



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LÍVIA MARIA FREIRE SILVA

**AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL À
PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**

CAJAZEIRAS – PB

2017

LÍVIA MARIA FREIRE SILVA

**AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL À
PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores (CFP) da Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF) como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

CAJAZEIRAS – PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

S586a Silva, Livia Maria Freire.
Ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional à pessoa idosa na atenção primária do município de Cajazeiras - PB / Livia Maria Freire Silva. - Cajazeiras, 2017.
60p.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Envelhecimento. 2. Saúde do idoso. 3. Atenção primária à saúde - idoso. 4. Idoso. I. Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 612.67

LÍVIA MARIA FREIRE SILVA

**AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL À
PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores (CFP) da Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF) como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 20 / Abril /2017

Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Profª. Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas - UFCG/CFP

Orientadora

Flaviana Davila de Sousa Soares

Profª. Esp. Flaviana Davila de Sousa Soares – UFCG/CFP

Avaliadora Interna

Paula Frassinetti Oliveira Cezário

Profª. Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário – UFCG/CFP

Avaliadora Interna

*Dedico esse estudo a Deus, minha fonte de
inspiração, e meus familiares, porto seguro em todos
os momentos e com quem sempre posso contar.*

AGRADECIMENTOS

*Ao grandioso **Deus**, por todas as bênçãos derramadas, sendo meu apoio nas horas de desânimo e alegrias em cada etapa vencida com força, determinação e fé.*

*Aos meus amados Pais **Valdo e Valdiza**, responsáveis por tudo que vem acontecendo em minha vida, agradeço por todos os ensinamentos que me deram e por estarem sempre ao meu lado, lutando comigo em cada batalha. Essa vitória também é de vocês. Amo-os!*

*Aos meus avós maternos **Neta e Valdemar** e avós paternos **Alice e Expedito**, por todo o apoio e confiança que depositaram em mim, além de todo carinho e motivação nessa jornada.*

A todos os meus familiares e amigos próximos, que direta ou indiretamente contribuíram para a minha conquista, sendo com palavras de apoio ou de desânimo, mas que me serviram de estímulo para não desistir.

*A minhas amigas e colegas de graduação **Cícera, Jucilene, Laiane e Raylessa**, companheiras de todas as horas, com vocês essa caminhada se tornou mais fácil e serena, em vocês pude enxergar diferentes significados de amizades, a vocês tenho dedicada a minha gratidão. Para sempre Spice Girls.*

*A minhas eternas companheiras de apartamento em Cajazeiras **Beatriz, Elenice, Gleyce, Kelynya e Thalita**, por partilhar os momentos mais divertidos e experiências únicas de morar longe de casa, mas que me fizeram crescer cada vez mais como pessoa, só tenho a agradecer por cada uma em minha vida.*

*Aos meus amigos do peito **Álisson, Ana Beatriz, Andreia, Daniele, Jackson, Jussara, Jaqueline, Maria José, Renata, Thairo e Thâmisa**, por estarem sempre comigo e pela paciência. Amo cada um em especial.*

Aos colegas de turma pelos momentos vivenciados mesmo que, na maioria das vezes, difíceis e turbulentos.

Aos docentes que compõem o quadro de professores do curso de Enfermagem da UFCG, todos os ensinamentos por vocês dados serão levados para a vida.

Aos profissionais Médicos e Enfermeiros que se dispuseram a participar desse estudo.

Aos membros da banca examinadora por contribuírem com seus conhecimentos para enriquecimento desse estudo.

*A minha orientadora **Fabiana Ferraz Queiroga Freitas**, pela disponibilidade, dedicação, cobrança, estímulo e motivação. És fonte de inspiração para quem te rodeia, profissionalmente e como pessoa. A você minha gratidão!*

A todos que contribuíram para a formulação deste trabalho.

Meu muito obrigado a cada um. Sem vocês nada seria possível!

*“O cabelo grisalho
é uma coroa de esplendor,
e obtém-se mediante uma vida justa.”
(Provérbios 16:31)*

SILVA, L. M. F. **Ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional à pessoa idosa na atenção primária do município de Cajazeiras – PB.** 2017. 60f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) - Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2017.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional vem sendo um fenômeno crescente na atualidade tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. O processo de envelhecimento se dá de forma natural ocorrendo mudanças gradativas no ser humano. Por esse motivo, à medida que essa população cresce, faz-se necessária uma atenção integral voltada à manutenção da qualidade de vida, prevenção de agravos e conservação do estado de saúde através de ações realizadas no serviço de atenção primária por meio da estratégia de saúde da família. **Objetivo:** Descrever ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional à pessoa idosa na Atenção Primária do município de Cajazeiras - PB. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas com Médicos e Enfermeiros vinculados à Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB. Empregou-se o método de análise proposto por Bardin. O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG – Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, sendo aprovado sob Número do Parecer: 1966516. **Resultados e Discussão:** Os resultados demonstraram que há grande participação da equipe multiprofissional no planejamento das ações de saúde, e que esta, muitas vezes, fica a cargo do enfermeiro. Além disso, identificou-se a carência na existência de capacitações voltadas à saúde do idoso e que, desde a graduação, há deficiência na oferta de conteúdos sobre a área. Quanto ao entendimento dos profissionais a respeito da qualidade de vida, destacou-se o idoso viver com dignidade, ser respeitado e amado e não somente a questão da saúde doença. Notou-se, ainda, a importância da realização de ações de saúde para o idoso, como também procurou-se conhecer as ações de saúde desenvolvidas pela equipe, sendo reveladas ações de caráter individual e coletivo, além das facilidades e barreiras encontradas para sua efetivação. **Considerações Finais:** Identificou-se que a questão do envelhecimento deve ser trabalhada pela equipe multiprofissional através de ações de saúde na Estratégia de Saúde da Família, favorecendo assim a manutenção da qualidade de vida e da saúde do idoso, levando a diminuir os prejuízos que o processo de envelhecimento acarreta.

Palavras chave: Envelhecimento; Idoso; Atenção Primária à Saúde.

SILVA, L. M. F. **Health actions developed by the multiprofessional team in primary health care in the city of Cajazeiras - PB.** 2017. 60f. Monography (Bachelor's Degree in Nursing) - Center for Teacher Training, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2017.

ABSTRACT

Introduction: Population aging has been a growing phenomenon nowadays in both developed and developing countries. The aging process occurs naturally and there are gradual changes in the human being. For this reason, as this population grows, it is necessary to provide a special attention focused in maintaining the quality of life, preventing injuries and preserving the health status through actions made in the primary health care service through the Family Health Strategy. **Objective:** To describe health actions developed by the multiprofessional team to the elderly person in the Primary Care of Cajazeiras - PB. **Methodology:** This is a descriptive study with a qualitative approach, conducted through interviews with Doctors and Nurses linked to the Family Health Strategy of Cajazeiras - PB. The method of analysis used was proposed by Bardin. The research project was submitted to the Ethics Committee in Researches of the Federal University of Campina Grande - UFCG - Alcides Carneiro University Hospital - HUAC, and was approved under the Number of Opinion: 1966516. **Results and Discussion:** The results showed that there is a great participation of the multiprofessional team in the planning of health actions, and that the nurse is frequently in charge of it. In addition, it has been identified the lack of capacity-building for the health of the elderly and since graduation there has been a deficiency in the content in the area. Regarding to the professionals' understanding of the quality of life, the elderly should live with dignity, be respected and loved and not only the issue of health illness. It was also noted the importance of performing health actions for the elderly, as well as seeking to know the health actions developed by the team, revealing individual and collective actions, as well as the facilities and barriers found in their effectiveness. **Final considerations:** It was identified that the issue of aging must be worked by the multiprofessional team through health actions in the Family Health Strategy, thus favoring the maintenance of the quality of life and health of the elderly, leading to reduce the damages that the aging process brings on.

Keywords: Aging; Old man; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
EFS	Estratégia de Saúde da Família
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
2.1. GERAL	15
2.2. ESPECÍFICOS	15
3. REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1. CONHECENDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	16
3.2. A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS)	19
3.3. QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	21
4. METODOLOGIA	24
4.1. TIPO DE ESTUDO	24
4.2. LOCAL DE ESTUDO.....	24
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	25
4.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
4.6. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	26
4.7. MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS.....	26
4.8. ASPECTOS ÉTICOS	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
5.1. CATEGORIA 1: PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM AÇÕES DE SAÚDE	29
5.1.1. Subcategoria 1: Fragilidades na participação de capacitações voltadas a saúde do idoso	31
5.1.2. Subcategoria 2: Percepção dos profissionais acerca da qualidade de vida à pessoa idosa	33
5.2. CATEGORIA 2: IMPORTÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE PARA MELHORIA E MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	35
5.3. CATEGORIA 3: AÇÕES DE SAÚDE REALIZADAS PARA O PÚBLICO IDOSO.....	37
5.3.1. Subcategoria 3: Facilidades para realizar ações de saúde para o idoso	39
5.4. CATEGORIA 4: BARREIRAS ENCONTRADAS PARA REALIZAR AS AÇÕES DE SAÚDE NA APS AO IDOSO	41
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
7. REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	50
ANEXOS	55

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, realidade crescente nos dias atuais, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, relaciona-se à melhoria da qualidade de vida em face às mudanças e avanços nos serviços de atenção à saúde, associado à diminuição da taxa de natalidade que se mostra acelerada, podendo relacionar-se a escolaridade e inclusão da mulher no mercado de trabalho.

Outro fator contribuinte refere-se à diminuição da taxa de fecundidade. O Brasil hoje conta com 20. 590. 599 idosos (IBGE, 2011). No ranking mundial dos países com maiores populações de idosos, o Brasil deverá passar da 16ª posição, ocupada em 1960, para o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (CARBONI; REPPETTO, 2007). A dimensão de idosos passará de 5% a 10% entre 2000 e 2020 e passará para 70 anos a expectativa de vida dos homens e das mulheres 76 anos. Em 2050, 38 milhões de brasileiros, o que corresponde a 18% da população, terá mais de 65 anos (CHAIMOWICZ et al., 2013).

O envelhecimento da população tende a ser algo que ocorre de forma natural que provoca mudanças gradativas e inevitáveis relacionadas à idade e pode influenciar o indivíduo de gozar de boa saúde e apresentar um estilo de vida ativo e saudável (CIOSAK et al., 2011). Cada indivíduo irá encarar esse acontecimento de forma diferente, o que, certamente, poderá influenciar positiva ou negativamente na sua saúde. VALER et al., (2015, p.810) “acreditam que esse processo leva à reflexão sobre o modo com que as pessoas idosas vivem essa fase e o que pode ser feito para que não haja simplesmente maior longevidade, mas para que esses anos sejam vividos com qualidade e dignidade.”

Assim, ocorre de forma gradual e atinge todos os seres humanos, que ao nascer já estão envelhecendo, sendo importante considerar o critério cronológico e aspectos biofuncionais como estabelecadores de aspectos evidenciados no processo de envelhecimento (FECHINE; TROMPIERI, 2012). Esses aspectos, de acordo com CIOSAK et al., (2011) começam na segunda década da vida de forma discreta, então, na terceira década surgem às primeiras alterações funcionais e estruturais e, da quarta em diante, há uma perda de cerca de 1% da função por ano, nos diferentes sistemas orgânicos.

Mudanças acontecem com o avanço da idade e estas, são desde modificações funcionais e estruturais resultantes de diversas condições físicas, psicológicas, culturais e/ou sociais. Vários aspectos vão estar relacionados com esse processo, podendo ocorrer um conjunto de modificações orgânicas decorrentes do processo natural de envelhecimento que

provoca uma perda progressiva da capacidade de adaptação do organismo diante de algo, contudo, não ocasiona qualquer prejuízo à autonomia e à independência do sujeito, denominado senescência; ou, então, o conjunto de alterações decorrentes de patologias, que podem estar com o indivíduo no decorrer do processo de envelhecimento levando ao prejuízo à autonomia e independência, chamado de senilidade (FARFEL, 2008). Vale lembrar que as alterações decorrentes desses processos podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de uma estilo de vida mais ativo e saudável.

Ressalta-se, ainda, que a saúde do idoso não se restringe apenas a controle e prevenção da senescência e/ou senilidade. Por essa questão, é necessário dar importância ao processo de envelhecimento, para que este ocorra com qualidade de vida, associado a um bem-estar físico, mental, financeiro e social. Outro fato importante é que, à medida que essa população avança, aumenta também a dependência e a necessidade de atenção integral voltada a manter qualidade de vida, prevenção de agravos e manutenção do estado de saúde.

No que tange à atenção integral e integrada voltada à saúde da pessoa idosa. Vejamos:

Esta deverá ser estruturada embasada nos direitos, habilidades, necessidades e preferências do usuário, nos moldes de uma linha de cuidados que vise facilitar o acesso a todos os níveis de atenção. O cuidado prestado deve ser realizado considerando-se os distintos fatores que interagem na saúde dos idosos (aspectos físicos, psicológicos, ambientais e sociais) o que demanda uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional orientadas para a promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a ao autocuidado (BATISTA, ALMEIDA E LANCMAN, 2011, p. 205-206).

Um ponto importante na atenção à pessoa idosa é colaborar para que, apesar das perdas funcionais e estruturais que irão surgir progressivamente, ele enxergue possibilidade de envelhecer com maior qualidade de vida. Diante do exposto, a atenção primária a saúde (APS) é considerada como conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde com o objetivo de oferecer uma atenção integral a condição de saúde e autonomia da população e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2012).

Para Alberti, Espíndola e Carvalho (2014), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em conjunto com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), surge como forma

de reorganizar do modelo de atenção à saúde, possibilitando realizar práticas que atendam a comunidade no que diz respeito à criação do vínculo, empenho, enfoque humanizado e resolutivo a essa população. Desta forma, a ESF consiste em um espaço importante para se proporcionar uma atenção integral ao idoso e às necessidades e especificidades desta etapa da vida.

No entanto, durante vivência em atividades práticas curriculares, evidenciou-se atendimento fracionado e desordenado, ainda centrado na doença, desconsiderando-se as principais queixas e histórias de vida da pessoa idosa, enaltecendo a desumanização das relações entre profissionais de saúde e usuários, que, por muitas vezes, podem relacionar-se ao fraco conhecimento das peculiaridades existentes em sua comunidade para, a partir de então, ser possível o planejamento de ações prioritárias de intervenção voltada ao público idoso.

Notou-se ainda que as principais ações desenvolvidas na atenção primária à saúde voltadas à pessoa idosa dizem respeito ao controle, tratamento e acompanhamento de doenças e agravos como hipertensão arterial e diabetes mellitus, que são mais prevalentes a este público, existindo até capacitações para os profissionais desse nível de atenção, porém, abrangendo apenas assuntos relacionados à mesma temática. E que na prática, os profissionais não incorporam ações voltadas à promoção de saúde e prevenção de doenças na perspectiva de garantir a melhoria e manutenção da qualidade de vida.

Desta forma, considera-se que um dos maiores desafios na realização dessas ações refere-se à escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento e capacitação em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, para que possam ter maior entendimento no que diz respeito à necessidade dessa parcela da população, associado à implementação insuficiente ou até mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso, percebendo-se como um grande desafio do século XXI a oferta de ações que possibilitem a melhoria e manutenção da qualidade de vida a população idosa.

De acordo com Louvison et al., (2008), existem desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde e inadequação do modelo de atenção, nos indicando a necessidade da existência de políticas públicas que levem em conta as especificidades da população idosa, facilitando o acesso destes para que possam ser minimizadas essas desigualdades.

Espera-se com esse estudo identificar as ações desenvolvidas com o público idoso no município de Cajazeiras – PB, e dessa forma, colaborar para efetivação das ações realizadas e sensibilizar a equipe multiprofissional quanto à importância de desenvolvê-las,

para que assim a população idosa possa ter mais qualidade de vida no decorrer do processo de envelhecimento.

A investigação para esse estudo parte do pressuposto de que, ao desenvolver ações integrais em saúde, tem-se a possibilidade da melhoria da assistência multiprofissional ofertada à pessoa idosa e conseqüentemente o alcance da qualidade de vida.

Diante do exposto surgiram alguns questionamentos para nortear o estudo: Quais ações de saúde desenvolvidas voltadas ao público idoso na atenção primária? A equipe multiprofissional utiliza estratégias para atender as necessidades do idoso e estas estão promovendo qualidade de vida? Quais dificuldades e facilidades encontradas pela equipe multiprofissional para atender ao idoso?

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Descrever ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional à pessoa idosa na Atenção Primária do município de Cajazeiras-PB.

2.2. ESPECÍFICOS

Apontar as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional para o levantamento das necessidades dos idosos;

Elencar as ações que possibilitam a promoção, proteção e prevenção de agravos à pessoa idosa;

Pontuar possíveis lacunas existentes no atendimento multiprofissional ao idoso.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. CONHECENDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento humano vem sendo uma realidade cada vez mais forte em diversos países, segundo Faleiros (2014) o processo de envelhecimento atinge a todos, provocando perda ou diminuição da capacidade funcional, que pode vir a comprometer o desempenho de vida da pessoa idosa.

Com o envelhecimento o ser humano sofre várias alterações marcantes, sejam elas intrínsecas (condições genéticas), como também extrínsecas (condizente ao meio que o indivíduo vive) entre as modificações que surgem pode-se citar: embranquecimento dos cabelos e calvície (embora sejam características também vinculadas a aspectos étnicos, genéticos, sexuais e endócrinos); redução na estatura; aumento do diâmetro do crânio e da amplitude do nariz e orelhas caracterizando a conformação facial do idoso. Também ocorre diminuição da espessura e perda da capacidade de sustentação da pele, o que leva ao surgimento de bolsas orbitais, enrugamento e aumento dos sulcos labiais; surgimento do arcus senilis (círculo branco em torno da córnea); alteração da cavidade bucal (perda da elasticidade da mucosa, queratinização e aumento da espessura do epitélio) com perda do paladar; desgaste dos dentes e modificação na língua que perde grande quantidade de suas papilas gustativas (FRIES; PEREIRA, 2011 p. 508).

O aparecimento dessas mudanças no decorrer do envelhecimento pode ser enfrentado de formas diferentes por cada pessoa, podendo atingir sua maneira de ser e comportar-se diante do meio em que vive.

Para Schneider e Irigaray (2008), existem várias formas para definir o processo de envelhecimento, porém, cada vez mais, este é entendido como aquele influenciado por diversos fatores, como gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individual e coletiva da sociedade. Eles ainda trazem o envelhecimento em quatro formas: Cronológico (Tempo decorrido da data de nascimento até a data atual), biológico (Mudanças orgânicas que surgem com o decorrer da idade), psicológico (Relação da idade cronológica e capacidade psicológica, no que diz respeito a aprendizagem e memória) e social (papel do indivíduo na sociedade).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), embasado no fator cronológico, considera idoso aquela pessoa com 65 anos ou mais de idade nos países desenvolvidos e 60 anos ou mais para os países em desenvolvimento, como exemplo o Brasil (OMS, 2002).

O processo de envelhecimento, por sua vez, vem ocorrendo em todas as regiões do mundo, progredindo mais rapidamente nos países em desenvolvimento, inclusive naqueles que também apresentam grande população jovem. Dos 15 países com mais de 10 milhões de idosos, 7 encontram-se em desenvolvimento (UNFPA; HELPAGE, 2012).

Em razão disso, as pessoas estão vivendo por mais tempo por inúmeros fatores positivos, como melhora do saneamento básico, alimentação e nutrição, que culminam com o bem estar social, além de avanços da medicina, ou seja, o desenvolver da ciência e de tecnologias que contribuem para a longevidade da população. Além disso, outros fatores como o declínio da fecundidade (pelo o aumento do uso de métodos contraceptivos, por exemplo) e da mortalidade, além da mudança do papel da mulher na sociedade com sua crescente inserção no mercado de trabalho e na educação contribui para que haja esse crescente aumento da população idosa independente do nível de desenvolvimento do país (GARCIA, RODRIGUES, BOREGA, 2002; FALEIROS, 2014).

O Relatório Envelhecimento da População Mundial: 1950-2050, produzido em 2009 traz que, até 2050, a população que está envelhecendo aumentará mais rápido que qualquer outro segmento da população (UNFPA, 2011).

De acordo com Garcia; Rodrigues; Borega (2002), nos países desenvolvidos, iniciou-se, no século XIX a transição para aumento da população idosa que foi acompanhando o processo de bem estar social, onde houve a ampliação das políticas sociais de saúde, moradia, saneamento básico, educação e emprego.

Vão existir diferenças bem delineadas entre as regiões do mundo no que diz respeito ao número de pessoas idosas. Em 2012, 6% da população africana tinha 60 anos ou mais, quando comparada com 10% na América Latina e Caribe, 11% na Ásia, 15% na Oceania, 19% na América do Norte e 22% na Europa. É estimado que, no ano de 2050, cerca de 10% da população africana terá 60 anos ou mais, comparando com 24% na Ásia, 24% Oceania, 25% na América Latina e Caribe, 27% na América do Norte e 34% na Europa. Atualmente, apenas o Japão apresenta uma população com mais de 30% de idosos; sendo que 64 países se juntarão a ele no ano de 2050, chegando a uma população idosa de mais de 30% do total (UNFPA; HELPAGE, 2012).

De acordo com Albuquerque (2005), África, América Latina e Caribe, conjunto de países subdesenvolvidos, a quantidade de idosos maiores de 65 anos era, em 2000,

aproximadamente 250 milhões, correspondendo a 5,1% da população total. Na América do Norte, Europa, Japão e Austrália - Nova Zelândia, países desenvolvidos, este contingente atingia 170 milhões, ou 70% da população dos países subdesenvolvidos, mas representava 14,4% da população total, que significa uma proporção 2,8 vezes maior do que a dos países pobres. Porém, em 2050 esses dados se invertem, as diferenças dos quantitativos absolutos indicam que a população idosa nos países subdesenvolvidos (1,2 bilhão) será quase quatro vezes maior do que aquela nos países desenvolvidos, ou seja, 300 milhões.

Quando focamos no Brasil, país em desenvolvimento, a transição para o aumento da população idosa foi determinada mais pela ação médico-sanitária do que por transformações estruturais traduzidas em melhoria de qualidade de vida (GARCIA; RODRIGUES; BOREGA, 2002).

Inúmeros fatores contribuem para esse acontecimento, o IBGE (2011) traz o avanço tecnológico, o investimento em saúde pública e a utilização de antibióticos importados no período pós-guerra, na década de 1940, como importantes indicadores para queda da mortalidade e aumento da expectativa de vida.

Tendo em vista que, mesmo havendo fatores positivos com o olhar voltado para esse crescente aumento da população que passa pelo processo de envelhecimento, faz-se necessário analisar se estas ações estão funcionando e possibilitando que a população envelheça de forma saudável, sem dependência, mas sim com qualidade de vida, autonomia e sentimento de utilidade perante a sociedade.

O número de idosos no Brasil dobrou nos últimos vinte anos. Dados do IBGE (2011) mostram que somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas.

No Sul, por exemplo, o índice de idosos subiu de 27,61% em 2000 para 44,61% em 2010. No mesmo ano há uma tendência de envelhecimento da população goiana, onde mostra que grupos com mais de 60 anos aumentaram de 7,2% em 2000 para 9,3%. No que se refere à estrutura etária, o índice de idosos em 2010 foi de 27,86, o que significa que temos 27,86 idosos para cada 100 jovens com 14 anos ou menos. O município de Natal está bem acima da média do estado, com índice de envelhecimento igual a 32,37. Já no Pará, o processo de envelhecimento foi o que apresentou estágio menos avançado do que no Brasil seguindo um ritmo mais lento, no período 2000-2010, a variação no índice de envelhecimento do estado, de 10,35% para 15,32%, foi menor do que a observada no país (19,77% para 30,66%) (RIBEIRO et al., 2012). De acordo com dados do IBGE de 2010, a concentração de idosos, conforme UF (Unidade da Federação) da região Nordeste, mas o estado da Paraíba

(PB) como aquele que mais concentra idosos (12,0% do total de habitantes da UF), sendo seguido por 10,8% do Rio Grande do Norte (RN), 10,8% do Ceará (CE), 10,6% do Piauí (PI), 10,6% do Pernambuco (PE) e 10,3% da Bahia (BA) (IBGE, 2011).

Desta forma, fica evidente que o processo de envelhecimento se dá de forma heterogênea, ou seja, cada pessoa irá lidar de um modo diferenciado com as mudanças que irão surgir com o avançar da idade. É notório que a qualidade de vida também será diferente de pessoa para pessoa, pois é distinto o contexto familiar, região e até mesmo a gênero.

Além disso, observa-se que, com o aumento do envelhecimento e maior longevidade, surgem novos desafios, para que assim cada vez mais o idoso ganhe destaque no cenário social, seja no mercado de trabalho, lazer, atenção a saúde e melhor qualidade de vida. Isso faz com que fique evidente a necessidade de haver mais serviços ofertados a esse público e que estes sejam voltados as suas especificidades, favorecendo para que se obtenha participação ativa e saudável na sociedade, podendo então concretizar os pensamentos de Garrido e Menezes (2002) que afirmam que viver mais sempre foi o intuito do ser humano, porém, a questão agora é viver mais, obtendo melhor qualidade de vida.

3.2. A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS)

Desenvolver um cuidado integral à saúde da população é uma das missões do SUS e da Atenção Primária à Saúde através da Estratégia de Saúde da Família que se responsabiliza por ações que possibilitem a promoção da saúde, redução ou manutenção de baixo risco, detecção precoce e rastreamento de doenças, assim como seu tratamento e reabilitação (BRASIL, 2013).

Por ser a porta de entrada ao serviço público, fica claro que quanto mais organizados os serviços da APS, mais qualidade, melhora e efetividade vão ter os cuidados prestados a população de sua área de abrangência.

Nessa perspectiva, em 21 de Outubro de 2011, através da Portaria N° 2.488, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, que, dentre outros pontos, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária. Tal política ainda prevê que esta vem a ser uma forma de desenvolver ações de saúde no âmbito individual e coletivo, definindo que devem ser desenvolvidas práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, possibilitando acesso universal e contínuo aos serviços de saúde como também

vínculo entre a população adscrita e as equipes para que assim possa existir um estímulo por parte da equipe para participação da comunidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No que diz respeito à saúde do idoso, a atenção primária também vai ser uma ferramenta que tem grande importância na assistência dessa faixa etária, pelo fato de este ser um público que está cada vez maior em crescimento, por existir contato constante entre a equipe e comunidade, podendo garantir a essa população um cuidado diferenciado, contínuo e integral.

Por esse motivo, fica evidente que a APS, por meio da Estratégia Saúde da Família, tem um papel fundamental para proporcionar um suporte qualificado e constante aos idosos que, na maior parte das vezes, são compreendidos como algo velho e sem importância.

O termo velhice muitas vezes é associado a doenças, dependência, solidão e tantas outras características. Isso leva à reflexão, segundo Carvalho et al., (2015), de que os serviços de saúde e os profissionais que nesses atuam devem apresentar competências para prestar assistência de qualidade a esse público, principalmente no âmbito da atenção primária a saúde.

Pereira (2011) traz como definição de equipe multiprofissional aquela que vai existir profissionais de diferentes áreas de atuação, trabalhando em conjunto para determinada população, onde há troca de responsabilidades, flexibilidade na divisão de trabalho e compartilhamento na abordagem dos pacientes

É exatamente na APS que teremos a assistência a saúde ofertada por uma equipe multiprofissional que, no contexto da ESF, vai ser composta por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde (ACS). O que leva a perceber que a presença de diferentes formações e alto grau de interação e troca entre os profissionais de articulação é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2011). Ou seja, o trabalho prestado não vai ser realizado somente com procedimentos e técnicas, mas sim voltadas ao usuário em questão, além de promover maior interação entre os profissionais de saúde para troca de conhecimentos e melhora da relação entre a equipe.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada em 19 de outubro de 2006, através da portaria Nº. 2.528, afirma que a saúde para a população idosa não se restringe somente ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não

transmissíveis (BRASIL, 2006). Ou seja, nota-se a necessidade de voltar o olhar de forma integral a saúde da população idosa em todos os níveis de atenção exige o Estatuto do Idoso, e fica claro que a ação multiprofissional tem a possibilidade de promover melhora na assistência, o que vai resultar em qualidade de vida, tanto física, psicológica ou social.

No entanto, mesmo com a criação de Políticas Públicas, Estatutos e realização de assembleias sobre envelhecimento, como a de Viena no ano de 1982, que teve por objetivo sensibilizar os governos e sociedades do mundo todo para a necessidade de direcionar políticas públicas voltadas para os idosos (FERNANDES; SOARES, 2012), ainda são insuficientes, frente à escassez de equipes multiprofissionais na atenção primária com conhecimento e capacitação em envelhecimento, pois são estes que possibilitarão maior promoção à saúde do idoso por estarem em constante contato com a comunidade.

Nesse sentido, é como também a implementação de ações de saúde voltadas ao idoso por estas equipes, que assim conseguirão, de certa forma, garantir uma atenção integral ao idoso, diminuindo riscos de doenças e dependência, proporcionando assim mais autonomia e autocuidado. Além disso, há poucos recursos voltados ao atendimento ao idoso no que diz respeito à educação em saúde e implementação de ações diferenciadas, enaltecendo a necessidade de políticas públicas que visem as características dessa população e facilitem o acesso do idoso ao serviço de saúde.

Fica claro que ainda há muito que ser feito, porém com a capacitação das equipes multiprofissionais para realizar ações de promoção e prevenção saúde, implementações de políticas públicas e redes de assistência ao idoso, é possível garantir a integralidade na assistência possibilitando uma crescente melhoria na qualidade e manutenção da vida.

3.3. QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Para a OMS (1995), qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Almeida, Gutierrez, Marques (2012) discorrem que a compreensão sobre qualidade de vida lida com inúmeros campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante inter-relação. Ou seja, é um termo que está em processo de afirmação, pois engloba vários fatores para sua construção.

Frente ao exposto, a qualidade de vida apresenta múltiplas dimensões, como a física, a psicológica e a social, cada uma com seus aspectos. A avaliação desta muda com o

tempo, pessoa, lugar e contexto cultural, para uma mesma pessoa, por exemplo, muda conforme seu estado de humor. E na velhice isso não vai ser diferente (BARBOSA, 2007).

Com o advir do envelhecimento humano, é fundamental atentar para a manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas, frente a possibilidade de as equipes de saúde da atenção primária definirem estratégias que se adéquem ao público idoso, sendo possível realizar ações de promoção e prevenção de saúde para estes, pois, quando se fala em estratégia de saúde da família, as ações que mais são desenvolvidas dizem respeito a outros públicos (mulher, criança) e, quando se trata dos idosos, ainda fica muito a desejar, pois na maioria das vezes são realizados apenas atividades de acompanhamento de agravos, deixando de lado ações que possam contribuir para melhor condição de vida no decorrer do processo de envelhecimento da população.

Nessa perspectiva, considera-se que ainda há muito a avançar, no que tange as políticas de atenção à saúde da pessoa idosa, uma vez que o modelo de atenção ainda vigente centra-se em ações hegemônicas.

No que diz respeito ao modelo de atenção à saúde prestada à população idosa, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa orienta que a atenção baseada na assistência médica individual não se mostra eficaz para prevenção, promoção e educação em saúde. Afirmar também que a prática de cuidados às pessoas idosas exige uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional que leve em conta os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente onde está inserido, levando sempre em consideração as necessidades e limitações dos idosos (BRASIL, 2006).

Por essa razão, precisa ser feita uma abordagem na atenção à saúde de forma preventiva com intervenções o mais precocemente possível, com toda a equipe trabalhando em conjunto, a fim de melhorar a assistência prestada, o que vai resultar em melhor qualidade de vida ao público em foco.

Nesse sentido, essa Política ainda retrata que o processo de envelhecimento deve ocorrer com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, exigindo assim promoção da saúde por meio de diretrizes norteadoras dessas ações, a partir de atividades que possibilitem a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (BRASIL, 2006).

A promoção do envelhecimento ativo e saudável é possível a partir da execução de atividades que façam o idoso perceber que tem papel importante na sociedade; fazendo os

mesmos participarem de atividades que tomem o tempo livre e possam sentir-se útil, de modo que não sejam atividades apenas desenvolvidas na unidade da saúde, mas também em locais abertos, diferenciados e que possam ser aproveitados para desenvolver ações com os idosos, sejam elas de educação, cultura ou lazer, mas que possam contribuir para melhor qualidade de vida e que estimulem a autonomia e independência do idoso no âmbito familiar e comunitários.

O incentivo a programas alternativos, para que retirem os idosos de suas residências e retomem papéis sociais para que assim possam ser desenvolvidas outras atividades de ocupação do tempo livre (físicas, de lazer, culturais ou de cuidado com o corpo e a mente), pois o relacionamento interpessoal e social é de fundamental importância na recuperação dos idosos dependentes e naqueles que irão depender de outra pessoa em um futuro próximo. Além do mais, é uma excelente oportunidade de formação do vínculo entre os profissionais de saúde e usuários, fator que pode interferir positivamente no cumprimento dessas medidas (CRUVINEL, 2009, p. 20).

Desta forma, para concretização destas ações, nota-se a necessidade de solidificar o trabalho em rede da equipe multiprofissional atuante na ESF em parcerias com os demais serviços de atenção à saúde da pessoa idosa, a fim de que maior longevidade seja alcançada com qualidade de vida e idosos ativos e saudáveis.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. As pesquisas de natureza descritivas, segundo Gil (2010), têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas principais características está na utilização de técnicas padrões de coleta de dados.

Silva (2005) considera que, na abordagem qualitativa, há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas.

4.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Cajazeiras, localizado a oeste do estado da Paraíba, na mesorregião do sertão com área territorial de 565,899 km², distanciando 477 km da capital João Pessoa, centrado na caatinga, com uma população de 58.446 habitantes e estimativa de 61.431 habitantes no ano de 2015, possuindo uma densidade demográfica de 103,28 habitantes. A população idosa encontra-se constituída por 7.539 idosos, destes 3.222 do sexo masculino e 4.318 do feminino (IBGE, 2011). As principais rendas do município derivam do setor terciário, tendo o comércio e serviços como as principais atividades econômicas. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Cajazeiras cresceu de 0,528 em 2000 para 0,679 em 2010, ocupando o 2.462º lugar no Ranking IDHM 2010 (PNUD, 2013).

No concernente ao Sistema de Atenção à Saúde, Cajazeiras – PB apresenta 23 Unidades Básicas de Saúde com finalidade de melhor organizar a rede de cuidado, garantindo à população acesso aos serviços básicos de saúde em associação com os níveis secundários e terciários. Essas unidades recortam toda a extensão territorial da cidade a nível rural e urbano, estando sob supervisão da Secretaria Municipal de Saúde que se responsabiliza em executar a gestão plena do Sistema Único de Saúde, buscando a formulação e implantação de política e

ações que possibilitem a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde.

Para o estudo, foram selecionadas aleatoriamente quatro Unidades Básicas de Saúde, sendo uma da região Norte, Sul, Leste e Oeste.

A escolha deste município para realização do estudo dá-se ao fato de a pesquisadora ser discente na Universidade Federal de Campina Grande, com Campus em Cajazeiras - PB, o que impulsiona a busca por fragilidades a fim de instigar reflexões que possibilitem o desenvolvimento de competências e estratégias de ação consolidadas para o cuidado ao idoso, visando uma melhor troca de experiências com a unidade acadêmica, além de poder contribuir com a melhoria e manutenção da qualidade de vida da população, especificamente da população idosa, e assim, consolidar um retorno social à comunidade acadêmica e municipal.

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para LAKATOS (2010), população ou universo é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum. Amostra é uma parcela conveniente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo.

A população alvo deste estudo é constituída de profissionais Médicos e Enfermeiros da equipe básica da ESF, vinculados ao município de Cajazeiras – PB, que atualmente conta com 23 profissionais de enfermagem e 23 de medicina, totalizando assim 46 profissionais.

A amostra contou com um profissional graduado em enfermagem e outro graduado em medicina de ESF localizadas na região Norte, Sul, Leste e Oeste do município, totalizando quatro profissionais de enfermagem e quatro de medicina.

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critérios de inclusão foram considerados: ser profissional de nível superior componente da equipe multiprofissional da ESF, graduado em Enfermagem e Medicina, com tempo de formação de, no mínimo, um ano; fazer parte da APS do município há seis meses, o que caracteriza maior compreensão da dinâmica e funcionamento do serviço e maiores possibilidades de ter ofertado cuidados a pessoa idosa, auxiliando na compreensão de suas necessidades e estar presente no momento da coleta.

4.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão considerou-se profissionais que se encontrem afastados por motivo de férias, atestado médico, licença maternidade e que não estejam em condições de comunicação.

4.6. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A técnica utilizada para coleta de dados foi à entrevista que, segundo Severino (2007), é uma técnica de coleta de informações sobre um determinado assunto, diretamente solicitados aos sujeitos pesquisados. Trata-se, portanto, de uma interação entre pesquisador e o pesquisado. Sendo assim, técnica muito utilizada nas pesquisas da área das Ciências Humanas.

A coleta de dados foi realizada no horário de expediente dos profissionais no momento em que não estivessem realizando atendimento a comunidade, no período de 16 de março a 31 de março. Antes de iniciar a coleta, foi feito o primeiro contato com os profissionais de forma individual e, depois de aceito, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) para os participantes lerem e assinarem caso concordassem em participar da pesquisa.

Após consentimento, os participantes dirigiam-se junto à pesquisadora as suas salas para melhor privacidade durante realização da entrevista, a pesquisadora utilizou um formulário (APÊNDICE B) para direcionamento das questões, sendo as respostas gravadas com o auxílio de um aparelho mp4, e posteriormente transcritas na íntegra.

Para assegurar a privacidade dos participantes, identificou-se com a letra “M” os Médicos e “E” Enfermeiros, seguido de números sequenciais correspondentes a ordem que foi realizada as entrevistas.

4.7. MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

Ao término de cada entrevista com os profissionais que compõe a equipe multiprofissional, os dados primários foram transcritos para o Word, para posterior correção ortográfica e assim melhor análise da subjetividade, em seguida submetido a análise de conteúdo.

O método de análise escolhido foi o proposto por Bardin (2010), compreendido como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, cuja intenção é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção das mensagens, por meio da recorrência de indicadores quantitativos, ou não, organizado em três diferentes fases: Leitura flutuante (Pré-análise); Análise temática e Tratamento dos resultados.

A Leitura flutuante (Pré-análise) compreende leituras e releituras constantes para a organização do material, retomando a hipótese e objetivos do estudo na elaboração de indicadores que orientem a sistematização de dados. A Análise temática consiste na operação de codificação e transformação dos dados brutos em unidades de compreensão do texto (núcleos de sentido) para a classificação e agregação dos dados, procurando identificar as categorias e subcategorias que comandarão a especificação dos temas. Por fim, o tratamento dos resultados consiste na organização de uma estrutura condensada das informações para permitir, especificamente, reflexões e interpretações sobre cada categoria e subcategoria apresentada, utilizando os fragmentos das falas dos próprios sujeitos participantes da pesquisa (BARDIN, 2010).

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

Para condução do estudo considerou-se as observâncias éticas e recomendações contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa, envolvendo seres humanos - Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, especialmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados.

Salienta-se que o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG – Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado na Rua Dr. Carlos Chagas, s/n, Bairro: São Jose, Campina Grande – Paraíba – CEP/HUAC, sendo aprovado dia 15 de março de 2017, sob Número do Parecer: 1966516 e CAAE: 62797516.7.0000.5182, após prévia autorização do diretor/responsável pela Atenção Primária à Saúde do município de Cajazeiras.

Além disso, alguns aspectos foram considerados: o anonimato garantido ao longo do estudo podendo se recusar a participar do estudo ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo aos mesmos. Ressalta-se ainda que, embora todas as pesquisas envolvendo seres humanos possam gerar riscos, essa pesquisa apresentou risco

mínimo no tocante à saúde psicológica e emocional dos participantes, pelas questões abordadas, no entanto seu desenvolvimento traz inúmeros benefícios para os pesquisadores, usuários da APS, comunidade acadêmica e profissionais da saúde, que, por meio dos dados contidos neste estudo, subsidiarão novos olhares para a assistência a saúde da pessoa idosa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra foi constituída por oito participantes, quatro médicos e quatro enfermeiros vinculados a ESF do município de Cajazeiras, sendo estes referentes as unidades das zonas norte, sul, leste e oeste. Dos entrevistados, houve predomínio de profissionais do sexo feminino correspondendo a 87,5% e apenas 12,5% do sexo masculino. A idade dos profissionais variou entre 28 e 66 anos. O tempo de formação variou entre 9 e 35 anos. E o tempo no serviço de saúde de 7 meses a 9 anos. Além disso, 75% dos entrevistados relataram ter uma especialização ou mais, sendo que destes, 66.6% na área da saúde da família.

Nas sessões seguintes, apresentam-se os resultados da coleta, onde foi aplicada aos relatos dos profissionais a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, sendo então analisados e divididos em categorias e subcategorias: Participação da equipe multiprofissional em ações de saúde; Fragilidades na participação de capacitações voltadas a saúde do idoso; Importância do desenvolvimento de ações de saúde para melhoria e manutenção da qualidade de vida; Ações de saúde realizadas para o público idoso; Facilidades para realizar ações de saúde para o idoso; Barreiras encontradas para realizar as ações de saúde na APS ao idoso.

5.1. CATEGORIA 1: PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM AÇÕES DE SAÚDE

Na categoria 1, foram identificadas as principais falas dos profissionais relacionadas a participação da equipe multiprofissional em ações de saúde para os idosos.

“[...] quem participa são os agentes comunitários de saúde e toda equipe multidisciplinar do posto [...].”

(E1)

“A participação é com a Médica e Enfermeira, principalmente a Enfermeira, ela quem faz o cronograma de trabalho e quem organiza.”

(M3)

“[...] quem participa é a enfermagem, os agentes comunitários de saúde que são os nossos portas de entrada, o médico, a equipe como um todo [...].”

(M5)

“[...] dentro da reunião todos participam inclusive médico, odontólogo, ACD, todos da equipe, inclusive auxiliar de serviços, recepção, todo mundo está envolvido na reunião [...].”

(E6)

“A participação a gente tentava fazer com que fosse a maior parte da equipe [...] mas participavam os ACS, odontóloga, o médico [...] a enfermeira, a técnica de enfermagem, o agente administrativo e os internos do curso de medicina.”

(M7)

É possível perceber nas falas dos profissionais E1, M5, E6 e M7 que há participação de grande parte ou toda a equipe multiprofissional da unidade em relação a participação e planejamento das atividades a serem realizadas. Chama atenção a fala do profissional M7, relatada sempre no tempo passado, o que nos faz perceber que o planejamento pode não vir acontecendo.

Também se percebe direcionamento para realização do planejamento e elaboração de cronograma das ações de atenção à saúde, que fica a cargo apenas do enfermeiro responsável pela unidade.

Essa realidade evidencia a necessidade de readequação das condutas profissionais para ser possível o compartilhamento de responsabilidades, pois a integração entre os membros da equipe possibilita uma maior troca de conhecimentos entre eles, além de melhorar o relacionamento entre a equipe, fazendo com que todos juntos possam perceber a real necessidade da unidade e do público assistido buscando soluções, melhorando o planejamento das ações e possibilitando que elas sejam realmente colocadas em prática.

Esse compartilhamento possibilita a efetivação da interação entre os membros das equipes de saúde, ampliando a relação entre eles e a responsabilidade em face ao compartilhamento na tomada de decisões (LANZONI; MEIRELLES, 2012).

Isso abrange o que diz respeito ao planejamento das ações a serem realizadas com o idoso, pois, no momento em que toda equipe expõe sua visão sobre o que deve ser trabalhado e realizado de acordo com sua vivência na comunidade e com o público, todos da equipe, juntos, podem então melhor decidir o que vai ser efetivado, fazendo assim que as ações de saúde sejam desenvolvidas de forma compartilhada, não fragmentando o trabalho, gerando maior potencial terapêutico.

A portaria N° 2.488 da Política Nacional de Atenção Básica traz como uma das atribuições do enfermeiro o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações de saúde

desenvolvidas pelos membros da equipe da unidade. Em contrapartida, é importante levar em consideração que para que seja realizado um trabalho de forma integral ao paciente, o planejamento deve ser feito não só pela enfermeira, mas sim por toda a equipe multiprofissional da ESF para que assim seja levada em consideração a maior necessidade do público a ser assistido (BRASIL, 2006).

Um fator que pode comprometer o planejamento das ações e a participação da equipe nestes é o despreparo dos profissionais para sua efetivação, o que conseqüentemente pode acarretar fracas ações de saúde a serem desenvolvidas não atingindo o público em foco e comprometendo a promoção e prevenção de saúde, educação em saúde, além do acompanhamento e tratamento de doenças.

Para isso, faz-se necessária a existência e procura dos profissionais da atenção primária por constantes capacitações e educação continuada para que as ações destinadas ao público idoso sejam efetivadas e abranjam a integralidade e especificidade de cada ser que vivencia o processo de envelhecimento.

Os depoimentos revelam uma subcategoria relacionada a essa pouca existência de preparo dos profissionais e baixa procura por parte destes por qualificação na área da saúde do idoso.

5.1.1. Subcategoria 1: Fragilidades na participação de capacitações voltadas a saúde do idoso.

Na subcategoria 1 foi identificada nas principais falas a fragilidade na vivência de capacitações voltadas a saúde do idoso, como também a pouca busca por parte dos profissionais por capacitações, mesmo que reconhecendo a importância das mesmas. Vejamos:

“Já fiz [...] em João Pessoa [...] Envolve várias capacitações, inclusive você trabalhar com a saúde mental do idoso, saúde física e psicossocial [...].”

(E1)

“Já fiz pequenas capacitações e acompanho também através de revistas de geriatria, porque eu lido com muito idoso, tanto na área de trabalho quanto no ambiente familiar [...] São muito importantes [...].”

(M3)

“Eu não me recordo [...] para o idoso não [...] tudo que for de capacitação, de informação é importante [...] tudo muda, com o tempo à própria doença vai tendo modificações [...].”

(E4)

“[...] Não tive nenhuma capacitação especificamente voltada para eles, apesar de ser uma demanda grande nossa [...] e eu acabei nem procurando também, né? [...] E é importante, por conta da questão da grande quantidade que temos na nossa área [...] e pela questão do aumento da expectativa de vida a gente tem que ter essas capacitações [...].”

(M5)

“Infelizmente até agora não fiz [...] realmente são importantes, infelizmente até agora não houve, porque assim, durante curso de medicina a gente lida muito com a parte do adulto, lida muito pouco com a parte da criança e menos ainda com a parte do idoso [...].”

(M7)

Os profissionais E1 e M3 são os únicos que relatam ter feito capacitações voltadas à saúde do idoso, sendo que o M3 mostra constante busca de atualização por parte de leitura de revistas de geriatria. Os demais profissionais E4, M5 e M7 referem não se recordar ou não ter participado de nenhuma capacitação, mesmo sabendo da importância da realização delas, o M7 ainda enfoca desde a graduação já existem fragilidades nas disciplinas voltadas a saúde do idoso e a M5 confirma que acaba nunca procurando tais capacitações para a atenção ao idoso, mesmo tendo grande demanda no serviço que atua.

Ao desenvolver as ações de saúde, as equipes da ESF devem voltar a atenção as peculiaridades do idoso, atentando para o modo de lidar com esse público que vem de uma geração diferente da dos dias atuais, além de inovar nas ações a fim de tornar o público participativo e ativo, para que isso ocorra e as equipes entenda como de fato agir, fazendo-se necessária a existência de capacitações como forma de auxiliar os profissionais no modo de atender o idoso considerando suas especificidades (ALMEIDA et al., 2015).

De acordo com a PNSPI de 2006, no que diz respeito a responsabilidade das três esferas de governo, fica a cargo do gestor municipal estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde, pois o idoso necessita de uma atenção pautada no conhecimento por parte dos profissionais sobre o processo de envelhecimento, particularidades e necessidades desse público tanto no âmbito biológico, psicológico, social e cultural.

Neste sentido, fica evidente nas falas que há fragilidade na existência de capacitações e oferta de educação continuada para os profissionais da atenção primária no

âmbito de saúde do idoso como também falta de interesse, comodismo ou procura que não deveriam existir, pois, a partir das capacitações é possível um serviço cada vez mais dinâmico e competente.

Associado a isso, outro fator preocupante diz respeito a forma de como o envelhecimento não vem sendo trabalhado nas Instituições de Ensino Superior, o que afeta diretamente na forma desses profissionais atenderem, resultando em pouco conhecimento acerca dessa fase da vida e pouco preparo quanto à forma de atender o idoso adequadamente, comprometendo a melhoria e manutenção de sua qualidade de vida no decorrer do processo de envelhecimento.

Essa é uma realidade tanto dos cursos de enfermagem quanto dos de medicina que implicam maior desafio desses profissionais desenvolverem ações que promovam uma vida mais ativa e saudável a essa parcela da população (TAVARES et al., 2008, BRASIL; BATISTA, 2015).

Essa também é uma realidade não só do nordeste, mas de outras regiões do Brasil, uma vez que estudo realizado em uma Universidade da região sudeste mostra que disciplinas relacionadas à saúde do idoso de determinados cursos da saúde, como Medicina e Biomedicina, não chegaram a ser abordados na graduação (TAVARES et al., 2008).

Com isso, destaca-se a necessidade de reformulação das grades curriculares, com abordagem do processo de envelhecimento, algo em ascensão no cenário brasileiro, para ser possível a melhora da assistência, rumo a excelência do cuidado à pessoa idosa.

Ainda relacionado ao pouco preparo da equipe multiprofissional em face da oferta de disciplinas na graduação sobre saúde do idoso e fragilidades na existência e procura por capacitação, emergiu a necessidade de compreender a percepção da equipe multiprofissional a respeito da qualidade de vida na fase do envelhecimento.

5.1.2. Subcategoria 2: Percepção dos profissionais acerca da qualidade de vida à pessoa idosa

Nessa subcategoria, os discursos revelaram que a qualidade de vida para a pessoa idosa está condicionada não somente à questão do processo saúde doença, mas a possibilidade de viver com dignidade, sendo respeitada e reconhecida pela família e sociedade. Vejamos:

“Qualidade de vida é você ter uma boa alimentação, é você ter um lazer, [...] é você ser compreendida [...] só que na realidade o idoso

não tem uma qualidade de vida, ele é menosprezado, desprezado pela família, ele é desprezado pela sociedade, ele é desprezado principalmente pelos filhos [...] Ele não tem amor familiar, muitas vezes não tem amor onde está convivendo. É um desprezo total.”

(E1)

“[...] melhorar as condições de renda em casa [...] A alimentação correta [...].”

(M2)

“[...] é que ela seja respeitada. Respeitada não só pela sociedade, mas principalmente pela sociedade interna familiar [...] e também olhar o idoso, olhar adequadamente.”

(M3)

“[...] não é só a parte da assistência à doença, é a parte da assistência da família em relação ao trato [...] ao cuidado, ao carinho, ao amor que cuida daquele paciente. Porque não adianta de nada esse paciente ter exames, se não tem atenção, se não tem carinho, não tem amor, se não é tratado com amor [...].”

(E4)

“[...] é aquele que consegue manter o máximo em atividade, [...] ele ter autonomia para resolver as coisas dele, tomar banho só, conseguir realizar uma atividade física, dentro das limitações ele ter uma autonomia [...] E a questão do processo de envelhecimento que na maioria das vezes traz alguns problemas [...] que ele tenha acesso à saúde de qualidade para que ele consiga manter um padrão adequado.”

(E6)

“[...] pode ser a liberdade que ele tem depois de certa idade, de poder ter a sua autonomia e não depender apenas de um filho, de um cuidador, de um neto [...].”

(M7)

“Alimentação saudável, atividade física, participação social, estimular a memória mantendo-se sempre ativo.”

(E8)

Nas falas expostas, a maioria dos profissionais coloca a importância do idoso ser visto pela sociedade e família como alguém importante e que merece amor e respeito. Além disso, colocam a importância deste ter autonomia, lazer, renda e padrão de saúde adequados.

O profissional E1 coloca como principal fator para prejudicar a qualidade de vida da pessoa idosa o desprezo dos filhos. Nas falas dos profissionais M3, E4, E6 e M7, há relatos de que, para a existência da qualidade de vida na terceira idade, o idoso deve ser respeitado pela sociedade como também tratado com amor e cuidado pela família, além de manter certa

autonomia para realizar atividades diárias. M2 e E8 colocam a boa alimentação, condições de renda e participação social do idoso como fatores positivos para este.

Qualidade de vida pode englobar diversos fatores, como amor, liberdade, inserção social, felicidade, e, além disso, pode ser vista como as necessidades humanas, como alimentação, lazer, conforto e trabalho. Para que ela possa acontecer, todas essas condições vão influenciar, levando a perceber que esta não diz respeito somente a ausência de doença, mas está relacionada ao estado geral do ser humano (SILVA, 2011).

Desta forma, a condição de desprezo ou até mesmo abandono impostas pela família da pessoa idosa pode relacionar-se ao fato de nessa fase da vida, a pessoa idosa se tornar mais dependente devido a incapacidades que vão surgir no decorrer da vida, fazendo com que esta se torne mais isolada e afastada do círculo familiar, prejudicando e comprometendo sua qualidade de vida (MORAIS et al., 2012).

De acordo com o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Assim, nota-se a necessidade da existência de maior preparo da equipe da atenção primária, a fim de minimizar os prejuízos que acometem a pessoa idosa nessa fase, como também colaborar para o processo de aceitação da família de que mudanças vão ocorrer nesse processo e que eles são de fundamental importância para melhorar a qualidade de vida do idoso, fazendo com que este passe por esse momento da vida, sentindo-se útil, ativo, amado e respeitado, buscando a manutenção e efetivação de sua saúde e bem estar em comunhão e apoio familiar e social.

5.2. CATEGORIA 2: IMPORTÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE PARA MELHORIA E MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Nessa categoria, as falas expostas mostram que o desenvolvimento de ações de saúde possibilita melhoria e manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa.

“Eu acho que promover totalmente não, mas pelo menos vai ajudar [...] Pelo menos ele vai ter um dia só de lazer.”
(E1)

“[...] as ações que a gente faz na unidade promove em parte [...] Porque de certa forma ele tem outras necessidades, não só de ver um peso, de ver uma pressão [...].”

(E4)

“[...] No sentido da saúde em si, da parte biológica, as nossas ações podem tá sendo úteis [...] por exemplo, prevenção de doença cardiovascular, hipertensão, AVC, as insuficiências cardíacas, diabetes, a gente consegue cumprir [...] Mas nessa parte mesmo da atividade física, do lazer, da ocupação do idoso a gente já fica um pouco a quem [...].”

(M5)

“Eu acredito que sim. Assim, pelo menos aqui na reunião do idoso (grupo de hipertenso e diabético) [...] só o fato de ele tá ali se socializando com outros idosos já promove alguma coisa na saúde, porque ele tem a possibilidade de se relacionar com outras pessoas e se manter ativo, aquilo ali já promove qualidade de vida.”

(E6)

“Acredito que sim e no sentido de estimular o idoso [...] pelo menos no que é feito aqui na unidade [...] a buscar para ele a autonomia de poder cuidar de si mesmo, buscar o melhor tratamento para ele [...].”

(M7)

Nas falas de todos os profissionais, observa-se que ao desenvolver as ações de saúde para o idoso na unidade, haverá uma melhoria na qualidade de vida destes. Os profissionais E1 e E4 relatam que as ações concretizadas vão promover de forma parcial, talvez pelo fato de não realizarem ações que englobem a questão social do idoso. O profissional M5 enfoca que tais ações vão envolver mais a parte biológica, ou seja, as doenças que mais acometem o idoso, porém quando se trata da parte social do idoso descentralizando o olhar voltado somente para a doença, essas ações ficam a desejar ou até não são realizadas.

Nos relatos, fica evidente o conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a importância e necessidade das ações de saúde realizadas para o público idoso e dos benefícios biopsicossociais que elas podem ocasionar no decorrer do processo de envelhecimento, sejam no acompanhamento e tratamento das patologias que os acometem, como na troca de informação, interação da equipe com os pacientes, e dos idosos com outros idosos, além de favorecer para que eles ocupem seu tempo livre e sintam-se úteis na sociedade.

Nesse sentido, a promoção de saúde através das ações desenvolvidas visa melhorar as condições de vida e saúde do idoso, sejam essas atividades realizadas de forma individuais ou coletivas, mas com o objetivo de sensibilizar o idoso sobre a importância do

autocuidado, de viver com qualidade de vida, buscando sempre bem estar físico e psicológico, com o auxílio dos profissionais da atenção primária, mas lembrando que o público em foco também deve colaborar para que esse processo se dê da melhor forma possível.

Desta forma, ressalta-se que as ações de promoção à saúde devam romper o modelo centrado somente na doença a fim de reorganizar o serviço e atividades desenvolvidas por meio de práticas diferenciadas e intersetoriais, visto que é de responsabilidade dos profissionais da atenção primária desenvolver tais atividades (CASTRO, 2014).

5.3. CATEGORIA 3: AÇÕES DE SAÚDE REALIZADAS PARA O PÚBLICO IDOSO.

Nas falas a seguir, destacam-se as principais ações de saúde realizadas pela equipe multiprofissional voltada para o idoso.

“[...] a única atividade que é feita é somente o hiperdia [...] como também visitas domiciliares [...] coisa que deveria se ampliar né? em parceria com o NASF [...] agora como o NASF tá funcionando [...] eu vou ver uma nova forma de trabalhar com o idoso.”

(E1)

“Palestras educativas para conversar sobre as enfermidades que afetam a comunidade, visita domiciliar e consulta de hiperdia que é toda a equipe.”

(M2)

“Essas ações são mais o programa de hipertensão, diabetes, o acompanhamento de doenças crônicas de um modo geral e principalmente o acompanhamento com a transcrição dos medicamentos.”

(M3)

“[...] questão do atendimento clínico mesmo [...] Das queixas, da avaliação em si do profissional e algumas vezes realizada atividade educativa em grupo, onde a gente fala de um assunto específico. Muitas vezes esse assunto são eles próprios que solicitam ai a gente faz dentro do tema que eles querem saber e faz a promoção em grupo, dá as orientações.”

(E4)

“São a questão de visita domiciliar, a parte do hiperdia mesmo que a gente faz [...] não tem muita coisa mesmo desenvolvida por nós para o público idoso não, além dessas.”

(M5)

“[...] o hiperdia que é um dos focos maior dentro da saúde do idoso e assim, a gente trabalha com o grupo de hipertenso e diabético e esse

grupo na grande maioria é composto por idosos [...] e visita domiciliar que a grande maioria dos acamados também é idoso [...] normalmente a gente faz palestras, as vezes faz alguma dinâmica, tipo de alongamento, o pessoal do NASF as vezes fazem alongamentos com eles”

(E6)

Quando perguntados sobre as ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional para o público idoso atendido pela unidade a maioria dos profissionais refere que as principais atividades dizem respeito ao programa de hipertensão e diabetes (hiperdia), consulta clínica e visita domiciliar, ou seja, ações centradas na doença. Apenas os profissionais M2, E4, E6 dizem que realizam em determinados momentos palestras educativas com temáticas importantes, além de alguns relatos de parceria com outra rede de atenção, o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Destacaram-se ações de caráter individual e coletivo, como consulta clínica, programa de hiperdia, visita domiciliar, reuniões, palestras e orientações.

Em estudo, Marques (2012) verificou que as ações de saúde realizadas pelos profissionais médicos são mais aquelas de caráter clínico principalmente de hipertensos e diabéticos que, na sua maioria, tem público idoso, fazendo orientações de prevenção no ato das consultas e que este não se integra nas ações coletivas da unidade. Porém, Castro (2014), em seu estudo, constata que essas ações de caráter clínico não se limitam apenas ao profissional já citado, mas sim aos demais profissionais que compõe a ESF.

Vale lembrar que, apesar de mais comum, não é somente o idoso que é acometido pela hipertensão ou diabetes, e nem só ele necessita de visita no domicílio, o que nos leva a perceber que essas ações não são voltadas apenas para o público em foco, mas para toda comunidade em geral, além disso, percebe-se que as ações são principalmente direcionadas à hipertensão e diabetes, o que nos leva a entender que os demais idosos sem essas patologias ficam desassistidos, sendo visualizados na eminência de sintomas que os façam procurar o serviço.

No decorrer do processo de envelhecimento, mudanças biopsicossociais podem ocorrer, e além do aparecimento de doenças crônicas, essas modificações podem causar limitações, fragilidade e dependência ao idoso. É então que se nota a importância do profissional de saúde da atenção primária, pois é ele que terá a oportunidade de promover ao idoso o envelhecimento ativo e saudável não somente na questão biológica, mas também através de ações sociais, econômicas, culturais (MALLMANN et al., 2015; OMS, 2005).

Nesse contexto, percebe-se a necessidade da realização de ações de saúde para o idoso que se estenda a sua integralidade e não apenas voltada ao acompanhamento e tratamento da doença já instalada, mas também à promoção e prevenção de saúde em forma de informação e que seja voltada para o todo, doente ou não doente, atividade de educação em saúde, que faça o idoso sentir-se útil, contribuindo para um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade.

Uma das formas de melhorar e integralizar o cuidado com ações de saúde ao paciente idoso é através de parcerias com o NASF, pois estas vão dispor de profissionais de outras áreas de atuação e que não estão presentes na ESF, como nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e educador físico, proporcionando apoio e melhora ao desenvolver as ações.

Segundo Anjos (2013), o NASF tem como finalidade integralizar e possibilitar uma melhor assistência à saúde, além de fortalecer a ESF, aumentando a oferta de saúde no serviço, desenvolvendo um trabalho multiprofissional. No entanto, o fato de muitos dos profissionais da atenção primária ainda possuírem uma visão fragmentada em relação ao cuidado, evidencia-se comprometimento na qualidade da assistência.

Assim, enfatiza-se que as ações direcionadas ao idoso devem promover e estimular convívio social e familiar, respeito a individualidade, autonomia e independência para ser possível a melhoria e manutenção da qualidade de vida que contribuirá com o envelhecimento ativo e saudável.

5.3.1. Subcategoria 3: Facilidades para realizar ações de saúde para o idoso.

Na subcategoria 3, os discursos apontam as facilidades dos profissionais em desenvolver ações de saúde a pessoa idosa.

“As facilidades é a vontade de fazer, somente.”

(E1)

“[...] eles (os idosos) tem boa participação e a equipe trabalha junto.”

(M2)

“A facilidade é o acolhimento [...] as pessoa idosas são muito agradáveis para trabalhar [...] o idoso já é bem educado numa maneira de receber, de acolher, até de abençoar.”

(M3)

“[...] todo mundo é engajado, graças a Deus a minha equipe é engajada de prestar essa assistência, de atender, conversar [...] a facilidade é a boa vontade mesmo dos profissionais dentro das limitações fazer, prestar uma melhor assistência para os usuários. E é muito bom, porque quando a gente ver eles saindo felizes mesmo com o simples e o básico a gente também fica feliz, porque sabe que prestou uma assistência humanizada e que atingiu a ele de um certa forma positiva.”

(E4)

“[...] as facilidades é que os idosos gostam que a gente faça as coisas [...] porque eles ficam muito tempo parados em casa [...] quando tem uma novidade que eles podem ir, eles estão lá. Então assim, eles são muito abertos, tem a presença bem realmente marcante.”

(M5)

“[...] é a própria equipe, ela ser uma equipe unida [...] trabalham com a mesma perspectiva, todos se ajudam, então pra acontecer os grupos, não só do idoso, mas os demais grupos é com empenho da equipe como um todo.”

(E6)

“[...] eu acredito que seja mais a questão da interação da equipe [...] a gente consegue até certo ponto trabalhar em conjunto para que possa tentar melhorar [...] a qualidade de vida do nosso paciente.”

(M7)

“[...] cooperação da equipe da UBS.”

(E8)

Os relatos apresentados demonstram que as maiores facilidades encontradas pela equipe dizem respeito à interação e cooperação da equipe da ESF, além da boa participação do público idoso quando realizadas atividades.

Ao se trabalhar com os idosos, nota-se que estes se sentem inseridos na sociedade, pois não houve relato de baixa adesão do público quando realizadas atividades nas unidades. Além disso, é um público que demonstra gratidão e satisfação com o que é desenvolvido, mesmo que sem frequência.

Em pesquisa realizada com idosos de nacionalidade Brasileira e Espanhola, Wichmann et al., (2013) constataram que há grande satisfação por parte dos idosos de participar de grupos, pois nestes tem-se a oportunidade de relacionar-se com outros idosos, ampliar conhecimento sobre temas importantes relacionados à saúde, além de melhorar tanto a saúde física através da realização de atividades físicas e de lazer como a saúde psicológica. diminuindo o risco de solidão e depressão.

A interação e união da equipe multiprofissional também se mostram marcantes e de grande importância para o fortalecimento dos laços entre o profissional, comunidade e membros da equipe (MIRANDA; PIRES, 2011). O que confirma a necessidade da organização e planejamento das ações para o idoso serem realizadas pela equipe multiprofissional, lembrando-se de visar a melhor oferta de uma assistência diferenciada e de qualidade e atenção as especificidades da pessoa idosa.

5.4. CATEGORIA 4: BARREIRAS ENCONTRADAS PARA REALIZAR AS AÇÕES DE SAÚDE NA APS AO IDOSO.

Nessa categoria, discutem-se as dificuldades apontadas pelos entrevistados sobre a realização ou não de ações de saúde à pessoa idosa.

“[...] a estrutura física a secretaria não dá, o posto não dá [...] o financeiro, que nós não temos [...] E a falta de compromisso também do gestor e do profissional de saúde [...] eu queria desenvolver essas atividades aqui, mas como a gente vai desenvolver se só tem o enfermeiro no posto atuando? [...]”

(E1)

“[...] o hiperdia para ele vir até aqui ao posto, você tem que ofertar algo para trazer ele até aqui, você oferta um café da manhã para ele poder vir. Que eu acho que muitas vezes é o comodismo que também interfere [...]”

(E1)

“A maior dificuldade é a vinda do idoso ao posto, porque quando o idoso tem a idade mais avançada ou quando já diminui a visão, audição e o equilíbrio, então o idoso praticamente não vem ao posto [...] dependendo da família e que todos quase sempre trabalham, estudam e não tem disponibilidade de trazer o idoso [...]”

(M3)

“[...] essa é a questão dos recursos [...] que a gente tem necessidade de ter e às vezes falta para poder ter uma assistência melhor.”

(E4)

“Transporte, financiamento também de algumas coisas, por exemplo, a gente fazendo uma palestra às pessoas sempre querem um lanchinho [...] então a gente tira do nosso bolso porque a secretaria não tem verba para fazer esse tipo de ação [...] e a questão mesmo de mobilidade dos idosos no geral [...]”

(M5)

“[...] eu considero a questão do apoio, assim em relação à questão dos gestores, os recursos [...] a gente não recebe recurso nenhum [...].”

(E6)

“[...] uma delas é a barreira geográfica [...] fazer o idoso subir para essa unidade aqui é até castigo para ele, a outra é que muitas vezes tem a burocracia [...] na falta de um espaço para que esses idosos possam realmente se exercitar, possam fazer uma caminhada, um exercício ao ar livre.”

(M7)

Nas falas, foram encontradas barreiras relacionadas à falta de espaço para realização de tais ações, deficiência no apoio da gestão relacionada a recursos e financiamento, carência no processo de trabalho da equipe da ESF, além de existência de obstáculos relacionado a acessibilidade e disponibilidade da família.

Sabendo da ocupação dos familiares que convivem com a pessoa idosa por motivo de trabalho e estudo como também difícil acesso a ESF, esses se tornam empecilhos que vão colaborar para que este idoso não frequente a unidade quando realizadas ações de saúde, o que pode levar a pouco acesso de informação colaborando para uma má qualidade de vida, como também falta de estímulo por parte dos profissionais que as desenvolvem.

O profissional E1 ainda relata o interesse de desenvolver ações voltadas ao público idoso, porém coloca que só há o enfermeiro atuando no que diz respeito realizar isso, traz também a falta de apoio do gestor e de espaço físico para promover as ações.

Os profissionais E1, E4, M5 e E6 colocam a falta de apoio em relação a recursos financeiros e físicos por parte dos gestores para realizar as ações, E1 e M5 relatam que estas só são concretizadas em razão de a equipe se unir e contribuir financeiramente para desenvolver as ações.

Muitos idosos são impossibilitados de irem sozinhos a unidade e a ocupação da família trabalhando ou estudando prejudica a ida desse paciente, como se observa no relato do profissional M3, outro fator colocado por M5 e M7 é a dificuldade de mobilidade e de acessibilidade para o idoso ir até a unidade, em razão de muitas delas se localizarem em locais de difícil acesso.

Em decorrência do processo de envelhecimento, a pessoa idosa enquadra-se no grupo de pessoas com mobilidade reduzida. Com base nisso, faz-se necessário que haja acessibilidade nos serviços de saúde, para que as pessoas idosas possam ir e vir de forma

segura e com autonomia, direito esse previstos por lei (LUIZ; TEIXEIRA, 2016; PERLINGEIRO, 2013).

Associado a isso, para a realização das ações de saúde, é de fundamental importância que haja compromisso e oferta de suporte adequado por parte dos gestores para que as equipes possam viabilizar as ações de saúde e que estas possam acontecer (PINHEIRO, 2008).

Com isso, torna-se relevante o apoio da gestão, seja com o financeiro ou com a criação de espaços para que possam ser concretizadas ações que a unidade não consiga suprir em relação ao espaço, além de oferta de materiais para facilitar o trabalho da equipe, como folder, televisão, DVD, panfletos e cartazes, por exemplo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida vem sendo um acontecimento marcante nos últimos tempos, e é ao envelhecer que mudanças também marcantes acontecerão no indivíduo, sejam elas por condições patológicas ou pelo processo natural do envelhecimento, e, para atender essa parcela da população, percebesse-se a importância de voltar a atenção de forma integrada ao idoso a fim de manter a qualidade de vida, além de promover a manutenção da saúde através de ações realizadas no âmbito da atenção primária à saúde, por meio da estratégia de saúde da família, porta de entrada do sistema de saúde.

Diante do exposto, notou-se a necessidade de estudar as principais ações de saúde desenvolvidas para a pessoa idosa no âmbito da atenção primária a saúde, que ainda se direciona às questões biológicas, com foco nas doenças crônicas, deixando de lado o compreender das questões psicossociais.

Além disso, percebeu-se a importância da atuação em conjunto da equipe multiprofissional e de sua interação com os demais setores de atenção à saúde, que possibilitam o planejamento de ações que efetivam a qualidade de vida nesse período da vida.

Ressaltam-se ainda que foram identificadas limitações da equipe multiprofissional para a busca de novos saberes que envolvam a temática do envelhecimento humano, assim como pouco apoio e incentivo de gestores para este fim.

Como a pessoa idosa representa uma parcela significativa de demanda dos serviços de saúde em qualquer nível hierárquico do sistema, considera-se necessária a realização de estudos a fim de contribuir com a implantação de ações que tornem a atenção integral com foco na individualidade e realidade de cada ser, colaborando com o desenvolvimento de ações multiprofissionais voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva de alcançar a melhoria e manutenção da qualidade de vida.

A importância dessa pesquisa advém da possibilidade de descrever as ações de saúde realizadas pela equipe multiprofissional da atenção primária à saúde com o público idoso da cidade de Cajazeiras – PB, o que pode colaborar para que sejam realizadas ações não somente com o olhar voltado a doença, mas também focado no bem estar, lazer e reinserção social de forma holística e integral, a fim de promover saúde e qualidade de vida.

Ademais, os achados do presente estudo mostram que os profissionais que compõe a equipe multiprofissional realizam ações para o público estudado, porém, estas ainda são limitadas por não abrangerem a integralidade do ser, fazendo-se necessária a existência de redes de atenção a saúde do idoso que possam colaborar para a implantação de ações de saúde

associadas ao apoio dos gestores para o fortalecimento e desenvolvimento de ações com o público idoso, além de maior capacitação profissional e reformulação da matriz curricular dos cursos da saúde, para ser possível inserir no mercado de trabalho profissionais com visão às especificidades da pessoa idosa.

A principal limitação desse estudo relaciona-se à resistência de alguns profissionais em colaborar com o estudo, o qual, após diálogo acerca de sua relevância, obteve-se participação integral.

Espera-se que os achados desse estudo possam contribuir para o desenvolvimento de estratégias por parte da equipe multiprofissional da APS que visem promover saúde e qualidade de vida ao idoso, reduzindo os prejuízos que o processo de envelhecimento acarreta. Além disso, almeja-se que os resultados encontrados possam colaborar com mudanças no processo de trabalho e incentivar um novo fazer.

7. REFERÊNCIAS

ALBERTI, G. F.; ESPÍNDOLA, R. B.; CARVALHO, S. O. R. .M. Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, p. 695-702, abr./jun 2014.

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Envelhecimento ativo: desafio dos Serviços de Saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, p. 233, 2005.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de Vida: Definição, Conceitos e Interfaces com outras Áreas de Pesquisa**. Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, São Paulo, 2012.

ALMEIDA, S. T. G. *et al.* Atenção à pessoa idosa: fatores que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde na atenção básica. **J. res.: fundam. care Online**, p. 126-135. Dez 2015.

ANJOS, K. F. *et. al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out/dez 2013.

BARBOSA, A. S. **Os Benefícios do Treinamento de Força Muscular para Pessoas Idosas. Monografia** (Especialização em Gerontologia). Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, P. 90, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo. Edições 70, 2011.

BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 200-207, set./dez. 2011.

BRASIL, V. J. W.; BATISTA, N. A. O Ensino de Geriatria e Gerontologia na Graduação Médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, vol.39, n.3, Jul/Set 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, 1. ed., 1. reimpr., P. 01-95, 2013. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

_____. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. [legislação na internet] Brasília, 2011.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **PNAB: Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: MS, p. 19, 2012

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

_____. Lei n° 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 3 de out. 2003.

CARBONI, R.M.; REPPETTO, M.A. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. **Rev. Eletr. Enf.** p. 251-260, 2007.

CARVALHO et. al., Trabalho Multiprofissional: Necessidades Reais e as Políticas Públicas na Atenção da População Idosa. **Ciência Atual**, Rio de Janeiro, Vol. 5, Nº 1, P. 02-12, 2015.

CASTRO, A. P. R., **Promoção da Saúde da Pessoa Idosa: Compreensão dos Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família**. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, P. 92, 2014.

CHAIMOWICZ, F. et. al. **Saúde do Idoso**. NESCON/UFGM, Belo Horizonte 2. ed. Cap 1: Transição demográfica, p. 21, 2013.

CIOSAK, S.I. et. al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. p.1763-1768, nov. 2011.

CRUVINEL, T. A. C. **Promoção da saúde e qualidade de vida nos idosos na Saúde da Família**. (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, P. 32, 2009.

FALEIROS, V. P. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 6, n.1, p. 6-21, jan./jun. 2014.

FARFEL, J. M. **Fatores relacionados à senescência e à senilidade cerebral em indivíduos muito idosos: um estudo de correlação clinicopatológica** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O Processo de Envelhecimento: As Principais Alterações que acontecem com o Idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. Ed. 20, vol. 1, artigo n° 7, p. 106-132. Jan/Mar 2012.

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

FRIES, A.T.; PEREIRA, D.C. Teorias do envelhecimento humano. **Rev Contexto e Saúde**. Editora Juvenil. V. 10. N. 20, P. 507-514, Jan/Jun 2011.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA, HelpAge International. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio** (Resumo Executivo). Tradução: Eleny Corina Heller. Nova York/Londres, P 3-7, 2012.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA. **Relatório sobre a situação da população mundial**. Tradução: Eleny Corina Heller, 2011. Disponível em: <<http://www.un.org/files/PT-SWOP11-WEB.pdf>>

GARCIA, M. A.; RODRIGUES, R.M.; BOREGA, R.S. O envelhecimento e a saúde. **Rev Ciênc Méd**. p. 221-231. set./dez., 2002.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr**. 2002.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm>

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**. P. 464-470. 2012.

LOUVISON, M.C.P. *et. al.* Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, p. 733-740, 2008.

LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 7. ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

LUIZ, F. M. TEIXEIRA, J. C. A acessibilidade de Idosos e as Unidades de Conservação: Reflexões Rumo à Democratização dos Espaços Públicos de Lazer. **Revista Turismo - Visão e Ação - Eletrônica**, Vol. 18 - n. 1, jan/abr 2016.

MALLMANN *et. al.* Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. P. 1763-1772, 2015.

MARQUES J.B.; VILLELA, W.V. Concepção dos médicos da Atenção Primária de um município do interior do Ceará sobre saúde do idoso. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 93. p. 234-242, abr/jun 2012.

MIRANDA, L. L.; PIRES, V. A. T. N. Atuação dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na Avaliação da Capacidade Funcional do Idoso. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga: Unileste - MG - v.4, n.2 - Nov./Dez. 2011.

MORAIS, E. C. *et. al.* Abandono do idoso: instituição de longa permanência. **Acta de Ciências e Saúde**. v. 02, n. 01, p. 26-38, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

_____. **Active Ageing - A Policy Framework**. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madri, p. 60, april 2002.

_____. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. v.41, n.10, p.403-409, 1995.

PEREIRA, R. C. A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro, p. 134, 2011.

PERLINGEIRO, R. Entre las limitaciones presupuestarias y el derecho a un mínimo existência. **Boletín Mexicano de Derecho Comparado**, nueva serie, año XLVII, núm. 140, p. 547-584, mayo-agosto, 2014.

PINHEIRO, F. M. C. *et. al.* A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. **Revista de Odontologia da UNESP**. P. 69-77, 2008.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: Com dados dos Censos 1991, 2000 e 2010**. 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>

RIBEIRO, L. C. Q. *et. al.* Os Estados e as Regiões Metropolitanas constitutivas do Observatório das Metrôpoles no Censo 2010. **Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia CNPq/FAPERJ/CAPES**. Rio de Janeiro, março de 2012.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas, P. 585-593, out/dez 2008.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. **rev. e atual.** – São Paulo: Cortez, 23. ed, 2007.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. **rev. atual.** – Florianópolis: UFSC, 4. ed., 2005.

SILVA, L. M.; **Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: um estudo de representações sociais**. [Dissertação] Centro de ciências da saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, p. 78, 2011.

TAVARES, D. M. S. *et. al.* Ensino de Gerontologia e Geriatria: Uma necessidade para os acadêmicos da área de Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro? **Cienc Cuid. Saúde**. P. 537-545. Out/Dez 2008.

VALER, D. B. *et. al.* O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, p. 809-819, 2015.

WICHMANN, F. M. A. *et. al.* Grupos de Convivência como Suporte ao Idoso na Melhoria da Saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, P. 821-832, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é **Lívia Maria Freire Silva**, eu sou acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “*Ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional à pessoa idosa na atenção primária do município de Cajazeiras - PB*”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar esse assunto ocorre em virtude da grande aumento da população idosa e por estimativas apontarem que o Brasil será o sexto país com maior quantidade de idosos do mundo, havendo uma maior necessidade de se voltar um olhar maior para este público no contexto da atenção primária a saúde. O objetivo dessa pesquisa é Descrever ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional à pessoa idosa na Atenção Primária do município de Cajazeiras-PB; Apontar as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional para o levantamento das necessidades dos idosos; Elencar as ações que possibilitam a promoção, proteção e prevenção de agravos à pessoa idosa; Pontuar possíveis lacunas existentes no atendimento multiprofissional ao idoso. O procedimento da coleta de dados será pela utilização um questionário contendo os dados dos profissionais e questões no que diz respeito às ações desenvolvidas pela equipe voltada ao público idoso, na qual permitirá nortear sobre a temática estudada.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Esta pesquisa possui desconforto e riscos mínimos, em relação a fatores psicológicos e emocionais em circunstância das perguntas abordadas, sendo que os benefícios do estudo contribuirão para os pesquisadores verem o real cenário da atenção básica e das ações desenvolvidas na mesma, quais as facilidades, dificuldades e desafios podem ser vencidos pelos profissionais perante essa investigação, possibilitando novos estudos sobre ações de saúde voltadas aos idosos da atenção primária.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que o senhor (a) apenas responderá um questionário com dados da formação profissional e um instrumento com assuntos da temática, não expondo-o (a) a nem um tipo de constrangimento seja ele físico, psíquico ou social.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa, de congressos ou publicação de artigos. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma Via deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum dano decorrente dessa pesquisa não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu _____
 _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Lívia Maria Freire Silva certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Lívia Maria Freire Silva através do e-mail liviatccenf@hotmail.com ou a professora orientadora Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas através do telefone (83) 3532-2033 ou e-mail fabianafqf@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o CEP/HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, situado na Rua Dr.

Carlos Chagas, s/n, Bairro: São Jose, Campina Grande - Paraíba, CEP: 58.900-000. Telefone:
(083) 2101-5545.

/ /

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

/ /

Nome	Assinatura do Participante da pesquisa	Data
------	--	------

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE ENTREVISTA

A. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

- A.1.** Profissão: Médico () Enfermeiro ()
- A.2.** Sexo: F () M ()
- A.3.** Idade: _____
- A.4.** Tempo de formação: _____
- A.5.** Tempo no serviço: _____
- A.6.** Especialização: Sim () Qual: _____
Não ()

B. QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA

- B.1.** Você faz planejamento das ações a serem desenvolvidas com os idosos? Como ocorre esse planejamento? Quem participa?
- B.2.** Você já fez alguma capacitação que fosse voltada para atender as necessidades do idoso na atenção primária a saúde? Acredita que sejam importantes?
- B.3.** Quais ações de saúde desenvolvidas pela equipe ou pelo profissional voltadas para o público idoso atendido pela ESF?
- B. 4.** O que você considera ser qualidade de vida para a pessoa idosa?
- B.5.** Você acredita que essas as ações de saúde desenvolvidas promovem qualidade de vida ao idoso? Em que aspectos isso ocorre?
- B.6.** Quais maiores dificuldade e facilidades encontradas para desenvolver essas ações?

ANEXOS

ANEXO A
TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

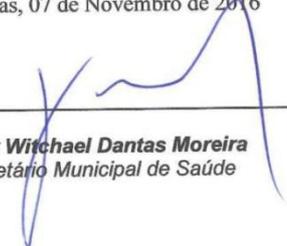
TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado “**AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB**” a ser desenvolvido pela pesquisadora *Livia Maria Freire Silva*, sob a orientação da Professora *Fabiana Ferraz Queiroga de Freitas*, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, sob CNPJ:08.923.971/0001-15 fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Cajazeiras, 07 de Novembro de 2016



Henry Witchael Dantas Moreira
Secretário Municipal de Saúde

Henry Witchael Dantas Moreira
Secretário Municipal de Saúde
Portaria 14/2016

ANEXO B

PARECER COMITÊ DE ÉTICA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB

Pesquisador: FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62797516.7.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.966.516

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento populacional vem sendo um fenômeno crescente na atualidade seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Isso em decorrência de inúmeros fatores. O processo de envelhecimento se dá de forma natural ocorrendo mudanças gradativas no ser humano. Por esse motivo à medida que essa população cresce, faz necessário uma atenção integral voltada a manter qualidade de vida, prevenção de agravos e manutenção do estado de saúde através de ações realizadas na atenção primária a saúde por meio da estratégia de saúde da família. Objetivo: Descrever ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional à pessoa idosa na Atenção Primária do município de CajazeirasPB. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que será realizado por meio de entrevistas com profissionais que compõe a equipe multiprofissional de da atenção primária do município de Cajazeiras – PB. Participarão quatro Médicos e quatro Enfermeiros vinculados a Estratégia de Saúde da

Família. Será empregado o método de análise proposto por Bardin. Serão consideradas as observâncias éticas e recomendações contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa, envolvendo seres humanos- Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa será encaminhado para apreciação Comitê de Ética em Pesquisa da

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.966.516

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG – Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, após prévia autorização do diretor/responsável pela Atenção Primária à Saúde do município de Cajazeiras.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Descrever ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional à pessoa idosa na Atenção Primária do município de Cajazeiras-PB.

Objetivos Específicos: Apontar as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional para o levantamento das necessidades dos idosos; Elencar as ações que possibilitam a promoção, proteção e prevenção de agravos à pessoa idosa; Pontuar possíveis lacunas existentes no atendimento multiprofissional ao idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Essa pesquisa apresentará risco mínimo no tocante à saúde psicológica e emocional dos participantes, pelas questões abordadas, no entanto seu desenvolvimento trará inúmeros benefícios para os pesquisadores, usuários da APS, comunidade acadêmicas e profissionais da saúde, que por meio dos dados contidos neste estudo subsidiarão novos olhares para a assistência a saúde da pessoa idosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A referente pesquisa encontra-se dentro dos padrões éticos preconizados por este comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa apresenta:

- Projeto detalhado e informações básicas;
- Termo de compromisso de divulgação dos resultados;
- Termo de responsabilidade do pesquisador responsável;
- TCLE;
- Instrumento de coleta de dados;
- Termo de anuência
- Folha de rosto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis a aprovação deste projeto.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFMG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.966.516

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO APROVADO AD REFERENDUM

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_825599.pdf	06/03/2017 11:18:54		Aceito
Outros	TermoResultados.pdf	06/12/2016 18:28:24	FABIANA FERRAZ QUEIROGA	Aceito
Outros	TermoCompromissolI.pdf	06/12/2016 18:26:19	FABIANA FERRAZ QUEIROGA	Aceito
Outros	TermoCompromissol.pdf	06/12/2016 18:25:47	FABIANA FERRAZ QUEIROGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoll.pdf	06/12/2016 18:25:16	FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEII.pdf	06/12/2016 18:24:45	FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS	Aceito
Outros	instrumento.pdf	16/11/2016 23:34:43	FABIANA FERRAZ QUEIROGA	Aceito
Outros	anuencia.pdf	16/11/2016 23:34:08	FABIANA FERRAZ QUEIROGA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	16/11/2016 23:31:20	FABIANA FERRAZ QUEIROGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 15 de Março de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br