



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA BEATRIZ DE ALMEIDA LIMA

**CARACTERÍSTICAS DA PESSOA IDOSA INDICATIVAS DA NECESSIDADE DE
CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Maceió-AL
2019

ANA BEATRIZ DE ALMEIDA LIMA

**CARACTERÍSTICAS DA PESSOA IDOSA INDICATIVAS DA NECESSIDADE DE
CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela
Universidade Federal de Alagoas.

Orientadora: Profª. Dra. Elizabeth Moura Soares de
Souza.

Maceió-AL
2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

L732c Lima, Ana Beatriz de Almeida.
Características da pessoa idosa indicativas da necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica / Ana Beatriz de Almeida Lima. – 2019.
62 f. : il. color.

Orientadora: Elizabeth Moura Soares de Souza.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2019.

Bibliografia: f. 35-41.
Apêndices: f. 42-47.
Anexos: f. 48-60.

1. Atenção primária à saúde. 2. Cuidados paliativos. 3. Cuidados de enfermagem.
4. Idosos. 5. Comorbidades. 6. Dor – Enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083:616-053.9

Folha de Aprovação

ANA BEATRIZ DE ALMEIDA LIMA

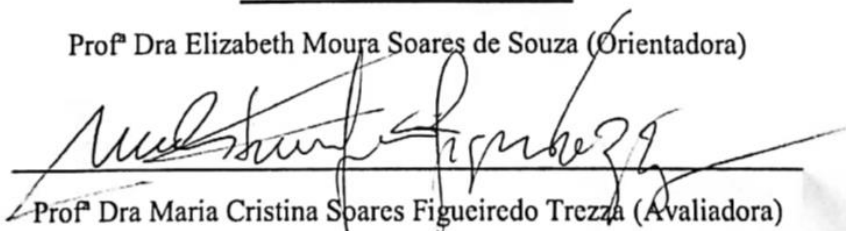
**CARACTERÍSTICAS DA PESSOA IDOSA INDICATIVAS DA NECESSIDADE DE
CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem outorgado pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, após aprovação da banca examinadora.

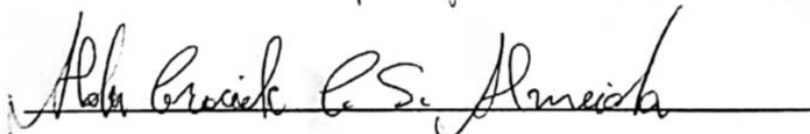
BANCA EXAMINADORA:



Profª Dra Elizabeth Moura Soares de Souza (Orientadora)



Profª Dra Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza (Avaliadora)



Profª Dra Alda Graciele Claudio dos Santos Almeida (Avaliadora)

Aprovado em: 02/12/2019

DEDICATÓRIA

Dedico às pessoas idosas que participaram deste estudo e humildemente me receberam em seus domicílios, com paciência e carinho, falando-me de suas histórias de vida e necessidades.

AGRADECIMENTOS

À Deus e à Nossa Senhora da Conceição pelas bênçãos alcançadas ao longo dessa jornada.

Aos meus pais, Maria das Graças e Cyro, pelo amor incondicional diário.

À minha Vó Juracy, Dione, Babá e tias pelo infinito carinho e atenção dedicados.

Aos mestres, em especial às Prof^{as}. Dr^a Elizabeth e Clodis, que ganhei nas veredas de minha formação, pela sabedoria, paciência, afeto e respeito.

Aos amigos da universidade, Igor, Hallana, Andrea, Nataly e Amanda, surpresas ternas desta caminhada, vocês tornaram dias difíceis, lembranças queridas.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, José, Sirlene, Jailza e Carla da UBS Robson Cavalcante, pela solicitude e disponibilidade em me acompanhar nas visitas domiciliares.

E a todos aqueles onde semeei em seus corações um cuidado científico e antes de tudo, humano, livre de julgamentos, acalentando-os. Convicta na fé da providência divina de que tudo isso não seria possível, sem cada um.

Minha eterna gratidão!

“Cuidado paliativo não é uma alternativa de tratamento, e sim uma parte complementar e vital de todo acompanhamento do paciente.”

Cicely Saunders

RESUMO

No contexto do progressivo envelhecimento da população mundial e principalmente brasileira, a demanda por Cuidados Paliativos é considerada um problema atual de saúde pública. Descrever as características da pessoa idosa indicativas da necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica é o objetivo desse estudo quantitativo, observacional, descritivo, realizado no domicílio de 55 pessoas idosas atendidas por uma Unidade de Saúde da Família localizada em uma cidade do Nordeste, no período de 7 de Junho a 8 de Julho de 2019. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário com questões referentes a características sociodemográficas e de saúde, sendo também aplicadas as escalas de Katz, de Depressão Geriátrica e o Mini Exame Mental. Os dados foram analisados por um *software* e apresentados em forma de tabelas. Os resultados mostram que 60% das pessoas idosas eram do sexo feminino, 65,5% analfabetas, 56,4% encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos, não apresentavam déficit de cognição e nem sintomas depressivos, 76,4% eram independentes para realizar as atividades básicas de vida diária, 67,3% relataram sentir dor com frequência, 96,4% afirmaram ter comorbidades, prevalecendo à hipertensão e 21,8% faziam uso de polifarmácia. Conclui-se que a presença de comorbidades e dor foram às características indicativas de cuidados paliativos nas pessoas idosas atendidas na atenção básica, indicando que essa população, está em franco crescimento, já necessita desses cuidados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidados Paliativos; Cuidados de Enfermagem; Idosos; Comorbidades; Dor.

ABSTRACT

In the context of the progressive global population aging and mainly Brazilian population, the request for palliative care is considered a current public health problem. To describe the characteristics of the elderly that indicates the need for palliative care in primary health care is the objective of this quantitative, observational and descriptive study, conducted at the home of 55 elderly people attended by a Family Health Unit located in a city in the Northeast, from June 7 to July 8 of 2019. To collect data used a form with questions related to sociodemographic and health characteristics will also be applied as Katz, Geriatric Depression and Mini Mental Examination scales. Data were analyzed by software and presented in tables form. The results showed that 60% of the elderly were female, 65,5% illiterate, 56,4% were in the age group of 60 to 69 years, had no cognitive deficit or depressive symptoms, 76,4% were independent to perform basic activities of daily living, 67,3% reported frequent pain, 96,4% reported comorbidities, hypertension prevailed and 21,8% used polypharmacy. It was concluded that the presence of comorbidities and pain were the indicative characteristics of palliative care in the elderly attended at primary care, indicated by this rapidly growing population, it already needs these care.

Keyword: Primary Health Care; Palliative Care; Nursing care; Elderly; Comorbidities; Pain.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos dados sócio-demográficos de pessoas idosas cadastradas e atendidas em uma UBS de Maceió-AL, 2019. (n=55).....	21
Tabela 2 - Distribuição dos dados clínicos de pessoas idosas cadastradas e atendidas em uma UBS de Maceió-AL, 2019. (n= 55).....	22
Tabela 3 - Distribuição do número de pessoas idosas com comorbidade e dor em uma UBS de Maceió-AL, 2019. (n= 55).....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AL	Alagoas
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AVD	Atividades de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Cuidados Paliativos
DA	Doença de Alzheimer
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DP	Doença de Parkinson
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EI	Estatuto do Idoso
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAHPC	<i>International Association for Hospice & Palliative Care</i>
IRC	Insuficiência Renal Crônica
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde/ <i>World Health Organization</i>
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNI	Política Nacional do Idoso
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SPICT	<i>Supportive and Palliative Care Indications Tool</i>
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos	17
3. MÉTODO	17
3.1 Tipo de estudo.....	17
3.2 Local	18
3.3 População.....	18
3.4 Amostragem.....	19
3.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	19
3.6 Coleta de dados	19
3.7 Aspectos éticos.....	21
3.8 Análise de dados	21
4. RESULTADOS	22
5. DISCUSSÃO	24
6. CONCLUSÃO.....	34
7. REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)	42
APÊNDICE B – Declaração de publicização dos resultados	45
APÊNDICE C – Solicitação Institucional para realização da pesquisa	46
APÊNDICE D – Solicitação de autorização da pesquisa para aSMS.....	47
ANEXO A – Formulário para coleta de dados.....	48
ANEXO B – Mini Exame do Estado Mental	51
ANEXO C – Formulário de Comorbidades	52
ANEXO D – Escala de Depressão Geriátrica 15	53
ANEXO E - Escala de Katz.....	54
ANEXO F – Autorização da Secretaria de Saúde de Maceió	55
ANEXO G – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....	56

1. INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objeto, as características da pessoa idosa indicativas da necessidade de cuidados paliativos (CP) na Atenção Básica (AB). O interesse pela temática surgiu ao cursar as disciplinas do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) que abordam a saúde do idoso no contexto de CP, bem como, a reduzida literatura no âmbito da AB, identificada ao tentar aprofundar os estudos sobre o tema.

De acordo com a Política Nacional do Idoso (PNI), estabelecida pela lei nº 8.842 de janeiro de 1994, entende-se por pessoa idosa, o indivíduo com 60 anos ou mais (BRASIL, 2010), essa definição será utilizada nesse estudo. Além disso, o Estatuto do Idoso (EI) regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e objetiva assegurar a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2013).

As pessoas idosas apresentam alterações fisiológicas que, na maioria das vezes, ocasionam o declínio das funções orgânicas e da qualidade de vida o que as tornam suscetíveis às doenças crônicas ao longo da vida, podendo dessa forma, levá-las à terminalidade. É nesse momento em que há a inserção dos CP destinados aos pacientes idosos, como importante modalidade de cuidar voltada a essa população, essencialmente, devido às alterações sistêmicas dos idosos sofridas durante o processo de envelhecimento (ANDRADE et al., 2012).

Atualmente, devido a muitos pacientes morrerem antes de receberem CP, surge a importância de que esses cuidados estejam disponíveis o mais próximo possível dos mesmos, inseridos assim, no cenário da AB (AZEVEDO, 2015). Essa necessidade está inserida na portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 2.436, de Setembro de 2017, que define Atenção Básica (AB) como: conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

Outro fator importante na avaliação da necessidade de CP é a presença das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que se caracterizam por terem etiologia múltipla,

muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e origem não infecciosa. Os principais fatores de risco são: o hábito de fumar, a alimentação não saudável, a falta de atividade física e ao etilismo, responsáveis, em grande parte, pelos elevados números de excesso de peso, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (SILVA et al., 2015).

Entre as DCNT mais comuns na senilidade, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que, juntas, são consideradas como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares. Outras DCNT que acometem os idosos, porém em menor proporção, são: câncer, doenças respiratórias, mentais e inflamatório-reumáticas que somadas à HAS e DM aumentam sobremaneira as consequências danosas no processo saúde-doença da população idosa (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

E a presença de comorbidades, de DCNT, também é importante para avaliação da necessidade de CP. Em que o termo comorbidade refere-se a uma associação bastante coincidente entre duas doenças, seu estudo é importante devido a fatores epidemiológicos, diagnósticos, fisiopatológicos e de tratamento envolvidos (SOUZA, 2013). E segundo Barbosa (2011), consideram-se como principais critérios elegíveis para CP: o paciente portador de doença crônica, evolutiva e progressiva, com prognóstico de vida supostamente encurtado a meses ou ano.

Na década de 1960, surgiram os CP, oficialmente no Reino Unido, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders (GOMES; OTHERO, 2016). Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) definiu pela primeira vez o conceito e os princípios de CP, tal definição foi inicialmente voltada para os portadores de câncer, preconizando-os na assistência integral a esses pacientes, visando os cuidados de final de vida. Junto com a prevenção, diagnóstico e tratamento, os CP passaram a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao paciente oncológico (WHO, 1990).

Em 2002, o conceito foi revisto e ampliado, incluindo a assistência a outras doenças como aids, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas (GOMES; OTHERO, 2016). E em 2004, um novo documento publicado pela OMS, *The solid facts – Palliative Care*, reiterou a necessidade de incluir os CP como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as DCNT, inclusive em programas de atenção aos idosos (WHO, 2004).

Em 2007, a OMS ampliou o horizonte de ação dos CP, cujo conceito será utilizado nesse estudo, definindo-os como:

São uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2007, p. 3).

Em 2018, a Comissão Lancet, comissão acadêmica sobre governança global para a saúde, reiterou a definição da OMS, para seu conceito mais atual, definindo CP como: “um componente essencial para o cuidado compreensivo com pessoas em condição crônica, aguda, limitante ou de risco à vida”. Dessa maneira, o CP não se limita apenas ao fim da vida (KNAUL et al., 2018, p. 1401, tradução nossa).

E a partir da definição da OMS, elencam-se princípios que clarificam o conceito citado acima (GOMES; OTHERO, 2016):

- A morte deve ser compreendida como um processo natural, parte da vida, e a qualidade de vida é o principal objetivo clínico;
- Os CP não antecipam a morte, nem prolongam o processo de morrer;
- A família deve ser cuidada com tanto empenho como o doente. Paciente e familiares formam a chamada unidade de cuidados;
- O controle de sintomas é um objetivo fundamental da assistência. Os sintomas devem ser rotineiramente avaliados e efetivamente manejados;
- As decisões sobre os tratamentos médicos devem ser feitas de maneira ética. Pacientes e familiares têm direito a informações acuradas sobre sua condição e opções de tratamento; as decisões devem ser tomadas de maneira compartilhada, respeitando-se valores étnicos e culturais;
- CP são necessariamente providos por uma equipe interdisciplinar;
- A fragmentação da saúde tem sido uma consequência da sofisticação da medicina moderna. Em contraposição, os CP englobam, ainda, a coordenação dos cuidados e provêm a continuidade da assistência;

- A experiência do adoecimento deve ser compreendida de uma maneira global e, portanto, os aspectos espirituais também são incorporados na promoção do cuidado;
- A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário.

As dimensões dos sintomas e sinais que mais prevalecem em pacientes em CP são para Oliveira (2014), os seguintes:

- Dimensão física: dor física, dispneia, náusea, constipação, diarreia, anorexia, cefaleia, tortura, mialgia, caquexia, exaustão física e inapetência.
- Dimensão emocional: dor emocional, confusão mental, insônia, impotência sexual, frigidez, irritabilidade, incapacidade de concentração, preocupação com a imagem corporal, raiva, negação, depressão, culpa, ansiedade, tristeza, autopunição e medo.
- Dimensão social: isolamento, prejuízo na capacidade de trabalhar e alteração nos relacionamentos pessoais.
- Dimensão espiritual: descrença, dúvidas acerca da fé, barganha e à busca pelo significado da vida e da morte.

Dessa maneira, os CP objetivam aumentar a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares, tentando integrá-los ao ambiente em que viviam antes do adoecimento, além de avaliar o que perderam durante esse processo, promovendo o alívio do sofrimento (PEREIRA et al., 2017).

E um dos critérios de elegibilidade para os CP mais utilizados refere-se aos pacientes que apresentem uma ou mais das seguintes patologias ou condições: doença de Alzheimer (DA) e outras demências, câncer, doenças cardiovasculares (excluindo quando é causa de morte repentina), cirrose hepática, anomalias congênitas, meningite, doenças hematológicas e imunológicas, condições neonatais, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), diabetes, síndrome da imunodeficiência humana adquirida (HIV/aids), insuficiência renal, esclerose múltipla, doença de Parkinson (DP), artrite reumatoide e tuberculose resistente (PEREIRA et al., 2017).

Já as preocupações com relação aos CP no Brasil, ganharam densidade quando foram incorporadas na Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), em 2005, reeditada em 2013, dentro do Plano Estratégico de Controle e Prevenção das DCNT. Em face de novas necessidades e do crescente aumento de doenças e agravos à saúde da população com

características crônicas e evolutivas, esse conceito foi redimensionado em 2002, contemplando, assim, uma maior abordagem aos pacientes e seus familiares em várias dimensões da vida humana (MENDES; VASCONCELLOS, 2015).

Em território nacional, os CP estão inseridos em portarias de saúde, mas ainda distante da agenda política para implantação de uma política nacional de CP. A Portaria do GM/MS nº 2.439/2005, que trata da PNAO, define a implementação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e preconiza a organização de equipes de CP com atenção integral a pacientes no campo hospitalar, ambulatorial e domiciliar (SOUSA; ALVES, 2015).

Diante disso, a Portaria do GM/MS nº 3.150 de 12 de Dezembro de 2006, corrobora a prática dos CP, que instituiu a Câmara Técnica em Controle da Dor e CP, e a Portaria do GM/MS nº 963 de 27 de Maio de 2013, que redefiniu a Atenção Domiciliar (AD) no setor do SUS (SOUSA; ALVES, 2015), reforçando o manejo adequado da multimorbidade e incluindo o domicílio como ambiente terapêutico.

Desta sorte, a dor integra os sintomas presentes nos CP e atualmente, a dor crônica é conceituada como um fenômeno complexo e multifatorial, o qual envolve aspectos orgânicos e psicossociais, e interfere sobremaneira na qualidade de vida da pessoa idosa. A dor expõe a fragilidade do idoso, impedindo seu convívio social, a realização das AVD, promovendo um esgotamento físico e psíquico (CELICH; GALON, 2009), aspecto também avaliado no estudo.

A dor também é objeto dos cuidados de enfermagem e no CP ainda é uma área de assistência incipiente, mas promissora para a consolidação dos cuidados integrais ao paciente e à família, tendo em vista a capacidade do profissional de responder ao sofrimento humano nas dimensões física, psicológica, social, e espiritual (SOUSA; ALVES, 2015).

No domínio da AB, os CP se destacam por ser esse, o cenário de referência da grande maioria dos pacientes com DCNT fora de possibilidade terapêutica de cura. A inclusão dos CP na AB tem sido apresentada como uma das principais dificuldades para o trabalho em CP no Brasil. O (a) enfermeiro (a), nesse cenário, é o profissional que lida diretamente com a pessoa em CP, prestando uma gama de cuidados que visam ao alívio de sintomas físicos, emocionais, espirituais (PEREIRA et al., 2017).

Ademais, a implementação dos CP acontece no sentido de promover a redução de outros sintomas no paciente, decorrentes da própria enfermidade e/ou de tratamentos em fases

avançadas de doenças incuráveis, para que o mesmo possa vivenciar essa realidade com qualidade de vida. Pelos motivos citados anteriormente, é inegável a valorização dos CP como abordagem importante e diferenciada do cuidado direcionada à pessoa idosa, devido a alterações sistêmicas que ocorrem durante o processo de uma doença sem possibilidade de cura, e com a proximidade da morte (DUARTE et al., 2015).

Este estudo se justifica por possibilitar uma compreensão do perfil das pessoas que necessitam de CP, no âmbito da AB. Diante dessa problemática, levanta-se o seguinte questionamento: quais as características das pessoas idosas que necessitam de CP atendidas na atenção básica?

A relevância desse estudo está na visibilidade que os seus resultados podem dar aos estudos dos CP na AB.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar pessoas idosas com características elegíveis para cuidados paliativos na Atenção Básica.

2.2 Específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas idosas cadastradas e atendidas na AB;

Descrever as características indicativas da necessidade de CP nas pessoas idosas.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Quantitativo, observacional, descritivo. Os métodos de pesquisa quantitativa, de modo geral, são utilizados quando se quer medir opiniões, reações, sensações, hábitos e atitudes de um universo (público-alvo) através de uma amostra que o represente de forma estatisticamente comprovada (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

Os estudos descritivos tem por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e quem adoece? A epidemiologia

descritiva pode fazer uso de dados secundários e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo) (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

3.2 Local

O estudo foi desenvolvido em uma equipe de Saúde da Família (eSF) de uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada no VI distrito sanitário da cidade de Maceió, no estado de Alagoas. Essa escolha se deu, porque o território faz parte do campo de prática do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública.

A cidade de Maceió é a capital do estado de Alagoas, e sede da primeira macrorregião, da primeira região e da primeira microrregião. Ocupa uma área de 510.655 km², e é constituída por 51 bairros e oito distritos sanitários (MACEIÓ, 2013; MACEIÓ, 2017). “No ano de 2016, a população estimada pelo IBGE foi de 1.021.709 habitantes residentes em Maceió, sendo que, aproximadamente, 53,4% representam o sexo feminino e, 46,6%, o sexo masculino” (MACEIÓ, 2017, p. 27).

O VI distrito sanitário possui 122.104 habitantes, é formado por 2 bairros, Benedito Bentes e Antares, sendo o Benedito Bentes o mais populoso de Maceió que conta com 100.156 mil habitantes (MACEIÓ, 2017).

A unidade de saúde Robson Cavalcante é composta por duas eSF, a equipe 70 cuja área de abrangência é a Cidade Sorriso 2 e a equipe 69 cuja área de abrangência é o Conjunto Freitas Neto, assiste um total de 130 pessoas idosas, levantamento realizado no mês de Julho de 2019 pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

No Brasil, a garantia de acesso dos pacientes aos CP, baseia-se principalmente na atuação dos ACS, os quais possuem estreito conhecimento das reais necessidades do território (AZEVEDO, 2015).

3.3 População

Pessoas idosas cadastradas e atendidas pela eSF 69 do conjunto residencial Freitas Neto, bairro Benedito Bentes, da unidade de saúde Robson Cavalcante.

3.4 Amostragem

De um universo de 130 pessoas idosas atendidas e cadastradas pela eSF, da unidade Robson Cavalcante, 75 eram acompanhados por ter DCNT estando distribuídas em quatro (4) microáreas e atendiam aos critérios da pesquisa.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão: pessoas idosas, de ambos os sexos, atendidas e cadastradas na eSF 69 da unidade Robson Cavalcante.

Exclusão: pessoas idosas, de ambos os sexos, atendidas e cadastradas na eSF 69 da unidade Robson Cavalcante ausentes no domicílio durante a coleta de dados.

Após a análise dos critérios de inclusão e exclusão, vinte (20) pessoas idosas não foram avaliadas, sendo dezenove (19) que estavam ausentes no domicílio no momento da entrevista e um (1) que havia falecido no decorrer da coleta de dados. Dessa forma, 55 pessoas idosas participaram desse estudo.

3.6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de uma visita à residência das pessoas idosas cadastradas e atendidas por uma eSF da unidade Robson Cavalcante, durante o período de 7 de Junho a 8 de Julho de 2019.

O caminho percorrido foi o seguinte: a USF do estudo é composta por duas (2) eSF, dentre estas, uma foi escolhida por ser campo de prática do curso de enfermagem da UFAL após a escolha, os quatro ACS responsáveis por acompanhar essas pessoas idosas, listaram as que eram acompanhadas por ter DCNT, em suas respectivas áreas de abrangência e a partir dessa relação, os dados foram coletados. Através de uma visita domiciliar, explicou-se a pessoa idosa, de maneira clara e sucinta o título, objetivos e finalidade da pesquisa, bem como os risco/benefícios da mesma (informações contidas no TCLE).

A pesquisa trará como benefícios diretos: a construção de uma assistência de Enfermagem direcionada ao idoso diagnosticado com DCNT, que propicie qualidade de vida e dissemine a ampliação do conhecimento sobre a prática dos CP direcionados à pessoa idosa. E indiretos: Contribuir para o entendimento das práticas de CP ao idoso no contexto da AB, principalmente na ESF e ampliação da literatura existente acerca de tal tema. Será adotado como critério para interromper a pesquisa: a desistência das participantes do estudo.

Durante a entrevista domiciliar, foi aplicado um formulário sobre as características sociodemográficas e os dados clínicos, os quais também foram avaliados através da aplicação das escalas de Katz (mede a capacidade funcional para as atividades de vida diária (AVD), de comorbidades (relaciona as comorbidades existentes), do Mini Exame do Estado Mental - MEEM (avalia a cognição) e da escala de Depressão Geriátrica - EDG 15 (avalia sintomas depressivos).

A Escala de Katz foi planejada para avaliar a habilidade em desempenhar as atividades cotidianas. O Index de Independência nas AVD avalia a independência no desempenho de seis funções: banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes (BRASIL, 2006):

- A - Independente para todas as atividades.
- B - Independente para todas as atividades menos uma.
- C - Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
- D - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
- E - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
- F - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
- G - Dependente para todas as atividades
- Outro - Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E, e F.

Utilizou-se também, nesse estudo, um instrumento elaborado pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontologia (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP), em 2006, para conhecer a presença de comorbidades crônicas ou problemas de saúde autorreferidos (SOUZA, 2013).

A EDG-15 objetiva avaliar idosos com um número elevado de sintomas depressivos ou suspeita de depressão. A escala contém questões com uma variação de zero (ausência de sintomas depressivos) a 15 pontos (número máximo de sintomas depressivos). Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido (SOUZA, 2013; BRASIL, 2006).

O MEEM contém questões agrupadas em sete categorias, cada uma planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas, como orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). Composto de 30 questões e a pontuação varia de zero (maior grau de comprometimento cognitivo) até 30 (melhor capacidade cognitiva). O nível educacional é o fator mais importante na determinação de desempenho do MEEM na população brasileira. Portanto, foram utilizados os pontos de corte: 13 para analfabetos; 18 para baixa escolaridade e média escolaridade; e 26 para alta escolaridade (SOUZA, 2013).

3.7 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado para aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e em seguida para apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através da Plataforma Brasil, atendendo a todas as exigências formais contidas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), para pesquisas envolvendo seres humanos assegurando-lhes o sigilo em relação à identificação dos participantes, bem como o compromisso com a divulgação dos resultados. O projeto foi aprovado sob CAEE nº 06344219.7.0000.5013 e do Parecer nº: 3.375.629 (ANEXO H).

Os indivíduos elegíveis para pesquisa foram convidados a participar pelas pesquisadoras. Neste momento, as informações sobre a pesquisa foram apresentadas (objetivos, riscos, benefícios). Confirmando o desejo de participar voluntariamente da pesquisa, uma cópia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A) foi entregue ao participante, para que fosse lido o seu conteúdo e quando não possível, lido para os mesmos, para que entendessem, e pudessem ser esclarecidas as dúvidas. Só então, com a assinatura do termo é que foi formalizada a participação do indivíduo na pesquisa.

3.8 Análise de dados

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica (Microsoft Excel®) e analisados descritivamente utilizando o software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 22.0. A análise estatística descritiva simples utilizou frequência relativa e percentual. Os resultados foram apresentados no formato de tabelas, e a discussão baseada na literatura atual disponível sobre o tema.

4. RESULTADOS

Da amostra pesquisada, composta por 55 pessoas idosas acompanhadas pela eSF, 60% eram mulheres, idosos (as) jovens (60-69 anos), analfabetos (as), não moravam sozinhos, a maioria recebia visita de alguém do posto de saúde (profissional de saúde) no domicílio e possuíam diagnóstico de alguma DCNT, conforme expostos na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos de pessoas idosas cadastradas e atendidas em uma UBS de Maceió-AL, 2019. (n=55)

Variável	Categorias	n(%)
Idade	60-64	15/55 (27,3%)
	65-69	16/55 (29,1%)
	70-74	10/55 (18,2%)
	75-79	8/55 (14,5%)
	80 +	6/55 (10,9%)
Sexo	Masculino	22/55 (40%)
	Feminino	33/55 (60%)
Com quem mora	Esposo (a)	20/55 (36,4%)
	Filho (a)	17/55 (30,9%)
	Sozinho (a)	16/55 (29,1%)
	NS/NR	2/55 (3,6%)
Recebe visita de alguém do posto de saúde	Sim	53/55 (96,4%)
	NS/NR	2/55 (3,6%)
Religião	Católica	24/55 (43,6%)
	Protestante ou Evangélica	24/55 (43,6%)
	Nenhuma	5/55 (9,1%)
	NS/NR	2/55 (3,6%)
Escolaridade	Analfabeto	36/55 (65,5%)
	Baixa – 2 a 4 anos	13/55 (23,7%)
	Média – 5 a 8 anos	6/55 (10,9%)
Renda	Não tem	9/55 (16,4%)
	1 salário mínimo	31/55 (56,4%)
	2 ou mais salários mínimos	9/55 (16,4%)
	3 ou mais salários mínimos	1/55 (1,8%)
	NS/NR	5/55 (9,1%)

Fonte: Próprio autor, 2019.

NS/NR: não sabe ou não respondeu

A caracterização clínica das pessoas idosas mostrou que 81,8% não eram fumantes, 12,7% estiveram internados no presente ano. No que se refere à presença ou ausência de dor, 41,8% que a sentiam diariamente. No tocante ao rastreamento de sintomas depressivos, capacidade funcional e déficit cognitivo, 72,7% dos idosos não apresentaram sintomatologia

depressiva, 76,4% apresentam nenhuma dependência para as AVD e 63,6% não apresentaram déficit cognitivo.

Dentre as doenças mais citadas pelos idosos, a HAS apareceu isolada e em associação com outras comorbidades. Entre as comorbidades mais prevalentes, a HAS mostrou-se presente em 16,4% dos idosos, mas também se apresentou associada à DM com 10,9% e junto a outras doenças (25,5%).

Tabela 2 - Distribuição dos dados clínicos de pessoas idosas cadastradas e atendidas em uma UBS de Maceió-AL, 2019. (n= 55)

Variável	Categorias	n(%)
Uso de Tabaco	Sim	10/55 (18,2%)
	Não	45/55 (81,8%)
Uso de Bebida alcoólica	Sim	8/55 (14,5%)
	Não	47/55 (85,5%)
Hospitalização no presente ano	Sim	7/55 (12,7%)
	Não	48/55 (87,3%)
Quantidade de remédios por dia	Menos de 5	31/55 (56,4%)
	Mais de 5	12/55 (21,8%)
	Nenhum	11/55 (20%)
	NS/NR	1/55 (1,8%)
Presença de dor	Sim	37/55 (67,3%)
	Não	18/55 (32,7%)
Frequência da dor	Diariamente	23/55 (41,8%)
	Às vezes	11/55 (20%)
	NS/NR	21/55 (38,2%)
Sintomas depressivos	Sim	15/55 (27,3%)
	Não	40/55 (72,7%)
Capacidade funcional	Independente	42/55 (76,4%)
	Dependente	13/55 (23,5%)
Déficit Cognitivo	Sim	20/55 (36,4%)
	Não	35/55 (63,6%)
Comorbidades	Sim	53/55 (96,4%)
	Não	21/55 (3,6%)

Fonte: Próprio autor, 2019.

NS/NR: não sabe ou não respondeu.

Comorbidades: HAS, DM, AVC, Câncer, Artrose, Osteoporose, Doença Pulmonar, Doença Renal, Doença Gastrointestinal, HIV, Hanseníase, Depressão, dentre outras.

Em relação às pessoas idosas que possuíam alguma comorbidade e afirmaram sentir dor, 67,3% possuíam alguma comorbidade das citadas no estudo dentro dos critérios elegíveis para encaminhamento aos CP.

Tabela 3 - Distribuição do número de pessoas idosas com comorbidade e dor em uma UBS de Maceió-AL, 2019. (n= 55)

Variáveis	Categorias	Tem comorbidade	Não tem comorbidade
Presença de dor	Sim	37/55 (67,3%)	0 (0%)
	Não	16/55 (29,1%)	2/55 (3,6%)

Fonte: Próprio autor, 2019.

5. DISCUSSÃO

Nesse estudo, evidenciou-se o predomínio de 60% de pessoas idosas do gênero feminino (Tabela 1, página 21). A partir disso, segundo Poubel (2017), diversos estudos apontam para um fenômeno caracterizado como “feminização” do envelhecimento populacional brasileiro resultante da maior expectativa de vida das mulheres que em média vivem oito anos a mais que os homens. E dentre os fatores que corroboram para uma maior longevidade entre mulheres, revela-se o criterioso monitoramento das condições de saúde e doença, quando comparadas aos homens, o que pode ser explicado por aspectos sociais e culturais (FREIRE et al., 2018).

Alinhado a isso, a projeção do IBGE (2018), também reafirma essa feminização, onde a faixa etária de pessoas idosas, a partir dos 60 anos ou mais, do sexo masculino totalizavam 4,67% e a do sexo feminino de 6,13% da população no estado de Alagoas. De acordo com Camarano (2002), é necessário fazer uma subdivisão na faixa etária, onde idosos jovens são aquelas pessoas com idade de 60 a 69 anos e os mais idosos com mais 80 anos. Nesse estudo, 56,4% eram pessoas idosas jovens (60 a 69 anos) (Tabela 1, página 21), no entanto uma porcentagem bastante expressiva (43,6%) de pessoas idosas com idade a partir dos 70 anos ou mais nos alerta para a necessidade de maior atenção, considerando que quanto mais longo for a pessoa idosa, maior a probabilidade de declínio fisiológico e funcional, consequentemente necessita de cuidado específico.

E no tocante a alfabetização, esse estudo revelou que 65% das pessoas idosas entrevistadas eram analfabetas e 23,7% possuíam baixa escolaridade, sendo nula a quantidade de pessoas idosas com alta escolaridade (8 anos ou mais) (Tabela 1, página 21). O IBGE, em 2018, apontou uma taxa de analfabetismo nacional de 18,6% para a faixa etária de 60 anos ou mais (IBGE, 2019), demonstra-se que o nível de escolaridade pode influenciar no

entendimento das questões de saúde do idoso, contribuindo para uma baixa ou reduzida percepção de autocuidado em saúde.

Além disso, fatores sociais como morar em contextos de maior vulnerabilidade, com elevados índices de violência, possuir baixo nível de escolaridade, status socioeconômico e limitado acesso aos serviços públicos, demandam uma urgente ampliação das políticas públicas em saúde a estes idosos num contexto de vulnerabilidade social (DE JESUS et al., 2017), fatores reconhecidos e intrínsecos às pessoas idosas entrevistadas na localidade do bairro dessa cidade do Nordeste.

Os sistemas de proteção social também precisam levar em conta o direito humano aos cuidados paliativos para grupos populacionais pobres e marginalizados, como as situações de vulnerabilidade social, percebidas durante a coleta de dados do decorrente estudo na cidade do Nordeste. Adicionado a isso, a fragmentação do cuidado em saúde no contexto brasileiro mostra-se como mais uma barreira para garantir o avanço da integralidade do cuidado, especialmente nos CP (RODRIGUES, 2017).

Em relação à religião, houve predomínio concordante da religião católica e protestante ou evangélica, 43,6% respectivamente, como verificado no estudo (Tabela 1, página 21). Tal fato pode ser justificado por ser o Brasil um país de grande pluralidade religiosa, tendo em sua maioria adeptos ao catolicismo seguido do protestantismo (RODRIGUES et al., 2017), diante disso, a religião atrelada à dimensão espiritual torna-se de grande importância, pois no CP a mobilidade de assistência que abrange as dimensões do ser humano vai além do alcance físico e emocional como prioridade dos cuidados oferecidos.

No que diz respeito à renda, nesse estudo, 56,4% das pessoas idosas vivem com 1(um) salário mínimo (Tabela 1, página), atualmente R\$ 998,00. Constatou-se também, conforme Silva et al. (2009), que a maior parte da renda dos idosos provém da Seguridade Social, sendo a aposentadoria a principal fonte de renda, dado preocupante quando analisado o impacto negativo das reformas aos idosos mais pobres sobre uma ótica das novas discussões da Reforma da Previdência de 2019.

Quanto ao uso do tabaco e do álcool, que consistem em fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT, não estiveram muito presentes no estudo, 18,2% e 14,5%, respectivamente (Tabela 2, página 22). E para Barbosa et al. (2018), a utilização de álcool e drogas por indivíduos idosos pode ocasionar piora do estado físico e/ou mental, isolamento social e comprometimento cognitivo. Dessa maneira, o reduzido quantitativo de idosos

fumantes e que fazem uso de bebida alcoólica contribui para minimizar esses fatores de risco associados às DCNT.

A hospitalização também foi avaliada e 12,7% tiveram internação no presente ano (Tabela 2, página 22). Esse dado mostra que as pessoas idosas pesquisadas estão propensas a internações hospitalares. Ademais, a taxa de utilização da internação hospitalar na faixa de 80 anos e mais é três vezes maior que a da faixa etária de 55 a 59 anos, demonstrando que quanto maior a idade do idoso, maior será o risco para hospitalização (GÓIS; VERAS, 2010).

Devido às suas consequências negativas, as hospitalizações deveriam ser eficientemente utilizadas, reforçando o manejo adequado da multimorbidade na atenção primária à saúde e incluindo o domicílio como ambiente terapêutico (NUNES et al., 2017). E segundo Lira et al. (2018), a internação hospitalar é um importante recurso na atenção às pessoas idosas, principalmente se repetidas e prolongadas, uma vez que podem produzir consequências negativas à saúde dos mesmos, como diminuição da capacidade funcional, da qualidade de vida e aumento da fragilidade.

Aliado a isso, em um estudo transversal, analítico, baseado em inquérito de morbidade hospitalar realizado em enfermarias de clínica médica e cirúrgica de hospitais públicos, conveniados com SUS em Montes Claros, Minas Gerais, detectou-se menor proporção de internação por condições sensíveis à AB entre indivíduos que possuíam vínculo com a ESF (FERNANDES et al, 2009; NUNES et al., 2017), o que pode justificar a breve tendência de hospitalização dos idosos entrevistados.

Enfatiza-se que, a Associação Internacional de *Hospice* e Cuidado Paliativo (IAHPC) (2018) reafirmou os Cuidados Paliativos como modalidade de cuidado que compreendem prevenção, identificação precoce, avaliação integral e controle de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas angustiantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual, e problemas sociais. Essas intervenções devem ser baseadas em evidências científicas, sendo aplicáveis em todos os locais de cuidados de saúde (como a residência dos pacientes e outras instituições) e em todos os níveis (do primário ao terciário), assim defende-se a amplitude de introdução dos CP na AB. Neste sentido, o movimento *hospice* é considerado importante via de cuidados em um sistema de saúde no qual há uma prática médica no fim da vida caracterizado por excessivas intervenções ou por abandono (FLORIANI, 2013).

O número de medicamentos utilizados também foi avaliado, em 21,8% foi observado polifarmácia. O uso de medicamentos faz-se bastante presente no cotidiano das pessoas idosas

para controle das alterações decorrentes do processo de envelhecimento. É um fato a ser observado, é o esquecimento ocasionado pelo declínio cognitivo, um fator influenciador para o não uso dos medicamentos em horários prescritos (SILVA; SANTOS, 2010). Dessa forma, as pessoas idosas fazem uso de vários medicamentos, muita das vezes esquecendo de tomá-los, o que exige melhor acompanhamento e orientações de enfermagem para os idosos que fazem uso de múltiplos medicamentos.

No que se refere a presença ou ausência de dor, 67,3% afirmaram sentir dor e 41,8% que a sentiam diariamente (Tabela 2, página 22). Dellaroza e Pimenta (2012) pontuam que poucos estudos no Brasil, analisaram a prevalência de dor crônica em idosos da comunidade. O estudo transversal com base populacional com idosos servidores municipais de Londrina, Paraná, desenvolvido pelos mesmos, encontrou que 51,4% de idosos apresentaram queixa de dor. Celich e Galon (2009) concluíram que existe uma concepção errônea de que com a idade, a dor é inevitável e tem de ser suportada, infere-se que possivelmente esse seja um fator importante, apesar de existirem poucos estudos que abordem a temática da dor na velhice.

Devido ao aumento epidemiológico brasileiro de doenças que acarretam dores crônicas e aos benefícios na melhoria da qualidade de vida e controle da dor crônica são capazes de trazer aos pacientes e familiares, o Ministério da Saúde (MS) lançou diretrizes voltadas para CP e controle da dor crônica (BRASIL, 2012), buscando-se assim, a aplicabilidade delas principalmente às 67,3% pessoas idosas avaliadas no estudo (Tabela 3, página 23) que afirmaram a presença de dor e possuíam alguma comorbidade das citadas no estudo como critérios elegíveis para CP, uma dor mal controlada causa impacto tanto para o indivíduo doente quanto para a família.

A importância de uma avaliação multifatorial da dor, pela equipe de AB dá-se, pois pacientes com dores crônicas tendem a ser indivíduos de doenças sem cura, que apresentam suas AVD comprometidas, o que reflete na qualidade de vida. Acrescido a isso, a influência da esfera psicológica sobre a percepção algica é um campo que necessita ser avaliado na pessoa idosa, pois, a nível fisiopatológico, pode ser responsável por desencadear a depressão e o inverso também ser verdadeiro (OLIVEIRA, 2015).

Sobre a presença de comorbidades, 96,4% das pessoas idosas avaliadas, apresentaram-nas, de acordo com Souza et al. (2015), o Conselho Europeu de Saúde recomendou a identificação de casos de CP na AB, através da quantificação e descrição da situação dos pacientes e suas enfermidades. E dentre as doenças mais citadas pelos idosos foram (Tabela 2,

página 22): HAS, AVC, Câncer, Doença Neurológica, sendo importante destacar a expressividade das associações: HAS e DM (10,9%); HAS, DM e outras doenças (25,5%); HAS e outras doenças (25,5%).

Percebe-se que a alta incidência de DCNT, tende a contribuir para uma sobrecarga de sintomas o que exige controle eficaz por parte dos profissionais que compõem a equipe de CP na visita domiciliar, no qual 96,4% das pessoas idosas entrevistadas (Tabela 1, página 21) afirmaram receber algum profissional de saúde em sua residência, sendo este, o ACS, um dos profissionais essenciais na construção do elo entre eSF e o usuário do SUS. Dentre as doenças apresentadas pelos idosos, a mais frequente foi a HAS, considerada um problema de saúde pública, com elevado nível de morbimortalidade. Sabe-se que as DCNT tornam-se mais frequentes com o avançar da idade e possuem relação direta com a independência dos idosos, fatores que influenciam na qualidade de vida da pessoa idosa.

Diante do cenário de aumento da carga das DCNT e do envelhecimento da população brasileira previsto para o futuro, e da necessidade de CP, visa-se direcionar a ampliação do cuidado para a AB e Domiciliar. Tal finalidade foi expressa na portaria do GM/MS nº 825 de 2016, que organiza a AD em três modalidades, onde se considera elegível na modalidade AD 2, o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente: a necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário (BRASIL, 2016), pois os cuidados paliativos precoces objetivam reduzir as internações hospitalares das pessoas idosas e mortes prematuras.

Assim, é notório que a AB seja considerada uma estratégia de menor custo e maior impacto na saúde da população senil, em contraposição ao contexto hospitalocêntrico. Partindo desse ponto de vista, em 2014, o Brasil recebeu da OMS, a Classificação 3A, que caracteriza países onde a oferta de CP é realizada de maneira isolada e está concentrada nos hospitais, nesse grupo 3A, oferece um pequeno número de serviços de cuidados paliativos comparado ao tamanho da população (ANCP, 2018).

Deste modo, conforme a portaria do GM/MS nº 483 de 2014, é de competência das Secretarias de Saúde dos Municípios, organizar as linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com DCNT no contexto do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o

cuidado das pessoas com DCNT (BRASIL, 2014), o que comprova amplitude do cuidado direcionado a estes usuários do SUS.

E mundialmente, de acordo com Corrêa et al. (2017, tradução nossa), 80% das pessoas que necessitam de CP, vivem em países em desenvolvimento. Quando comparado a outros países, o Brasil ficou em 42º lugar entre 80 países que compuseram o ranking do Índice de Qualidade de Óbito de 2015. Nota-se que o caráter tênue da linha de transição entre as DCNT e o CP, constitui num dos fatores nos quais dificultam a identificação da necessidade dessa assistência no contexto brasileiro para que um paciente com DCNT, seja encaminhado ao CP. É evidente que muitos seriam beneficiados, onde a maioria vive com uma DCNT, a qual enfrenta declínio funcional e sofrimentos físico, emocional, social e espiritual.

Tais DCNT são as principais causas de morte mundial, sendo responsáveis por 38 milhões (68%) das 56 milhões de mortes no mundo, em 2012. Mais de 40% delas (16 milhões) foram mortes prematuras com idade inferior a 70 anos. Segundo a OMS, anualmente cerca de 40 milhões de pessoas necessitam de CP. Dentre estes, quase 39% são pessoas com doenças cardiovasculares, 34% câncer, 10% com doenças pulmonares, 6% com HIV/aids e 5% com DM (BARRIOSO, 2017).

Conforme citado por Barrioso (2017), cerca de 80% das pessoas nos países desenvolvidos que morrem, poderiam ter se beneficiado dos CP na fase inicial da sua doença. Ocasionalmente pela alta incidência de DCNT, incluindo pessoas que vivem com comorbidades, o que tende a contribuir para uma sobrecarga de sintomas o que demanda controle eficaz por parte da equipe de CP.

Assim como o estudo de Arcanjo et al. (2018), nosso estudo confirmou a relevância de comorbidades não-neoplásicas para o embasamento da indicação de CP em idosos, para que seja possível proporcionar melhor qualidade de vida e de morte às pessoas idosas. E no estudo de Poubel (2017), entre as enfermidades apresentadas pelos idosos, a mais frequente foi a HAS, considerada um problema de saúde pública, com elevado nível de morbimortalidade, aumentando o risco de comorbidades como infarto agudo do miocárdio, AVC e doença renal crônica.

A presença de multimorbidade crônica e necessidade de CP foi analisada na pesquisa de Corrêa et al. (2017, tradução nossa), onde a multimorbidade foi maior nos pacientes com mais de 65 anos, com mediana de quatro doenças. As condições mais prevalentes entre as que sofreram multimorbidade foram: doença cardiovascular (73,7%), doença psiquiátrica (65,8%),

câncer (50%), fragilidade (39,5%), DM (31,6%) e doenças respiratórias (23,7%). Conforme se mostrou na Tabela 2 (página 22), a HAS foi a doença mais prevalente no público entrevistado, sendo considerada a causa da elevada proporção de doenças cardiovasculares e sua associação com a DM, demonstra que o tratamento adequado de uma, está atrelado a da outra (BRASIL, 2018).

Santos e Cunha (2018) afirmaram que um estudo com 999 pessoas com média de idade de 68,5 anos, mostrou pacientes com HAS tiveram um risco aumentado de desenvolver incapacidade funcional nas funções avaliadas em relação aos normotensos. E sabe-se que, as DCNT tornam-se mais frequentes com o avançar da idade e possuem relação direta com a independência dos idosos, influenciando na realização das AVD (TAVARES et al., 2019).

Em consonância com Queiroz et al. (2013), pessoas com enfermidades crônicas, evolutivas e progressivas, com prognóstico de vida diminuído, são selecionáveis para os cuidados paliativos; além dessas, podem ser inseridos pacientes portadores de neoplasias e outras doenças crônico-degenerativas, como insuficiência renal, insuficiência cardíaca, demências, DP e DPOC. Ainda em referência aos indicadores de saúde da população estudada, os dados de mortalidade indicaram como principais causas de óbito no VI distrito, pesquisado nesse trabalho: as doenças do aparelho circulatório, com 27% e as neoplasias com 11,4% (MACEIÓ, 2017), características também perceptíveis e comprovadas no público estudado.

As DCNT anteriormente citadas são recobradas no documento que a OMS, em 2014, elencou condições/doenças para a indicação de pacientes elegíveis para CP: DA e outras demências, câncer, doenças cardiovasculares (exceto nos casos de morte repentina), cirrose hepática, anomalias congênitas, sequelas de meningite, doenças hematológicas e imunológicas, condições neonatais, DPOC, DM, aids ou HIV, insuficiência renal crônica (IRC), esclerose múltipla, DP, artrite reumatoide e tuberculose resistente, algumas das doenças prevalentes e encontradas no estudo (WHO, 2014), algumas das doenças listadas nesse estudo.

Com isso, no horizonte da AB, a inserção dos CP destacam-se por ser um cenário de referência da grande maioria das pessoas com DCNT, citadas nesse estudo. Partindo da necessidade de integração dos serviços (referência e contrarreferência) (COMBINATO; MARTINS, 2012), busca-se que a AB seja responsável pelos CP domiciliares em caso de baixa complexidade, pautada principalmente pelos seus princípios da coordenação do

cuidado; do vínculo e continuidade; da integralidade; humanização; equidade e da participação social, detentora de evidente potencial para se tornar um dos níveis de atenção à saúde facilitadores do acesso da população aos cuidados paliativos (LIMA, 2015).

Por conseguinte, Barrioso (2017) apresentou um estudo de análise da estatística de mortalidade publicado em Maio de 2017, na Inglaterra, o qual afirma que a necessidade de CP, crescerá muito mais nos próximos 25 anos (ETKIND et al., 2017, tradução nossa). Em vista disso, a AB representa uma porta de entrada para o paciente em condições crônicas de saúde. E em vários países, a AB é considerada o melhor nível de assistência para prestação e coordenação dos cuidados paliativos.

No que se refere ao rastreamento de sintomas depressivos, capacidade funcional e déficit cognitivo, 27,3% dos idosos apresentaram sintomatologia depressiva, 23,5% apresentaram dependência para as AVD e 36,4% apresentaram déficit cognitivo (Tabela 2, página 22). É perceptível que o comprometimento cognitivo pode causar déficits de raciocínio, de memória, de comunicação, de praxia, de orientação espacial, promovendo um declínio físico e dificuldade de interação social, condição agravada principalmente quando avaliado no público de idosos majoritariamente analfabetos e de baixa escolaridade.

As avaliações realizadas sobre os dados clínicos permitiram que as pessoas idosas fossem identificadas com base na necessidade apresentada e não somente no seu diagnóstico clínico. Portanto, compete às eSF identificar alguns sinais de alerta que podem provocar declínio funcional da pessoa idosa (BRASIL, 2018). O que torna urgente a criação de diretrizes específicas quanto aos critérios de elegibilidade dos CP e as formas de cuidado a ser ofertado (RODRIGUES, 2017), exclusivamente para o público-alvo do estudo.

Assim sendo, de acordo com o Manual de CP da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012) sobre a indicação de pacientes aos CP, recomendou-se que seja realizada uma avaliação de capacidade para as AVD, onde os pacientes dependentes para determinadas atividades, como incapacidade para se locomover, alimentar-se e aqueles com incontinências, encontram-se mais suscetíveis para estes cuidados, itens avaliados nesse estudo, através da escala de Katz. Desta forma, estabeleceu-se que os usuários que necessitam de CP são aqueles que apresentam incapacidade para AVD.

Considerando-se que as condições das pessoas idosas podem mudar rapidamente, mesmo a pessoa idosa apresente sua autonomia e independência preservadas, pode tê-las comprometidas ao experimentar declínios evidenciados a partir de eventos como quedas,

infecções, descompensação de DCNT, o que destaca a importância de uma compreensão multidimensional para avaliar e identificar as necessidades e especificidades de cada pessoa idosa do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional (BRASIL, 2018).

Logo, o déficit cognitivo pode manifestar-se durante o processo de envelhecimento com início e progressão variáveis e relacionar-se com as próprias perdas biológicas inerentes ao tempo, a cultura do indivíduo e a fatores como escolaridade e renda. O declínio cognitivo afeta a capacidade funcional e aquele pode interferir no desempenho cognitivo. Pontuar acima da nota de corte no MEEM, contribuiu para a manutenção de AVD em indivíduos idosos da comunidade (PAULA et al., 2013).

E um estudo transversal, em Dourados, Mato Grosso do Sul, realizado em unidades de saúde na zona urbana e zona rural, mostrou que a prevalência de déficit cognitivo foi maior para os idosos na faixa etária acima de 80 anos (68,4%) do que nos idosos na faixa etária de 70 a 79 anos (41,4%) e os da faixa de 60 a 69 anos (35,2%) (SANTOS et al., 2010). Concluiu-se que, a prevalência de déficit cognitivo aumenta conforme o avançar da idade (MARTINS et al., 2016), o que não foi detectado nesse estudo pela limitada quantidade de idosos com 80 anos ou mais (10,9%), os quais participaram do mesmo.

Em relação ao indicativo de presença de sintomas depressivos, o estudo transversal em Lafaiete Coutinho na Bahia, de Brito et al. (2014), com idosos longevos (80 anos ou mais) residentes na comunidade, obteve resultados semelhantes à presente pesquisa: a maioria não apresentou indicativo de sintomas depressivos. A presença de depressão é, hoje, considerada importante preditor de incapacidade, com desencadeamento e agravamento do declínio funcional. Nesse contexto, cabe destacar a escassez de estudos, no domínio nacional e internacional, relacionados à independência em AVD de idosos com 80 anos ou mais (TAVARES et al., 2019).

Ressalta-se a necessidade de avaliação minuciosa da saúde mental de indivíduos com diagnóstico de uma DCNT, já que um importante desafio para implementação dos CP na AB é a adequada avaliação. Por conseguinte, existem poucos estudos voltados para a caracterização dos pacientes em CP no contexto da AB, a fim de proporcionarem subsídios voltados à organização dos CP (AZEVEDO, 2015).

Os estados depressivos correlacionam-se ao baixo desempenho cognitivo ao longo da vida e influenciam de maneira negativa a funcionalidade dos idosos. Uma característica da

depressão em idosos é que, com frequência, ela surge em um contexto de associação com outras DCNT, isolamento social, comprometendo a qualidade de vida (PAULA et al., 2013).

É possível que as mulheres sejam mais suscetíveis a eventos potencialmente estressores, que são determinados por papéis sociais e de gênero, o que pode influenciar na ocorrência de sintomas depressivos. Além disso, entre as mulheres idosas, a privação de estrogênio também é apontada como um fator de risco para a ocorrência de depressão (HELLWING; MUNHOZ; TOMASI, 2016), onde as pessoas idosas do gênero feminino tendem a apresentar quadros de depressão relativamente mais acentuados.

No estudo de Azevedo (2015), a importância do constructo depressão no âmbito dos CP objetivou estimar a prevalência do transtorno psiquiátrico e sua associação com a percepção de dor e capacidade funcional de pacientes em CP, identificando elevada prevalência de doenças psiquiátricas em pacientes com dor decorrente de diversas etiologias crônicas (câncer e não câncer).

Salienta-se que a ferramenta SPCIT (*Supportive and Palliative Care Indications Tool*), baseada em características clínicas e laboratoriais que indicam DCNT em fases avançadas, foi validada no Reino Unido. E de acordo com Corrêa et al. (2017), buscou-se através dela, a identificação de pacientes com necessidade de CP, o que pode auxiliar no reconhecimento do cenário brasileiro, possibilitando a construção de uma política de saúde de integração do CP em todos os níveis de atenção.

Outro instrumento bastante utilizado em pesquisas brasileiras é o PPS (*Palliative Performance Scale*), amplamente utilizado dentro da medicina paliativa, para acompanhar a curva evolutiva da doença, trazendo subsídios para tomada de decisão, previsão de prognóstico e definição de terminalidade (MEDEIROS, 2014), traduzida para o português, porém não foi possível encontrar a validação no Brasil.

Nessa perspectiva, não há consenso sobre a melhor forma de avaliar pacientes geriátricos e a indicação oportuna da transição do cuidado terapêutico para o CP. O que justifica a implementação tardiamente dele em idosos não oncológicos além da influência de fatores como: estado funcional, cognitivo e nutricional a serem subestimados. A centralização do CP apenas ao paciente oncológico tende a negligenciar outros aspectos do cuidado geriátrico (ARCANJO et al., 2018).

Diante disso, a enfermagem insere-se na equipe multiprofissional da AB enquanto profissão que tem papel fundamental na assistência paliativa. Pode-se observar que muitas das vezes, quando se diz respeito aos Cuidados Paliativos, a qualidade em si não se encontra somente no domínio da habilidade técnica ou no conhecimento daquele que presta o cuidado, porém no proceder do profissional, que não é nada mais do que um reflexo da visão que o mesmo possui, em relação ao paciente e ao seu contexto naquele exato momento. A Enfermagem também se torna responsável não somente pelas necessidades fisiológicas, porém aquelas psicossociais, espirituais, afetuosas, que nem sempre são fáceis de dar suporte assistencial (FRANCO et al., 2017).

6. CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou conhecer o perfil das pessoas idosas, as quais apresentaram indicativos da necessidade de CP: eram do sexo feminino, idosos (as) jovens (60-69 anos), analfabetos (as), com diagnóstico de alguma DCNT, das citadas dentro dos critérios elegíveis para CP e que referiram sentir dor diariamente.

Sabe-se que tais DCNT são as principais causas de morte mundial e responsáveis pelas mortes prematuras com idade inferior a 70 anos, daí a importância de a AB assumir de maneira soberana a identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos. Inseridos em portarias ministeriais e políticas nacionais brasileiras, os CP carecem do alcance na prática assistencial de seu objetivo primordial que consiste em garantir cuidados especiais a todos (as) que apresentem sintomas que reduzam a qualidade de vida e que, devido à presença de uma doença sem tratamento, tenham uma morte com dignidade, estabelecendo canais de comunicação com a família e profissionais de saúde.

Dessa forma, irrefutavelmente, a AB enquadra-se como um cenário onde os (as) usuários (as) do SUS, podem ser avaliados (as) quanto a necessidade de CP e a partir disso, trabalhar na prevenção e promoção da saúde, incluindo a dor e as condições crônicas de saúde como norteadores dessa identificação. A Estratégia Saúde da Família, pode ser considerada um fator/ambiente de proteção das condições de saúde dos idosos, desde que trabalhe na perspectiva dos CP. Busca-se com os resultados desse estudo, enfatizar a inclusão efetiva dos CP às pessoas idosas na AB.

7. REFERÊNCIAS

- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed. 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 14 set. 2019.
- _____. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. Out. 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.
- ANDRADE, C. G. et al. Cuidados Paliativos ao Paciente Idoso: uma Revisão Integrativa da Literatura. **R bras ci Saúde**, v. 16, n. 3, p. 41133-418, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/12587/7883>. Acesso em: 18 jun. 2018.
- ARCANJO, S. P. et al. Características clínicas e laboratoriais associadas à indicação de cuidados paliativos em idosos hospitalizados. **Einstein** (São Paulo)., v. 16, n. 1, p.1-8, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n1/pt_1679-4508-eins-16-01-eAO4092.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.
- AZEVEDO, C. et al. Perspectivas para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.15, n.4, p. 683-693, 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/967511/objn-2016.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2018.
- AZEVEDO, C. **Qualidade de vida, apoio social e depressão em usuários da Atenção Primária à Saúde elegíveis para Cuidados Paliativos**. 2015. 128f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação - Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Universidade Federal de São João Del Rei, Divinópolis, 2015. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B8aGAEIldoecT0lteVQ0ZFR5Q2s/view>. Acesso em: 20 set 2019.
- BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP), v. 18, n.1, p. 325-339, jan-mar., 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>. Acesso em: 27 out. 2018.
- BARBOSA, M. B. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 125-135, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200123&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2019.
- BARBOSA, M. F. **Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e utilização de medicamentos: perfil e satisfação**. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Maria_Fernanda_cuidados_paliativos.pdf. Acesso em: 05 out. 2019.
- BARRIOSO, P. D. C. **Cuidados Paliativos e atenção primária à saúde: proposição de um rol de ações de enfermagem**. São Paulo, 2017. 90 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em:

<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-24092018-160612/pt-br.php> Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** 3. ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

_____. **Política Nacional do Idoso** (Lei nº 8.842, de Janeiro de 1994). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 1 ed. 2010. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em: 13 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1083, de 02 de Outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-dor-cronica-2012.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: DF, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 18 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: DF, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html Acesso em: 18 de out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 23 out. 2019.

BRITO, T. A. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. **Fisioter. Pesqui.**, v. 21, n. 4, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502014000400308&script=sci_abstract. Acesso em: 24 out. 2019.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, 2002.

CELICH, K. L. S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n.3, p. 345-359, 2009.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232009000300345&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 jul. 2018.

COMBINATO, D. S.; MARTINS, S. T. F. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 433-441, 2012. Disponível em: www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/5.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

CORRÊA, S. R. et al. Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's experience. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-8, jan-dez, 2017. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br>. Acesso em: 05 out. 2019.

DE JESUS, I. T. M. et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 6, p. 614-620, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000600614&script=sci_abstract&tlng=pt.

Acesso em: 03 dez. 2019.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA; C. A. M. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, p. 235-242, 2012. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17081>. Acesso em: 14 jul. 2018.

DUARTE, M. C. S. et al. Produção científica sobre a pessoa idosa em cuidados paliativos: estudo bibliométrico. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 3, jul./set., p. 3093-3109, 2015.

Disponível em:

www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/4944/pdf_1677. Acesso em: 18 jun. 2018.

ETKIND, S. N. et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. **BMC Medicine**, v.15, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>. Acesso em: 26 out. 2019.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. 6, p. 928-36, 2009.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000080>. Acesso em: 23 out. 2019.

FLORIANI, C. A. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. **Rev. bioét.** (Impr.), v. 21, n. 3, p. 397-404, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a03v21n3.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2019.

FRANCO, H. C. P. et al. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **Revista Gestão & Saúde**, v. 17, n. 2, p. 48-61, 2017. Disponível em:

<http://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

FREIRE, N. de S. A. et al. Perfil sociodemográfico e de adoecimento de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência: estudo observacional. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 227-240, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/40909>. Acesso em: 03 dez. 2019.

GÓIS A.L.B.; VERAS R.P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**[Online], v. 15, n.6, p. 2859-69, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600023. Acesso em: 03 dez. 2019.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados Paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155. Acesso em: 18 jun. 2018.

HELLWING, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3575-3584, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001103575&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Alagoas. 2018.

Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Educação 2018. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. 2019. ISBN 978-85-240-4495-3. Disponível em:

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101657_informativo.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

IAHPC. International Association for Hospice and Palliative Care. Global Consensus based palliative care definition. Houston, TX, 2018. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>. Acesso em: 22 set. 2019.

KNAUL, F. M. et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. **Lancet**, v. 391, April, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993>. Acesso em: 19 jul. 2019.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003. Acesso em: 15 ago. 2019.

LIMA, G. A. F. **Assistência em cuidados paliativos a pessoa idosa na atenção primária à saúde**. 2015. 98f. Dissertação Mestrado em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/20804>. Acesso em: 20 set. 2019.

LIRA, D. B. et al. Correlação entre Síndrome da Fragilidade e Internação nos Últimos 12 Meses em Idosos da Comunidade. *In*: Encontro Nacional de Pós-Graduação, VII ENPG, v. 2,

2018. **Anais** [...]. Cidade de Santos-SP, 2018. Disponível em: <http://periodicos.unisantabr/index.php/ENPG/article/view/1574>. Acesso em: 22 set. 2019.

MACEIÓ. Prefeitura Municipal de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de Distritos Sanitários. **Diagnóstico Situacional dos distritos sanitários de Maceió**. Maceió, 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021**. SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2017.

MARCUCCI, F. C. I. et al. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 145-152, 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-145.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul-set, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00881.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

MARTINS, J. B. et al. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos residentes em zona rural. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n.3, p. 01-09, jul/set, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48943>. Acesso em: 14 jul. 2018.

MEDEIROS, R. B. **Aplicação sequencial da escala de Performance Paliativa em pacientes internados em um Hospital Geral**. 2014. 50p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/128669>. Acesso em: 06 out. 2019.

NUNES, B. P. et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 51, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006646.pdf. Acesso em: 17 set. 2019.

OLIVEIRA, M. C. **Enfermagem em Cuidados Paliativos**: proposta de intervenção para a assistência à saúde dos portadores de doenças crônicas. 2014. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/129475>. Acesso em: 15 out. 2018.

OLIVEIRA, M. B. **A abordagem de pacientes com dores crônicas e cuidados paliativos na Estratégia de Saúde da Família**. 2015. Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8079> Acesso em: 12 set. 2019.

PAULA, A. F. M. et al. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, jul-set, v.11, n.3, p. 212-8, jul-set, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3767.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.

PEREIRA, D. G. et al. Significados dos cuidados paliativos na ótica de enfermeiros e gestores da Atenção Primária à Saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11, (Supl. 3), p. 1357-64, mar., 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13977/16825>. Acesso em: 15 out. 2018.

POUBEL, P. B. et al. Autopercepção de saúde e aspectos clínicos funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. **J. Health Biol Sci**, v.5, n.1, p.71-78, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1054>. Acesso em: 5 jul. 2018.

QUEIROZ, T. A. et al. Cuidados Paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 1, e1420016, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000100310&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 jun. 2018.

QUEIROZ, A. H. A. B. et al. Percepção de familiares e profissionais sobre os cuidados no final de vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 set. 2019.

RODRIGUES, L. R. et al. Espiritualidade e religiosidade relacionadas aos dados sociodemográficos de idosos. **Rev Rene.**, v. 18, p. 429-36, jul-ago, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/20196>. Acesso em: 25 set. 2019.

RODRIGUES, D. B. **A atenção hospitalar como elo da rede de atenção à saúde (RAS) nos cuidados paliativos: proposta de linha de cuidado**. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2017. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/332508/1/Rodrigues_DanielleBrito_MP.pdf. Acesso em: 02 out 2019.

SANTOS, C. S. et al. Avaliação da confiabilidade do mini-exame do estado mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 3, 2010. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i3.18879>. Acesso em: 23 out. 2019.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Prevalência e fatores associados à hipertensão em idosos de um serviço de atenção primária. **REFACS**, Uberaba, v. 6, p. 321-329, 2018. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2898>. Acesso em: 10 out. 2019.

SILVA, A. R. **Doenças crônicas não transmissíveis e sinais e sintomas de depressão e de declínio cognitivo em idosos na atenção primária à saúde**. 2015. 76 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica, Porto Alegre, RS, 2015. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/7452>. Acesso em: 20 jul. 2018.

SILVA, A. L. S. et al. Perfil Epidemiológico dos Idosos de Uma Unidade Saúde da Família. **UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde.**, v. 11, n. 2, p. 27-33, 2009. Disponível em: <https://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/download/1490/1428> Acesso em: 23 out. 2019.

SILVA, J. V. F. et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 2, n.3, p. 91-100, Maio, 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/2079>. Acesso em: 27 out. 2018.

SILVA, L. W. S.; SANTOS, K. M. O. Analfabetismo e declínio cognitivo: um impasse para o uso adequado de medicamentos em idosos no contexto familiar. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 245-47, jun., 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/viewFile/4873/3461>. Acesso em: 17 set. 2019.

SOUZA, E. M. S. **Fragilidade em idosos institucionalizados**: aplicação da escala de Edmonton Frail Scale associada à independência funcional. 2013. 154 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22052014-184011/pt-br.php>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SOUZA, H. L. et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Rev. bioét.**, v. 23, n. 2, p. 349-59, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000200349&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 set. 2019.

SOUZA, J. M.; ALVES, E. D. Cuidados paliativos de Enfermagem na Atenção Domiciliar. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 2, p. 669-76, fev., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10386/11138>. Acesso em: 15 out. 2018.

SOUZA V. D.; DRIESSNACK M.; MENDES I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para Enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, maio-junho, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

TAVARES, D. M. S. et al. Fatores associados à independência funcional de idosos longevos da comunidade. **Cogitare Enferm.**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61527>. Acesso em: 14 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer pain relief and palliative care** — report of a WHO expert committee. 1990. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>. Acesso em: 25 out. 2019.

_____. **The solid facts**: Palliative Care. 2004. ISBN 92 890 1091 6. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.

_____. **Palliative Care. Cancer control**: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Módulo 05. Geneva, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24716263>. Acesso em: 10 out. 2019.

_____. How many people at the end of life are in need of palliative care worldwide? *In*: WPCA – Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the end of life. Londres: WPCA; 2014. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Universidade Federal de Alagoas
Escola de Enfermagem e Farmácia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Eu, _____, tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo: **CARACTERÍSTICAS DA PESSOA IDOSA INDICATIVAS DA NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA**, recebi Sra. Prof^a Dr^a Elizabeth Moura Soares de Souza e da Acadêmica de enfermagem Ana Beatriz de Almeida Lima responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1. Que o estudo se destina a descrever as características da pessoa idosa indicativas da necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica.
2. Que a importância deste estudo é a de contribuir para o entendimento das práticas de cuidados paliativos ao idoso no contexto da atenção primária. Sua relevância está na oportunidade de discussão para qualificação do cuidado de Enfermagem a pessoa idosa com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).
3. Que os resultados serão apresentados como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de forma que todas as informações obtidas sejam descritas. E, posteriormente, serão divulgados em forma de artigo, como também serão disponibilizados para os sujeitos participantes, seus familiares e profissionais dos serviços.
4. Que esse estudo será feito da seguinte maneira: ocorrerá através de uma entrevista com perguntas sobre sua saúde geral, caracterização sociodemográfica, sobre dificuldades para fazer as tarefas básicas do dia a dia, e também para saber como está sua memória, nível de cognição e seu estado de humor. Posteriormente a isso, os dados serão coletados e armazenados em uma planilha eletrônica de dados (Microsoft Excel®) para codificação das variáveis. As análises descritivas serão realizadas visando caracterizar a população do estudo utilizando-se percentual e média.
5. Que esse estudo começará em Junho/2019 e terminará em Setembro/2019.

6. Que os incômodos e possíveis riscos à saúde física e/ou mental são: constrangimento em não saber o que responder em relação ao tema; constrangimento/inibição diante de um observador; quebra de sigilo da pesquisa; perda de tempo. Serão utilizados como critérios para minimizar os riscos descritos: treinamento com os entrevistadores/pesquisadores para assegurar uma abordagem adequada ao idoso e que garanta a confidencialidade. Se por acaso ocorrer algum incômodo, a equipe de pesquisa se responsabilizará pela solução ao ocorrido.

7. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

8. A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, mas caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

9. Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento pelo telefone.

10. Os benefícios esperados com a sua participação, mesmo que não diretamente são: a construção de uma assistência de Enfermagem adequada, e direcionada ao idoso diagnosticado com doenças crônicas que propicie qualidade de vida e dissemine a ampliação do conhecimento sobre a prática dos cuidados paliativos direcionados à pessoa idosa. Nós, pesquisadoras garantimos que:

- ◆ Os resultados obtidos serão divulgados sob a forma de trabalho de conclusão de curso, resumos e publicações científicas, após sua aprovação e do Comitê de Ética.
- ◆ Os dados dos participantes serão mantidos sob sigilo. E no final da pesquisa ou mesmo durante a mesma, caso seja necessário, os participantes poderão ter acesso aos resultados individuais.
- ◆ Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, bem como não há compensação financeira relacionada à sua participação.
- ◆ Sinta-se absolutamente a vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. E ao decidir deixar de participar da pesquisa você não terá qualquer prejuízo no restante de suas atividades.

- ◆ Finalmente, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO. Este termo encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a mim.

Maceió, ____ de _____ de 2019.

Endereço da equipe de pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Profa. Dra. Elizabeth Moura Soares de Souza

Endereço: Av. Durval de Góes Monteiro, 512, Condomínio Alamedas do Horto, Quadra E, Lote 8, Maceió - AL.

Telefones p/contato: (82) 3338-9665 / 999996657

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas

Ana Beatriz de Almeida Lima

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00h

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

	Elizabeth Moura Soares de Souza	Ana Beatriz de Almeida Lima
Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura da Orientadora responsável pela pesquisa (Rubricar as demais páginas)	Nome e Assinatura da pesquisadora Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE B**DECLARAÇÃO DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS****DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DAS RESOLUÇÕES 466/12
E 510/16, DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E
SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL/DADOS COLETADOS**

Eu, Ana Beatriz de Almeida Lima, discente do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, tendo como orientadora Prof^a Dra. Prof Dra Elizabeth Moura Soares de Souza, pesquisadoras do projeto intitulado como "Características da pessoa idosa indicativas da necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica", ao tempo em que nos comprometemos em seguir fielmente os dispositivos das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/MS, asseguramos que os resultados da presente pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não, bem como declaramos que os dados coletados para o desenvolvimento do projeto, que será feito através de uma entrevista semiestruturada na forma de questionário serão utilizados para coleta e análise de dados e, após conclusão da pesquisa, serão armazenados por cinco anos, após este tempo os dados serão destruídos.

Maceió, 6 de Dezembro de 2018.


Pesquisadoras

APÊNDICE C

SOLICITAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A PESQUISA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Solicito desta secretaria a autorização para realizar a pesquisa intitulada: "Características da pessoa idosa indicativas da necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica" que eu, pesquisadora discente Ana Beatriz de Almeida Lima orientada pela docente Prof Dra Elizabeth Moura Soares de Souza, irei desenvolver trabalho de conclusão de curso do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. A coleta de dados será realizada na Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcante de Melo, localizada no conjunto Freitas Neto, no bairro Benedito Bentes localizadas no VI distrito sanitário de saúde do município de Maceió. Só será iniciada a coleta de dados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Maceió, 6 de dezembro de 2018.

Ana Beatriz de A. Lima Pesquisadora Ana Beatriz de Almeida Lima

Elizabeth Moura Soares de Souza Orientadora Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moura Soares de Souza

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES

Prof Dra Elizabeth Moura Soares de Souza

Professora da Universidade Federal de Alagoas - Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR) e Orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - EENFAR

Ana Beatriz de Almeida Lima

Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas – EENFAR

Email: aniinhabia17@gmail.com

Telefone: (82) 996848170

APÊNDICE D - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A SMS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maceió, 11 de Dezembro de 2018.

À José Thomaz Nonô

Secretário Municipal de Saúde de Maceió

Assunto: Solicitação de autorização para realizar pesquisa com idosos na Atenção Básica.

Solicitamos à Vossa Senhoria a autorização para realização da pesquisa intitulada: "CARACTERÍSTICAS DA PESSOA IDOSA INDICATIVAS DA NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA", da estudante ANA BEATRIZ DE ALMEIDA LIMA, sob orientação da Professora Dra. Elizabeth Moura Soares de Souza.

Os sujeitos participantes da pesquisa serão pessoas idosas cadastradas e atendidas na Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcante de Melo do conjunto residencial Freitas Neto, no bairro Benedito Bentes, localizado no Vidistrito sanitário de Maceió-AL.

Certos de contarmos com seu importante apoio, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Maceió, 11 de Dezembro de 2018.

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como Elizabeth Moura Soares de Souza.

ELIZABETH MOURA SOARES DE SOUZA

MATRÍCULA SIAPE 0467117

CPF 229.986.163-72

ANEXO A

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Título da Pesquisa: Características da pessoa idosa indicativas da necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica

Data de Preenchimento do Questionário: ____/____/____ Horário: ____:____

Local: Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcante de Melo, Benedito Bentes,
Maceió-AL.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

A1) Qual é a sua idade _____ (anos completos)

Dia, mês e ano de nascimento ____/____/____ (*Ver documento se necessário*)

A2) Sexo

(1) Masculino (2) Feminino

A3) Qual é a cor da sua pele?

(1) Branca (4) Preta
(2) Parda (5) Indígena
(3) Amarela (99) NS/NR

A4) Qual o local do seu nascimento (*Ver documento se necessário*)

(1) Urbano
(2) Rural
(99) NS/NR

A5) Qual é o seu estado conjugal?

(1) Solteiro (a)
(2) Casado (a)
(3) Divorciado (a)/desquitado(a)
(4) Separado (a)
(5) Viúvo(a)
(6) Outro _____
(99) NS/NR

A6) Com quem o (a) senhor (a) mora?

(1) Com o (a) esposo (a)
(2) Com filhos (as)
(3) Sozinho (a)
(4) NS/NR

A7) O (a) Sr (a) recebe visita de alguém do posto de saúde?

(1) Sim
(2) Não
(99) NS/NR

A8) Qual é a frequência dessa visita?

(1) pelo menos 1 vez por semana
(2) pelo menos 1 vez por mês
(3) pelo menos 1 vez por ano
(99) NS/NR

A9) Quantos filhos vivos o (a) Sr (a) tem? _____ (99) NS/NR

A10) Qual é a sua religião?

- (0) Nenhuma
- (1) Católica
- (2) Protestante ou Evangélica
- (3) Espírita
- (4) Judaica
- (5) Outra (especifique) _____

A11) O Sr. sabe ler e escrever?

- (1) sim
- (2) não
- (99) NS/NR

A12) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? _____

(99) NS/NR

A13) Qual é a sua renda mensal em reais (em salários mínimos - SM):

Idoso: _____

- (0) não tem
- (1) 1 salário mínimo
- (2) 2 ou mais salários mínimos
- (3) 3 ou mais
- (99) NS/NR

A14) Qual é o seu tipo de renda?

- (1) aposentadoria
- (2) Pensão
- (3) Aluguel
- (4) Trabalho Próprio
- (5) Doações (família, amigos, instituições)
- (6) Invalidez
- (7) Outras _____
- (8) Não tem
- (99) NS/NR

A15) Com que idade se aposentou? (anos completos)

(99) NS/NR

DADOS DE SAÚDE

B1) Quando o (a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde, qual o tipo de serviço de saúde o(a) Sr(Sra) utiliza?

- (1) SUS
- (2) Convênio de saúde
- (3) Particular
- (4) Farmácia
- (5) Benzedeira
- (6) Outro (especifique) _____
- (99) NS/NR

B2) O (a) Sr (a) faz uso de tabaco?

- (1) sim
- (2) não
- (3) NS/NR

a) Quanto tempo faz uso? Anos _____

b) Quantos maços fuma por dia? _____

c) Qual o tipo de tabaco que usa? _____

B3) O (a) Sr (a) faz uso de bebida alcoólica?

- (1) sim
- (2) não
- (3) NS/NR

a) Quanto tempo faz uso? Anos _____

b) Que tipo de bebida ingere? _____

B4) Como o (a) Sr (a) avalia sua memória atualmente?

- (1) Excelente
- (2) Muito Boa
- (3) Boa
- (4) Regular
- (5) Ruim
- (6) Péssima
- (99) NS/NR

B5) Comparando com um ano atrás, o (a) Sr (a) diria que agora sua memória está...

- (1) Melhor.
- (2) Igual
- (3) Pior
- (99) NS/NR

B6) Teve alguma hospitalização no último ano?

- (1) Sim
- (2) Não

Qual o motivo, especifique _____

B7) O Sr (a) faz algum tratamento de saúde?

Se sim, especifique _____

B8) Toma quantos remédios por dia?

- (1) menos de 5
- (2) mais de 5
- (3) Nenhum
- (99) NS/NR

B9) Tem alguma dificuldade para andar?

- (1) sim
- (2) não
- (99) NS/NR

B10) Consegue sair de casa sozinho?

- (1) sim
- (2) não
- (99) NS/NR


B11) Sente alguma dor com frequência? Se sim, onde? Qual frequência?

- (1) sim
- (2) não
- (99) NS/NR

B12) Tem Hipertensão, Diabetes, Câncer, Doença Respiratória, Osteoporose, Osteoartrose, AVE (Acidente Vascular Encefálico), Doença Cardíaca, Doença Renal, Doença Degenerativa ou Doença Neurológica?

- (1) sim, qual (is)? _____
- (2) não
- (99) NS/NR

ANEXO B

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL			
1. Orientação temporal (0-5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0-5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0-3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o idoso o aprenda (máximo 5 vezes)	Árvore Mesa Cachorro	1 1 1
4. Cálculo	O(a) senhor (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4 ^a) Não (vá para 4b)	1 1
4a. Cálculo (0-5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b. Soletre	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse a pouco	Árvore Mesa Cachorro	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Caneta Relógio	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 pontos)	Escreva em um papel: "Feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute.	FECHE OS OLHOS.	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho.		1
Total			

Fonte: Folstein et al (1975) e validado para a língua portuguesa por Bertolucci et al. (1994)

ANEXO C

COMORBIDADES				
O(a) Sr(a) no momento tem algum destes PROBLEMAS DE SAÚDE que podem ou não interferir nas suas atividades da vida diária?				
	NÃO	SIM		NS/NR
		NÃO Interfere na vida diária	Interfere na vida diária	
1) Anemia	0	1	2	99
2) Ansiedade/transtorno do pânico	0	1	2	99
3) Artrites/artroses	0	1	2	99
4) Asma ou bronquite	0	1	2	99
5) Audição prejudicada	0	1	2	99
6) Câncer - Qual? _____	0	1	2	99
7) Enfisema/doença broncopulmonar	0	1	2	99
8) Diabetes Mellitus	0	1	2	99
9) Depressão	0	1	2	99
10) Derrame	0	1	2	99
11) Doença cardíaca	0	1	2	99
12) Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	0	1	2	99
13) Doença vascular periférica (varizes)	0	1	2	99
14) Doença Neurológica (Parkinson/D. de Alzheimer)	0	1	2	99
15) Hipertensão arterial	0	1	2	99
16) Incontinência urinária e/ou fecal	0	1	2	99
17) Insônia	0		2	99
18) Obesidade	0	1	2	99
19) Osteoporose	0	1	2	99
20) Constipação	0	1	2	99
21) Problemas de coluna	0	1	2	99
22) Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	0	1	2	99
23) Tontura (labirintite/vertigem)	0	1	2	99
24) Outras – Qual? _____	0	1	2	99

Fonte: Membros do NUPEGG – Luciana Kusumota; Idiane Rosset-Cruz; Sueli Marques; Rosalina Rodrigues; Suzele Fabricio-Wehbe; Aline Gratão; Elizandra Pedrazzi, Fabio Schiavetto.

ANEXO E

ESCALA DE KATZ

Nome: _____		Data da avaliação: __/__/____	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho – a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são consideradas independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.			
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input type="checkbox"/>	
Vestir – para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos			
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. <input type="checkbox"/>	
Banheiro – a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;			
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <input type="checkbox"/>	
Transferência – a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;			
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. <input type="checkbox"/>	Não sai da cama. <input type="checkbox"/>	
Continência – "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;			
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. <input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>	
Alimentação – a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.			
Alimenta-se sem assistência. <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input type="checkbox"/>	

Fonte: BRASIL, 2006.

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DA SECRETÁRIA DE SAÚDE DE MACEIÓ




**ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE**

AUTORIZAÇÃO MOTIVADA


PROCESSO Nº	05800 119534 2018 MINUTA 69
INTERESSADO	ELIZABETH MOURA SOARES DE SOUZA
ASSUNTO	SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA COM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 17/12/2018

- Autoriza-se Elizabeth Moura Soares de Souza, a realizar uma pesquisa intitulada: “Características da pessoa idosa indicativas da necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica”, da Universidade Federal de Alagoas – UFAL.
- Será desenvolvido através de pesquisa quantitativa com pessoas idosas cadastradas e atendidas na ESF (Estratégia Saúde da Família) do conjunto residencial Freitas Neto (Benedito Bentes), localizado no VI Distrito Sanitário de Maceió – AL, da Unidade de Saúde da Família (usf) Robson Cavalcante.
- A referida atividade contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. Tendo, a responsável pela atividade vivencial que apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.


José Thomaz Nonô
 Secretário Municipal de Saúde de Maceió

Declaro estar ciente das informações e assumo o compromisso de apresentar os resultados e discussões obtidas ao término da atividade vivencial.


 Assinatura do Pesquisador (a)

Rua Dias Cabral, nº 569, Sala 407, Centro, CEP 57020-250
Maceió/AL - Fone: (082)3315-5183

www.maceio.al.gov.br/sms/

ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Características da pessoa idosa indicativas da necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica

Pesquisador: Elizabeth Moura Soares de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 06344219.7.0000.5013

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem e Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.375.629

Apresentação do Projeto:

A assistência à pessoa idosa inicia desde o momento em que se identifica as suas necessidades. Descrever as características da pessoa idosa indicativas da necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica é o objetivo deste estudo quantitativo, descritivo, transversal. A população do estudo será composta por pessoas idosas cadastradas e atendidas em uma Unidade de Saúde da Família localizada em um bairro de Maceió. A coleta de dados ocorrerá através de uma entrevista na qual será aplicada um questionário acerca de características sociodemográficas e dados de saúde, com a aplicação das escalas de Katz, de comorbidades, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e a escala de Depressão Geriátrica (GDS15). Os dados coletados serão armazenados em uma planilha eletrônica e analisados descritivamente utilizando percentual e média. A apresentação será realizada através de gráficos e tabelas, e a discussão baseada na literatura atual disponível sobre o tema.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever as características da pessoa idosa, indicativas da necessidade de cuidados paliativos na Atenção Básica.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufa@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.375.629

Objetivo Secundário:

Caracterizar as pessoas idosas quanto aos dados sociodemográficos; Avaliar nas pessoas idosas a capacidade para executar as atividades de vida diária e o estado cognitivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes poderão sentir-se desconfortáveis com as entrevistas e outras etapas da pesquisa. Os incômodos e possíveis riscos à saúde física e/ou mental são: constrangimento em relatar conhecimento em relação ao tema; inibição diante de um observador; constrangimento pelo fato de estar sendo entrevistado.

Benefícios:

benefícios esperados com a sua participação, mesmo que não diretamente são: a construção de uma assistência de Enfermagem adequada, e direcionada ao idoso diagnosticado com doenças crônicas que propicie qualidade de vida e dissemine a ampliação do conhecimento sobre a prática dos cuidados paliativos direcionados à pessoa idosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 468/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem óbice ético.

Recomendações:

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeeticaufa@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.375.620

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência 3: Detalhar metodologia (Quando, como, onde, porque e forma de seleção dos casos). -->
Pendência atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

Ilmo. (a) Prof. (a) Elizabeth Moura Soares de Souza, lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12:

O Sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comiteeticafai@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.375.629

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1288059.pdf	21/05/2019 22:48:40		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIAS_3.docx	21/05/2019 22:45:07	Elizabeth Moura Soares de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_final_toc.pdf	21/05/2019 22:41:41	Elizabeth Moura Soares de Souza	Aceito
Outros	Declaracao_de_publicizacao1.pdf	31/03/2019 15:18:49	Elizabeth Moura Soares de Souza	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.toc.pdf	31/03/2019 15:17:16	Elizabeth Moura Soares de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_I_TCLE.pdf	31/03/2019 15:16:36	Elizabeth Moura Soares de Souza	Aceito
Outros	ESCALAS_DE_AV.docx	22/01/2019 23:50:55	Elizabeth Moura Soares de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoCEP002.pdf	22/01/2019 23:13:42	Elizabeth Moura Soares de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comiteeticafal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.375.629

MACEIO, 06 de Junho de 2019

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Batida 05.06.19