

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

LILIAN CRISTINA DA CRUZ

**ESCU TA TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO
IDOSO**

UBERABA

2019

LILIAN CRISTINA DA CRUZ

**ESCUITA TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO
IDOSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixos temáticos: Saúde do Adulto e do Idoso; Saúde da família.

UBERABA

2019

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

C962e Cruz, Lilian Cristina da
Escuta terapêutica no processo de atendimento à saúde do
idoso / Lilian Cristina da Cruz. -- 2019.
75 f.: il. tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2019
Orientadora: Profa. Dra. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

1. Idoso. 2. Enfermagem. 3. Saúde mental. I. Gonçalves,
Jurema Ribeiro Luiz. II. Universidade Federal do Triângulo Mi-
neiro. III. Título.

CDU 613.98

LILIAN CRISTINA DA CRUZ

**ESCUA TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO
IDOSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixos temáticos: Saúde do Adulto e do Idoso; Saúde da família.

Uberaba, _____ de _____ de 2019.

Banca examinadora:

Profª Drª Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) Orientadora

Profª Drª Leiner Resende Rodrigues

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Profª Drª Marciana Fernandes Moll

Universidade de Uberaba (UNIUBE)

Dedico este trabalho à minha família.

*À minha família, por seu meu porto seguro,
pelo amor que nos une e por ser minha
inspiração para ser um ser humano melhor.*

*Especialmente, ao meu irmão Leonardo, por
ter me presenteado com uma nova
oportunidade de viver.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profa. Dra. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves, orientadora deste estudo, por me acolher, inspirar e conduzir cada etapa deste processo. Não poderia deixar de manifestar minha gratidão por este exemplo de docente e de ser humano. Agradeço pelos ensinamentos que foram além dos muros da Universidade, pelo afeto e pela generosidade ao ensinar. Sempre será referência nos quesitos ética, competência e dedicação. Obrigada pelo apoio, incentivo e especialmente, por colaborar tão significativamente na minha formação docente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por presidir todas as horas de minha vida.

Aos meus pais (*in memoria*) Liovaldo e Maria Joana pela vida, por serem exemplos de honestidade, respeito, valentia e resiliência. Recordar de vocês tem sido necessidade vital.

Aos meus irmãos Leonardo, Liliane e Leandro (*in memoriam*) pelo vínculo espiritual que nos une e nos fortalece. E, também pelo amor incondicional.

Aos meus familiares, obrigada por me acolher, amparar, por compartilhar as grandes alegrias e por suavizar os momentos de luta.

Aos meus sobrinhos, por serem minha fonte inesgotável de alegria, afeto e doçura.

Aos meus amigos, que sempre foram minha família de escolha, o sol nos meus dias nublados, meu suporte emocional e meu refúgio. Por estarem sempre presente, pelo apoio, pela partilha, por andar lado a lado mesmo nos momentos desfavoráveis. Feliz por ter vocês na minha história.

Ao CEFORES, especialmente, minhas parceiras de vida e colegas de trabalho, por serem exemplos de ética, dedicação, competência e amor.

À Família Logosófica, por ser meu porto seguro e por compartilhar comigo o anelo de ser melhor.

Aos amigos que construí no mestrado, obrigada por toda colaboração, companheirismo e aprendizado. Agradeço por suavizar as lutas deste caminho.

À minha amiga Damiana, um dos presentes que o mestrado trouxe para minha vida.

Ao Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba, em especial à equipe de enfermagem e médica que carinhosamente me acolheu neste serviço. Amenizando

dores, medos e angústias.

A todos que compõem o quadro docente e técnico administrativo da pós graduação em Atenção à Saúde, agradeço pela competência, dedicação, presteza e carinho que sempre tiveram comigo.

A Margarida, Petúnia, Lírio e Orquídea por compartilharem suas histórias para o meu aprendizado e para a realização desta pesquisa.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente colaboraram com a realização deste sonho. A cada etapa concluída eu vibrava e meu interno se transbordava de alegria e felicidade. A vocês o meu sentir mais puro e repleto de gratidão.

*“...Mesmo quando tudo pede um pouco mais
de calma
Até quando o corpo pede um pouco mais de
alma
A vida não para
Enquanto o tempo acelera e pede pressa
Eu me recuso, faço hora, vou na valsa...”*

Paciência - Lenine

RESUMO

CRUZ, Lilian Cristina. Escuta terapêutica no processo de atendimento à saúde do idoso. 2019. 75f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2019.

Introdução: O envelhecer é natural, inevitável e irreversível. É comum o idoso apresentar conflitos internos manifestados na forma de ansiedade, insegurança, medo, sentimentos de solidão e desamparo, sendo estes, fatores importantes que o levam a uma maior vulnerabilidade emocional e ao desenvolvimento de transtornos mentais como a depressão. É uma patologia que pode ser potencializada ou mascarada nos idosos, devido ao processo natural de envelhecimento, doenças associadas e, também, pelo uso de medicações, o que dificulta diagnóstico e, conseqüentemente, ações de intervenções para tratamento e enfrentamento da enfermidade. Uma das estratégias intervencionais exitosa, seria o uso da escuta terapêutica, que possibilita a troca dialógica, o compartilhamento de experiências e sensibiliza o idoso para a melhoria no modo de vida individual e coletivo. **Objetivo:** Descrever a influência da escuta terapêutica utilizando a técnica de solução de problemas junto a idosos com indicativo de depressão de um Centro de Atenção à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa intervencional de cunho qualitativo. Esse estudo ocorreu no domicílio de quatro idosas com escore depressão, encaminhadas de um Centro de Atenção Integrada. A intervenção foi composta por quatro encontros semanais com duração de uma hora cada. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob parecer 2.041.710. As entrevistas foram analisadas através do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Ao analisar as entrevistas emergiram três discursos: DSC I - Acolhimento; DSCII - Crescimento pessoal e DSC III- Reflexão sobre a vida. **Conclusão:** A escuta terapêutica realizada no domicílio favoreceu a adesão a intervenção. Através da TSP foi possível estabelecer uma estratégia sistematizada e ordenada para o desenvolvimento da escuta. De acordo com os relatos das idosas, a TSP foi eficaz para a redução dos sintomas depressivos. Acredita-se que o enfermeiro munido de conhecimento, motivação e interesse, atuem como pilar para o

desenvolvimento de ações pautadas nas necessidades dessa clientela, no que diz respeito ao seu empoderamento emocional.

Palavras-chave: Enfermagem, Idoso, Saúde mental

ABSTRACT

CRUZ, Lilian Cristina. Listening to therapy in the process of health care for the elderly. 2019. 75f. Dissertation (Master in Health Care) - Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2019.

Introduction: Aging is natural, inevitable and irreversible. It is common for the elderly to present internal conflicts manifested in the form of anxiety, insecurity, fear, feelings of loneliness and helplessness, these being important factors that lead to greater emotional vulnerability and the development of mental disorders such as depression. It is a pathology that can be potentiated or masked in the elderly, due to the natural aging process, associated diseases and also by the use of medications, which makes it difficult to diagnose and, consequently, actions of interventions to treat and cope with the disease. One of the successful intervention strategies would be the use of therapeutic listening, which enables dialogic exchange, sharing of experiences and sensitizes the elderly to the improvement of the individual and collective way of life.

Objective: To describe the influence of therapeutic listening using the technique of problem solving with the elderly with a depression indicative Health Care Center.

Methodology: This is an interventional research of a qualitative nature. This study was carried out at the home of four elderly women referred from an Integrated Care Center, with depression score. The intervention consisted of four weekly meetings lasting one hour each. Data collection was performed through a semi-structured interview. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of the Triângulo Mineiro under opinion 2,041,710. The interviews were analyzed through the Discourse of the Collective Subject.

Results: When analyzing the interviews, three speeches emerged: DSC I - Reception; DSCII - Personal growth and DSC III - Reflection on life.

Conclusion: The therapeutic hearing carried out at home favored adherence to the intervention. A Through TSP it was possible to establish a systematized and orderly strategy for the development of listening. According to the reports of the elderly, TSP was effective in reducing depressive symptoms. It is believed that the nurse with knowledge, motivation and interest, act as a pillar for the development of actions based on the needs of this clientele, with respect to their emotional empowerment.

Keywords: Elderly; Mental Health; Nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de comunicação. Uberaba, MG, Brasil, 2018.	21
Figura 2 - Fluxograma de recrutamento de participantes e atendimentos. Uberaba, MG, Brasil, 2018.....	29
Figura 3 - Percepção construída no 1º Encontro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição do tempo da intervenção. Uberaba, MG, Brasil, 2018.....	30
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e econômicas dos idosos indicados pelo um centro de atenção à saúde	37
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E LISTA DE SIGLAS

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres humanos.

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

EDGA - Escala de depressão Geriátrica Abreviada

ESF - Estratégia Saúde da Família

GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMU - Prefeitura Municipal de Uberaba

PNI - Política Nacional do Idoso

TC - Teoria Comportamental

TSP - Técnica de Solução de Problemas

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	23
2.1 USO DA TÉCNICA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS.....	23
3 OBJETIVOS	26
3.1 GERAL.....	26
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	26
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	27
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	27
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	27
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	28
4.3.1 Critérios de inclusão.....	28
4.3.2 Critérios de exclusão.....	28
4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	28
4.4.1 Primeira etapa: Aplicação do instrumento de Perfil Sócio demográfico, Escala de depressão Geriátrica Abreviada e Agendamento das visitas	30
4.4.2 Segunda etapa: Intervenção Domiciliar.....	30
4.4.3 Terceira etapa: entrevista final.....	32
4.5 ANÁLISE DE DADOS	32
4.5.1 Etapas metodológicas para elaboração DSC.....	34
4.5.1.1 <i>Expressão chave - EC.....</i>	34
4.5.1.2 <i>Ideia Central -IC</i>	34
4.5.1.3 <i>Ancoragem</i>	34
4.5.1.4 <i>Discurso do Sujeito Coletivo.....</i>	35
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5 RESULTADOS.....	36
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.....	36
5.2 INTERVENÇÃO DOMICILIAR.....	38
5.2.1 Avaliação final	41
6 DISCUSSÃO.....	42
6.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	42

6.2 TÉCNICA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS, ATRAVÉS DE ESCUTA TERAPÊUTICA DOMICILIAR: PERCEPÇÃO AS IDOSAS AO VIVENCIAR A INTERVENÇÃO.....	45
6.2.1 DSC I - IC: Acolhimento	45
6.2.2 DSC II - IC: Crescimento pessoal	47
6.2.3 DSC III - IC: Reflexões sobre a vida	48
6.2.4 TSP e escuta terapêutica	49
7 CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS.....	53
ANEXOS E APÊNDICES.....	61

1 INTRODUÇÃO

A expectativa de vida da população vem crescendo de forma rápida, devido à melhoria das condições de vida. Este fenômeno demanda organização de políticas públicas, na medida em que traz implicações econômicas, previdenciárias, sociais e assistenciais. Com isso, o aumento da população idosa constitui tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de vários países (MENESES et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2015, o envelhecimento populacional foi considerado uma das maiores conquistas da humanidade. A maioria das pessoas que nascem hoje, pode esperar passar dos 60 anos, o que era improvável a um tempo atrás. Vivenciar essa fase da vida passou a ser natural até mesmo nos países em desenvolvimento, o que demanda um grande desafio para a atualidade (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Nos últimos 50 anos, a população brasileira quase triplicou: passou de 70 milhões, em 1960, para 190,7 milhões em 2010. O crescimento do número de idosos, no entanto, foi ainda maior. Em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam 4,7% da população. Em 2000, 14,5 milhões, ou seja 8,5% dos brasileiros, estavam nessa faixa etária. Na última década, passou para 10,8% da população, representando 20,5 milhões de idosos (CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

Amaro (2015) destaca as consequências dessa transição demográfica: elevação dos gastos com saúde, previdência social, prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e modificações nas estruturas familiares. Exigindo da sociedade um olhar diferenciado para estes novos desafios oriundos do envelhecimento humano.

Essa tendência mundial também foi evidenciada, no Brasil, na última pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), podendo ser identificado o alargamento da pirâmide etária. Estima-se que em 2060, um em cada três brasileiros terá a idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2010).

Para atender à demanda desta faixa etária, no Brasil, foi aprovada a Lei Nº 8.842, em 4 de janeiro de 1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96. Esta Lei tem como objetivo assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania (BRASIL, 1994).

Devido ao enredamento que envolve o processo saúde doença no que diz

respeito a prevenção e tratamento da população idosa, pesquisadores e profissionais de saúde enfrentam barreiras para implantar o cuidado de forma eficaz e eficiente que atenda aos objetivos dessa legislação (RIBEIRO, 2015).

Essa política resultou da influência internacional sobre as questões do envelhecimento e de discussões em todo país, contando com a participação de idosos, profissionais da saúde, representantes políticos e sociedade em geral. A mesma preconiza um cuidado diferenciado no que diz respeito às demandas biopsicossociais do idoso (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Segundo a PNI sendo marco legal a Lei n. 8.842, de quatro de janeiro de 1994 é considerado idoso a pessoa de sessenta anos ou mais.

A determinação de quem seja idoso, assim como o envelhecimento, muitas vezes, são considerados com referência às restritas alterações que ocorrem no corpo, em sua constituição física ou somente a aspecto cronológico. Todavia, é interessante perceber que, ao longo dos anos, são processadas mudanças também na forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos que passam por esta etapa da vida (SILVA et al., 2014).

Na perspectiva de Veras e colaboradores (2015) o processo de envelhecer é único para cada indivíduo. Podendo ser influenciado pelas escolhas, valores e condutas adotadas no decorrer da vida. Esse processo pode estar vinculado a aspectos positivos e/ou negativos e não necessariamente estar associado ao adoecimento.

Menezes e colaboradores (2013) pondera que, ter uma boa velhice significa viver um processo contínuo de adaptações e aprendizagem, onde se tem perdas e ganhos, obtenção de experiências, vivências e uma busca constante de integridade e bem-estar.

O envelhecer é natural, inevitável e irreversível. Traz consigo limitações que são representados por alterações físicas, psicológicas e sociais, assim, nessa faixa etária é comum que aconteçam reflexões sobre sua própria existência e conseqüentemente a percepção de apesar de ter alcançado seus objetivos, sofreu muitas perdas diminuição da capacidade física, problemas de saúde, aposentadoria, morte de entes queridos (SILVA et al., 2014).

Mesmo sem acometimento de doenças crônicas, o envelhecimento naturalmente envolve alguma perda funcional. A singularidade de cada idoso, assim como a vulnerabilidade que envolve esse processo, requer atenção as mais variadas

dimensões desse fenômeno (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Neste contexto, Silva e colaboradores (2014) destacaram que é comum o idoso apresentar conflitos internos manifestados na forma de ansiedade, insegurança, medo, sentimentos de solidão e desamparo, sendo estes, fatores importantes que o levam a uma maior vulnerabilidade emocional e ao desenvolvimento de transtornos mentais como a depressão.

Ainda de acordo com a OMS, desde 1990 a depressão vem ganhando destaque no cenário saúde-doença. São 322 milhões de pessoas no mundo (a maioria mulheres) que são acometidas por depressão e distúrbios mentais comuns. Ocupando o primeiro lugar nas causas de incapacitação. Em 2015, no Brasil a depressão atingiu 11,5 milhões de pessoas correspondendo a 5,8 % da população (OMS, 2017).

Parreira e Bassitt (2015), relacionam a depressão ao aumento da probabilidade de desenvolver incapacidade funcional, na medida em que inclui tanto o individual, quanto o coletivo e os problemas familiares.

O transtorno depressivo é uma condição de doença séria, sendo o quadro clínico caracterizado por alterações de humor, comportamento e funções cognitivas. Pode ser potencializada ou mascarada nos idosos, devido ao processo natural de envelhecimento, outras comorbidades associadas e, também, pelo uso de medicações, o que dificulta diagnóstico e, conseqüentemente, ações de intervenções para tratamento e enfrentamento da enfermidade (NUNES et al., 2016).

Vale ressaltar que a idade elevada, a baixa escolaridade e a perda de relações interpessoais ao longo dos anos constituem um dos principais fatores de vulnerabilidade para a depressão em idosos (VICENTE et al., 2014).

Assim sendo, a depressão com o avançar da idade é um complicador das condições clínicas, pois aumenta a morbimortalidade, impacta negativamente a capacidade funcional e a qualidade de vida destes indivíduos (NOBREGA et al., 2015).

Nessa faixa etária, a depressão pode se apresentar de forma subclínica dificultando o diagnóstico. Dessa maneira, uma vez que a depressão passa despercebida e é subdiagnosticada, pode gerar prejuízos importantes na vida dos idosos (BRETANHA et al., 2015).

Diante do exposto, compreender as causas, formas de manifestação e impactos da doença pode contribuir para o desenvolvimento de melhores estratégias de cuidado. Vasconcelos e colaboradores (2013), afirmaram que a depressão é um

grave e impactante problema de saúde pública, que compromete o livre funcionamento biopsicossocial e espiritual do indivíduo.

Portanto, faz-se imprescindível a utilização de métodos subjetivos, a fim de identificar os indícios de depressão precocemente. Esse rastreio pode ser realizado através de instrumentos simples e de baixo custo, capaz de identificar os riscos e a dimensão do adoecimento. Colaborando assim, com o diagnóstico realizado pelo profissional qualificado, possibilitando o tratamento adequado e medidas de intervenção e promoção a saúde (MATIAS et al., 2016).

Para Silva e colaboradores (2013) a sociedade não está preparada para atender as necessidades advindas desse processo. O indivíduo antes jovem e ativo passa a sentir-se inútil e dispensável, iniciando um processo de isolamento. Desse modo, observa-se a importância de políticas e ações que contribuam com a qualidade de vida no processo de envelhecimento e na promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Neste contexto, é relevante a adoção de estratégias que facilitem a identificação e acolhimento dos idosos em sofrimento psíquico. Uma das estratégias intervencionais exitosa, seria o uso da escuta terapêutica, que possibilita a troca dialógica, o compartilhamento de experiências e sensibiliza o idoso para a melhoria no modo de vida individual e coletivo.

A escuta terapêutica é um processo comunicativo que dispense esforço por parte do profissional para construir um vínculo com o idoso, para que se sinta acolhido e à vontade. Desse modo, o profissional tem o papel de ouvir, escutar e acolher (HECK et al., 2012).

Dentro do processo de comunicação faz-se necessário o uso da empatia, acolhimento e escuta, conforme apresentado na figura abaixo (Figura 1).

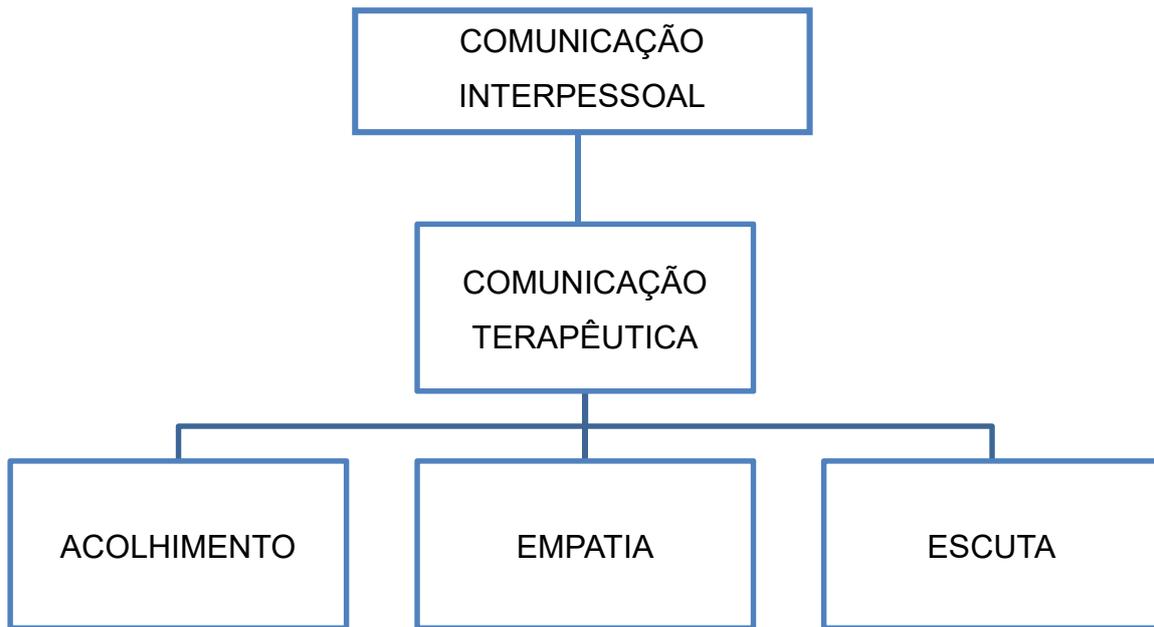


Figura 1. Fluxograma do processo de comunicação. Uberaba, MG, Brasil, 2018.

Dessa forma, a escuta terapêutica consiste em uma importante ferramenta de cuidado que possibilita ao profissional avaliar melhor o sofrimento psíquico do indivíduo, compreendida sob o referencial psicossocial, como forma de se obter maiores informações sobre o sujeito e fazer com que o paciente se sinta mais à vontade a cada abordagem (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015).

Ao se expressar, o indivíduo pode escutar a si mesmo e procurar maneiras de encontrar soluções e alternativas, além de planejar e traçar estratégias de melhorias pessoais através dessa comunicação interpessoal e terapêutica (SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

Assim sendo, para que a escuta seja devidamente qualificada cabe ao profissional buscar compreender o outro utilizando de empatia (HECK et al., 2012).

Empatia é considerada elemento importante para compreensão dos aspectos dinâmicos das relações sociais. Sua definição é polissêmica, não há consenso científico sobre seu conceito, podendo haver vários entendimentos sobre sua natureza (MUFATO; GAÍVA, 2019).

O conceito de empatia está relacionado à habilidade de se colocar no lugar do outro, com o intuito de se visualizar ali e experienciar os sentimentos que emergem na outra pessoa. Para se adotar atitudes empáticas, o autoconhecimento, a ausência

de prévios julgamentos, o atentar-se à comunicação verbal, em especial à escuta atenta, aliados ao fato de se considerar sentimentos e percepções dos outros perante nossas características são de suma importância. Além disso, nossas palavras geram efeito sobre sentimentos e sensações alheias, sendo igualmente item interessante a ser pontuado na busca de uma relação empática (TEREZAM; REIS-QUEIROZ, 2017).

Na execução da escuta terapêutica utilizam-se diversas técnicas, como o escutar reflexivamente, verbalizar a aceitação, usar terapêuticamente o silêncio, fazer perguntas, devolver as perguntas feitas, usar frases descritivas e estimular comparações para esclarecimentos de termos comuns, a fim de tornar a escuta algo compreensível por parte de ambos (OLIVEIRA et al., 2005).

Logo, é importante salientar a necessidade da realização de tal atividade por parte de profissionais capacitados, tendo em vista os possíveis prejuízos que podem ser causados por uma escuta terapêutica feita de maneira incorreta (MESQUITA; CARVALHO, 2014).

Sendo assim, o atendimento ao idoso através da escuta terapêutica com intuito de promover acolhimento e disponibilidade para escutar torna-se primordial como estratégia de apoio e estimuladora de vivências fortalecedora de interação e vínculo. Para tanto, este estudo tem a finalidade de descrever a influência da escuta terapêutica utilizando a técnica de solução de problemas junto a idosos com indicativo de depressão de um centro de atenção à saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O USO DA TÉCNICA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS (TSP)

A teoria norteadora desta pesquisa fundamenta-se em princípios originários da Teoria Cognitivo-Comportamental. A Teoria Comportamental (TC), conforme Caballo (1996) é um termo utilizado como sinônimo de modificação ou terapia comportamental.

Essa teoria tem oferecido aos profissionais de saúde múltiplos procedimentos de intervenção para auxiliar os indivíduos a enfrentar transtornos comportamentais, desde o momento da aproximação ao problema, seguindo com a avaliação do mesmo e finalizando com seu tratamento, sendo que sua aplicação prática é imediata e verificável.

Por definição a Teoria Comportamental implica principalmente, na aplicação dos princípios derivados da investigação na psicologia experimental e social, para o alívio do sofrimento das pessoas e o progresso do funcionamento humano. Implica na alteração ambiental e na interação social, mais que na alteração direta dos processos corporais. O objetivo é essencialmente, educativo (CABALLO, 1996).

Neste sentido, as técnicas facilitam maior autocontrole, haja vista que na aplicação da terapia comportamental, normalmente se negocia um acordo contratual no qual se especificam procedimentos e objetivos mutuamente agradáveis. Aqueles que empregam os enfoques comportamentais de modo responsável guiam-se por princípios éticos amplamente aceitos (FRANKS; WILSON, 1975).

A Técnica de Solução de Problemas (TSP) foi definida como sendo o processo meta-cognitivo pelo qual os indivíduos compreendem a natureza dos problemas da vida e dirigem seus objetivos em direção à modificação do caráter problemático da situação ou mesmo de suas reações a ela (NEZU; NEZU, 1989).

Tem sido utilizado no atendimento de indivíduos com intuito de estimular o refletir sobre a problemática como situações vivenciadas ou que estão em curso e que necessitam de respostas para que ocorra a adaptação.

Nezu e Nezu (1989) referem que, diante dessa definição, o problema não se configura como característica nem do ambiente nem da pessoa, mas trata-se de um tipo individualizado de relação pessoa-ambiente que reflete um desequilíbrio ou discordância, percebidos entre as demandas e a disponibilidade de uma resposta

adaptativa. Espera-se que esse desequilíbrio mude com o tempo, dependendo de alterações ocorridas no ambiente, na pessoa ou em ambos. A solução neste modelo refere-se a qualquer resposta com característica de afrontamento com a intenção de modificar a natureza da problemática, bem como as reações emocionais negativas ou ambas.

A técnica considera a habilidade de resolver problemas como uma série de habilidades específicas adquiridas, isto é, está teoricamente enraizada numa abordagem de competência social para treinamento de habilidades. Assim, tem sido mais recentemente adaptada para aumentar a capacidade de enfrentamento das pessoas que vivenciam dificuldades emocionais e psicológicas significativas (CABALLO, 1996).

Em síntese, a solução de problemas é o processo no qual se procura encontrar uma solução eficaz para uma situação considerada problema. Porém colocar em prática a solução supõe a realização da solução escolhida. Vale ressaltar que dispor de diferentes estratégias de tratamento configura-se como importante para o indivíduo que é competente para descobrir uma solução eficaz, mas incapaz de levá-la à prática, e esse pôr em prática configura-se como a realização do afrontamento que constitui o resultado do processo de solução de problemas (GONÇALVES, 2005).

O uso da TSP no tratamento das depressões tem se mostrado uma importante e possível ferramenta, pois proporciona aos pacientes, condições objetivas e eficazes para a reconstrução cognitiva e comportamental, além de promover a autodescoberta e aprendizagem, substituindo crenças antigas e disfuncionais, além de distorções cognitivas frente às diferentes possibilidades de interpretação da realidade (MATOS; OLIVEIRA, 2013).

Para utilização desta intervenção, Oliveira (2011) destaca dois tipos de estratégias: a primeira refere-se à orientação em relação ao problema, envolvendo questões cognitivas complexas, dificuldades comportamentais e às exigências da sociedade. A segunda refere-se às habilidades de solução de problemas, considerando a relação do indivíduo consigo mesmo e as relações interpessoais.

Sendo assim, Piovesan e Batistoni (2012) destacam que esse processo envolve aspectos relacionados à orientação frente ao problema, sendo que o estilo de resolução de problemas pode ser classificado em positivo, quando o indivíduo apresenta um senso realístico de otimismo, compreendendo os problemas como uma oportunidade e negativos, onde é caracterizado pelo pessimismo e por um

comportamento impulsivo e traiçoeiro às tentativas de solução de problemas.

Para tanto, Gonçalves (2005) apresenta o modelo de solução de problemas de Nezu e Nezu (1989), que para sua eficácia, deverá ser seguido em 5 etapas: Orientação para o problema; Definição ou formulação para o problema; Levantamento das alternativas; Tomada de decisão; Prática da solução e verificação. A utilização dessa técnica tem por objetivo colaborar com os indivíduos no intuito de compreender as situações estressantes, amenizar o grau das respostas negativas frente ao problema, ampliar a eficácia de suas tentativas de solução de problema, a fim de evitar desequilíbrio psíquico.

Dessa maneira, acreditamos que os idosos possam se beneficiar com a utilização dessa técnica no enfrentamento da depressão nessa fase tão especial da vida.

É neste cenário que se insere a enfermagem, enquanto profissão de compromisso social, sensível aos problemas e direitos humanos. É premissa para o enfermeiro sistematizar e individualizar o cuidado, para sensibilizar e influenciar a comunidade, fazendo dos indivíduos, sujeitos de suas próprias decisões. O profissional de enfermagem possui a prerrogativa de atuar em diferentes cenários do cuidar.

Sua atuação envolve ações de prevenção e promoção da saúde até níveis de maior complexidade, articulando ações de educação na assistência em saúde ao indivíduo, família, grupos e comunidade. Assim, atuação na escuta terapêutica em saúde visa não apenas a condução de conhecimentos cognitivos lineares, mas principalmente a mudança de comportamentos e atitudes, com a estimulação ativa da comunidade nas decisões de saúde (VASCONCELOS et al., 2013).

Considerando a demanda crescente do número de idosos, as diversas situações que permeiam essa fase, além dos problemas emocionais e psicológicos aos quais estão expostos, torna-se necessário o uso de recursos e estratégias voltados para as relações humanas e sociais.

Evidencia-se a realização da escuta terapêutica, como forma de intervenção junto a esses idosos, considerando suas peculiaridades, sendo os resultados desse estudo subsídio para o planejamento e desenvolvimento de ações de Enfermagem.

Assim, o estudo apresenta a seguinte questão norteadora: *qual a influência da escuta terapêutica domiciliar utilizando a técnica de solução de problemas junto a idosos com indicativo de depressão atendidos em um centro de atenção à saúde.*

3 OBJETIVO

3.1 GERAL

Descrever a influência da escuta terapêutica utilizando a técnica de solução de problemas junto a idosos com indicativo de depressão atendidos em um centro de atenção à saúde.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil dos idosos com indicativo de depressão atendido em um Centro de Atenção à Saúde.
- b) Descrever as potencialidades da Técnica de Solução de Problemas, através da escuta terapêutica domiciliar, como estratégia de intervenção, junto a idosos com indicativo de depressão.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa intervencional de cunho qualitativo, considerando a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Valoriza a subjetividade, em que o processo e seu significado são os focos principais da abordagem. O método qualitativo de pesquisa em saúde é compreendido como aquele que trata da história, da biografia, das relações, do universo, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (TAQUETTE; MINAYO, 2015).

Para Minayo (2008, p.57), a pesquisa qualitativa:

[...] além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo em estudo.

A pesquisa intervencional é caracterizada por um processo distinto e sistemático de planejar, desenvolver, testar e disseminar intervenções. Abarca a compreensão profunda do problema e das pessoas que estão submetidas a uma intervenção (POLIT; BECK, 2011).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O centro de atenção à saúde é uma nova proposta de atenção à saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) em parceria com a Prefeitura Municipal de Uberaba (PMU).

Seus objetivos principais são: fornecer atendimento em saúde da criança e do idoso interdisciplinar e qualificado; propiciar cenários de inserção de práticas na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família para discentes de graduação e pós-graduação da UFTM; estimular a inserção precoce na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família em consonância com as novas diretrizes curriculares de formação em saúde; induzir o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão neste

cenário de atuação/formação Gerência de ensino e Pesquisa (GEP); assegurar o papel da UFTM de retorno à sociedade de suas atividades em parceria com a PMU.

Estão vinculadas ao um centro de atenção à saúde, seis estratégias de saúde da família. Sendo atendidas aproximadamente 5.500 famílias.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte do estudo, idosos com indicativo de depressão encaminhados pelo médico vinculado ao um centro de atenção à saúde

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, com escore indicativo de depressão.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa, os idosos que, após três tentativas, não estivessem presentes no domicílio no dia agendado para visita.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de outubro de 2017 a abril de 2018. Neste período foram identificadas quatro idosas com escore para indicativo de depressão pelo médico do que encaminhou para intervenção domiciliar proposta no estudo.

No que tange as sessões de escuta terapêutica, estas foram realizadas uma vez por semana, no período de dezembro de 2017 a abril de 2018, no domicílio de cada idosa, tendo como tempo de execução duração de uma hora e total de quatro encontros, conforme apresentado na figura 2.

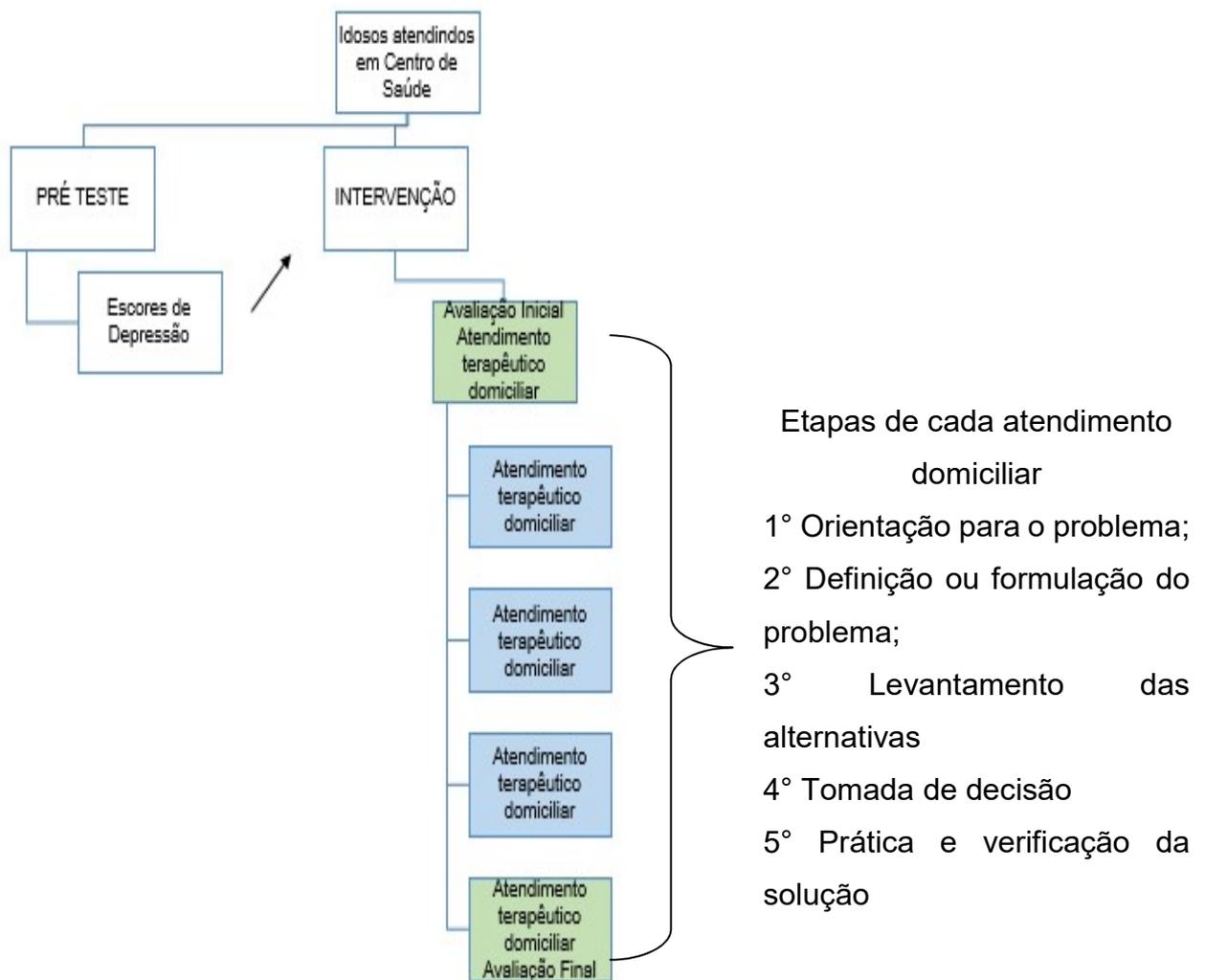


Figura 2. Fluxograma de recrutamento de participantes e atendimentos. Uberaba, MG, Brasil, 2018.

Dessa forma, o estudo foi desenvolvido em três etapas: a primeira foi aplicado pelo médico no centro de atenção à saúde o instrumento de Perfil Sociodemográfico e Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS -15). Os idosos que apresentaram escore indicativo de depressão foram encaminhados para acompanhamento domiciliar. Na segunda etapa, desenvolveu-se a intervenção domiciliar propriamente dita e na terceira etapa, avaliação final logo após a intervenção.

4.4.1 Primeira etapa: Aplicação do instrumento de Perfil Sócio demográfico, Escala de depressão Geriátrica Abreviada e Agendamento das visitas

Durante a consulta médica, os idosos foram orientados sobre a pesquisa e foi aplicado o instrumento de identificação socioeconômico contendo as variáveis: idade, sexo, estado conjugal, tipo de moradia, escolaridade em anos de estudo e queixa principal.

Foi aplicado também a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15). Essa escala deriva da Escala de depressão geriátrica proposta por Yesavage e colaboradores em 1986. É composta por 15 questões com respostas objetivas, sendo as variáveis "sim" e "não", com escore total que pode variar de zero a 15 pontos. É um instrumento amplamente utilizado para avaliar sintomas depressivos.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi adotado indicativo para depressão o escore conforme Almeida e Almeida, 1999. Os idosos que apresentaram escore indicativo de depressão durante a consulta médica, foram contatados via telefone para que se pudesse agendar visita de acompanhamento.

4.4.2 Segunda etapa: Intervenção Domiciliar

O processo de intervenção considerou um tempo de atendimento até 60 minutos. Para sistematização das ações, optou-se por organizar a execução do atendimento conforme distribuição do tempo conforme quadro abaixo:

Quadro 1. Distribuição do tempo da intervenção. Uberaba, MG, Brasil, 2018

Tempo	Atividade
Cinco minutos	1) Acolhimento e preparação do Ambiente: Através de relaxamento com uso de música e meditação. Verificar como foi a semana.
Trinta e cinco a Quarenta minutos	2) Atividade propriamente dita
Dez minutos	3) Reflexão sobre a vivência
Cinco minutos	4) Encerramento da atividade

Dessa forma, com intuito de preparar o ambiente e as idosas, foi realizado um relaxamento com utilização de uma música, neste momento solicitou-se para as idosas que se posicionassem confortavelmente na cadeira, de mãos dadas com o pesquisador, com os olhos fechados ao som da música, respirassem lentamente, dedicando aquele momento exclusivamente para introspecção. Durante este processo foram proferidas as palavras: paz, tranquilidade, confiança.

No primeiro encontro foi realizada apresentação dos pesquisadores, informações acerca dos objetivos, finalidade da pesquisa e da técnica que seria desenvolvida, incluindo os princípios éticos a serem respeitados. Estabelecido cronograma de execução a ser desenvolvido em quatro encontros, com duração de cinquenta e cinco minutos a uma hora, bem como, o contrato e regras básicas tais como: evitar o uso do celular, disponibilidade de horário, respeito, aceitação e sigilo das informações compartilhadas.

No primeiro encontro ainda, iniciou-se a proposta de atendimento, pautada na escuta terapêutica, como estratégia facilitadora do processo de autorreflexão e compreensão de situações de vida, problemas emergentes vivenciados atualmente e a repercussão destes no cotidiano das idosas, tendo como meta atuar no crescimento pessoal e espiritual.

Após a formação do contrato terapêutico, utilizou-se como questão norteadora para o levantamento das necessidades emergentes *“O que a incomoda no momento?”*

Do segundo ao quarto encontro foi desenvolvida a TSP, seguindo os seguintes passos:

1. Orientação para o problema: Consiste em um processo motivacional, que pode ser considerado como reações cognitivo-afetivo-comportamentais imediatas de uma pessoa que vivencia uma situação-problema;
2. Definição ou formulação do problema: Competem a esse processo o esclarecimento e o entendimento da natureza específica do problema. Pode estar incluso uma reavaliação da situação em termos de significação para o bem-estar e a mudança;
3. Levantamento das alternativas: ocorre o levantamento de uma lista exaustiva de alternativas e possibilidades. Deve haver quantas respostas forem necessárias para a solução de problemas, de forma que se possa ter a oportunidade de uma delas ser a que melhor se aproxima de um resultado positivo;

4. Tomada de decisão: Consiste em avaliar (julgar e comparar) as opções disponíveis com respeito à solução e selecionar a (s) melhor (es) para serem utilizadas na situação de problema;

5. Prática da solução e verificação: Cabe a esse processo avaliar a eficácia para o resultado da solução escolhida.

Utilizou-se como disparador temático e motivador para as discussões o uso de uma pergunta norteadora. Dessa forma, pretendeu-se abordar o contexto de uma situação geral, a fim de descrever, compreender e interpretar a magnitude e significado de acontecimentos da vida mediante identificação e análise da multiplicidade de dimensões que envolvem a vida (YIN, 2001).

Essa estratégia visou motivar a manifestação reflexiva das idosas sobre os assuntos que fazem parte do seu cotidiano, estimular a construção do pensamento cognitivo além da verbalização sobre percepções acerca do caso relatado, traduzindo experiências semelhantes, compartilhando as estratégias utilizadas, os fracassos e êxitos obtidos e as condutas alternativas (BORGES, 2013).

Ao término de cada encontro, as idosas eram estimuladas a realizar uma reflexão sobre os conceitos agregados, as novas estratégias de solução de problemas a serem adotados, os resultados alcançados de serem alcançados, bem como os significados construídos da experiência em participar da intervenção.

4.4.3 Terceira etapa: entrevista final

Finalizadas as atividades, foi realizada uma entrevista semi-estruturada tendo como questão norteadora: "*Como foi para senhora participar do estudo?*" (APÊNDICE A)

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. As informações extraídas das entrevistas foram analisadas segundo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este modelo de análise consiste na organização e tabulação de dados qualitativos obtidos por meio de entrevista, que permite a expressão de forma mais livre possível. Analisa o material verbal coletado através da seleção de respostas

individuais a determinada questão as quais são dispostas para obter a transmissão de uma mensagem sobre a realidade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Trata-se, pois, de um método, desenvolvido na Universidade de São Paulo (USP), que vem ganhando destaque em pesquisa de opinião, de representação social, de atribuição social de sentido e que tenha como objeto de estudo o pensamento coletivo, pois, associa o que a pesquisa qualitativa possui de positivo às virtudes da pesquisa quantitativa (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Os autores referem que a perspectiva quantitativa é dada pela amplitude e profundidade proposta. Na pesquisa DSC, na coleta de dados, podemos utilizar 2 softwares: O QLQT *on line* e o *Qualiquantisoft*. O primeiro é destinado a coleta de dados, tanto qualitativos como quantitativos. E o segundo software é destinado ao processamento de dados de natureza qualitativas que estejam organizados na forma de discurso, depoimentos ou textos.

Portanto, Lefevre e Lefevre (2012) afirmam que:

Em suma, o DSC, como técnica visa a identificação e descrição de representações sociais presentes em uma formação sociocultural a propósito de um determinado tema que se pesquisa, procura recuperar o semelhante e o diverso próprio das representações sociais.

Neste sentido, o DSC tem como fundamentação a Teoria das Representações Sociais. De acordo com Moscovici (1978, p. 41), “as relações sociais que estabelecemos no cotidiano são fruto de representações que são facilmente apreendidas”.

Esta teoria respalda-se, no pressuposto de que a imagem mental é a estrutura da opinião individual, tendo como embasamento um conjunto de informações que descrevem a sociedade, tais como os aspectos econômicos, sociais, culturais e históricos. Dessa forma devem ser averiguados ponderando na história individual relacionada ao contexto sócio – cultural do indivíduo (OSTI; SILVEIRA; BRENELLI, 2013).

Neste contexto, o conceito de Representação Social aponta para o conhecimento empírico, o saber do senso comum. Os conteúdos dessa teoria evidenciam os procedimentos geradores e de funcionalidade socialmente observáveis e nítidos, na qual, denomina uma forma de pensamento social (JODELET, 2001).

4.5.1 Etapas metodológicas para elaboração do DSC

De posse dos dados coletados, após transcrição, iniciou-se a análise conforme os seguintes passos:

4.5.1.1 Expressão chave – EC

Consiste no recorte dos trechos significativos das entrevistas. O recorte deve representar o conteúdo que reflete o valor essencial do discurso, ou seja, aquilo que possa expressar o relevante no depoimento mantendo um sentido na unidade recorte.

No momento de atribuição das unidades de sentido, o pesquisador deve atentar para não realizar recortes extensos a ponto de selecionar todo conteúdo, ou selecionar conteúdos externamente concisos. As duas situações dificultam a identificação das ideias centrais.

Neste aspecto, esta etapa exige uma leitura aprofundada e minuciosa dos relatos, esta estratégia permite a extração de trechos que identificam fielmente o pensamento apresentado pelo relator (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

4.5.1.2 Ideia Central - IC

Trata-se da síntese do conteúdo discursivo presente em uma expressão-chave, nomeada ideia central (IC), que permite a formulação de categorias, as quais agrupam respostas com conteúdo discursivos semelhantes (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

A IC representa a síntese realizada pelo pesquisador, levando em consideração o sentido preciso de cada depoimento. Destaca-se por ser considerada as expressões sintética dos discursos, responsáveis por responder a pergunta estudada (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

4.5.1.3 Ancoragem

Definida como uma expressão de determinada teoria ou ideologia que está implícita no discurso pronunciado pelo respondente como outra qualquer afirmação,

podendo estar presente, ou não, em algum ECH. Salieta-se que nem sempre os discursos analisados irão apresentar ancoragens (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

4.5.1.4 Discurso do Sujeito Coletivo – DSC

Compreende a expressão dos diversos sujeitos em um discurso apresentado na primeira pessoa do singular. Cada DSC representa um agrupamento de ECH que apresentam IC equivalentes ou complementares, categorizadas pela semelhança em sentido. Cada IC dá origem a um DSC (ROCHA, 2014).

Winkler e colaboradores (2012) resumem sua tabulação em quatro etapas básicas:

- 1) selecionar o essencial do conteúdo de cada depoimento;
- 2) associar estes conteúdos a uma descrição de sentidos;
- 3) agrupar os depoimentos em categorias;
- 4) reunir os depoimentos de uma mesma categoria em um discurso único redigido na primeira pessoa do singular.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi registrada e autorizada na Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM. Posteriormente foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM sob o parecer n. 2.041.710 conforme (ANEXO C). Respeitando os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, em concordância com a Resolução nº466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) (BRASIL, 2012).

Os idosos foram convidados a participar da pesquisa, orientados sobre o objetivo da pesquisa, a garantia do caráter confidencial das informações e o direito de abandonar o estudo em qualquer momento. Após esclarecimento sobre a pesquisa, então será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e solicitado a sua assinatura. Para preservação da identidade, cada idosa recebeu um nome fictício.

5 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos. Serão, igualmente, analisadas as peculiaridades de cada idoso acompanhado, tendo como estratégia, enfrentamento de situações adversas do cotidiano através da compreensão das situações estressantes, amenizar o grau das respostas negativas frente ao problema, ampliar a eficácia de suas tentativas de solução problema, a fim de evitar desequilíbrio psíquico.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

Como se trata de uma caracterização geral dos participantes interessa, pois, neste subcapítulo caracterizar os participantes do ponto de vista sociodemográfico e econômico, considerando o sexo, o estado conjugal, a idade, escolaridade em anos, renda, moradia, queixa principal e escore indicativo de depressão.

Tabela 1- Características sociodemográficas e econômicas dos idosos indicados pelo centro de atenção à saúde

Participantes	Sexo	Estado conjugal	Idade	Escolaridade/anos	Renda		Moradia	Compartilha moradia	Queixa principal	Escore indicativo de depressão
					(em salários mínimos)					
Lírio	F	Viúva	86	4 a 7 anos	0		Própria	Filho	Consulta previamente agendada	12
Margarida	F	Casada	71	4 a 7 anos	1		Própria	Esposo	Dor epigástrica	5
Petúnia	F	Viúva	62	11 anos e +	1		Própria	Filhos	Mal-estar	5
Orquídea	F	Casada	67	4 a 7 anos	0		Própria	*Sozinha	Consulta previamente agendada	12

Fonte: Do autor, 2018.

*Esposo institucionalizado

5.2 INTERVENÇÃO DOMICILIAR – I.D

A escuta terapêutica consiste em um importante dispositivo para execução do cuidado. Através da escuta o profissional pode levantar dados sobre o sofrimento psíquico do indivíduo, e no contexto psicossocial como subsídio para a assistência de enfermagem, possibilita a aquisição de informações detalhadas (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015).

Muitas vezes, a necessidade do indivíduo se respalda na possibilidade de ter alguém que possa escutá-lo e a partir de aí poder ordenar e organizar sua vivência e, mesmo que a situação estressora possa não ter solução, o simples fato de poder expressar verbalmente causa uma sensação de conforto e alívio imediato (MIRANDA; MIRANDA, 1996).

De posse das entrevistas transcritas, foram elencadas as Ideias centrais e expressão chave para elaboração dos DSCs.

1º Encontro

Neste primeiro momento, foram realizadas as orientações para o problema. Através da utilização da questão norteadora “*O que a incomoda no momento?*”, como disparadora do processo motivacional, com intuito de favorecer a expressão sobre a situação problema, sendo este processo considerado como reações cognitivo-afetivo-comportamentais imediatas de uma pessoa que vivencia uma situação-problema.

Foram coletados os dados para que se pudesse ter informações suficientes para identificar os sofrimentos emergentes e a partir destes estabelecer critérios de desenvolvimento da intervenção propriamente dita.

A seguir são apresentados os depoimentos das idosas:

Eu tenho vivido aqui em Uberaba a pouco tempo eu vim de Santos e sempre vivi com a minha família, a minha filha. E eu conheci um companheiro que me convidou pra vim morar aqui. Eu sempre fui certinha, mais agora é a minha vez. Eu tenho direito de seguir a minha vida. Então juntei todas as minhas coisinhas e vim com ele pra cá. Pra morar com ele. Eu tô feliz, mas queria que

Minha filha entendesse. Ele tem uma casa, mas os irmãos tãõ brigando por causa da casa, por que o terreno e de todos e ele construiu no terreno. Mais eu to feliz. a única coisa agora que o coração ta dano problema. Eu vou precisar de fazer tratamento no coração. Então aqui é diferente, lá eu tinha minhas coisinhas. (Senhora Margarida)

Assim! Eu trabalhava e cuidava da minha vida, eu trabalhava no hospital, e tinha minha vida, não dependia de ninguém, ia e voltava sem problemas. Ai eu tive esse problema e tive que aposentar. Não tinha como continuar trabalhando, eu não enxergava e então tive que aposentar. Então agora fico aqui. Dependendo dos outros. Não posso sair sozinha se preciso ir no médico, alguém tem que ir comigo. Então não saio na rua mais. Fico aqui. Aí alguém tem que ficar comigo, então minha cunhada vem. Então fico dependendo. Não é bom depender dos outros. Então as vezes preciso de alguma coisa tem que esperar quem pode fazer, na hora que pode fazer. É muito difícil. Tem vez que tem retorno e não vou, não tem companhia. Meus filhos num deixa eu sair. Mas o meu problema é meu filho mais novo. Não tem responsabilidade, ele estuda e trabalha. Mas tudo pra ultima hora. Acorda encima da hora, sai correndo. Tinha que ser mais independente. Eu não consigo passar a roupa dele, ai ele sai sem passar a roupa, tinha que deixar arrumadinha as coisas. Ele precisa entender que as vezes eu não vou estar aqui depois. Precisava aprender a se virar, você não acha? A minha filha não dá trabalho mas ele, muito dependente (Senhora Petúnia)

[...] é porque eu fico assim pensando, não consigo andar mais. Dependo de alguém para empurrar a cadeira. Não consigo ir no banheiro. Você sabe, fica cansado ai não consigo respirar, no hospital o medico falou para fazer desse jeito quando ficasse muito difícil para respira (demonstrou o procedimento) aí vai melhorando. Então é isso. Não pode ficar sozinha não pode andar não comer direito eu sou diabética. Mais também não tenho vontade de comer nada (mão no rosto...) um mingau eu gosto). Então mais não pode desistir por que a vida é assim, ainda bem que consegui sair do hospital, voltar para casa. Mais é isso. Então fico aqui fazendo minhas

coisas sentada, assistindo os programas da igreja e vou indo (Senhora Lírio)

Eu ando muito triste e não esperava o que está acontecendo comigo. Eu não estou conseguindo cuidar dele. Ele foi ficando esquecido, atrapalhado e de repente não sabia mais cuida das coisas, bravo, esquecendo tudo. Então o medico falou que ele estava com Alzheimer. Fiquei pensando que não erra tão perigoso assim. Depois de um mês ele não conseguia mais fazer nada, não levantava, fazia as necessidades na roupa eu ia limpar ele ficava bravo e me batia. Então é muita tristeza. Eu sou muito doente também, tenho problema no estômago, fibromialgia e não consigo cuidar dele. Meus filhos não entendi. Tinha que internar ele se não eu que ia ficar mais doente. Eu não consigo cuidar (Senhora Orquídea)

2º ao 4º Encontro

Do segundo ao quarto encontro foram utilizados os cinco passos da TSP. Considerou-se a percepção construída na perspectiva do primeiro encontro, conforme observado na figura abaixo (Figura 3). Dessa forma, para dar prosseguimento ao acompanhamento utilizou-se a questão norteadora “*qual o significado desse problema para senhora?*” “*Quais as possibilidades de mudança para que a senhora se sinta melhor?*”

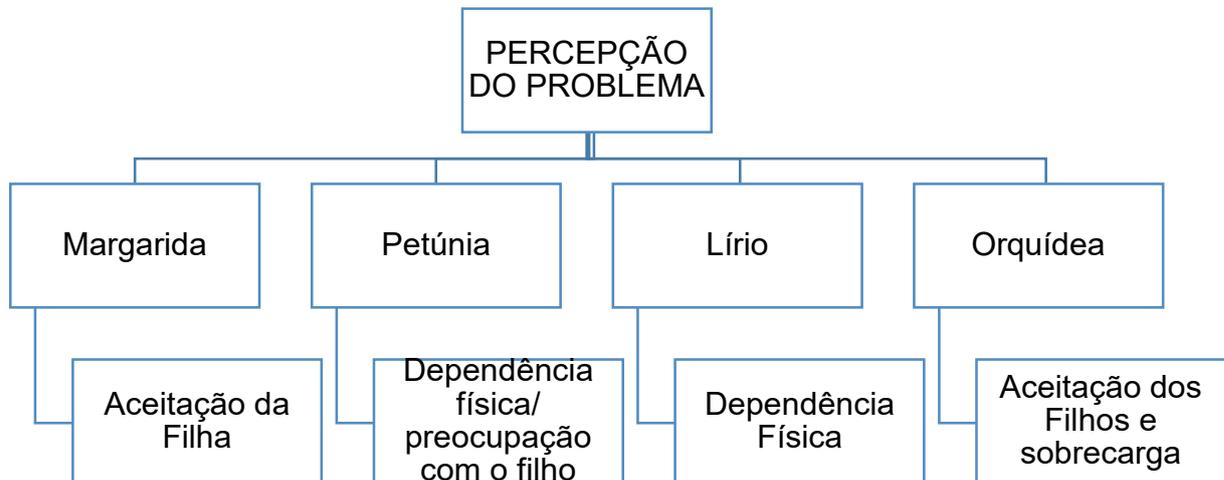


Figura 3 – Percepção construída no 1º Encontro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

5.2.1 Avaliação final

No último encontro as idosas realizaram reflexão acerca da percepção em participar da intervenção, os conceitos agregados, as novas estratégias de solução de problemas adotadas, os resultados alcançados bem como os significados construídos a fim de desvelar potencialidades da TSP através da escuta terapêutica. Utilizou-se como questão norteadora “como foi para senhora ter participado da intervenção”.

Através dos depoimentos, considerando os passos para a construção do DSC, foi possível estabelecer a construção de três discursos conforme APÊNDICE C.

6 DISCUSSÃO

6.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica, em relação ao sexo, em nosso estudo houve o predomínio de mulheres, sendo a média de idade de 71,5 anos. Resultados semelhantes foram encontrados por Andrade et al. (2014). Em seu estudo de abordagem qualitativa, 80% dos idosos entrevistados eram do sexo feminino.

Vários autores têm apresentado o predomínio da depressão na população feminina. Matias e colaboradores (2016) corroboram com essa afirmativa. Em um estudo realizado em Vitória da Conquista (BA), com 137 idosos 67% da população era feminina.

Em outro estudo recente, sobre estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos, Fontes e Neri (2019) também confirmam que a depressão é maior neste público.

Os transtornos mentais, especialmente a depressão, são causas incapacitantes nas mulheres que merecem atenção em qualquer faixa etária. Esse fenômeno na terceira idade é justificado pela expectativa de vida da mulher ser em média seis a oito vezes maior que a do homem. E pelas diferenças genéticas, biológicas, comportamentais e culturais entre ambos os sexos (OMS, 2011).

Outro agravante são fases hormonais que ao longo da vida a mulher vivência, como a menopausa, final da fase reprodutiva. Exigindo adaptações físicas, psicológicas e emocionais. Essas alterações intensificam antigos conflitos, podendo ser revividos nessa etapa da vida, potencializando assim, o sofrimento psíquico, sendo identificada neste período uma maior utilização de psicotrópicos (BRASIL, 2008).

O envelhecimento feminino é uma realidade mundial, e no Brasil a população de mulheres idosas, também é maior que a do homem. Apesar da taxa de mortalidade ser menor, não significa que as mulheres desfrutem de uma melhor condição de saúde; por isso identificar e compreender essas particularidades de gênero é importante para o planejamento do cuidado à mulher idosa (IBGE; 2009).

Em relação à escolaridade foi observado que a maioria das idosas apresentavam escolaridade entre quatro a sete anos de estudos, o que pode influir

sobre o conceito, compreensão e enfrentamento da patologia. Cardoso et al. (2018) afirmam que quanto menor escolaridade, maior a probabilidade de ocorrência de depressão.

Silva e colaboradores (2014) ressaltam a importância das políticas educacionais voltadas para idosos após verificar em seu estudo que quanto maior o nível escolar, menores serão os sintomas psicossomáticos.

A escolaridade pode proporcionar melhores opções de escolhas, elevar autoestima e contribuir para adoção de hábitos de vida saudáveis. Sua ausência pode influenciar negativamente as escolhas e decisões, ocasionando inabilidade de interferir no meio em que está inserido, o que pode implicar em agravamento da saúde (BETHANHA, 2015).

Ainda dentro deste contexto Biasoli, Moretto e Guariento (2016) afirmam que a baixa escolaridade está vinculada a um maior número de comorbidades, incluindo transtornos mentais e a fragilidade do idoso.

No que diz respeito a renda, duas idosas referiram não ter renda, e as outras duas apenas um salário mínimo. Vale ressaltar, que as entrevistadas que declararam não ter nenhuma fonte de renda foram as que apresentaram escores maior para depressão.

Stopa e colaboradores (2015) descrevem em seu estudo que aspectos sociais tais como: condição financeira, falta de condições básicas de moradia, alimentação e segurança podem ser um agravante nos indicadores de depressão.

O processo de senescer, especialmente após 60 anos, comumente vem acompanhado de uma notória desvalorização da renda com o advento da aposentadoria, associado à elevação de gastos com saúde. Esse fenômeno interfere diretamente no poder aquisitivo dessa população dificultando a manutenção de suas necessidades básicas contribuindo para o aparecimento e ou piora do quadro depressivo (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

A renda per capita domiciliar é um fator determinante da saúde da população. Quanto maior a renda, melhores as condições de investimento nas necessidades individuais dos idosos, como: serviços de apoio, acompanhamento e participação em atividades sociais (MELO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2014).

Quanto ao estado conjugal duas idosas eram casadas e duas viúvas. Todas residiam em moradia própria, sendo que a maioria compartilhava moradia com filho(s), uma idosa com esposo e uma morava sozinha, por ter seu cônjuge residindo em

instituição de longa permanência.

Frade et al. (2015) evidenciou em um estudo sobre a depressão em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados, realizado com 75 idosos que os sintomas depressivos podem ser mais evidentes em idosos viúvos, o que diverge com os dados encontrados em nosso estudo.

Vicente e colaboradores (2014) afirmam que são necessárias intervenções terapêuticas objetivando identificar e colaborar com a redução do sentimento de solidão, pois este é um fator desencadeante de sintomas depressivos.

No que diz respeito a busca pelo atendimento de saúde na rede de atenção primária, a literatura apresenta que a maioria da população idosa, apresentam queixas psicossomáticas ou inespecíficas reprimindo o quadro de tristeza e desânimo que muitas vezes estão inseridos, dificultando diagnóstico e intervenção específica (CARNEIRO; CABRAL, 2016).

Estes dados corroboram com os dados encontrados em nosso estudo onde a queixa principal que levou os idosos à consulta médica em que foi realizada a entrevista foi atendimento pré-agendado, com duas idosas, dor epigástrica e mal-estar com uma idosa respectivamente.

Em nosso estudo identificou-se que o escore mais alto de indicativo de depressão foi encontrado nas idosas que não tinham queixas aparentes. Estavam com consultas pré-agendas. O que reforça a importância do profissional estar atento a subjetividade, as dores não faladas, a ir além do que trazido como demanda.

Muitos idosos procuram o serviço por inúmeras vezes e por queixas psicossomáticas diversas, sendo rotulados por poli queixosos. Muitos outros, que não utiliza desse pedido de ajuda permanecem em seus lares sendo silenciado pela sua dor. Em ambas as situações nos leva a refletir sobre o negligenciamento do cuidado adequado, da escuta qualificada e do acolhimento humanizado.

Dessa maneira, com o objetivo de identificar precocemente a depressão, Bretanha et al. (2015) recomendam a aplicação GDS-15 rotineiramente na rede de atenção primária. A aplicação da escala contribuirá para diagnóstico, tratamento e medidas de intervenção e promoção a saúde, evitando seu agravamento, promovendo assim qualidade de vida aos idosos.

A caracterização sociodemográfica, torna-se relevante para os profissionais de saúde, especialmente, o enfermeiro, uma vez que conhecimento dos indivíduos, bem como do contexto que estão inseridos são oportunos para o planejamento do

cuidado, para elaboração de estratégias individuais e personalizadas que atenda demandas e possibilita identificar precocemente os riscos e agravos a saúde.

6.2 TÉCNICA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS, ATRAVÉS DE ESCUTA TERAPÊUTICA DOMICILIAR: PERCEPÇÃO AS IDOSAS AO VIVENCIAR A INTERVENÇÃO

Ao analisar as entrevistas através do DSC emergiram três discursos que representam a avaliação das idosas da intervenção proposta. Os discursos foram pautados nas seguintes ideias centrais: acolhimento, crescimento pessoal e reflexão sobre a vida.

6.2.1 DSC I – I.C: Acolhimento

O primeiro discurso demonstra que as participantes se sentiram acolhidas diante da escuta terapêutica realizada no domicílio. O acolhimento, dentro da rede de Atenção Primária, representa o desafio e a complexidade no desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2013)

Vale ressaltar a hierarquização do acolhimento na Política Nacional de Humanização (2003), caracterizada pelo processo de escuta qualificada pelos profissionais, pelo reconhecimento da singularidade das demandas de saúde de cada indivíduo e por possui como um dos seus objetivos o fortalecimento dos vínculos entre usuário/profissionais.

Neste contexto, a intervenção no domicílio, foi também um ponto alto no quesito acolhimento. Estas idosas, não tinham condições físicas e emocionais para irem até ao serviço de saúde. Desta maneira, no conforto do seu lar, sentiram mais seguras para exporem suas inquietudes e fragilidades.

A intervenção no domicílio caracteriza-se como uma proposta de clínica ampliada e compartilhada que também faz parte das diretrizes da PNH. Apresenta-se como um recurso teórico prático capaz de propiciar uma abordagem clínica considerando a individualidade de cada um e a multiplicidade de variáveis do processo saúde doença (BRASIL, 2019)

A escuta terapêutica possibilita a prática da clínica ampliada e compartilhada, uma vez que ao permite a tomada de decisão, a autonomia do cuidado e a

humanização das práticas de prevenção e promoção a saúde (SANTOS, 2019).

A estratégia do atendimento domiciliar, possibilitou a aproximação da realidade das idosas, além de respeitar suas limitações e dificuldades, especialmente, com outras comorbidades proporcionando uma assistência integral e inclusiva, favorecendo a adesão a intervenção proposta.

Esses resultados estão em congruência com a portaria nº 933, de 27 de maio de 2013, que define a atenção domiciliar como “nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação.

A oportunidade de verbalização do seu pensar e sentir em relação ao momento vivenciado gerou em cada idosa a sensação de bem-estar e aquisição de ferramentas para o enfrentamento da situação-problema. Além de promover o vínculo entre as participantes e pesquisadoras.

Ainda dentro deste contexto, Silva et al. (2017) destacam o acolhimento, as relações entre usuários e profissionais exitosas, permeadas por ações envolvendo ética e escuta qualificada; e o cuidado pautado na responsabilidade para com o outro e respeito, são consequências do cuidado integral em saúde. Sendo uma necessidade imperiosa aproximar esses conceitos a realidade dos indivíduos em sofrimento mental.

Corroborando com este pensar Ferreira et al. (2018), destacando em seu estudo que, o acolhimento atua de maneira conjunta entre profissional e cliente afim de gerar o vínculo e bem-estar levando a satisfação de ambos os integrantes.

Silva et al. (2018) afirmam que acolher é uma ação técnico assistencial, que independente do cenário que o profissional esteja atuando, exige do mesmo uma postura ética, legal e humanizada. Capaz de minimizar os agravos a saúde da população idosa refletindo na atenção integral das demandas do envelhecimento e na qualidade da assistência.

Para isso, é necessário que o enfermeiro tenha uma visão holística de como chegar ao idoso sem deixar de lado todo perfil profissional e a realidade vivida pelo paciente (FERREIRA et al., 2018).

O acolhimento também configura como o eixo mais importante de alcançar um objetivo voltado a realidade do idoso, pois através da escuta qualificada é possível a formação do vínculo com o idoso levando ao cuidado da saúde mental do mesmo (MAYNART et al., 2014).

Os enfermeiros ao observarem o ser humano como um todo, percebem que o indivíduo não é apenas o corpo físico, e sim toda uma atmosfera espiritual que também necessita de cuidados (NASCIMENTO et al., 2013).

Teston, Carreira e Marcon (2014) enfatizam em seu estudo que o enfermeiro deve estar sensível para identificar, conhecer e atender as questões advindas do processo de senescer, incluindo aspectos sócio familiar, fatores de riscos e fragilidade emocional. Promovendo uma assistência integral e humanizada, direcionada para ações de prevenção e promoção a saúde mental.

6.2.2 – DSCII- Crescimento pessoal

O apoio emocional recebido através da escuta terapêutica, proporcionou momentos reflexivos sendo verbalizado pelas idosas um crescimento pessoal, que foi identificado no discurso. Elas destacaram a importância de serem ouvidas e do aprendizado adquirido em cada vivência, aplicando a TSP.

Machado e colaboradores (2014), em seu estudo com um grupo de idosos, em uma área rural no interior de Minas Gerais (MG), observou que o apoio recebido pelo grupo ou por um dos participantes nesta fase da vida representa uma oportunidade de ajuda mútua e fortalecimento de vínculos, o que pode colaborar com o processo de crescimento individual.

Identificou-se que atitudes positivas como: sentir-se fortalecida, a conciliação e o entendimento da importância do tempo presente, foram utilizados pelas idosas caracterizando o crescimento pessoal. Este empoderamento de novos recursos e habilidades conduziu a uma forma diferente de olhar para as adversidades e enfrentá-las de acordo com suas limitações.

O empoderamento palavra de origem inglesa *empowerment* que apresenta um conceito complexo e polissêmico, tem sido utilizada fortemente desde de 1970, representando movimentos sociais. Após, foi influenciada pelo movimento de autoajuda e psicologia comunitária. A partir da década de 90 reafirma o direito à cidadania especialmente a educação em saúde (CARVALHO, 2004).

Kleba e Wendausen (2009) afirmam as relações de poder são identificadas no nível pessoal, relacionado a habilidades de tomada de decisão, compreensão crítica e autoconfiança (capacidade de assumir o controle da própria vida). Proporcionando no indivíduo liberdade, independência e autonomia.

Carvalho (2004) define empoderamento como “sentimento de maior controle sobre a própria vida...” Nesta abordagem adotaremos o significado de poder, autonomia, aumento de potencialidades para o cuidado de si.

Observou-se à disposição para as mudanças no pensar e no agir levando à reflexão sobre momentos de dificuldades e o potencial para superação. Analisando os relatos, fica evidente o surgimento de valores pessoais como: o perdão, a paciência, empatia e a espiritualidade durante a intervenção.

Lopes et al. (2013), destacam a importância do suporte emocional e social para os idosos. Colaborando para que estes possam lidar com as limitações e perdas advindas da idade, bem com a promoção à saúde com autonomia e capacidade de gestão da própria vida.

Nesta perspectiva Biasoli, Moretto e Guariento (2016) ressalta a importância da rede de apoio psicossocial para a redução dos riscos para os transtornos mentais. Assim como, a articulação dos serviços de saúde do idoso, para que este atue na prevenção e acompanhamento desta população.

O crescimento pessoal, o compartilhar das experiências e do conhecimento adquirido com o sofrimento e enfrentamento das situações adversas funcionam com estímulo ao empoderamento (ROCHA et al., 2009).

Neste sentido, é essencial que o enfermeiro possa através da escuta terapêutica, dar voz ao idoso, para que este possa ser o elemento chave do seu cuidado. Empoderar o idoso, no sentido de colaborar com a aquisição de conhecimentos, proporcionar apoio emocional e mecanismos de enfrentamento as situações estressantes. Para que este possa enfrentar, com dignidade e autonomia, as adversidades, colaborando com seu crescimento pessoal e qualidade de vida.

6.2.3 – DSCII - I.C: Reflexões sobre a vida

O terceiro discurso demonstra que as idosas apresentaram reflexões sobre a vida, tais como: o processo de envelhecimento suas limitações e potencialidades, aceitação das fases da vida, juntamente com as alterações no estilo de vida e vitalidade, exigindo adaptações diárias, podendo apresentar dificuldades em definir sua própria existência, especialmente, se dedicou com exclusividade para família (VERAS et al., 2015). Estes fatores levam a um processo de oscilações emocionais.

Essas reflexões favorecem a compreensão do processo vivenciado. Em suas

falas foram possíveis perceber que durante a intervenção houve a ampliação do conhecimento de si, reconhecendo sua força e capacidade de superação das adversidades. Demonstrando durante o processo intervencional, relatos com conteúdo positivo e adaptativo.

Nezu e Nezu (1989), referem que o estímulo para reflexão de situações problemáticas e/ou potencialmente problemáticas, vivenciadas ou em curso, proporcionam respostas adaptativas, capazes de auxiliar na construção do entendimento das situações vividas.

Os resultados encontrados em estudo realizado com idosos por Silva, Moreira-Almeida e Castro (2018), destacam sentimentos de valorização e alívio durante a escuta terapêutica, valorizando mais uma vez, essa prática pelos profissionais de saúde.

Dentro deste contexto o enfermeiro, por ser o profissional mais próximo do paciente, possui dentro de suas atribuições a responsabilidade pela visão holística e integral no que diz respeito ao cuidar, seja biológico, mental, emocional e espiritual. Contemplando em suas ações o conceito de saúde preconizado pela OMS. Atuando desde a promoção e prevenção até sua reabilitação (NASCIMENTO et al., 2013).

6.2.4 – TSP e escuta terapêutica

Adentrando nos discursos foi possível identificar as potencialidades da TSP através de escuta terapêutica domiciliar, com idosos com indicativo de depressão.

Beck (2007) afirma que “alguma resolução de problemas pode envolver significativas mudanças de vida.” Essas mudanças foram notórias nas idosas, sendo observada uma ascensão a cada encontro. Para as pesquisadoras é possível inferir que a TSP apresentou repercussões positivas nesta amostra.

A efetividade da técnica também foi encontrada por Camargo e Andretta (2013). Neste estudo foi identificado que sua utilização resulta em contínuas melhoras dos sintomas depressivos e reestruturação cognitiva, flexibilização das crenças centrais e potencialização de estratégias de solução de problemas.

Observou-se a cada encontro uma significativa melhora dos padrões comportamentais e emocionais incluindo tranquilidade ao verbalizar suas dificuldades surgidas durante a semana, uma fisionomia suave e serena, sorrisos e brincadeiras, melhora do humor e até suspensão médica do uso de antidepressivos. Davinson et

al. (2015) destacam que a escuta terapêutica é potencialmente benéfica para intervenções relacionadas a depressão.

O processo de ouvir o indivíduo adoecido é uma intervenção terapêutica que interfere positivamente no seu processo de recuperação. Cria um espaço interativo e de respeito mútuo do qual o indivíduo sente-se seguro para compartilhar experiências, medos, angústias. Sendo uma ferramenta capaz de propiciar um cuidado humanizado e acolhedor (CAMPOS, 2017). Favorece o desenvolvimento de aptidões e habilidades refletindo positivamente na qualidade de vida.

Thibeault (2015) ressalta a importância do processo interpessoal e terapêutico com indivíduos em sofrimento mental. Destacando a abordagem centrada no indivíduo e não somente na sua doença.

Neste sentido, Azevedo e colaboradores (2017), referem que escuta qualificada, pautada na empatia e respeito são elementos essenciais para o cuidado dos pacientes em sofrimento psíquico.

Torne-se imprescindível para o profissional de enfermagem identificar o conhecimento do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. Assim como, ampliar este conhecimento teórico, desenvolver estratégias de que amenizem os impactos do processo de senescer e promover mecanismos de enfrentamento de situações estressantes para essa população (VERAS et al., 2015).

Lima, Vieira e Silveira (2015) destaca que o apropriar da escuta terapêutica como instrumento de trabalho de enfermagem é ir além do simples ouvir o indivíduo. É estar atento a linguagem verbal e não verbal. É dar voz ao indivíduo que sofre, para que este possa ser o protagonista do seu cuidado. Considerando-o como alguém que possui uma história, um contexto do qual está inserido.

Através da escuta terapêutica o profissional de enfermagem proporciona um ambiente auspicioso para o indivíduo expressar seu sentimento.

Entretanto os enfermeiros encontram dificuldades de utilizar essa ferramenta por ainda estar entranhado em sua formação o modelo biomédico. Os profissionais que atuam em saúde mental se deparam com barreiras como uma prática centralizada na doença e não na pessoa e as demandas administrativas, além do despreparo para lidar com o sofrimento mental (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015).

Mesquita e Carvalho (2014) ressaltam que para o processo de escuta ser benéfico é necessário, por partes dos profissionais, o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia. Destaca, ainda que o enfermeiro e demais profissionais

devem inserir esta prática, em sua rotina de trabalho por ser uma intervenção comprovadamente eficaz para o bem-estar do indivíduo.

A comunicação é primordial no cuidado a saúde, sendo considerada uma estratégia de trabalho para os profissionais que estão diretamente ligados ao processo saúde-doença. O enfermeiro é peça fundamental na comunicação, sendo elo entre equipe, paciente e família. Para que a comunicação seja eficaz é necessário o desenvolvimento de competências afim de promover através da comunicação a construção de vínculos e ambiente seguro para a expressão do sentir do indivíduo (CAMPOS, 2017).

7 CONCLUSÃO

A partir desse estudo, podemos concluir que a escuta terapêutica, realizada no domicílio favoreceu expressão da empatia, respeito e vínculo facilitando a adesão ao tratamento propriamente dito. O ambiente familiar atuou como facilitador da intervenção propiciando um espaço seguro para as idosas expor seus sentimentos, medos, angústias e limitações.

Através da TSP foi possível estabelecer uma estratégia sistematizada e ordenada para o desenvolvimento da escuta e proporcionou as idosas a oportunidade de olhar para si e a encontrar ferramentas para modificar distorções cognitivas e a enfrentar as situações vivenciadas. Destaca-se a prerrogativa de ser uma intervenção breve, de baixo custo e de fácil aplicação.

A utilização da TSP na intervenção propiciou as pesquisadoras não somente a coleta de dados para elaborar estratégias para o cuidado, mas também o acolhimento, reforço positivo dos mecanismos assertivos das idosas, a identificar o crescimento pessoal de cada uma e especialmente o fortalecimento do vínculo.

De acordo com os relatos das idosas, a TSP foi eficaz para a redução dos sintomas depressivos nas idosas. Promoveu uma oportunidade de olhar para si e de encontrar e/ou criar mecanismos para o enfrentamento das adversidades oriundas do processo de envelhecimento e ou das situações estressantes da vida.

Evidencia-se como limitação estudo, a amostra reduzida, e a impossibilidade de triagem pelos pesquisadores, uma vez que este procedimento estava atrelado a figura do profissional médico. Acrescenta-se a isso, a relevância da escuta terapêutica realizada em um espaço ampliado favorecendo um cuidado transdisciplinar.

Acredita-se que o enfermeiro munido de conhecimento, motivação e interesse, atuem como pilar para o desenvolvimento de ações pautadas nas necessidades dessa clientela, no que diz respeito ao seu empoderamento emocional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**,

São Paulo , v. 57, n. 2B, p. 421-26, jun 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 out. 2017.

AMARO, F. Envelhecer no mundo contemporâneo: oportunidades e incertezas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 12, n. 3, 15 ago. 2016. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/6081>>. Acesso em: 04 jun. 2019

ANDRADE, Ankilma do Nascimento et al . Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 39-48, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100039&lng=en&nrm=iso>. access on 03 July 2019

AZEVEDO, A. L. et al. A comunicação do estudante de enfermagem na escuta de pacientes em hospital psiquiátrico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300206&lng=en&nrm=iso>. Acesso em :02 jul. 2019.

BECK, J. S. **Teoria Cognitivo-Comportamental Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2013. 403 p.

BIASOLI, T. R.; MORETTO, M. C.; GUARIENTO, M. E.. Baixa escolaridade e doenças mentais em idosos: possíveis correlações. **Rev. Ciênc. Méd. 25(1):1-10, J, 2016**, Campinas, v. 25, n. 1, p.1-10, jan./abr. 2016. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2952/2372>>. Acesso em: 22 maio 2019.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/politica-nacional-do-idoso.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de humanização**.2013.1.ed.1reimp – Brasília,2013. 16p disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> acesso: em 20 mai.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.192 p.

BRETANHA, A. F. et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00001.pdf> Acesso em 22 maio 2019.

CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda., 1996. 873 p.

CAMARGO, J.; ANDRETTA, I.. Terapia Cognitivo-Comportamental para depressão: um caso clínico. **Contextos Clínic**, São Leopoldo , v. 6, n. 1, p. 25-32, jun. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jul. 2019

CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 31, n. 7, p.1460-72, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701460>. Acesso em: 09 set. 2016

CAMPOS, C. A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. **Revista do Serviço de Psiquiatria**: do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, [s.l.], v. 15, n. 1, p.91-101, jun. 2017. Disponível em: <<http://www.psilogos.com/>>. Acesso em: 22 maio 2019.

CARNEIRO, J. P.; CABRAL, H. A linha tênue entre a demência e depressão no idoso: relato de caso. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 32, n. 2, p. 118-124, abr. 2016 . Disponível em:<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000200006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 28 maio 2019.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1088-1095, ago. 2004. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Os_multiplos_sentidos_da_categoria_empowerment_no_projeto_da_promocao_da_saude.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2019.

DAVIDSON, S. K. et al. Mental health interventions and future major depression among primary care patients with subthreshold depression. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 177, n. 1, p.63-73, jan. 2015. Disponível em:

<www.sciencedirect.com/journal/journal-of-affective-disorders/vol/177/suppl/C>. Acesso em: 22 maio 2019.

FERREIRA, B. R. et al. Elderly Welcoming in Primary Health Care: The user Perspective / Acolhimento ao Idoso na Atenção Básica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.669-674, 1 jul. 2018. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/biblio-906262>>. Acesso em: 30 mai.2019.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; GOULAR, B. M. CHIARI B. N. G. de; de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 25, n. 1, p.129-136, abr. 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/14931/11139>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

FONTES, A. P.; NERI, A. L. Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 4, p. 1265-1276, Mai. 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401265&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2019. .

FRADE, J. et al. Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra , v. serIV, n. 4, p. 41-49, fev. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>.

GONÇALVES, J. R. L. **Atendimento ao cuidador-familiar em convívio com o doente mental através da técnica de solução de problemas**. 2005. 159 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p.691-701, out./dez. 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2016.v19n4/691-701>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

HECK, R. M. et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jan-mar; 21(1): 26-33., v. 21, n. 1, p.26-33, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: Rio de Janeiro, 2009.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-**Censo demográfico** 2010.Rio de janeiro.2010

JODELET, D. As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001, 416p

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, dez. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jun. 2019.

LEFEVRE, Fernando; LEFREVE, Ana Maria Cavalgante. **Pesquisa de representação Social: Um enfoque Qualiquantitativo**: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora Ltda, 2012. 224p.

LENINE. Paciência. Disponível em:< <https://www.letras.mus.br/lenine/47001/>>. Acesso em: 10 out. 2018.

LIMA, D. W.C.; VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C.. Escuta terapêutica em enfermagem clínica em saúde mental. **Texto contexto - enferm.** , Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 154-160, março de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100154&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:25 de jun. de 2019.

LOPES, A. S. et al . O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 114-123, Mar. 2015 .Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100114&lng=en&nrm=iso>. Acesso em; 03 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040563>.

MACHADO, Ana Rita Marinho et al. Empowering a group of seniors in a rural community. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 49, n. 1, p.96-103, fev. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100013>>. Acesso em: 22 maio 2019.

MATIAS, A. G.C. et al. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 6-11, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 jun. 2019.

MATOS, A. C. S.; OLIVEIRA, I. R.Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso.**Revista Ciência Médica e Biológicas**, Salvador, v. 12, p.512-519, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewFile/9203/6765>>. Acesso em: 09 set. 2016.

MAYNART, W. H. C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 300-304, Aug. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 jul. 2019.

MELO, N. C. V.; F., M. A. M.; TEIXEIRA, K. M. D. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 25, n. 1, p.04-19, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/13829/154-953-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

MENESES, D.L. P. et al. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco**, Salvador, v. 4, n. 1, p.15-18, 2013. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/495>>. Acesso em: 09 set. 2016.

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E.C. de. Therapeutic Listening as a health intervention strategy: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 48, n. 6, p.1127-1136, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, C.F, MIRANDA, M.L; 1996. **Construindo a relação de ajuda**. 10 ed. Belo Horizonte: Crescer; 1996.

MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Tradução de Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MUFATO LF, GAÍVA MAM. Empatia em saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. 2019;9: e2884. Acesso em: <<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2884>> ;Disponível em 22 dez.2019.

NEZU, A.M.; NEZU, C.M. Clinical decision making in behavior therapy: a problem-solving perspective, Champaign, Ill., Research Press, 1989.

NASCIMENTO, L. C. et al . Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 52-60, Mar. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2019

NÓBREGA, I. R. A. P. et al. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 105,. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042015000200536&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 mai. 2019.

NUNES, W. A. et al. Cognição, funcionalidade e indicativo de depressão entre idosos. **Revista Rene**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.103-111, 23 fev. 2016. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100014>. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2621>>. Acesso em: 09 set. 2016.

OLIVEIRA, P. S. et al. Comunicação Terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em um centro de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**: Revista Eletrônica de Enfermagem, [s.l.], v. 7, n. 1, p.54-63, jan. 2005. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/861>>. Acesso em: 22 jun. 2019.

OSTI, A.; SILVEIRA, C. A. F.; BRENELLI, R. Representações Sociais – Aproximando Piaget e Moscovici. **Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.35-60, jan. /jul. 2013. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/scheme/article/view/3176>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

PARREIRA, J. A. R.; BASSITT, D. P. Aplicação da escala de depressão geriátrica em idosos do ambulatório do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.202-210, 2015. Disponível em: <<http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/42>>. Acesso em: 09 set. 2016.

PIOVESAN, M.; BATISTONI, S.S.T. Habilidades de resolução de problemas e estresse entre cuidadores de idosos dependentes. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 5, p.95-116, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8990/11433>>. Acesso em: 13 set. 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

RIBEIRO, P. C. C. A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. *Gerais: Rev. Interinst. Psicol.*, v. 8, n. spe, 2015.

ROCHA, I.A. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 687-694, Out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jun. 2019.

SANTOS, Angélica Brandão. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **Revista da rede de pesquisa de atenção primária em Saúde**, [s.l.], v. 1, n. 2, p.170-179, maio 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23/22>. Acesso em: 30 jan. 2019.

SILVA, G. et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicol. Cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 404-417, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000200404&lng=en&nrm=iso>. Acesso 30 jun. 2019.

SILVA, M. P et al. Psicoterapia breve psicodinâmica com idoso: uma possibilidade para a qualidade de vida. *Psicologia.pt – Portal dos Psicólogos*, 2014.

SILVA, M. C. M.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CASTRO, E. A. B. Idosos cuidando de idosos: a espiritualidade como alívio das tensões. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, n. 5, p. 2461-2468, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502461&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2019

SILVA, P. L. N. et al. Assistência psicológica e de enfermagem ao idoso na atenção primária. **Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 6, n. 4, p.1707-1718, 1 out. 2014. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-25838>>. Acesso em: 09 set. 2016.

SILVA, T. N. et al. Acolhimento à pessoa idosa nos serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 10, p. 295-298, jun.2018. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7677/6645>>. Acesso em: 23 mai. 2019.

SOUZA, R. C. de; PEREIRA, M. A.; KANTORSKI, L. P.. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **R Enferm Uerj**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.92-97, 2003. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a15.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.170-180, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000600170&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 mai. 2019.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. S. Ensino-Aprendizagem da Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Medicina. **Revista Brasileira Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p.60-67, mar. 2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=746044&indexSearch=ID>>. Acesso em: 09 set. 2016.

TESTON, E. F.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 3, p.450-456, maio/jun. 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/2670/267031414018>>. Acesso em: 22 maio 2019.

TEREZAM R, Reis-Queiroz J, HOGA LAK. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm.**,2017;v.70, n.3 p.669-670. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>>. Acesso em:22 mai. 2019.

THIBEAULT, C. An Interpretation of Nurse–Patient Relationships in Inpatient Psychiatry. **Global Qualitative Nursing Research**, [s.l.], v. 3, p.1-10, jan. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/2333393616630465>. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2333393616630465>>. Acesso em: 24 mai. 2019

VASCONCELOS, S. C. et al. Demandas de autocuidado em grupo terapêutico: educação em saúde com usuários de substâncias psicoativas. **Revista de Enfermagem Universidade Estadual Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.79-83, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/7840>>. Acesso em: 09 set. 2019

VERAS, M. L.M. et al. Processo de envelhecimento: um olhar do idoso. **R. Interd.** [s.l.], v. 8, n. 2, p.113-122, 113 abr./jun. 2015. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/551>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.1929-1936, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1929-1936/#>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

VICENTE, F. et al. Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. **J. bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro , v. 63, n. 4, p. 308-316, Dez. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:29 Jun. 2019.

WINKLER, Ingrid et al. O processo ensino-aprendizagem em administração em condições de heterogeneidade: percepção de docentes e discentes. **Administração: Ensino e Pesquisa**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.43-75, 31 mar. 2012. Disponível em: <<https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/98>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

World Health Organization. . **Depression and Other Common Mental Disorders**: WHO; 2017 Disponível em:<<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>> Acesso em: 04 06 2018.

World Health Organization. **Mulheres saúde evidências de hoje agenda de amanhã** who; 2011. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/310599>>. Acesso em: 04 06 2018.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2 ed. **Porto Alegre**: Bookman, 2001



ANEXO – A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 AMBULATÓRIO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

Instrumento de coleta de dados

1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____

RG (Hospital): _____ Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____

Motivo da procura no HC/UFTM:

Data da consulta: ____/____/____

2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA

(Circule o número correspondente às respostas)

1. Sexo:	Feminino (1)	Masculino (2)
2. Estado conjugal:	Nunca casou ou morou com companheira(o) (1); Mora com esposa(o)/companheira(o) (2); Viúvo(a) (3); Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a) (4)	
3. Escolaridade (sem repetir a mesma série, em anos):	Sem escolaridade (1); 1 a 3 (2); 4 a 7 (3); 8 (4); 9 a 10 (5); 11 e mais (6)	
4. Renda individual (salários mínimos):	Não tem renda (1); < 1 salário mínimo (2); 1 salário mínimo (3); >1 a <3 salários mínimo (4); De 3 5 salários mínimo (5); 5 ou mais (6)	
5. Procedência dos recursos:	Aposentadoria (1); Pensão (2); Renda/aluguel (3); Doação (família) (4); Trabalho (5); Sem rendimento (6); Outro (7) _____	
6. Moradia:	Própria/quitada (1);	Própria/paga prestação (2); Alugada (3); Cedida (4)

7. Compartilha moradia:	Esposa(o)/companheira(o) (1);	Filhos (2);
Esposa(o)/companheira(o) e filhos (3);	Outro familiar (4);	Outra pessoa que não é da família (5);
Mora sozinha (o) (6);	Instituição de Longa Permanência (7)	

ANEXO B

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

Para cada questão abaixo assinale no campo Não ou Sim. *(Circule a resposta)*

	Questões	Não	Sim
1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3	Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4	Você se aborrece com frequência?	0	1
5	Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8	Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13	Você se sente cheio de energia?	1	0
14	Você acha que a sua situação é sem esperanças?	0	1
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você	0	1

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão

Anexo C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O USO DE INTERVENÇÃO GRUPAL NO ATENDIMENTO À SAÚDE DO IDOSO

Pesquisador: Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 64633717.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.041.710

Apresentação do Projeto:

Segundo o pesquisador: "A expectativa de vida da população vem crescendo de forma rápida, devido à melhoria das condições de vida. Este fenômeno demanda organização de políticas públicas, na medida em que traz implicações econômicas, previdenciárias, sociais e assistenciais. Assim, o aumento da população idosa constitui tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de vários países (MENESES et al., 2013).

No Brasil, a tendência de envelhecimento da população cristalizou-se mais uma vez, na última pesquisa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Ao longo dos últimos 50 anos, a população brasileira quase triplicou: passou de 70 milhões, em 1960, para 190,7 milhões em 2010. O crescimento do número de idosos, no entanto, foi ainda maior. Em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam 4,7% da população. Em 2000, 14,5 milhões, ou 8,5% dos brasileiros, estavam nessa faixa etária. Na última década, o salto foi grande, e em 2010 a representação passou para 10,8% da população, ou seja, 20,5 milhões de idosos (CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

Para atender à demanda desta faixa etária, no Brasil, foi aprovada a Lei Nº 8.842, em 4 de janeiro de 1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96. Esta Lei tem como objetivo assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

CEP: 38.025-100

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.041.710

cidadania (BRASIL, 1994).

De acordo com Silva et al. (2014), a determinação de quem seja idoso, assim como os fenômenos do envelhecimento e da velhice, muitas vezes, são considerados com referência às restritas alterações que ocorrem no corpo, em sua constituição física. Todavia, é interessante perceber que, ao longo dos anos, são processadas mudanças também na forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos que passam por esta etapa da vida.

Para Menezes (2013), ter uma boa velhice significa viver um processo contínuo de adaptações e aprendizagem, onde se tem perdas e ganhos, obtenção de experiências, vivências e uma busca constante de integridade e bem-estar.

O envelhecimento do ser humano é um processo natural acompanhado de alterações físicas, psicológicas e sociais. Assim, é um momento em que o idoso reflete sobre sua própria existência e percebe que, apesar de ter alcançado seus objetivos, sofreu muitas perdas - aposentadoria, morte de entes queridos, limitações físicas, doenças, entre outras. Por conseguinte, é comum o idoso apresentar conflitos internos manifestados na forma de ansiedade, inseguranças, medo, sentimentos de solidão e desamparo, sendo estes, fatores importantes que o levam a uma maior vulnerabilidade emocional, e ao desenvolvimento de transtornos mentais como a depressão (SILVA et al., 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1990 a depressão vem ganhando destaque no cenário saúde-doença. Em 2010, perdeu somente para as doenças cardíacas isquêmicas. Estudos estimam que, em 2020, ocupará o segundo lugar em enfermidades que acometem países desenvolvidos e o primeiro em países em desenvolvimento. A depressão eleva a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional, na medida em que inclui tanto o individual, quanto o coletivo, como problemas familiares. Diante disso, compreender as causas, formas de manifestação e impactos da doença pode contribuir para o desenvolvimento de melhores estratégias de cuidado (PARREIRA; BASSITT, 2015).

O transtorno depressivo é uma condição de doença séria e letal. O quadro clínico é caracterizado por alterações de humor, comportamento e funções cognitivas. É uma patologia que pode ser potencializada ou mascarada nos idosos, devido ao processo natural de envelhecimento, doenças associadas e também pelo uso de medicações, o que dificulta diagnóstico e consequentemente ações de intervenções para tratamento e enfrentamento da enfermidade (NUNES et al., 2016).

Portanto, Vasconcelos et al. (2013) afirmam que a depressão é um grave e impactante problema de saúde pública, compromete o livre funcionamento biopsicossocial e espiritual do indivíduo.

Mediante o exposto, aponta-se que a saúde do idoso está relacionada com a sua capacidade de

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia **CEP:** 38.025-100
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6776 **E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.041.710

gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, sendo influenciada pelo funcionamento harmonioso de sua cognição, humor, mobilidade e comunicação. Evidencia-se a importância da realização de ampla avaliação clínica dos idosos, a fim de identificar problemas nessas áreas provenientes de sintomas depressivos e as inter-relações entre eles. A visão fragmentada do idoso é indiscutivelmente prejudicial (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Neste contexto, faz-se necessário a adoção de estratégias que facilitem a identificação e acolhimento destes idosos em sofrimento psíquico. Uma das estratégias intervencionais a serem utilizadas neste contexto é o grupo terapêutico, pois possibilita a troca dialógica, o compartilhamento de experiências e sensibiliza para a melhoria no modo de vida individual e coletivo.

Neste sentido conclui-se que as estratégias de intervenção à saúde do idoso devem ser desenvolvidas em seu sentido mais amplo, como um conjunto de iniciativas que alcancem os aspectos social, físico e emocional do idoso, constituindo, portanto, como desafio, assegurar ações capazes de atribuir significado à vida, transformando a lógica do cuidado tradicional, com criatividade e inovação, pautadas no conhecimento científico com vista nas relações humanas e necessidades psicossociais, de forma a conduzir o idoso à elaboração de novas perspectivas na idade avançada (VERAS, 2007; VERAS, 2010).

Assim, o tratamento da depressão visa à reabilitação psicossocial e melhora cognitiva/funcional com enfoque na promoção da saúde e prevenção de recorrências, de forma a possibilitar que a pessoa idosa possa lidar com suas dificuldades. Inclui o uso de medicamento, que quando associado à psicoterapia, pode apresentar potencial de resposta terapêutica significativamente ampliada (FRANK; RODRIGUES et al., 2006; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Dessa forma, evidenciam-se as terapias desenvolvidas em grupo, que tem apresentado altas taxas de eficácia, em especial as terapias centradas em problemas emergentes, pois possibilitam ao indivíduo recursos adicionais para enfrentamento de suas condições, auxiliando-o a desenvolver recursos internos para lidar com seus problemas e dificuldades, de forma que possa vislumbrar novas possibilidades (BRASIL, 2006; OLIVEIRA et al., 2009).

O grupo constitui-se um espaço de acolhimento, escuta e atenção, possibilitando trocas de experiências e interações, que transformam de modo significativo as relações sociais, na medida em que os encontros grupais possibilitam novos relacionamentos e a ampliação da rede social de apoio, promovendo a percepção de estar integrado à sociedade, intervindo na melhora da qualidade de vida (TAHAN; CARVALHO, 2010).

Estudos comprovam que a participação em grupos terapêuticos tem possibilitado o

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadía

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-100

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.041.710

reconhecimento das reais condições dos indivíduos, resgatando a auto-estima, influenciando no auto cuidado, na sensação de bem-estar, fortalecendo suas identidades pessoais e capacitando-os a vivenciar situações específicas. Estes fatores podem ser atribuídos às trocas de experiências, às atividades aprendidas e às mudanças proporcionadas no espaço grupal, evidenciando a importância desses grupos na melhora da vida dos indivíduos (ZANELATTO; REZENDE, 2006; TAHAN; CARVALHO, 2010).

Diante do exposto, essa estratégia tem sido amplamente utilizada por profissionais da saúde de diferentes áreas, pois se constitui em uma ferramenta inovadora no tratamento de diversas doenças, principalmente no cenário da saúde mental, aumentando motivação para adesão ao tratamento ao mesmo tempo em que favorece a criação de estratégias eficazes para enfrentamento das situações da vida (AZEVEDO; MIRANDA, 2011)."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores: "1. Descrever a influência da intervenção grupal utilizando a técnica de solução de problemas junto a idosos com indicativo de depressão de um Centro Atenção Integrada à Saúde.2. Descrever o perfil dos participantes de um grupo de intervenção grupal para idosos atendidos em um Centro de Atenção Integrada a Saúde;

3. Comparar escores indicativos de depressão antes e após a intervenção;

4. Descrever as repercussões da TSP nas estratégias de Coping usadas para enfrentamento de problemas antes e após a intervenção."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores: "Os riscos serão minimizados, através do acolhimento imediato durante/após as sessões grupais em casos de desconforto psicológico. Quanto ao risco de perda de confidencialidade, serão tomadas medidas para preservar a identidade dos participantes. Os benefícios serão construídos a partir da compreensão da influência da atividade grupal na percepção de eventos relacionados a vida. Os resultados da pesquisa estarão à disposição dos participantes quando finalizada."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo o pesquisador: "Trata-se de uma pesquisa qualitativa intervencional, considerando a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Valorizará a subjetividade onde o processo e seu significado são os focos principais da abordagem. O método qualitativo de pesquisa em saúde, é compreendido como aquele que trata da história, da biografia, das relações, do universo, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes."

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.041.710

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, em reunião dia 28/04/2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_864599.pdf	28/04/2017 08:50:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	28/04/2017 08:49:50	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito
Outros	Instrumentos.doc	30/03/2017 10:44:37	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito
Outros	Termo.pdf	30/03/2017 10:42:04	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	30/03/2017 10:37:02	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/02/2017 20:17:16	Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia **CEP:** 38.025-100
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6776 **E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.041.710

UBERABA, 02 de Maio de 2017

Assinado por:
Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia **CEP:** 38.025-100
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6776 **E-mail:** cep@pesqpg.ufm.edu.br

APÊNDICE A

Roteiro semiestruturado para a entrevista ao final da intervenção:

Identificação: _____

Data da Entrevista: _____ Horário Início: _____

Local: _____ Horário Término: _____

Tempo de duração _____

Questões norteadoras:

1. Como foi para a senhora ter participado da intervenção?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ESCUA TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO IDOSO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “**ESCUA TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO IDOSO**”. Os avanços da área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso sua participação é importante. O objetivo deste estudo é: Descrever a influência da escuta terapêutica utilizando a técnica de solução de problemas junto a idosos com indicativo de depressão de um Centro de Atenção Integrada em Saúde..

Caso você participe, será necessário que você responda ao questionário sociodemográfico, a escala de depressão abreviada, e participe da atividade semanalmente, por quatro semanas, com duração de 60 min cada encontro. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida, o único risco previsto é o da perda de confidencialidade que será evitado a partir da análise em conjunto. Caso ocorra desconforto emocional durante a realização da intervenção, você receberá atendimento individual de acolhimento e posteriormente será encaminhado ao atendimento psicológico. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Espera-se que o benefício da sua participação nesta pesquisa seja relacionado a melhora no escore indicativo de depressão e a compreensão do contexto social-histórico e da influência do grupo terapêutico como ferramenta de promoção à saúde mental favorecendo um envelhecer saudável

Contato dos pesquisadores:

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

3318-5710/

juremaluiz@hotmail.com.br

Lilian Cristina da Cruz

9-92723331

liliancruzenfermagem@gmail.com

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO
ESCUTA TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO
IDOSO**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, "ESCUTA TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO IDOSO." Receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador

Pesquisador (es):

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves
3318-5710/
juremaluiz@hotmail.com.br

Lilian Cristina da Cruz
9-92723331
liliancruzenfermagem@gmail.com

APÊNDICE C
ELABORAÇÃO DOS DISCURSOS

ECHs	I.C	DSC
<p>Vê que tem pessoas que pode ajudar a gente e a gente ajudar outras pessoas, né. (Senhora Margarida)</p> <p>Foi muito bom, muito bom mesmo, teve uns dias de chuva, que elas vieram. Mas teve bom, foi uma participação muito boa e um aproveitamento que a gente tira, né. Cada dia é uma experiência que a gente tira, teve muito bom, muito proveitoso. Esse crescimento seria como assim se eu tivesse começando a andar e de imediato encontrei dois braços estendidos para mim que me acolheu, então é uma sensação de grandeza, se sentindo ainda útil. (Senhora Petúnia)</p> <p>A gente as vezes fica assim sozinha, sem ter com quem conversar só com os pensamentos. Então vocês vieram aqui e ouvia a gente falar. Fala um monte (risos). Mas a vida é assim, todo mundo tem problema neh. Tem que ir caminhando. Foi bom conversar e saber que alguém tá ouvindo mesmo. Aí não senti mais sozinho. Eu to sentindo um abafamento e não tenho com quem eu falar. Então eu posso falar com uma pessoa que confia. Sensação de alívio, de paz, uma paz grande dentro de vocês, por que vc expôs tudo que tava sentindo (Senhora Lírio)</p> <p>Quando a gente pensa que está tudo perdido, vem a oportunidade de falar sobre os problemas e vê que tem coisas que tem que ser feita. Ter alguém pra conversar conforta o coração, a tristeza vai embora naquela hora. (Senhora Orquídea)</p>	<p>Acolhimento</p>	<p>DSC - I</p> <p>A gente às vezes fica assim sozinha, sem ter com quem conversar só com os pensamentos. Então vocês vieram aqui e ouvia a gente falar, ter alguém pra conversar conforta o coração, a tristeza vai embora naquela hora. Vê que tem pessoas que pode ajudar a gente e a gente ajudar outras pessoas, né, seria como assim se eu tivesse começando a andar e de imediato encontrei dois braços estendidos para mim que me acolheu, então é uma sensação de alívio, de paz, uma paz grande dentro de você, por que vc expôs tudo que tava sentindo.</p>

ECHs	I.C	DSC
<p>Achei que se fortalece espiritualmente, aprende que tem outras pessoas com problema maior que o da gente, você aprende valorizar mais as coisas e ver que seu problema perto dos outros não é nada. (Margarida)</p> <p>Com essa experiência delas eu cresci tentei capitar, conciliar as coisas, um dia você tá melhorzinha por exemplo se lava dois pratinhos, no dia que você não tiver você lava só um e assim vai é um ensinamento que a gente vai tendo. Um mão dá e a outra recebi, então é uma troca como vocês falaram (Senhora Petúnia)</p> <p>Por que a o que a gente tem que fazer hoje em dia é esquecer, joga fora, perdoar as pessoas que ti fizeram mal, perdoa. A gente aprendi com todo mundo. Então fica a ideia de que um dia de cada vez e tem sempre pra aprender pra trocar. (Senhora Lírio)</p> <p>Porque conheci elas e elas falaram coisas importantes que fazia a gente pensar, né. Foi muito interessante, esses dias passei por uma perda aí comecei a pensar nesses encontros, a gente nunca espera por isso aí. (Senhora Orquídea)</p>	<p>Crescimento pessoal</p>	<p>DSC - II</p> <p>Elas falaram coisas importantes que fazia a gente pensar, esses dias passei por uma perda aí e comecei a pensar: um dia de cada vez e tem sempre pra aprender pra trocar, uma mão dá e a outra recebi. Com essa experiência delas eu cresci tentei capitar, conciliar as coisas.</p>

ECHs	I.C	DSC
<p>Antes eu não precisava de ninguém. Hoje estou aqui medindo, contando os dias. Uns dias bons, outros mais difícil de vencer. Mas o importante é pensar e ver o outro lado. Como vocês falaram o que eu posso fazer agora, nessa situação. Tem que ser mais tolerante com a gente mesmo. (Senhora Petúnia)</p> <p>Quando a gente fica velhinho, que eu sou velhinha neh. A gente entende que tudo vai passando, mas precisa valorizar o que tem, erguer a cabeça e continuar. Tem que ter fé em Deus. Agarrar na mão dele e seguir. Olhando pras coisas com paciência, Pedi a Deus força e aí vem a força e tudo passa. (Senhora Lírio)</p> <p>Acredito que os encontros auxiliou a enxergar que nem tudo acontece como a gente acredita. As pessoas, as coisas acontecem. Tem que respirar, contar até dez, olhar e ver. Muito tempo vivendo por eles e sofrendo... e hoje esse sentimento. Mas estou mais forte, o tempo cura tudo. Interessante. Por que faz a gente pensar, nas atitudes, então faz a gente pensar, refletir. Parar para falar da vida é bom importante. Eu falar foi bom se tivesse esse tratamento sempre era bom. As pessoas estão com tanta pressa que não dá para escutar os outros. Parar para pensar é bom. Ajuda a reestruturar as ideias. Tinha que ter mais oportunidade desses tratamentos pra gente se sentir mais aliviado. (Senhora Orquídea)</p>	<p>Reflexão sobre a vida</p>	<p>DSC - III</p> <p>Mas o importante é pensar e ver o outro lado. Tem que respirar, contar até dez, olhar e ver. As pessoas estão com tanta pressa que não dá para escutar os outros. Parar para pensar é bom. Ajuda a reestruturar as ideias. Como vocês falaram o que eu posso fazer agora, nessa situação. A gente entende que tudo vai passando, mas precisa valorizar o que tem, erguer a cabeça e continuar.</p>

Fonte: O autor, 2018.