downloads/22410-140649-1-PB.pdf>. Acessado em: 29 de novembro de 2016.

YESAVAGE, J. A., et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Psychiat Res.** Pag. 37-49, 1983.

ZAZÁ, D. C.; CHAGAS, M. H. Educação Física: atenção à saúde do idoso. Universidade Federal de Minas Gerais. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Minas Gerais-MG, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2560.pdf>. Acessado em: 29 de novembro de 2016.

APÊNDICE A**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Prezado (a):

Eu, _____

concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pela Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) Amanda Gayer Cardoso (amandagayerr@hotmail.com) intitulado “**Implantação da Consulta Multiprofissional ao Idoso na Estratégia de Saúde da Família**” sob a orientação do Prof. Dr. Enf. Cesar Francisco Silva da Costa (hspcesar@furg.br, telefone: 32374613). O mesmo tem por objetivosa implantação da consulta multiprofissional ao idoso e demonstrar a sua importância para a população idosa. Ao participar do estudo será oferecido um acompanhamento, por meio de consultas mensais realizadas por profissional de enfermagem, educação física e psicologia, que terão duração de 6 meses, com data previamente agendada, tendo início em abril de 2017 e término em setembro de 2017.

O estudo tem abordagem qualitativa e será realizado por entrevistas semiestruturadas que serão gravadas para posterior análise.

Declaro que fui informado (a):

- dos objetivos, da justificativa do trabalho e que a coleta de dados será realizada através de uma entrevista única com gravador digital;
- da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- de que a pesquisa não apresenta riscos biológicos ou físicos que possam me afetar, no entanto se houver algum tipo de constrangimento que possa gerar algum tipo de abalo emocional, serei encaminhado (a) ao Serviço de Psicologia do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) Urbano II;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos Éticos e Legais durante e após o término do trabalho, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;

- de que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações;
- da liberdade de obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS, da FURG, localizado no HU ou mediante contato com a pesquisadora responsável.

O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a (o) participante da pesquisa.

Rio Grande, ____/____/ 2017.

Participante ou Testemunha

Enf. Res. Amanda Gayer Cardoso
COREN/RS: 465764

Prof. Mest. Enf. Cesar Francisco Silva da Costa
COREN/RS: 19386
Contato: (53) 32344613

APÊNDICE B**Roteiro de Entrevista**

Universidade Federal do Rio Grande – FURG

Escola de Enfermagem

Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMSF

Roteiro de Entrevista:

1. Entrevista nº _____

2. Nome: _____

3. Qual sua opinião acerca da consulta multiprofissional?

4. A consulta multiprofissional trouxe benefícios ao (a) senhor (a)? Quais?

 Sim Não

5. Qual o seu grau de satisfação em relação as consultas?

 Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito Insatisfeito Indiferente

6. Gostaria que este tipo de acompanhamento continuasse a ser oferecido na UBSF?

 Sim Não

7. O dia e horário que foram oferecidas as consultas multiprofissionais estavam adequados a sua disponibilidade? Se não, qual seria o melhor dia e horário?

 Sim Não

APÊNDICE D: Roteiro de Consulta Multiprofissional a Pessoa Idosa na Estratégia Saúde da Família

Nome:		Data Nasc:
End:	ACS:	

Data da consulta: ____/____/____

Comorbidades:

- | | | |
|------------------------------|------------------------|---------------------------|
| 1 Hipertensão Arterial | 6 Osteoporose | 11 Insuficiência Cardíaca |
| 2 Diabetes | 7 Neoplasia | 12 Vertigem/Tontura |
| 3 Acidente Vascular Cerebral | 8 DPOC | 13 ICC |
| 4 Depressão | 9 Deficiência Auditiva | 14 IRC |
| 5 Osteoartrose | 10 Deficiência Visual | 15 Outras |

Aspectos Gerais:

Número de internações no último ano? _____

Medicações: _____

Fumante: () Não () Sim Quantos/dia? _____

Álcool: () Não () Sim Frequência? _____

P.A _____ mmHg Temperatura: _____

FC: _____ bpm FR: _____ mrp

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO
Nutrição	Perda de peso nos últimos meses? Quanto? Peso: Altura: IMC:
Visão	Dificuldade de enxergar? Uso de lentes corretivas?
Audição	Dificuldade de escutar? Uso de prótese auditiva?
Paladar	Preservado?
Prótese Dentária	Superior? Inferior? Total?
Incontinência	Às vezes perde urina ou fica molhado? Se sim, quantas vezes? Provoca incomodo?
Atividade Sexual	Possui vida sexual ativa?
Humor/ Depressão	Sente-se triste ou desanimado frequentemente?
Cognição/Memória	Solicitar que repita o nome de 3 objetos: Mesa, Maça e Dinheiro e após 3 minutos pedir que repita
Força de MMSS	Proximal: ver se é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos Distal: ver se a pessoa idosa é capaz de pegar e colocá-lo de volta
Força em MMII	Sem auxílio das mãos é capaz de levantar da cadeira _____, caminhar 3 m _____ e voltar a sentar_____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.

AVD'S	Sem auxílio, é capaz de sair da cama? Vestir-se? Preparar suas refeições? Fazer compras? Se não, determinar razões da incapacidade (comparar limitação Física com motivação). Solicitar informações junto aos familiares.
Domicílio	Na sua casa há escadas? Tapetes soltos? Corrimão no banheiro?
Quedas	Quantas vezes caiu no último ano?
Suporte Social	Alguém poderia ajudá-lo caso fique doente ou incapacitado? Quem poderia ajudá-lo?

EXAME FÍSICO:

Pele e Mucosas: Pele: Hidratada () Ressecada () Fria () Quente ()

Mucosas: Hidratada () Ressecada () Palidez () Hiperemiada ()

Oxigenação Respiração: Eupneico () Dispneia () Bradipneia () Taquipnéia ()

Ausulta pulmonar: Normal () Roncos () Estertores () Crepitantes ()

Sibilos ()

Tosse: Produtiva () Seca () Ausente ()

Presença de secreção: Dificuldade para remover secreções () Dificuldades para tossir ()

Integridade Física:

Edema: Sim () Local: _____ Não ()

Prurido: Sim ()

Cianose periférica: Sim () Não ()

Lesões/ ferimentos: Não () Sim () Tipo/local?_____

Tato: Sensibilidade tátil () Sensibilidade à dor ()

Apresenta Dor: Não() Sim () Tipo/local?_____

OBSERVAÇÕES GERAIS: _____

Assinatura dos Profissionais de Saúde:

ANEXO A

Histórico de Enfermagem

Data da Consulta: ____/____/____

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Profissão/Ocupação: _____

Endereço: _____

Condições Gerais

P.A.: _____ mmHg

Temperatura: _____ °C

Pulso: _____ bpm

Respiração: _____ mrpm

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Histórico de Doenças: HAS () Diabetes () Insuficiência Cardíaca () AVC ()

Artrite () Osteoporose () DPOC ()

Fumante: Sim () Quantidade: _____ Não ()

Álcool: Sim () Frequência: _____ Não ()

Avaliação Sócio-Familiar

Mora: Sozinho () Com familiares () Outros ()

Quantas e quem? _____

Existe um responsável pelo cuidado? Sim () Não ()

Quem? _____

Condições da moradia: Quarto exclusivo () Degraus () Portas estreitas ()

Banheiro s/suporte () Presença de tapetes () Piso escorregadio () Iluminação adequada ()

Avaliação das Necessidades Humanas BásicasPele e Mucosas:

Pele: Hidratada () Ressecada () Fria () Quente ()

Mucosas: Hidratada () Ressecada () Palidez () Hiperemiada ()

Oxigenação Respiração: Eupneico () Dispneia () Bradipneia () Taquipnéia ()

Ausculta pulmonar: Normal () Roncos () Estertores () Crepitantes ()

Sibilos ()

Tosse: Produtiva () Seca () Ausente ()

Presença de secreção: Dificuldade para remover secreções () Dificuldades para tossir ()

Nutrição/Hidratação:

Alteração de peso nos últimos meses: Sim () Quanto: _____ Não ()

Padrão alimentar: _____

Preferências alimentares: _____

Deglutição: Inalterada () Alterada ()

Dentadura: Sim () Não () Superior () Inferior () Completa ()

Ingesta hídrica (volume, frequência preferência): _____

Eliminações:

Intestinal: Frequência _____ Característica _____

Urinária: Frequência _____ Característica _____

Disuria () Oliguria () Hematuria () Anúria () _____

Sono/Repouso:

Satisfatório () Insatisfatório () Insônia ()

Horas de sono: _____

Medicações: _____

Apresenta incapacidade grave: Sim Qual? _____

Integridade Física:

Edema: Sim () Local: _____ Não ()

Prurido: Sim ()

Cianose periférica: Sim () Não ()

Lesões/ferimento: Sim () Tipo/local? _____ Não ()

Visão: Uso de óculos – Sim () Não () Lentes () Obs: _____

Audição: Surdez () Uso de prótese () Zumbido () Obs: _____

Paladar: Preservado () Diminuído () Ausente ()

Tato: Sensibilidade tátil () Sensibilidade à dor ()

Apresenta Dor: Sim () Não () Tipo/local? _____

* Fonte: Histórico de Enfermagem Adaptado do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatría, Enfermagem/Saúde e Educação- GEP-GERON.

* GEP-GERON tem como objetivos são contribuir com ações e produções de técnicas, bens e serviços ao cuidado do idoso, contribuir com reflexões sobre ética e cuidado de enfermagem ao idoso/família.

ANEXO B

Histórico de Educação Física

Data da Consulta: ____/____/____

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Endereço: _____

Escala de Capacidade Funcional

Avaliação das Atividades da Vida Diária (AVD) Básicas:

Atividade	Independente (1)	Dependente (0)	Pontuação
Alimentação	Sem auxílio para cortar ou levar alimentos até a boca*	Necessita de auxílio parcial ou total	
Higiene pessoal	Escova os dentes e limpa-se após evacuação sozinho	Necessita de auxílio parcial ou total	
Vestimenta	Coloca e escolhe as suas roupas**	Necessita de auxílio parcial ou total	
Continência	Controle total sobre as evacuações	Necessita de auxílio parcial ou total	
Banho	Toma banho sozinho, incluindo lavar a cabeça e os pés	Necessita de auxílio parcial ou total	
Transferência	Levanta e deita-se na cama sozinho..***	Necessita de auxílio parcial	

		ou total	
--	--	----------	--

Fonte: Escala de Katz. Escala de Atividades Básicas de Vida Diária. KATZ, et all, 1963.

*O preparo da comida entra em AVD instrumentais. Não são necessárias para a sobrevivência com autonomia.

**Não inclui colocar os sapatos.

***Inclui também sentar e levantar de cadeiras. Equipamentos como bengalas e agarradores são permitidos.

AVD. Instrumentais:

(1) Dependente (2) Necessita de ajuda (3) independente

Necessidades	Dependência (1)	Dependência Parcial (2)	Independente (3)	Pontuação
Telefone	Incapaz de usar o telefone	Assistência para ligações ou telefone especial	Recebe e faz ligações sem assistência	
Viagens	Incapaz de viajar	Viaja apenas acompanhado	Viaja sozinho	
Compras	Incapaz de fazer compras	Faz compras acompanhado	Faz compras, se fornecido transporte	
Preparo das Refeições	Incapaz	Prepara pequenas refeições	Planeja e cozinha refeições completas	
Trabalho Doméstico	Incapaz	Tarefas leves, com ajuda nas pesadas	Tarefas pesadas	
Medicações	Incapaz de tomar sozinho	Necessita de assistência	Não necessita de assistência	
Dinheiro	Incapaz	Assistência	Pagamento de	

		para pagamento de contas	contas	
--	--	-----------------------------	--------	--

Fonte: Escala de Lawton. Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária. Adaptado de: Lawton, Brody, 1969.

AVD. Avançadas:

(1) Sim (2) Não

Participa de grupos sociais () Participa de grupos religiosos ()

Realiza atividades de recreação/ lazer: Sim () Não ()

Tipo, local e frequência: _____

Como ocupa o tempo livre? _____

Escala de Aptidão Física

TESTE	APTIDÃO FÍSICA	DESCRIÇÃO
Sentar e levantar	Força de membros inferiores	Levantar e sentar da cadeira
2 Steps	Resistência cardiorrespiratória	Flexionar joelhos, de pé, até a altura de 90 graus
Flexão de braços	Força de membros superiores	Realizar flexão de braço com peso x
Sentar e alcançar	Flexibilidade de membros inferiores	Sentado no chão, considerar o ponto zero o momento que os dedos encostam no pé, positivo se passar, negativo se não der
Alcance das escapulas	Flexibilidade de membros superiores	Tentar segurar as mãos nas costas

Fonte: Escala de Aptidão Física de TAF. RONCONI, 2011.

*Teste de equilíbrio ocorrerá a partir do equilíbrio estático, sendo o tempo que o idoso consegue ficar com o joelho erguido em 90 graus (apoio unipodal).

OBS: _____

ANEXO C

Histórico de Psicologia

Data da Consulta: ____/____/____

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Endereço: _____

Escala de ansiedade de BECK:

	0	1	2	3
	Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, desagradável, mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
Dormência ou Formigamento				
Sensações de calor				
Trêmulo (a)				
Incapaz de relaxar				
Medo de acontecimentos ruins				
Confuso ou Delirante				
Coração acelerado				
Inseguro (a)				
Apavorado (a)				
Nervoso (a)				

Sensação de sufocamento				
Medo de perder o controle				
Dificuldade de respirar				
Medo de morrer				
Assustado (a)				
Desconforto abdominal				
Desmaios				
Rubor facial				
Sudorese				

Fonte: Escala de Ansiedade de BECK. Adaptado de: MALUF, 2002.

Escala de Depressão Geriátrica

Pontuação total maior que 5 = sugestivo a depressão

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)

8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio (a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Fonte: Escala de Depressão Geriátrica Abreviada. YESAVAGE, et al, 1983.

OBS: _____

ANEXO D: Parecer CEPAS

CEPAs / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 10/2017

CEPAS 04/2017

Processo: 23116.009945/2016-61

CAAE: 63470316.4.0000.5324

Título da pesquisa: Implantação da Consulta Multiprofissional ao Idoso na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador Responsável: Amanda Gayer Cardoso

PARECER DO CEPAS:

O Comitê considerou tratar-se de um projeto relevante, justificando seu desenvolvimento, mas, analisando sob o ponto de vista ético, considerou-o **PENDENTE**, devendo o responsável responder sobre:

1. Preencher o Campo 3 (Área Temática) da folha de rosto da Plataforma Brasil (Poderá retirar o documento na secretaria do CEPAS para o correto preenchimento);
2. Incluir na metodologia os riscos e benefícios, apresentados somente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
3. Rever o título, pois deve estar de acordo com o objetivo do trabalho (implantação ou avaliação da implantação?);
4. Apresentar o modelo de autorização da NUMESC;
5. Rever escrita na página 28 "será lido de forma clara e tom alto, na presença de uma **pessoa de confiança** do idoso participante e por ele indicado", alterando para um responsável ou acompanhante, e esse deve assinar junto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; no caso de o participante não souber escrever, deverá ser colhida a digital, constando esta premissa na metodologia;
6. Sugere-se revisão ortográfica;

Rio Grande, RS, 16 de janeiro de 2017.

Eli Sinnott Silva
Prof.^a Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO E: Parecer NUMESC

Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NUMESC

Parecer 002/2017
março de 2017.

Rio Grande, 14 de

Projeto: IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor: AMANDA GAYER CARDOSO

Parecer:

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde - NUMESC, decidiu-se pelo DEFERIMENTO do projeto de pesquisa apresentado.

Ressalta-se que após a conclusão do projeto, os resultados sejam enviados para o NUMESC.


Núcleo Municipal de Educação
em Saúde Coletiva
Numesc - Rio Grande-RS

Tarso Pereira Teixeira
CRM 26330
Coordenador do NUMESC

Doe órgãos, doe sangue: Salve vidas!