



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

VERÔNICA LOURDES LIMA BATISTA MAIA

**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO IDOSO**

TERESINA

2016

VERÔNICA LOURDES LIMA BATISTA MAIA

**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de recursos humanos na atenção à saúde da família

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago

TERESINA

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

M217f Maia, Verônica Lourdes Lima Batista.

Formação dos profissionais da estratégia saúde da família para a atenção psicossocial ao idoso / Verônica Lourdes Lima Batista Maia. – Teresina: Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. Eliana Campêlo Lago: UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

93. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

1. Envelhecimento. 2. Saúde mental. 3. Transtornos mentais. 4. Estratégia saúde da família. I. Título. II. Lago, Eliana Campêlo.

CDD 616.89

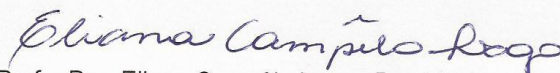
VERÔNICA LOURDES LIMA BATISTA MAIA

**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO IDOSO**

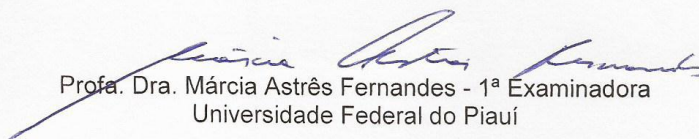
Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família
do Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família.

Data da aprovação: 15/06/2016.

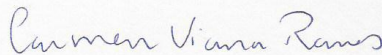
BANCA EXAMINADORA



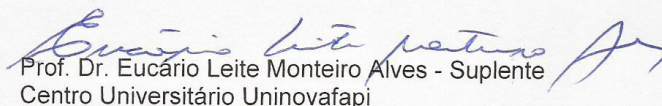
Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago - Presidente
Centro Universitário Uninovafapi



Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes - 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí



Profa. Dra. Carmen Viana Ramos - 2ª Examinadora
Centro Universitário Uninovafapi



Prof. Dr. Eucário Leite Monteiro Alves - Suplente
Centro Universitário Uninovafapi

Ao meu pai, Isaac Batista de Carvalho (*in memoriam*), um grande incentivador da educação formal e da qualificação profissional. Meu maior exemplo!!!

À minha mãe, Maria de Carvalho Lima (*in memoriam*), que se foi precocemente, mas sempre esteve presente pelos seus ideais de cuidados com a família e com a educação dos filhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre iluminou o meu caminho.

À minha orientadora, professora doutora Eliana Campêlo Lago, pelo apoio e norteamento deste trabalho, e pela paciência e dedicação.

Aos componentes da banca, professores doutores Márcia Astrês Fernandes, Carmen Viana Ramos e EucárioLeite Monteiro Alves, pelas valiosas e pontuais sugestões.

Aos colegas médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Picos, pelo acolhimento e participação neste estudo.

À enfermeira e coordenadora regional de saúde mental Gerlany Leal Cronemberger, especialista em Saúde Mental, pelo incentivo e colaboração.

À enfermeira e professora Janaína Alvarenga Aragão, doutora em Gerontologia Biomédica, pelas reflexões e importantes contribuições.

Ao meu esposo e colega, Raimundo Maia, pelo apoio pessoal e profissional.

Aos meus filhos Rodrigo, Raissa e Eduardo, os melhores “presentes que Deus me deu”, por serem minha maior fonte de inspiração em todos os momentos.

Feliz aquele que transfere o que sabe e
aprende o que ensina.

Cora Coralina

RESUMO

A saúde mental do idoso precisa ser vista com maior atenção, pois além da alta prevalência dos transtornos mentais, constata-se a escassez dos serviços especializados oferecidos e acessíveis para a população. Neste contexto, considera-se a Estratégia Saúde da Família como um espaço ideal para identificação e acolhimento dos idosos com distúrbios mentais. Este estudo teve como objetivos caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação dos participantes do estudo; analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção psicossocial prestada às pessoas idosas no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); discutir como a formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família influencia na assistência prestada ao idoso e elaborar um manual de orientações básicas sobre o atendimento ao idoso no contexto da RAPS. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida com trinta e um profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Picos-PI. A coleta de dados aconteceu no mês de janeiro de 2016, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado. Os depoimentos foram gravados, transcritos e processados pelo *software* IRAMUTEQ, versão 2013, cuja análise lexical ocorreu por meio da Análise de Similitude e pela Classificação Hierárquica Descendente. Da análise houve a formação de três subconjuntos: segmento 01, segmento 02 e segmento 03. O primeiro segmento foi dividido em duas classes: Classe 1- A importância de conhecer a Rede de Atenção Psicossocial; Classe 6- Rede de Atenção Psicossocial: o cuidado integralizado ao idoso. O segundo segmento foi dividido em três classes: Classe 2- O papel do profissional no atendimento ao idoso na Rede de Atenção Psicossocial; Classe 3 – A deficiência de treinamento dos profissionais para atuação na RAPS e Classe 7- A importância da capacitação dos profissionais e da interdisciplinaridade. O terceiro segmento foi dividido em duas classes: Classe 4 - Ações desenvolvidas na atenção psicossocial ao idoso; Classe 5- Visita Domiciliar: conhecendo o idoso no seu contexto familiar. As classes revelaram que muitos profissionais apresentavam dificuldades em lidar com os idosos que tinham transtornos mentais na atenção básica, assim como desconhecimento sobre o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial. Portanto, é necessário que os programas de políticas públicas voltados para a atenção primária efetivem medidas de prevenção e promoção à saúde mental do idoso e realizem capacitação dos profissionais da atenção primária concomitante com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial. Foi elaborado, como produto do mestrado, um manual de orientações básicas sobre o atendimento ao idoso no contexto da RAPS, contribuindo para a construção de novos conhecimentos e para melhorar a atenção psicossocial ao idoso.

Palavras-chave: Envelhecimento; Saúde mental; Transtornos mentais; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The mental health of the elderly must be viewed with great care, because besides the high prevalence of mental disorders, there has been a shortage of skilled services and accessible to the population. In this context, it is considered the Family Health Strategy as an ideal space for identification and care of the elderly with mental disorders. This study aimed to characterize the sociodemographic profile and training of study participants; analyze the knowledge of professionals of the Family Health Strategy on psychosocial care provided to the elderly in the context of Psychosocial Care Network (RAPS); discuss how the training of professionals of the Family Health Strategy influence on assistance to the elderly and prepare a manual of basic guidelines on care for the elderly in the context of RAPS. This is a descriptive research with a qualitative approach, developed with thirty-one professional Health Strategy in the city of Picos-PI family. Data collection took place in January 2016, through a semi-structured interview guide. The interviews were recorded, transcribed and processed by IRAMUTEQ software, 2013 version, which lexical analysis occurred through the similitude analysis and the Hierarchical Classification Descending. The analysis was the formation of three subsets: 01 segment, segment 02 and segment 03. The first segment was divided into two classes: Class 1 The importance of knowing the Psychosocial Care Network; Class 6 Psychosocial Care Network: the care paid to the elderly. The second segment was divided into three classes: Class 2 The role of the professional in senior care in Psychosocial Care Network; Class 3 - The training deficiency of professionals to work in RAPS and Class 7. The importance of professional training and interdisciplinarity. The third segment was divided into two classes: Class 4 - Actions taken in psychosocial care to the elderly; Class 5 Home Visit: knowing the elderly in their family context. The classes revealed that many professionals had difficulties in dealing with the elderly who had mental disorders in primary care, as well as lack of knowledge about the functioning of the Psychosocial Care Network. Therefore, it is necessary for public policy programs for primary care effective prevention and promotion of mental health of the elderly and conduct professional training of concomitant primary care with the implementation of Psychosocial Care Network. It was prepared, as master of the product, a manual of basic guidelines on care for the elderly in the context of RAPS, contributing to the creation of new knowledge and to improve psychosocial care to the elderly.

Keywords: Aging; Mental health; mental disorders; Family Health Strategy.

RESUMEN

La salud mental de las personas mayores debe ser visto con gran cuidado, porque además de la alta prevalencia de trastornos mentales, se ha producido una escasez de servicios especializados y accesibles a la población. En este contexto, se considera la Estrategia Salud de la Familia como un espacio ideal para la identificación y el cuidado de los ancianos con trastornos mentales. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil sociodemográfico y formación de los participantes en el estudio; analizar el conocimiento de los profesionales de la Salud de la Familia en la atención psicosocial proporcionada a las personas mayores en el contexto de la Red de Atención Psicosocial (RAPS); discutir cómo la formación de profesionales de la influencia Salud de la Familia sobre la asistencia a los ancianos y preparar un manual de directrices básicas sobre la atención a las personas mayores en el contexto de RAPS. Se trata de una investigación descriptiva con enfoque cualitativo, desarrollado con treinta y una estrategias de salud profesional en la ciudad de la familia de los Picos-PI. La recolección de datos se llevó a cabo en enero de 2016, a través de una guía de entrevista semiestructurada. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y procesadas por el software IRAMUTEQ, versión 2013, que se produjo el análisis léxico a través del análisis de similitud y la clasificación jerárquica descendente. El análisis fue la formación de tres subconjuntos: 01 segmentos, el segmento 02 y el segmento 03. El primer segmento se divide en dos clases: Clase 1 La importancia de conocer la Red de Atención Psicosocial; Clase 6 Red de Atención Psicosocial: la atención prestada a los ancianos. El segundo segmento se divide en tres clases: Clase 2 El papel del profesional en el cuidado de ancianos en la Red de Atención Psicosocial; Clase 3 - La deficiencia de formación de los profesionales que trabajan en RAPS y Clase 7. La importancia de la formación profesional y la interdisciplinariedad. El tercer segmento se divide en dos clases: Clase 4 - Medidas tomadas en la atención psicosocial a las personas mayores; Clase 5 Home Visita: saber las personas mayores en su contexto familiar. Las clases revelado que muchos profesionales tienen dificultades en el trato con las personas de edad que tenía trastornos mentales en la atención primaria, así como la falta de conocimiento sobre el funcionamiento de la Red de Atención Psicosocial. Por lo tanto, es necesario que los programas de políticas públicas para la atención primaria de prevención efectiva y promoción de la salud mental de las personas mayores y llevar a cabo la formación profesional de la atención primaria concomitante con la implementación de la Red de Atención Psicosocial. Se preparó, como maestro del aparato, un manual de directrices básicas sobre el cuidado de las personas mayores en el contexto de RAPS, lo que contribuye a la creación de nuevos conocimientos y para mejorar la atención psicosocial a las personas mayores.

Palabras clave: Envejecimiento; Salud mental; trastornos mentales; Estrategia de Salud de la Familia.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB- Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CDH- Classificação Hierárquica Descendente

CECOS- Centros de Convivências

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

DA- Doença de Alzheimer

DCL- Demência com Corps de Lewy

DFT- Demência Frontotemporais

DV- Demência Vascular

ESF- Estratégia Saúde da Família

IRAMUTEQ- Interface de R pour l'Analyse Multidimensionnelle de Textes de Questionnaires

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS- Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSI- Política Nacional de Saúde do Idoso

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RUE- Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SRT- Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS- Sistema Único de Saúde

TAG- Transtornos da Ansiedade Generalizada

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCM- Trabalho de Conclusão de Mestrado

TMC- Transtornos Mentais Comuns

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Contextualização do problema	12
1.2 Objeto do Estudo.....	13
1.3 Questão Norteadora.....	14
1.4 Objetivos do Estudo	14
1.5 Justificativa e Relevância do Estudo	14
 2 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1 Aspectos epidemiológicos e clínicos: doenças psicossociais em idosos.....	16
2.2 A Política Nacional de Saúde da pessoa idosa e a Rede de Atenção Psicossocial.....	17
2.3 A Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família...24	
2.4 A formação profissional ea Política de Educação Permanente dos profissionais da ESF	26
 3 METODOLOGIA	30
3.1 Tipo de Estudo	30
3.2 Cenário do Estudo.....	30
3.3 Participantes do Estudo.....	31
3.4 Produção de Dados.....	31
3.5 Análise de Dados	31
3.6 Aspectos Éticos e Legais	32
3.7 Riscos e Benefícios	33
 4 RESULTADOS.....	35
4.1 Manuscrito 1: A formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para a atenção psicossocial ao idoso num Município do Piauí.....	35
4.2 Produto: Orientações básicas sobre o atendimento ao Idoso no contexto da RAPS.	62
 5 CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICES	91
ANEXOS	96

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O envelhecimento populacional brasileiro é do conhecimento geral e torna-se um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). Até 2025, o país abrigará a sexta maior população de idosos do planeta, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (RAMOS, 2009). E é nessa fase da vida que as doenças crônicas se desenvolvem com maior facilidade, comprometendo a capacidade funcional do idoso e tornando-o dependente de cuidados (BRASIL, 2007).

A associação entre envelhecimento populacional e o alto custo do cuidado às doenças crônicas vem sendo estudada nacional e internacionalmente. Porém, além dos determinantes econômicos do cuidado à saúde do idoso, é importante investigar a natureza e qualidade do cuidado prestado (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

Dentre os problemas de saúde mais comuns na terceira idade, encontram-se os transtornos mentais, que acometem cerca de um terço da população idosa. Clemente, Loyola Filho e Firmo (2011) afirmam em sua pesquisa, que há poucos estudos epidemiológicos de morbidade psiquiátrica geral no idoso em nosso meio, apontando prevalências de 26,4% a 33,6% em comunidades brasileiras urbanas.

Tavares (2009) afirma encontrar desde alterações neurológicas discretas, como os variados graus de demência senil, até síndromes mais graves, como o Mal de Alzheimer e o Mal de Parkinson, além de variados casos de depressão, concluindo que há uma alta prevalência de transtornos mentais, comportamentais e psicodinâmicos na população idosa brasileira.

Outros estudos comprovam a influência da violência no surgimento de transtornos mentais, evidenciando a compreensão de que processos violentos deterioram a qualidade de vida. No estudo de Valadares e Souza (2010), é apontada uma associação da violência com o surgimento de quadros psiquiátricos, principalmente a depressão. O idoso, vítima de violência, é também integrante do grupo de maior vulnerabilidade à violência por ser dependente de seus cuidadores.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020, a depressão será a maior causa de incapacitação do planeta e em 2030, será o mal

mais prevalente no mundo. Atualmente, ela afeta mais de 121 milhões de pessoas (ROCHA *et al.*, 2014).

No Brasil, a depressão prevalece em 18% da população, segundo dados do São Paulo Megacity, um estudo do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo que avaliou a prevalência de distúrbios psiquiátricos na região metropolitana da cidade, baseado em 5.037 entrevistas, encerrado em 2009 (VIANA *et al.*, 2009).

Deve-se considerar a necessidade de dar uma maior atenção à saúde mental do idoso, pois além da alta prevalência dos transtornos mentais, constata-se a escassez dos serviços especializados oferecidos e acessíveis para a população (TAVARES, 2009).

Até os anos 70, o tratamento da pessoa com transtorno mental era estritamente institucionalizado. Por isso, a Reforma Psiquiátrica representou uma mudança profunda nos cuidados em saúde mental, uma vez que substituiu o modelo hospitalocêntrico pelo de serviços comunitários estabelecidos no território (MACIEL *et al.*, 2009).

A inclusão das ações de saúde mental no contexto do SUS contribuiu para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica se tornou possível devido à ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passou a integrar o conjunto de redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde (BRASIL, 2013).

Considera-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como a primeira porta de entrada do usuário ao SUS e espaço propício para identificar e acolher casos de idosos com distúrbios mentais em seu ambiente familiar e, assim, ordenar e coordenar os serviços da rede de saúde para atenção integral e integrada ao problema, principalmente junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2013).

No entanto, parece que este alcance oriundo da proximidade local da ESF com a comunidade, bem como de uma relação fortalecida pelo vínculo constante entre profissionais de saúde e usuários ainda não se faz suficiente para uma efetiva atenção à saúde mental do idoso no atual contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (BRASIL, 2011a).

Apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde, que precisam sentir-se preparados para prestar uma assistência que venha

trazer resultados positivos no sentido de diminuir os danos causados (BRASIL, 2013).

Concomitante a isto, os profissionais enfrentam dificuldades de coordenação entre os níveis de atenção, com restrito acesso aos serviços especializados e de suporte social. A desarticulação da rede e a inexistência ou desconhecimento dos serviços de retaguarda disponíveis, além de comprometer a resolutividade da atenção básica, desgastam os profissionais e incapacitam o SUS para prestar uma atenção integral à saúde do idoso (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

No Brasil, a maioria dos cursos de graduação em Medicina ainda prioriza a formação voltada para o atendimento individual e curativo, enfatizando a formação especializada e o aprendizado dessas especialidades, o que impede o aluno de ter uma visão geral do paciente. Esse perfil de profissional não corresponde àquele desejado pelo mercado de trabalho do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FORSTER, 2008).

No intuito de inserir profissionais cada vez mais capazes de atuar de forma coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, o ensino médico no Brasil vem sofrendo inúmeras transformações para reorganizar as práticas político-pedagógicas (BRANDÃO *et al.*, 2013). Isso também tem ocorrido com o processo de formação do enfermeiro, que tem passado por transformações ao longo dos anos, com a gradativa substituição da pedagogia das escolas, bem como as modificações curriculares, forçando mudanças nesse processo para um melhor atendimento à população (BRASIL, 2001; SILVA *et al.*, 2010).

A discussão sobre reformas curriculares e seus desafios concretizou-se com o conceito de Educação Permanente em Saúde. Esta, foi adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para dimensionar a tarefa de criar uma ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e prática (BRASIL, 2010; FIÚZA *et al.*, 2012).

Para que a atenção à saúde mental do idoso seja efetiva, faz-se necessário investir em políticas públicas de saúde que contribuam para que as pessoas envelheçam de forma ativa e saudável.

1.2 Objeto do estudo

- A formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para a atenção psicossocial ao idoso.

1.3 Questão norteadora

- Qual o conhecimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a atenção psicossocial ao idoso no contexto da Rede de Atenção Psicossocial?

1.4 Objetivos do estudo

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação dos participantes do estudo.
- Analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção psicossocial prestada às pessoas idosas no contexto da Rede de Atenção Psicossocial.
- Discutir como a formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família influencia na assistência prestada ao idoso.
- Elaborar um manual de orientações básicas sobre o atendimento ao idoso no contexto da RAPS.

1.5 Justificativa e relevância

O interesse na investigação sobre o tema surgiu após experiências adquiridas ao longo da minha jornada de trabalho enquanto funcionária da Estratégia Saúde da Família e secretária de saúde de um município, nas quais pude perceber um número bastante significativo de idosos portadores de transtorno mental. Fato este, que motivou o interesse no enfoque sobre a Implantação da RAPS para melhorar cada vez mais o acompanhamento e o tratamento destes idosos.

Junto a isso, sabe-se que nas últimas décadas o diagnóstico de transtorno mental tem aumentado gradativamente, provocando sérios prejuízos na vida social, sentimental e familiar do ser humano, comprometendo a sua qualidade de vida.

Diante desta problemática, pode-se perceber a necessidade de se ampliar o conhecimento nesta área, a fim de motivar novas pesquisas dos profissionais de saúde, visto que ainda se encontra uma literatura diminuta a respeito desta temática, de modo que sejam definidas melhores formas de obter subsídios que direcionarão o planejamento de uma assistência mais individualizada e singular.

Percebe-se que este assunto é de significativa relevância à medida que, pautado em conhecimentos acerca do tratamento de idosos portadores de transtorno mental, servirá como dispositivo importante a ser utilizado para a riqueza de nossos conhecimentos enquanto profissionais.

Pela relevância do estudo e com o conhecimento produzido nesta pesquisa, espera-se poder contribuir para uma melhor atuação e empenho dos profissionais da ESF no desenvolvimento e acompanhamento adequado aos idosos, pois, é fundamentalmente necessário que estes profissionais saibam acolher, tratar de forma adequada, bem como promover saúde e reinserir estes idosos no meio social.

Pretende-se contribuir com a disseminação dos resultados e estimular novos estudos que contribuam para a produção de conhecimentos sobre a temática bem como novas discussões acerca de tão valioso tema.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos epidemiológicos e clínicos: doenças psicossociais em idosos

Um grande crescimento da população idosa mundial vem ocorrendo nos últimos anos, pois, o aumento da expectativa de vida e a queda da fecundidade contribuem para o crescimento deste índice de envelhecimento. Destaca-se, que em torno de 40 anos, a população brasileira se encontra em franco processo de envelhecimento. Até 2025, o país abrigará a sexta maior população de idosos do planeta, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (RAMOS, 2009).

Este envelhecimento populacional se apresenta como um dos maiores desafios, especialmente nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a desigualdade social ganham destaque. No entanto, é nessa fase da vida que as doenças crônicas se desenvolvem com maior facilidade, comprometendo a capacidade funcional do idoso e tornando-o dependente de cuidados (BRASIL, 2007).

No Brasil, o envelhecimento populacional tem sido considerado como um grande desafio para o SUS. De acordo com a política brasileira que trata da saúde do idoso, a perda da capacidade funcional é considerada como problema primordial para esses indivíduos, sendo esse problema entendido como a perda das faculdades físicas e mentais, imprescindíveis para a realização de atividades basilares e instrumentais de sua vida cotidiana (ANDRADE *et al.*, 2010).

Dentre os problemas de saúde mais comuns na terceira idade, encontram-se os transtornos mentais, que acometem cerca de um terço da população idosa. Clemente, Loyola Filho e Firmo (2011) afirmam em sua pesquisa, que há poucos estudos epidemiológicos de morbidade psiquiátrica geral no idoso em nosso meio, apontando prevalências de 26,4% a 33,6% em comunidades brasileiras urbanas.

O envelhecimento pode também aumentar ou estar associado ao aparecimento de sintomas depressivos e déficits cognitivos, sendo que, frequentemente, estes sintomas não recebem diagnósticos ou tratamento (GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011).

Segundo Maragno *et al* (2006), a dificuldade de se reconhecer os transtornos mentais comuns apresenta como consequências, gastos com encaminhamentos e exames desnecessários, e prescrição abusiva de benzodiazepínicos.

Clemente, Loyola Filho e Firmo (2011) afirmam que depressão e demência são os transtornos mentais mais frequentes na terceira idade. A prevalência de transtornos depressivos em populações urbanas idosas brasileiras varia de 19,8% até 38,5%. A demência, por sua vez, apresenta frequências de 4,2% a 7,2% nos idosos, em diversas regiões do mundo e no Brasil.

Nesse sentido, os transtornos mais graves necessitam de acompanhamento mais complexo, que envolva a atenção primária e secundária. Os demais podem ser, em geral, tratados na atenção primária e, em pequena proporção, por especialistas. A ESF contribui para prevenir casos de violência e suicídios, assim como esclarecer a população, combatendo o preconceito e a segregação social, além de colaborar para a construção da autonomia de familiares e usuários (TAVARES; SOUZA; PONTES, 2013).

No estudo de Valadares e Souza (2010), é apontada uma associação da violência com o surgimento de quadros psiquiátricos, principalmente a depressão. O idoso vítima de violência é também integrante do grupo de maior vulnerabilidade à violência por ser dependente de seus cuidadores. Estudos comprovam as influências da violência no surgimento de transtornos mentais, evidenciando a compreensão de que processos violentos deterioram a qualidade de vida.

De acordo com Silva *et al* (2012), a maioria das pessoas que convive com idosos não considera como violência as atitudes de: omissão, descuido, isolamento ou o castigo do silêncio. É relevante esclarecer que grande parte das agressões contra o idoso (maus tratos, abandono ou exploração financeira) é praticada por familiares mais próximos, como os filhos.

Os serviços de saúde mental procuram trabalhar de forma a prevenir a perda de contato e a não aderência ao tratamento destes pacientes. Também é fundamental que a sociedade e as autoridades governamentais facilitem o acesso a tratamento psiquiátrico e psicossocial para estes indivíduos (SILVA *et al.*, 2012).

2.2 A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Rede de Atenção Psicossocial

O envelhecimento populacional é um desafio para o SUS, uma vez que as doenças crônicas, comuns nesta faixa etária, elevam o custo do cuidado. A literatura especializada aponta para a necessidade da atenção ao idoso ser feita num trabalho conjunto entre geriatras e/ou gerontólogos e outros profissionais, em diversos níveis de atenção (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

Neste contexto, Luz *et al* (2012) explicam que, em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados.

No ano de 1999, através da portaria nº 1395, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento. A PNSI afirma que o principal problema que afeta o idoso é a perda da capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido, a ampliação da Estratégia Saúde da Família revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social. A inserção, ainda incipiente, das redes estaduais de assistência à saúde do idoso tornou imperiosa a readequação da PNSI (BRASIL, 2006a).

Para atualizar a PNSI, foi aprovada a portaria nº 2.528, de 19/10/2006, instituindo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que prioriza ações preventivas e tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde afirma que as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem por objetivos: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais

de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A PNSPI vem reafirmar que a atenção primária deverá ser o meio de inserção inicial do idoso nos serviços de saúde do SUS, e contar com a referência da rede de serviços especializados de saúde, envolvendo a média e alta complexidade. A ESF tem como objetivo a manutenção da saúde do idoso na sociedade, ao lado de sua família de forma acolhedora e digna, como condição determinante de assistência para o equilíbrio físico e mental (BRASIL, 2006a).

No Brasil, a ESF foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Assim, o adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações desenvolvidas, objetivando proporcionar uma melhor assistência (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

Na atenção à saúde da pessoa idosa, a capacitação de profissionais de saúde na ESF é insuficiente para a atenção à saúde do idoso, sem falar na sobrecarga das agendas e multiplicidade de ações desenvolvidas, sendo necessário investir no desenvolvimento de competências para lidar com o desafio do envelhecimento, abrangendo a prevenção, a reabilitação e a melhor compreensão dos determinantes socioambientais do processo saúde/doença (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

Como a compreensão que os profissionais de saúde têm sobre os idosos interfere na maneira de assisti-los e tratá-los, defende-se o pressuposto de que por meio de treinamento ou capacitações pode-se melhorar não só a formação, mas também as atitudes desses profissionais, de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas, além de fornecer ferramentas que os fortaleçam no caminho de um envelhecimento saudável (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Nesta perspectiva, as redes de apoio social têm papel potencial na assistência aos idosos das comunidades atendidas, em função da necessidade da família do idoso assumir seu cuidado no curto prazo. Daí a importância de existir estrutura no município para apoiar aquela família.

A PNSPI incumbe a atenção básica, em especial a ESF, de prover atenção domiciliar às famílias adscritas, assim como o acompanhamento de idosos institucionalizados (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

Por isso, é necessário que haja uma compreensão ampliada das condições de vida do idoso, pois, torna-se fundamental compreender os fatores relacionados aos aspectos psicológicos, familiares e sociais, tendo em vista que o alcance de uma velhice bem-sucedida extrapola as condições funcionais e o perfil de morbidade dos idosos (SILVA *et al.*, 2014).

Estar atento a esses nuances do processo de envelhecimento, especialmente para os profissionais de saúde que lidam com o idoso no nível da atenção básica, remete aos preceitos da humanização do cuidado e da prestação de uma assistência integral (SILVA *et al.*, 2014).

Portanto, é primordial que as políticas de saúde contribuam para que as pessoas vivam mais e com maior qualidade, alcançando um envelhecimento ativo e saudável dentro de sua integralidade, assim como também, direcionando as ações no sentido de lhe proporcionar um ambiente favorável ao bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2007).

Diante desta perspectiva, também é necessário afirmar que, até os anos 70, ter um familiar com diagnóstico de transtorno mental representava um grande problema para a família por não saber lidar com a doença e sua estigmatização, além do tratamento ser estritamente institucionalizado (MACIEL *et al.*, 2009).

Por isso, a Reforma Psiquiátrica representou uma mudança profunda nos cuidados em saúde mental, uma vez que substituiu o modelo hospitalocêntrico pelo de serviços comunitários estabelecidos no território.

Com ela, surge o processo de reflexão e transformação nos diferentes níveis assistenciais, que, por mais de três décadas vem num crescente movimento de desmistificar o estigma do transtorno mental e, principalmente, garantir o direito da cidadania a essas pessoas (BESSA; WAIDMAN, 2013).

A atual Política de Saúde Mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios e se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, como um projeto coletivo de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a inclusão das ações de saúde mental no contexto do SUS contribuiu para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira bem como demanda a reorientação da prática das equipes de saúde da família junto aos usuários com necessidades do campo da saúde mental (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Nas últimas décadas, tem-se notado no Brasil um aumento significativo da abrangência da Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica e dos novos serviços substitutivos em Saúde Mental, resultantes, respectivamente, dos processos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Ao mesmo tempo, a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica desperta crescente interesse científico, tendo em vista que os transtornos mentais representam uma parcela significativa da demanda da atenção primária (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

Isto se tornou possível devido à ampliação da RAPS, com financiamento e regulação tripartite, que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, como um conjunto de redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde (BRASIL, 2013).

Desse modo, a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Ela é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011a).

Segundo Mielke *et al* (2010) a rede trabalha sob a lógica da territorialidade, com o intuito de que a pessoa em sofrimento psíquico possa retomar suas relações e atividades dentro da comunidade onde reside, atendendo também as necessidades explicitadas por seus familiares.

O autor ainda afirma que na atenção psicossocial, o objeto do cuidado das equipes de saúde mental é a unidade familiar em toda sua complexidade, entendendo-a como integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial. Por isso, é imprescindível que a família seja acompanhada pelos serviços substitutivos de saúde mental de maneira que suas necessidades sejam acolhidas.

Em substituição aos manicômios, passamos a ter os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residências Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECOS), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental (BRASIL, 2013).

A proposta de reinserção social do doente mental e a sua aproximação com a família não é uma tarefa fácil. Ao mesmo tempo em que as famílias anseiam por ter todos os seus membros próximos, elas também refletem o medo e o preconceito existente em nossa sociedade, o que, muitas vezes, pode deixá-las resistentes a acolher o ente que adoeceu (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Ainda de acordo com a Portaria 3.088/2011, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é um serviço constituído por equipe multidisciplinar responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo. Estas abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

A UBS, como ponto de atenção da RAPS, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção em saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011a).

Os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar precisam conhecer e compreender o contexto que envolve as relações entre a pessoa com transtorno mental e a família, cabendo-lhes ofertar suporte e assisti-las em todas as suas necessidades em busca da melhoria na qualidade de vida de ambas (BRISCHKE *et al.*, 2012).

Assim, há a necessidade de um acompanhamento intensivo e efetivo dos serviços de saúde mental, para os pacientes e os familiares, visto que a sobrecarga familiar afeta significativamente o cuidador e conseqüentemente o tratamento do paciente, diminuindo assim as chances de sucesso na reinserção social do mesmo (BARROSO *et al.*, 2009).

Aponta-se, ainda, a importância do acolhimento e da escuta no envolvimento de todos os atores do cenário da saúde mental, ou seja, usuário, família, equipe de saúde mental e serviço. A inclusão da família na atenção psicossocial é de fundamental relevância para a efetivação do processo de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização da loucura na sociedade (MIELKE *et al.*, 2010).

Segundo Binotto *et al.* (2012) a Atenção Primária à Saúde realiza a maioria dos atendimentos psiquiátricos, pois, mesmo nos países que mais investem em saúde mental, existe uma lacuna entre a oferta e a demanda por serviços especializados. No Brasil, preconiza-se que a Estratégia Saúde da Família assista aos pacientes com problemas de saúde mental e o apoio matricial é uma ferramenta para qualificar esse trabalho.

O autor ainda afirma que a colaboração entre os níveis de atenção facilita tanto a disponibilidade de cuidados para cada indivíduo como o uso mais eficiente dos recursos do sistema de saúde coletivamente, conforme a necessidade, nos espaços e tempos de encontros das equipes de APS e especializadas em Saúde Mental.

Potencialmente, pode tanto evitar o acúmulo de casos de pouca complexidade/gravidade nos serviços especializados, como permitir acesso rápido e ágil aos tratamentos que só podem ser realizados por profissionais especializados para casos/situações de maior complexidade/gravidade.

Neste sentido, Binotto *et al.* (2012) afirmam que a estratégia do apoio especializado matricial em Saúde Mental às equipes de APS vem ao encontro dos princípios da ESF do ponto de vista de prover uma atenção integral à saúde, facilitando o acesso do usuário à especialidade necessária sem perder a continuidade do tratamento nem o vínculo com a equipe da APS.

Segundo Hirdes e Scarparo (2015), o apoio matricial depende da personalização da relação entre as equipes, da ampliação dos cenários onde se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre a equipe de referência e os especialistas do apoio matricial.

Hirdes e Scarparo (2015) ainda citam que, em diferentes regiões do país, há muitas experiências exitosas que vão demonstrando a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da atenção básica, mediante a inclusão da saúde mental na atenção básica por meio do matriciamento, como por exemplo, dos Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF).

Entretanto, muito ainda precisa ser implementado para avançarmos na perspectiva da construção da rede de atenção em saúde mental mediante a articulação de serviços que devem operar na lógica de territorialização, corresponsabilização e da integralidade das práticas em saúde mental (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Diante desta perspectiva, a integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde favorece as práticas de cuidado integral, pois, ela contempla a concomitância de transtornos físicos e mentais, melhora o acesso aos serviços de saúde mental, promove os direitos humanos e reduz a lacuna entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas atendidas (HIRDES; SCARPARO, 2015).

2.3 A Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2012a).

Esta política nasceu com a proposta de mudança do modelo centrado no médico e no hospital para um modelo centrado no usuário (família) e na equipe. Um dos grandes desafios do atual sistema de saúde é a diminuição da internação hospitalar e um equilíbrio no atendimento à população, pois, o atendimento domiciliar é tendência cada vez mais aceita e isso proporciona conforto ao doente e à sua família, além de diminuir os custos hospitalares (COSTA; CARBONE, 2009).

Grande parte dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência representa agravos que poderiam ser resolvidos ambulatorialmente na atenção básica e a redução do número de atendimento hospitalar é um dos resultados assistenciais da ESF (BARROS; SÁ, 2010).

No âmbito da atenção primária à saúde, há recomendação do Ministério da Saúde desde 1994, para a conversão do modelo assistencial tradicional para a modelo da saúde da família. No modelo assistencial tradicional, geralmente não existe uma definição do território sob responsabilidade da equipe e tampouco o cadastro da população. O atendimento é centrado nas especialidades médicas

básicas (clínica, ginecologia e pediatria), com foco na demanda espontânea, assistência curativa e ações no interior das UBS (DILÉLIO *et al.*, 2012).

A saúde da família se caracteriza por dispor de cadastro da população de um território delimitado e mapeado. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional, como o médico, enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), com foco nas ações programáticas, na assistência individual e coletiva, realizadas na UBS e no território, inclusive no domicílio (DILÉLIO *et al.*, 2012).

Com a criação da ESF, o governo aprova em 2006, através da Portaria nº 648 a PNAB, caracterizando Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b).

Em 2011, com a Portaria nº 2.488, o Ministério da Saúde reafirma a PNAB, atualizando conceitos na política e introduzindo novos elementos referentes à Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção (BRASIL, 2012a).

Em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) adota ações públicas que superem a ideia de cura e reabilitação, implantando as diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS, como o Pacto pela Saúde, pela Vida e em Defesa do SUS e sua Gestão e em todas as esferas de governo (BRASIL, 2006c).

Nesse sentido, a Promoção da Saúde consolida-se na Estratégia da Saúde da Família reforçando os princípios do SUS, especialmente o da integralidade na atenção à saúde e o da participação social (HEIDEMANN; WOSNY; BOES, 2014).

Por isso, a Atenção Básica é um componente primário das regiões de atenção em saúde como porta de entrada à rede de atenção em saúde, segundo o decreto nº 7.508/ 2011, que regulamenta a lei 8.080/90 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b). Costa e Carbone (2009) afirmam que é por meio dos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social que a atenção básica se orienta para prestar uma melhor assistência.

A coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela APS implica que ela assume um papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde,

orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade (BRASIL, 2012a).

A reorientação do modelo assistencial mediada pela ESF implica a coordenação com níveis de atenção secundário e terciário, além da expansão e fortalecimento da oferta de atenção básica. No seu atual contexto de implantação, todavia, a rede de saúde de municípios e estados ainda enfrenta inúmeros obstáculos para oferecer o apoio necessário àqueles que atuam na ESF (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

A assistência à saúde no domicílio não se encerra levando a equipe à casa do indivíduo. Implica perceber e interpretar adequadamente o contexto familiar, socioeconômico e cultural, extrapolando as fronteiras do modelo biomédico, e demandando a integração das redes de apoio e o desenvolvimento de tecnologias diferenciadas (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

2.4 A formação profissional e a Política de Educação Permanente dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

No Brasil, a maioria dos cursos de graduação em Medicina ainda prioriza a formação voltada para o atendimento individual e curativo, enfatizando a formação especializada e o aprendizado dessas especialidades. Sendo assim, constata-se um curso médico organizado de forma fragmentada, que impede o aluno de ter uma visão geral do paciente. Esse perfil de profissional não corresponde àquele desejado pelo mercado de trabalho do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FORSTER, 2008).

Debates têm ocorrido, ao longo dos últimos 30 anos, sobre as necessidades de transformação da educação médica, em prol de um profissional mais capacitado para atender às necessidades da população. Assim, o ensino médico no Brasil vem sofrendo inúmeras transformações para reorganizar as práticas político-pedagógicas que têm por finalidade a inserção de profissionais cada vez mais capazes de atuar de forma coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (BRANDÃO *et al.*, 2013).

Diante dessa realidade, as universidades vêm buscando se adequar às Diretrizes Curriculares do curso de medicina (Resolução CNE/CES Nº 3, de

20/06/2014), mediante a expansão do ensino para o nível primário de atenção, ou seja, Centros de Saúde ou Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2014a).

O novo modelo de assistência à saúde é feito a partir da pedagogia da problematização, relacionada intrinsecamente com as ações desenvolvidas no trabalho. O conhecimento insuficiente dos profissionais sobre esse modelo de assistência, que não integra os currículos de formação dos profissionais, faz com que seja necessária uma capacitação prévia à sua atuação na Estratégia Saúde da Família (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Isso também tem ocorrido com o processo de formação do enfermeiro, que tem passado por transformações ao longo dos anos, com a gradativa substituição da pedagogia das escolas, bem como as modificações curriculares, em consonância com as Diretrizes Curriculares do curso de enfermagem (Resolução CNE/CES nº 3, de 07/11/2001), o que demanda novas formas de construção do conhecimento, forçando mudanças nesse processo para um melhor atendimento à população (BRASIL, 2001; SILVA *et al.*, 2010).

As Diretrizes Curriculares definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros no Brasil, apontando para o tipo de conhecimento considerado importante na profissão (NIEMEYER; SILVA; KRUSE, 2010).

Diante disso, com a finalidade de oportunizar os estudantes de graduação da saúde a terem uma participação ativa na realidade do SUS, foi criado, em novembro de 2005, numa parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº. 2.101 (BRASIL, 2005).

Este programa tem como objetivo promover a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.

O programa foi ampliado em 2007, com a Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, incluindo os demais cursos de graduação da área da Saúde, além dos cursos de medicina, enfermagem e odontologia, já contemplados na 1ª fase.

Posteriormente, em 2010, objetivando complementar o Pró-Saúde, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, por meio da Portaria No. 421 de março de 2010. Este programa contribui para a implementação das Diretrizes

Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde e se configura uma estratégia do Pró-Saúde que insere estudantes das graduações em saúde nos serviços prioritários do SUS de forma a sensibilizá-los e prepará-los para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira, estimulando a integração entre ensino, serviço e comunidade.

Além disso, incentiva a constante capacitação dos trabalhadores já inseridos no campo de trabalho, tornando-os coprodutores de conhecimentos e práticas, favorecendo a fixação de profissionais de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2010).

A discussão sobre reformas curriculares e seus desafios concretizou-se com o conceito de Educação Permanente em Saúde. Esta, foi adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para dimensionar a tarefa de criar uma ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e prática (BRASIL, 2010; FIÚZA *et al.*, 2012).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída através da portaria 198/2004 e implementada através das portarias 1.996/2007 e 278/2014, procura identificar as necessidades de formação dos trabalhadores da saúde, buscando qualificar a atenção e a gestão em saúde. Esta política tem como apoio os diversos setores e instituições, dentre eles: gestores estaduais e municipais de saúde, instituições e hospitais de ensino, trabalhadores e estudantes da área, conselhos municipais e estaduais e movimentos sociais (BRASIL, 2014b).

Sendo assim, surge como elemento essencial para a integração ensino e serviço, pois tem uma abordagem pautada no conhecimento que surge através de situações envolvendo os profissionais no seu cotidiano de trabalho. Assim, ela se torna essencial para a transformação do SUS e para o desenvolvimento dos profissionais inseridos neste (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde, propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho. São consideradas ações de educação: cursos presenciais e à distância, aprendizagem em serviço, grupos formais de estudos, oficinas, seminários, congressos e outras, que contribuam para a pactuação dos processos de trabalho, formação, atualização, qualificação profissional e desenvolvimento dos

trabalhadores, em consonância com as diretrizes institucionais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b).

Nesse sentido, a equipe de Saúde da Família enfrenta no seu atendimento diário situações adversas, que necessitam resolutividade, além de oferecer uma boa acolhida e estabelecer vínculos com os usuários do sistema de saúde. Sendo assim, observa-se a importância da formação e da educação permanente para a equipe multiprofissional, seja atuando na assistência, no planejamento ou na programação das ações (NORONHA *et al.*, 2009).

A Educação Permanente trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, possibilitando identificar as necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e qualificar a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social, com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009; BRASIL, 2014b).

A Educação Permanente, voltada para a problematização e baseando-se na realidade local, contribui para o desenvolvimento das equipes e melhor integração dos serviços (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011). Assim, o profissional da Estratégia Saúde da Família poderá desenvolver um bom trabalho na atenção psicossocial ao idoso, a partir dos problemas que surgirem, podendo proporcionar uma assistência humanizada, integralizada e de qualidade.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. As pesquisas de abordagem qualitativa baseiam-se no conhecimento e vivência das pessoas. Sendo assim, elas propiciam campo livre ao potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos (GIL, 2009).

Conforme Minayo (2011) a pesquisa qualitativa aborda o mundo dos significados, das ações e relações humanas, o qual não pode ser tratado em números, possibilita entender e explicar a dinâmica das relações sociais, trabalhando com a vivência, com a experiência, com as atitudes, valores e hábitos de forma objetiva.

A abordagem qualitativa traz consigo, uma carga de valores, preferências, interesses e princípios que norteiam o pesquisador. Porém o pesquisador retrata como sujeito de uma sociedade, que deverá refletir em seu estudo de pesquisa os valores e as questões norteadoras mais importantes da realidade da sociedade (DYNIEWICZ, 2009).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Picos – PI, que são vinculadas à secretaria municipal de saúde, órgão operacionalizador do Sistema Único de Saúde (SUS). A cidade de Picos foi escolhida pelo melhor acesso dos pesquisadores aos participantes do estudo. Está situada no centro-sul do Piauí, a 310 quilômetros da Capital Teresina e tem uma população de 76.544 habitantes (IBGE/2015). É a terceira maior cidade do Estado e é sede do Território Vale do Rio Guaribas, que abrange 42 municípios. A Secretaria Municipal de Saúde de Picos dispõe de 36 (trinta e seis) equipes de saúde da família, totalizando 72 (setenta e dois) profissionais médicos e enfermeiros da ESF, dentre outros profissionais.

3.3 Participantes do estudo

O Universo dos participantes foi composto pelos médicos e enfermeiros das equipes da ESF de Picos-PI, distribuídos em 36 (trinta e seis) equipes.

Participaram da pesquisa 31 profissionais (13 médicos e 18 enfermeiros) que atuam na Estratégia Saúde da Família há 01 ano ou mais, sendo excluídos os profissionais que exerciam atividades voluntárias, estagiários e os demais profissionais que compunham as equipes.

3.4 Produção de dados

A coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2016, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), onde também foram coletados dados sobre a formação dos profissionais, com questões relacionadas à atuação dos profissionais da estratégia saúde da família na atenção psicossocial ao idoso. Na entrevista semiestruturada o entrevistador faz pequeno número de perguntas abertas sendo que as questões a serem respondidas não precisam seguir a ordem prevista no guia de perguntas, podendo ser formuladas algumas perguntas no decorrer da entrevista (RUIZ, 2002).

Para a realização das entrevistas, houve um encontro agendado, onde foram explicados os objetivos e propósitos da pesquisa e fez-se a entrega do termo de consentimento livre e esclarecido, para leitura e assinatura. Foi permitida a gravação das entrevistas, realizada em equipamento de áudio (Mp4), depois transcrita na íntegra. Todas as informações colhidas foram organizadas de forma adequada para dar subsídio ao registro de informações.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour l'analyse Multidimensionnelle de Textes et de Questionnaires), desenvolvido na França, por Pierre Ratinaud. No Brasil este programa começou a ser usado do ano de 2013 (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

O IRAMUTEQ é um software gratuito e com fonte aberta que permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras. Essa análise tem várias finalidades, sendo possível analisar textos, entrevistas, documentos, redações, onde é possível descrever um material produzido por um produtor (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

Este programa viabiliza diferentes tipos de análises, até as multivariadas, com destaque para a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a análise de similitude, que foram utilizados nesta pesquisa, na qual foram gerados por meio dos “Segmentos de texto”. Estes, são correspondentes às partes do texto, na maioria das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo o próprio *software*.

O método de CHD é classificado em função da frequência das formas reduzidas. Esta análise visa obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulários semelhantes e diferentes entre si, das outras classes, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados. Também são identificadas através da quantidade de palavras, a frequência média e o número de *hapax*(palavras com frequência um) (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

A partir de matrizes que cruzam segmentos de textos e palavras (repetidos testes X^2), aplica-se o método de CHD para obter uma classificação estável e definitiva. E a partir dessas análises em matrizes o *software* organiza a análise dos dados em um dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

De acordo com os autores citados, a análise de similitude se baseia na teoria dos grafos, possibilitando identificar as concorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras. A organização dos discursos produzidos pelos participantes desse estudo, a partir do tratamento e análise dos dados descritos, possibilitou o alcance dos objetivos do estudo sobre a formação dos profissionais da estratégia saúde da família para a atenção psicossocial ao idoso. Os resultados foram expostos e analisados à luz do referencial teórico.

3.6 Aspectos éticos e legais

Os dados foram coletados após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNINOVAFAPÍ - CAAE 49538315.6.0000.5210, número do parecer 1.265.925, em 07/10/2015 (ANEXO B) e autorização do secretário de saúde de Picos (ANEXO A). Todos os profissionais que aceitaram participar desta pesquisa, após a aceitação verbal, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A eles, foi garantida a confidencialidade, o anonimato e a não utilização das informações em prejuízo de outrem. Para manter o anonimato dos participantes no texto em que foram expostos às falas de forma transcrita, foram identificados por dep.1; dep.2 e assim, sucessivamente.

Para contemplar aos preceitos éticos e legais, conforme o Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, os dados foram acordados com os requisitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Essa Resolução trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. A mesma incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012b).

3.7 Riscos e benefícios

Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. Os procedimentos utilizados neste trabalho implicaram em riscos mínimos para os entrevistados, como constrangimento por não saberem lidar com o idoso portador de transtorno mental. Para minimizar esses riscos, foi utilizado manejo apenas de informações adquiridas por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas em que o entrevistado ficasse à vontade para responder ou não, visando à proteção destes participantes.

Este estudo trouxe como benefício aos participantes, a possibilidade de questionamento sobre o seu papel no atendimento à pessoa idosa, em especial, às que apresentam transtorno mental. Os mesmos passaram a ter uma melhor percepção da escassez de conhecimentos sobre a Rede de Atenção Psicossocial e

sobre as condutas na atenção à saúde mental do idoso, percebendo a necessidade de proposta de projetos de educação permanente que beneficiem a melhoria da qualificação profissional.

Como benefício direto à população do estudo, foi confeccionado um manual de orientações básicas sobre o atendimento ao idoso no contexto da RAPS, contribuindo para a construção de novos conhecimentos e para melhorar a atenção psicossocial ao idoso.

4 RESULTADOS

4. 1 Manuscrito I

Formação dos profissionais da estratégia saúde da família para a atenção psicossocial ao idoso em um município do Piauí

Training of family health strategy professionals for psychosocial care for the elderly in a municipality of Piauí

Verônica Lourdes Lima Batista Maia¹
Eliana Campelo Lago²
Carmen Viana Ramos³
Márcia Astrês Fernandes⁴
Eucário Leite Monteiro Alves⁵

Resumo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um espaço ideal para identificação e acolhimento dos idosos com distúrbios mentais. Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação dos participantes do estudo, analisar o conhecimento dos profissionais da ESF sobre a atenção psicossocial prestada às pessoas idosas no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e discutir como a formação dos profissionais da ESF influencia na assistência prestada ao idoso. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida com trinta e um profissionais de saúde. Os dados foram processados pelo software Iramuteq e os resultados foram apresentados por meio da caracterização sócio-demográfica, análise de Similitude e pela Classificação Hierárquica Descendente. Observou-se que 61,29% dos entrevistados nunca participaram de capacitação na área de saúde mental e que muitos profissionais apresentavam dificuldades em lidar com os idosos que tinham transtornos mentais na atenção básica, assim como desconhecimento sobre o funcionamento da RAPS. Faz-se necessária capacitação dos profissionais da atenção primária concomitante com a implantação da RAPS.

Palavras-chave: Envelhecimento; Saúde mental; Transtornos mentais; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

¹Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, PI, Brasil

²Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, PI, Brasil

³Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, PI, Brasil

⁴Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil

⁵Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, PI, Brasil

The Family Health Strategy is an ideal place for identification and care of the elderly with mental disorders. This study aimed to characterize the sociodemographic and training of study participants profile, analyze the knowledge of professionals of the Family Health Strategy on psychosocial care provided to the elderly in the context of Psychosocial Care Network (RAPS) and discuss how training the professionals of the Family Health Strategy influence in assisting the elderly. This is a descriptive research with a qualitative approach, developed with thirty-one health professionals. The data were processed by Iramuteq software and sociodemographic, similitude analysis and the Hierarchical Classification Descending presented the results. It was observed that 61,29% of respondents never participated in training in mental health and that many professionals had difficulties in dealing with the elderly who had mental disorders in primary care, as well as lack of knowledge about the functioning of the Psychosocial Care Network. It is necessary professional training of concomitant primary care with the implementation of Psychosocial Care Network

Keywords: Aging; Mental Health; Mental disorders; Family Health Strategy.

Resumen

La estrategia de salud familiar es un lugar ideal para la identificación y el cuidado de los ancianos con trastornos mentales. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil sociodemográfico y la formación de los participantes en el estudio, analizar el conocimiento de los profesionales de la Salud de la Familia en la atención psicosocial proporcionada a las personas mayores en el contexto de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) y discutir cómo el entrenamiento los profesionales de la influencia Salud de la Familia en la asistencia a los ancianos. Se trata de una investigación descriptiva con enfoque cualitativo, desarrollado con treinta y un profesionales de la salud. Los datos fueron procesados por el software Iramuteq y los resultados fueron presentados por, análisis de similitud sociodemográfico y la clasificación jerárquica descendente. Se observó que 61,29% de los encuestados nunca participó en la formación en materia de salud mental y que muchos profesionales tienen dificultades para hacer frente a los ancianos que tenían trastornos mentales en la atención primaria, así como la falta de conocimiento sobre el funcionamiento de la Red de Atención Psicosocial. Es necesaria la formación profesional de la atención primaria concomitante con la implementación de la Red de Atención Psicosocial

Palabras clave: Envejecimiento; salud mental; los trastornos mentales; la Estrategia Salud de la Familia.

Introdução

O envelhecimento populacional brasileiro é do conhecimento geral e torna-se um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), em função das modificações biopsicossociais no indivíduo, associadas à fragilidade e, conseqüentemente, ao aumento de custos com o cuidado. Porém, além dos determinantes econômicos do cuidado à saúde do idoso, é importante investigar a natureza e a qualidade do cuidado prestado¹, pois de acordo com

dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020, a depressão será a maior causa de incapacitação do planeta e, em 2030, será o mal mais prevalente no mundo. Atualmente, ela afeta mais de 121 milhões de pessoas².

No Brasil, a depressão prevalece em 18% da população³. Estudos apontam para uma alta prevalência de transtornos mentais, comportamentais e psicodinâmicos na população idosa brasileira, onde são encontradas desde alterações neurológicas discretas, como os variados graus de demência senil, até as síndromes mais graves, como o Mal de Alzheimer e o Mal de Parkinson, além de variados casos de depressão⁴.

Outros estudos comprovam a influência da violência no surgimento de transtornos mentais, apontando uma associação da violência com o surgimento de quadros psiquiátricos, principalmente a depressão, evidenciando a compreensão de que processos violentos deterioram a qualidade de vida. O idoso, vítima de violência, é também integrante do grupo de maior vulnerabilidade à violência por ser dependente de seus cuidadores⁵.

Torna-se primordial considerar a necessidade de dar uma maior atenção à saúde mental do idoso, pois além da alta prevalência dos transtornos mentais, constata-se a escassez dos serviços especializados oferecidos e acessíveis à população⁴.

A inclusão das ações de saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica se tornou possível devido à ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passou a integrar o conjunto de redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde⁶.

A rede trabalha sob a lógica da territorialidade, com o intuito de que a pessoa em sofrimento psíquico possa retomar suas relações e atividades dentro da comunidade onde reside, atendendo também as necessidades explicitadas por seus familiares⁷.

Na atenção psicossocial, o objeto do cuidado das equipes de saúde mental é a unidade familiar em toda sua complexidade, entendendo-a como integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial. Por isso, é imprescindível que a família seja acompanhada pelos serviços substitutivos de saúde mental de maneira que suas necessidades sejam acolhidas⁷.

A atenção básica é um valioso instrumento para articulação da RAPS, porém, não conta diretamente com um profissional de saúde mental. Sendo assim, encontra diversas dificuldades para realizar a assistência psicossocial aos idosos, diante da vigente Política Nacional de Saúde Mental⁴.

Em razão disso, as equipes de saúde da família têm enfrentado dificuldades ao se depararem com idosos portadores de transtornos mentais. Essa configuração tende a se agravar quando esses sujeitos, além de portadores de transtornos psíquicos, são idosos⁴.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada como a primeira porta de entrada do usuário ao SUS e espaço propício para identificar e acolher casos de idosos com distúrbios mentais em seu ambiente familiar e, assim, ordenar e coordenar os serviços da rede de saúde para a atenção integral e integrada ao problema, principalmente junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁶.

Este alcance oriundo da proximidade local da ESF com a comunidade, bem como de uma relação fortalecida pelo vínculo constante entre profissionais de saúde e usuários ainda não se faz suficiente para uma efetiva atenção à saúde mental de idosos no atual contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁸.

Concomitante a isto, os profissionais enfrentam dificuldades de coordenação entre os níveis de atenção, com restrito acesso aos serviços especializados e de suporte social. A desarticulação da rede e a inexistência ou desconhecimento dos serviços de retaguarda

disponíveis, além de comprometer a resolutividade da atenção básica, desgastam os profissionais e incapacitam o SUS para prestar uma atenção integral à saúde do idoso¹.

O estudo justifica-se pelo aumentado gradativo, do diagnóstico de transtorno mental, especialmente em idosos, provocando sérios prejuízos na vida social, sentimental e familiar do ser humano e pela necessidade de se ampliar o conhecimento sobre a RAPS para melhor atender e acompanhar estes idosos.

Nessa perspectiva, este estudo objetiva caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação dos participantes do estudo, analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção psicossocial prestada às pessoas idosas no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e discutir como a formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família influencia na assistência prestada ao idoso.

Método

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Picos-PI, junto aos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. A cidade de Picos está situada no centro-sul do Piauí, a 310 quilômetros da Capital Teresina e tem uma população de 76.544 habitantes (IBGE/2015). É a terceira maior cidade do Estado e é sede do Território Vale do Rio Guaribas, que abrange 42 municípios. Participaram do estudo 31 profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família há 01 ano ou mais, sendo excluídos os profissionais que exerciam atividades voluntárias, estagiários e os demais profissionais que compunham as equipes.

Para a produção dos dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, onde também foram coletados dados sobre a formação dos profissionais, com questões relacionadas à atuação dos profissionais da estratégia saúde da família na atenção psicossocial ao idoso e suas características de variáveis fixas.

Para o processamento dos dados, utilizou-se o software IRAMUTEC (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) e definiu-se a análise de similitude e o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para a análise, onde os textos são classificados em função de seus respectivos vocabulários⁹.

Os dados foram coletados após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNINOVAFAPI - CAAE 49538315.6.0000.5210, número do parecer 1.265.925, em 07/10/2015 e autorização do Secretário de Saúde de Picos. Todos os profissionais que aceitaram participar desta pesquisa, após a aceitação verbal, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Os procedimentos utilizados neste trabalho implicaram em riscos mínimos para os entrevistados, como o constrangimento. Para minimizar esses riscos, foi utilizado manejo apenas de informações adquiridas por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas em que o entrevistado ficasse à vontade para responder ou não, visando à proteção destes participantes. Não houve recusas em responder às perguntas.

Resultados e Discussão

Caracterização dos Participantes do Estudo

Os participantes deste estudo foram 31 profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Picos-PI. Os entrevistados tinham faixa etária de 23 a 60 anos, entre enfermeiros e médicos, os quais responderam um questionário semiestruturado acerca do perfil sociodemográfico, formação e capacitação dos participantes.

Constatou-se que 27 (87,09%) dos entrevistados eram do sexo feminino e 4 (12,91%) do sexo masculino. Quando perguntados sobre sua formação, 13 (41,19%) eram médicos, sendo 4 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, e 18 (58,06%) enfermeiras.

Quando questionados sobre formação profissional, todos apresentavam pós-graduação, sendo que a grande maioria apresentava mais de uma especialização. No entanto, na área específica de saúde do idoso ou da saúde mental, não havia especialista. Importa ressaltar que somente um profissional apresentava o título de mestre.

A especialização é considerada como um processo de ensino que procura ampliar os conhecimentos e concepções da área, preparando os profissionais para intervir e transformar a prática, com foco no mercado de trabalho¹⁰.

Quanto ao aprofundamento sobre a saúde mental relacionada ao idoso durante sua formação acadêmica, apenas 15 (48,38%) depoentes afirmaram ter recebido estes estudos, sendo 5 médicos e 10 enfermeiros. Por outro lado, 16 (51,61%) dos depoentes, correspondendo a 8 médicos e 8 enfermeiros, afirmaram que durante sua formação o assunto saúde mental relacionada ao idoso não foi enfatizado.

Analizou-se também o tempo de formação profissional, que variou de 2 a 32 anos de formação. Quanto ao tempo que cada um atua na Estratégia Saúde da Família, constatou-se que variou de 1 ano até 16 anos.

Quando considerada a participação em treinamento/capacitação sobre o tema saúde mental, constatou-se que 19 (61,29%) dos participantes, sendo 10 médicos e 9 enfermeiros não apresentavam qualquer treinamento nesta área. Dentre os 12 (38,71%) profissionais entrevistados que afirmaram a participação em treinamentos/capacitação, 11 tiveram este treinamento durante a permanência na ESF e 1 profissional afirmou que sua capacitação foi anterior à sua entrada na ESF.

Dentre os 12 que tiveram treinamento/capacitação, 3 (25%) afirmaram que o último treinamento transcorreu há um ano, 3 (25,00%) afirmaram num período de dois anos, 2 (16,66%) afirmaram num período de três anos, 2 (16,66%) num período de cinco anos e 2 (16,66%) um período de dez anos.

Análise de Similitude

Pretendeu buscar resposta para o objetivo II- analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção psicossocial prestada às pessoas idosas no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

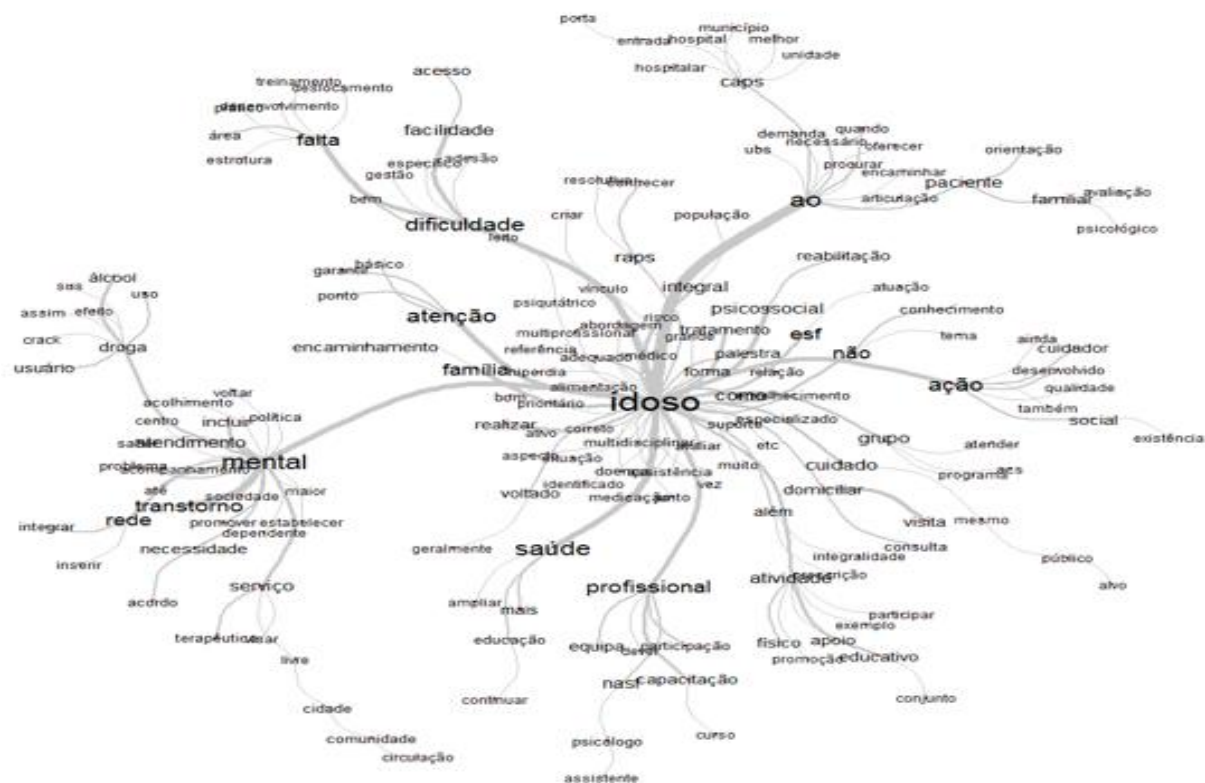
A análise de similitude possibilita identificar as concorrências entre as palavras e seu resultado, trazendo indicações da conexidade entre as palavras e auxiliando na identificação da estrutura da representação⁹. Na figura 1, estão dispostas as palavras mais frequentes nos discursos dos participantes.

A representação “idoso” está associado a família, ação, atenção, integral, RAPS, ESF, não, psicossocial e outros expressos no modo de perceber a atenção psicossocial ao idoso como instrumento para prevenir, tratar e reabilitar o paciente com transtorno mental, visto que através da atenção psicossocial e com a ajuda da família, o paciente melhora sua convivência social e familiar.

Dessa forma, compreende-se que o trabalho desenvolvido na Estratégia Saúde da Família aos idosos portadores de transtornos mentais visa garantir uma melhoria na sua qualidade de vida, bem como proporcionar um resgate de sua autonomia e cidadania e não somente o controle de sua sintomatologia, efetivando o papel de reabilitador.

Outra representação demonstrada e que tem ligação com as palavras “idoso” e “dificuldade” é a expressão “falta”. Ali, é demonstrada a dificuldade dos profissionais realizarem suas atividades com o idoso por falta de capacitação na área específica de saúde mental e falta de apoio da gestão.

Figura 1: Análise de similitude da formação dos profissionais da estratégia saúde da família para a atenção psicossocial ao idoso em um município do Piauí. Picos, 2016.



Fonte: Pesquisa direta, Iramuteq, 2016.

A palavra “mental” tem uma similitude forte com “transtorno”, e com outras conexões como “rede, atendimento, necessidade, serviço e incluir”, pois é possível compreender nesta ramificação, por meio dos discursos dos profissionais, a necessidade de se valorizar a rede para haver qualidade no atendimento ao paciente com transtorno mental.

Assim, destaca-se a valorização da rede de atenção psicossocial vinculada à Estratégia Saúde da Família para que o serviço prestado seja eficiente e sejam incluídas todas as ações garantidas pelo Ministério da Saúde, dentre elas promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, que visam garantir a integralidade do atendimento, proporcionando a reinserção deste idoso na sociedade.

Observa-se ainda na figura mais uma representação, a palavra “CAPS”, que tem similitude com encaminhar, demanda, articulação, paciente, familiar e que está ligado ao ramo da palavra “ao”, pois, é possível perceber que os profissionais expressam a importância

do atendimento ao paciente na atenção primária e encaminhamento articulado para o CAPS a outro nível de atenção, de acordo com a necessidade.

Já a representação da palavra “Saúde” remete a afinidade a outras palavras expressas por “profissional, atividade, participação, educação, capacitação, NASF” e outras, demonstrando que os profissionais percebem a importância do trabalho interdisciplinar, envolvendo variados profissionais, inclusive do NASF, nas atividades de educação em saúde, contribuindo para a promoção de saúde e a aproximação do sujeito com a comunidade e a família.

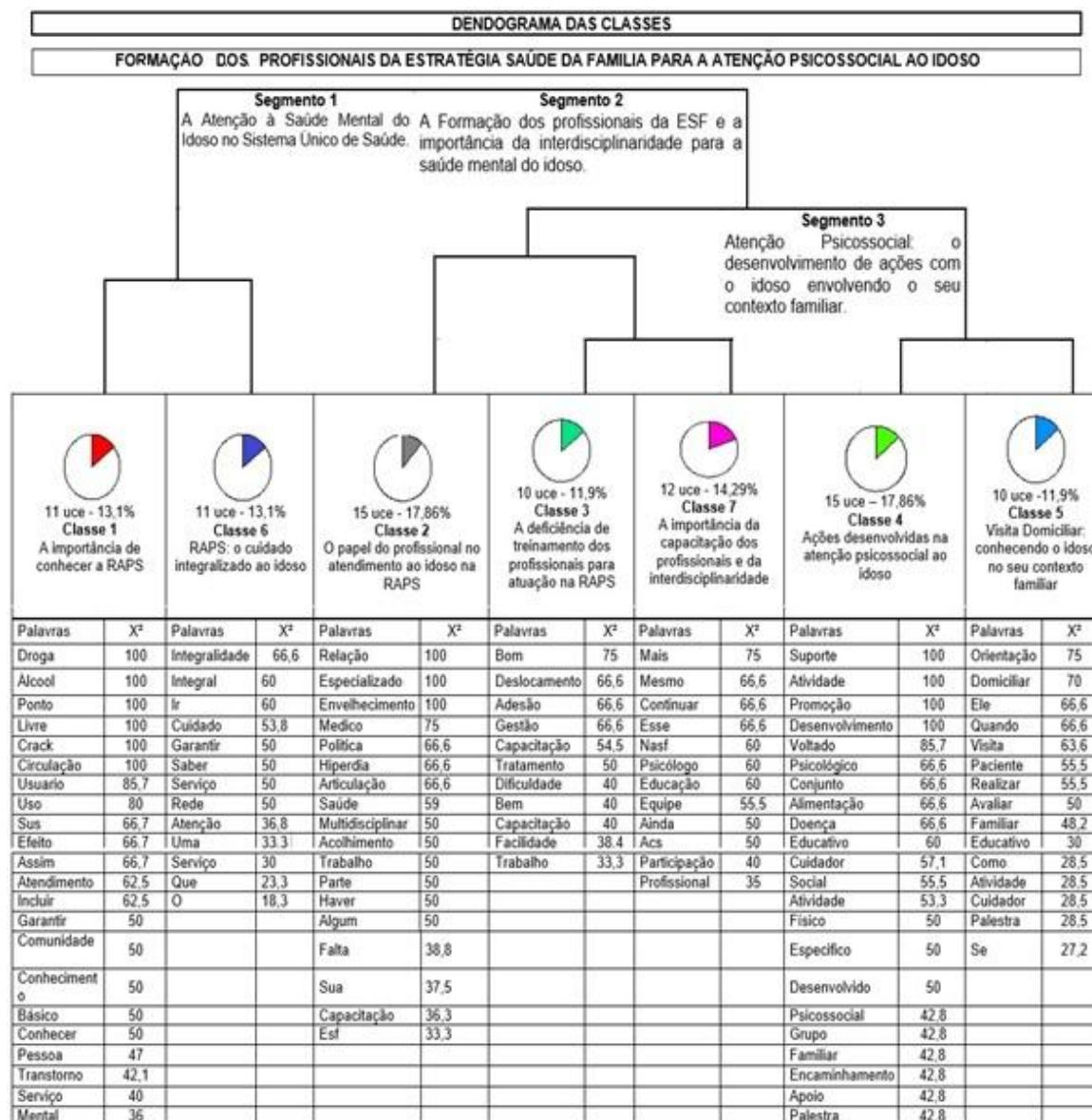
Outra palavra surgida foi “droga” ligada a “usuário, álcool, crack, efeito e SUS” que mostram a preocupação dos profissionais com o desencadeamento de transtornos mentais a partir do uso de drogas ou da violência que o paciente idoso pode sofrer em função da sua fragilidade e dependência provocada principalmente por cuidador familiar.

Portanto, ainda foi possível perceber nesta figura 1 que os profissionais apresentam dificuldades em realizar atividades com o paciente idoso portador de transtorno mental, assim como desconhecimento sobre o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial.

Classificação Hierárquica Descendente

Objetivou buscar resposta para o objetivo II- analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção psicossocial prestada às pessoas idosas no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e para o objetivo III- discutir como a formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família influencia na assistência prestada ao idoso.

Figura 2: Dendograma da formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para a atenção psicossocial ao idoso.



Fonte: Pesquisa direta, Iramuteq, 2016.

Descrição do conteúdo das classes

Para a construção deste dendograma (Figura 2) e para a análise subsequente foram consideradas as palavras com maior frequência. Cada classe é descrita pelas palavras mais significativas (mais frequentes) e pelas suas respectivas associações com a classe (qui-quadrado).

Segmento 01- Classes 1 e 6: A Atenção à Saúde Mental do Idoso no Sistema Único de Saúde.

Esse segmento busca analisar o conhecimento dos profissionais da ESF sobre a atenção psicossocial prestada às pessoas idosas no contexto da Rede de Atenção Psicossocial.

Classe 1- A importância de conhecer a RAPS

Esta classe é construída por 11 segmentos de texto, que corresponde a 13, 1% do corpus total e está diretamente associada à classe 6. Os vocábulos que aparecem mais frequentemente nos segmentos desta classe são: droga, álcool, usuário, uso, ponto, livre, crack, circulação, atendimento, incluir, transtorno, mental, SUS, idoso, e dentre outros.

A partir dos discursos dos profissionais foi possível perceber seu pouco conhecimento acerca da Rede de Atenção Psicossocial, pois, muitos afirmaram conhecer somente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como único serviço de atendimento ao idoso com problemas mentais.

Acho que a rede deve funcionar de forma estruturada e ser apresentada aos profissionais para que possamos inserir o usuário nela. (Dep. 4)

O meu conhecimento restringe-se exclusivamente ao CAPS, que a nossa cidade oferece. Porém, ele é modalidade ad para álcool e drogas [...] (Dep. 18)

São propostas de ações para o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico além do acolhimento, tratamento e acompanhamento dos usuários com transtornos mentais incluindo uso de drogas e álcool. (Dep. 23)

[...] pouco conhecimento sobre como trabalhar atenção psicossocial ao idoso. (Dep. 30)

Pela reflexão e construção do conhecimento dos profissionais durante os discursos, observou-se que muitos dos entrevistados desconheciam o papel da atenção básica no

atendimento à pessoa com transtorno mental, além de também não compreenderem a atenção primária como ordenadora do cuidado na atenção psicossocial ao idoso.

A inclusão das ações de saúde mental no contexto do SUS contribuiu para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira bem como demanda a reorientação da prática das equipes de saúde da família junto aos usuários com necessidades do campo da saúde mental¹¹.

A Reforma Psiquiátrica representou uma mudança profunda nos cuidados em saúde mental. Com ela, veio o processo de reflexão e transformação nos diferentes níveis assistenciais, que, por mais de três décadas vem num crescente movimento de desmistificar o estigma do transtorno mental e, principalmente, garantir o direito da cidadania a essas pessoas¹².

Também foi referido por um dos participantes que a rede é um conjunto de ações necessárias para desenvolver um cuidado integralizado, por meio do acolhimento, tratamento e acompanhamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais, inclusive os usuários de álcool e outras drogas.

A desarticulação da rede e a inexistência ou desconhecimento dos serviços de retaguarda disponíveis, além de comprometer a resolutividade da atenção básica, desgastam os profissionais e incapacitam o SUS para prestar uma atenção integral à saúde do idoso¹.

Por isso, é de fundamental importância que essa rede funcione de forma estruturada e adequada à realidade de cada município. É no espaço da RAPS que os profissionais desenvolvem um acompanhamento e tratamento adequado ao idoso com problemas mentais, no qual apresentam uma substituição ao tratamento em internação hospitalar e concretizam uma nova forma de lidar com o transtorno mental¹³.

Portanto, a RAPS trabalha sob a lógica da territorialidade, promovendo a articulação entre os níveis de complexidade, com o intuito de proporcionar o desenvolvimento de

estratégias diversificadas para os indivíduos com transtornos psíquicos, afim de que estes indivíduos possam retomar suas relações e atividades dentro da comunidade, atendendo as necessidades explicitadas por seus familiares¹⁴⁻¹⁵.

Classe 6- Rede de Atenção Psicossocial: o cuidado integralizado ao idoso

Esta classe é construída por 11 segmentos de texto, que corresponde a 13, 1% do corpus total e está diretamente associada à classe 1. Os vocábulos mais frequentes nos segmentos desta classe são: cuidado, integral, rede, até, atenção, integralidade, garantir, saber, serviço, acesso, ação, ir, uma, que e ser.

No contexto da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é possível observar que essa política revela a atenção primária como o meio de inserção inicial do idoso nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), e deve contar com a referência da rede de serviços especializados de saúde, desde a promoção da saúde até a reabilitação¹⁶.

[...] o cuidado integral ao idoso, começa na ESF e indo até o serviço de referência ambulatorial, CAPS, e unidades hospitalares de atendimento de urgência. (Dep. 5)

Desenvolvo ações preconizadas pelo ministério da saúde instituindo atenção integral e global voltada para essa faixa etária que inclui dentre outras avaliações clínicas a avaliação cognitiva e a avaliação dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes, como depressão (Dep. 8)

[...] acesso garantido e prioritário da população idosa aos serviços de saúde, atenção integral e multidisciplinar. (Dep. 17)

Além de ser umas das redes prioritárias entre as redes de atenção à saúde é de extrema importância para o fortalecimento e integralidade do cuidado. (Dep. 24)

As colocações dos profissionais demonstraram que é de fundamental importância a presença da rede na garantia do cuidado integral à pessoa idosa, assim como também, enfatizaram a importância de ações preventivas e do diagnóstico precoce realizado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Assim, o adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações desenvolvidas, objetivando proporcionar uma melhor assistência¹⁷.

Dessa forma, observa-se que a promoção da saúde consolidada na ESF, reforça os princípios do SUS, principalmente o da integralidade na atenção à saúde e o da participação social. Assim como também, a integração da saúde mental na atenção primária favorece as práticas de cuidado integral, pois contempla a concomitância de transtornos físicos e mentais, melhorando o acesso aos serviços de saúde mental¹⁸⁻¹⁹.

É primordial que as políticas de saúde contribuam para que as pessoas vivam mais e com maior qualidade, alcançando um envelhecimento ativo e saudável dentro de sua integralidade²⁰.

Segmento 02- classes 2, 3 e 7: A Formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e a importância da interdisciplinaridade para a saúde mental do idoso.

Nesse segmento, será discutido como a formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família influencia na assistência prestada ao idoso e a interdisciplinaridade no atendimento resolutivo e integral.

Classe 2- O papel do profissional no atendimento ao idoso na Rede de Atenção Psicossocial

Esta classe é construída por 15 segmentos de texto, que corresponde a 17, 86% do corpus total e está diretamente associada à classe 3 e 7. Os vocábulos que aparecem mais frequentemente nos segmentos desta classe são: relação, especialização, envelhecimento, idoso, médico, falta, área, política, hiperdia, articulação, saúde, ESF, capacitação, multidisciplinar, acolhimento, dificuldade, trabalho, parte, haver, algum e sua.

Identificou-se que é essencial a presença e o apoio dos profissionais no atendimento ao idoso, pois o acolhimento, o vínculo, o diagnóstico precoce, o tratamento e o encaminhamento para outros setores de maior complexidade dependem do preparo dos profissionais.

Realizar o reconhecimento da realidade dos idosos e suas famílias, identificar fatores de risco aos quais os idosos estão expostos e neles intervir de forma apropriada, criar vínculo de confiança com o idoso. (Dep. 2)

[...] vínculo entre o profissional e usuário criando um plano de cuidados de acordo com a necessidade do paciente. (Dep. 6)

Encaminhamento para avaliação especializada, orientação do paciente e seus familiares [...]. (Dep. 15)

Com implantação da raps haverá um maior fortalecimento da rede de saúde mental. (Dep. 24)

É possível observar nos discursos dos depoentes, uma preocupação constante destes profissionais com relação à orientação para o tratamento correto e com a criação de vínculos com o idoso, uma vez que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o primeiro ponto de atenção para o paciente com problemas de saúde mental.

Por isso, é necessário que haja uma compreensão ampliada das condições de vida do idoso, pois, torna-se fundamental compreender os fatores relacionados aos aspectos psicológicos, familiares e sociais, tendo em vista que o alcance de uma velhice bem-sucedida extrapola as condições funcionais e o perfil de morbidade dos idosos²¹.

A Atenção Primária à Saúde realiza a maioria dos atendimentos psiquiátricos, pois, mesmo nos países que mais investem em saúde mental, existe uma lacuna entre a oferta e a demanda por serviços especializados. No Brasil, preconiza-se que a Estratégia Saúde da Família assista aos pacientes com problemas de saúde mental e o apoio matricial é uma ferramenta para qualificar esse trabalho²².

Nesse sentido, é válido destacar que o apoio matricial é uma ferramenta excepcional para qualificar esse trabalho e, assim, com a otimização da capacidade resolutive e da

credibilidade da ESF, pode-se proporcionar um melhor cuidado por meio da atenção psicossocial, bem como, garantir o direito ao tratamento adequado, pois, a ESF tem o modelo de promover uma assistência integral à pessoa, sendo o objeto de intervenção mediado pela família e pela comunidade onde está inserido²³⁻²⁴.

Classe 3- A deficiência de treinamento dos profissionais para atuação na RAPS

Esta classe é construída por 10 segmentos de texto, que corresponde a 11, 9% do corpus total e está diretamente associada à classe 2 e 7. Os vocábulos que aparecem com mais frequência nos segmentos desta classe são: capacitação, dificuldade, bom, tratamento, facilidade, gestão, deslocamento, adesão, falta, bem, participação, para e trabalho.

No contexto da RAPS os profissionais são direcionados a desenvolver prevenção e promoção da saúde mental dos idosos por meio da ESF, objetivando reinseri-los na sociedade e reabilitá-los. Para isso acontecer, é necessário que os profissionais conheçam as ações estratégicas de saúde mental que serão desenvolvidas na atenção básica.

Ficou evidenciado nos discursos dos participantes que alguns destes profissionais desconheciam ou tinham dificuldade em lidar no dia-a-dia com os transtornos mentais por não terem recebido treinamento e capacitação para desenvolver este atendimento.

[...] estão diretamente relacionados à capacitação ineficiente que é ofertada aos profissionais, pois não são disponibilizados cursos de aperfeiçoamento para um melhor manejo da situação. (Dep. 4)

[...] necessidade de incentivo da gestão para motivar profissionais, por meio da capacitação para trabalhar com essa demanda específica. (Dep.16)

[...] falta de investimento da gestão, falta de capacitação dos profissionais na implantação da RAPS. (Dep.22)

Falta de treinamentos e cursos de capacitação sobre esta temática. (Dep.23)

Nas entrevistas, os profissionais mencionaram a falta de treinamento e capacitação para atuarem com esta demanda. Pois, esta falta de apoio e incentivo dos gestores de saúde

demonstra que, no município, não há investimento suficiente para as atividades voltadas para a saúde mental, resultando em um empobrecimento dessa assistência e, de certa forma, retardando o resgate da melhoria da saúde desse indivíduo em sofrimento psíquico.

Na fala dos participantes, observou-se também que a falta de cursos de capacitação para trabalhar com a demanda de saúde mental faz com que, algumas vezes, o médico se limite a repetir a medicação prescrita anteriormente pelo especialista e assim, diante dessas circunstâncias, o papel da atenção básica de organizador da rede de cuidados, conforme preconiza o Ministério da Saúde, fique parcialmente comprometido.

Um dos motivos das dificuldades em fortalecer e promover a saúde mental pode ter sido a falta de preparo dos profissionais alocados na atenção primária²⁵, pois a execução das ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não é uniforme e depende da qualificação do profissional ou da decisão política do gestor, indicando que os profissionais devem apropriar-se de novas práticas para desenvolverem uma assistência integral¹¹.

Além disso, observou-se que as compreensões que os profissionais de saúde têm sobre os idosos interferem na maneira de assisti-los e tratá-los. Assim, defende-se que por meio de treinamento ou capacitações pode-se melhorar não só a formação, mas também as atitudes desses profissionais, de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas, além de fornecer ferramentas que os fortaleçam no caminho de um envelhecimento saudável²⁶.

Classe 7- A importância da capacitação dos profissionais e da interdisciplinaridade

Esta classe é construída por 12 segmentos de texto, que corresponde a 14, 29% do corpus total e está diretamente associada à classe 2 e 3. Os vocábulos que aparecem mais frequentemente nos segmentos desta classe são: mais, nasf, equipe, profissional, psicólogo, educação, mesmo, continuar, grupo, ainda, ACS, participação.

A capacitação dos profissionais da atenção básica para o atendimento ao idoso com transtorno mental torna-se ainda mais urgente quando surgem casos mais complexos, que exigem acompanhamento interdisciplinar, com apoio matricial de outros serviços para maior resolutividade.

Além do mais, para os casos complexos, é necessária a elaboração de projeto terapêutico singular pelos profissionais ESF e NASF e o apoio matricial de outros serviços de saúde. (Dep. 8)

As dificuldades são a falta de profissionais especializados na área de psiquiatria voltados ao idoso e a falta de equipe multidisciplinar e de treinamentos. (Dep. 25)

Realização de capacitação para os profissionais de ESF para uma melhor abordagem a esse idoso. (Dep. 27)

A articulação é fundamental para haver bom acolhimento e acompanhamento, por meio da boa escuta e procurar dar resolutividade ao problema da pessoa idosa com transtorno mental, seguindo protocolos do ministério da saúde. (Dep. 29)

Diante dos discursos dos profissionais foi possível identificar a preocupação dos profissionais em manter o cuidado integral ao idoso portador de transtorno mental, lançando mão de estratégias como o apoio do NASF, na elaboração de projeto terapêutico singular e o apoio matricial de especialistas de outros níveis de complexidade, além da importância da formação para a atuação.

A equipe de Saúde da Família enfrenta no seu atendimento diário situações adversas, que necessitam resolutividade, além de oferecer uma boa acolhida e estabelecer vínculos com os usuários do sistema de saúde. Sendo assim, observa-se a importância da formação e da educação permanente para a equipe multiprofissional, seja atuando na assistência, no planejamento ou na programação das ações²⁷.

Este novo modelo de assistência à saúde é feito a partir da pedagogia da problematização, relacionada intrinsecamente com as ações desenvolvidas no trabalho. O conhecimento insuficiente dos profissionais sobre esse modelo de assistência, que não integra

os currículos de formação dos profissionais, faz com que seja necessária uma capacitação prévia à sua atuação na Estratégia Saúde da Família²⁸.

Então, qualificar os profissionais da ESF é condição necessária e prioritária para o alcance de metas, resolução dos problemas e organização dos serviços de saúde. Paralelo a isso, a educação permanente se configura como uma política institucionalizada pelo SUS, que preconiza a transformação do trabalho da saúde envolvendo profissionais, gestores e gerentes da saúde para a integração ensino e serviço²⁹.

A Educação Permanente trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, possibilitando identificar as necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e qualificar a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social, com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva³⁰⁻³¹.

A colaboração entre os níveis de atenção facilita tanto a disponibilidade de cuidados para cada indivíduo como o uso mais eficiente dos recursos do sistema de saúde coletivamente, conforme a necessidade, nos espaços e tempos de encontros das equipes de APS e especializadas em Saúde Mental.

Potencialmente, pode tanto evitar o acúmulo de casos de pouca complexidade/gravidade nos serviços especializados, como permitir acesso rápido e ágil aos tratamentos que só podem ser realizados por profissionais especializados para casos/situações de maior complexidade/gravidade.

Desse modo,³² a estratégia do apoio especializado matricial em Saúde Mental às equipes de atenção primária vem ao encontro dos princípios da ESF do ponto de vista de prover uma atenção integral à saúde, facilitando o acesso do usuário à especialidade necessária sem perder a continuidade do tratamento nem o vínculo com a equipe da atenção primária a saúde.

Segmento 03- classes 4 e 5: Atenção Psicossocial: o desenvolvimento de ações com o idoso envolvendo o seu contexto familiar.

Nesse segmento, será discutido como a formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família influencia na assistência prestada ao idoso, inclusive no seu contexto familiar.

Classe 4 - Ações desenvolvidas na atenção psicossocial ao idoso

Esta classe é construída por 15 segmentos de texto, que corresponde a 17,86% do corpus total e está diretamente associada à classe 5. Os vocábulos que aparecem com mais frequência nos segmentos desta classe são: voltando, suporte, atividade, promoção, desenvolvimento, educativo, social, cuidador, psicossocial, grupo, físico, doença, psicológico, familiar, encaminhamento, apoio, palestra, desenvolvimento e reabilitação.

Nessa perspectiva, pode-se ressaltar que é de fundamental importância o envolvimento da equipe multidisciplinar no manejo psicossocial do idoso, assim como no desenvolvimento de práticas de educação em saúde junto à comunidade. Dessa forma, entende-se que as atividades educativas são direcionadas para o desenvolvimento inter-relacional entre usuários e profissionais.

[...] desenvolvemos ações de educação e promoção em saúde, já fizemos concurso de piadas e atividades lúdicas, as quais são muito bem aceitas pelos idosos. (Dep. 4)

Ações voltadas para a reabilitação psicossocial feita através de um trabalho multiprofissional contemplando apoio psicológico familiar e social no intuito de resgatar sua autonomia de viver. (Dep. 11)

Palestras educativas com os idosos e terapias em grupo para a mente com os cuidadores e os idosos, danças e alongamentos do corpo e musicoterapia, este pelo NASF [...]. (Dep. 20)

Grupo de idosos com ações de promoção à saúde e também atividades recreativas com o apoio e suporte dos profissionais do NASF, Assistente Social, Psicólogo, Apoio Matricial e atividade de capoterapia desenvolvida por um educador físico. (Dep. 22)

De acordo com os relatos dos profissionais, observou-se que eles demonstraram a preocupação em promover a saúde dos indivíduos sob sua responsabilidade, principalmente por meio de práticas de educação em saúde. Ao mesmo tempo, a participação em grupos educativos favoreceu maior capacidade resolutiva, por possuir vários olhares para um problema em comum, e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários é essencial para que haja uma efetiva atenção à saúde mental de idosos no atual contexto da RAPS.

Todas as ações educativas em saúde do idoso como previsto na Política Nacional de Saúde do Idoso, devem garantir a permanência do idoso dentro de sua comunidade, participando de atividades preventivas junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível³³.

Estar atento a esses nuances do processo de envelhecimento, especialmente para os profissionais de saúde que lidam com o idoso no nível da atenção básica, remete aos preceitos da humanização do cuidado e da prestação de uma assistência integral²¹.

As redes de apoio social têm papel potencial na assistência aos idosos dentro das comunidades atendidas, pois a formação de recursos humanos na área de saúde do idoso está vinculada a uma compreensão de processo de envelhecimento e suas repercussões biopsicossociais¹⁷.

Classe 5- Visita Domiciliar: conhecendo o idoso no seu contexto familiar

Esta classe é construída por 10 segmentos de texto, que corresponde a 11, 9% do corpus total e está diretamente associada à classe 4. Os vocábulos que aparecem mais frequentemente nos segmentos desta classe são: domiciliar, visita, paciente, realizar, orientação, quando, familiar, avaliar, físico, como, atividade, educativo, cuidador e palestra.

As visitas domiciliares assumem importante papel na atenção psicossocial a partir da reforma psiquiátrica, que ressalta a importância da família no cuidado e na reinserção social do sujeito com transtorno mental. Diante dos discursos dos profissionais, percebeu-se que a

visita domiciliar propicia não só a busca ativa de pacientes com transtorno mental, mas a percepção do idoso em seu ambiente familiar e a relação com o cuidador e/ou familiares.

Realizamos a busca ativa ao paciente idoso com transtorno mental através de visitas domiciliares [...]. (Dep. 5)

O nosso encontro com o idoso no âmbito da ESF se dá preferencialmente na visita domiciliar, quando são avaliados os cuidados prestados ao idoso, além da prescrição de cuidados que a família deve ter com o idoso. (Dep. 14)

Avalio como estão a alimentação, higiene pessoal e sono, junto aos cuidadores, bem como a administração de medicamentos como e por quem é realizada, oriento sinais e sintomas que devam levar o idoso à consulta ou visita domiciliar. (Dep. 19)

Realizamos visita domiciliar, encaminhamos para o CAPS II se tiver algum transtorno mental, fazemos a orientação de cuidados ao cuidador. São ações realizadas com pacientes com transtorno mental tendo como porta de entrada a ESF. (Dep. 27)

É possível identificar alterações psicossociais nos idosos, no trabalho em equipe feito pelos profissionais da ESF, dentro da comunidade, durante as visitas domiciliares. A assistência multiprofissional possibilita diagnosticar com mais clareza o problema vivenciado por este idoso no interior de seus lares.

Esta equipe multiprofissional precisa conhecer e compreender o contexto que envolve as relações entre a pessoa com transtorno mental e a família, cabendo-lhe ofertar suporte e assisti-las em todas as suas necessidades em busca da melhoria na qualidade de vida de ambas³⁴.

Nesse sentido, a visita domiciliar, sobretudo, possibilita conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psicoafetivo-sociais e biológicos, promovendo vínculos entre usuários, familiares e trabalhadores¹⁴.

A proposta de reinserção social do doente mental e a sua aproximação com a família não é uma tarefa fácil. Ao mesmo tempo em que as famílias anseiam por ter todos os seus

membros próximos, elas também refletem o medo e o preconceito existente em nossa sociedade, o que, muitas vezes, pode deixá-las resistentes a acolher o ente que adoeceu³⁵.

Até os anos 70, ter um familiar com diagnóstico de transtorno mental representava um grande problema para a família por não saber lidar com a doença e sua estigmatização, além do tratamento ser estritamente institucionalizado. Por isso, a Reforma Psiquiátrica representou uma mudança profunda nos cuidados em saúde mental, uma vez que substituiu o modelo hospitalocêntrico pelo de serviços comunitários estabelecidos no território³⁶.

Na atenção psicossocial, o objeto do cuidado das equipes de saúde mental é a unidade familiar em toda sua complexidade, entendendo-a como integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial. Por isso, é imprescindível que a família seja acompanhada pelos serviços substitutivos de saúde mental de maneira que suas necessidades sejam acolhidas¹⁴.

A assistência à saúde no domicílio não se encerra levando a equipe à casa do indivíduo. Implica perceber e interpretar adequadamente o contexto familiar, socioeconômico e cultural, extrapolando as fronteiras do modelo biomédico, e demandando a integração das redes de apoio e o desenvolvimento de tecnologias diferenciadas¹.

Conclusão

O presente estudo possibilitou a ampliação do conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Mental, evidenciada pela Rede de Atenção Psicossocial, tendo a atenção básica como um importante dispositivo para o tratamento do idoso com sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que verificou a formação do profissional de saúde que presta atendimento na Estratégia Saúde da Família a esta clientela.

O resultado deste estudo revelou aspectos importantes sobre a relevância da capacitação em saúde mental para os profissionais da atenção básica, concomitante com a implantação da RAPS.

Espera-se que possa contribuir para o desenvolvimento do programa e para as discussões sobre as políticas e ações em Educação Permanente direcionadas ao profissional de saúde, tomando como norte a visão de que os profissionais atuem contribuindo para a reabilitação psicossocial dos usuários e para o aprendizado de novos saberes, numa relação dialógica dentro da RAPS.

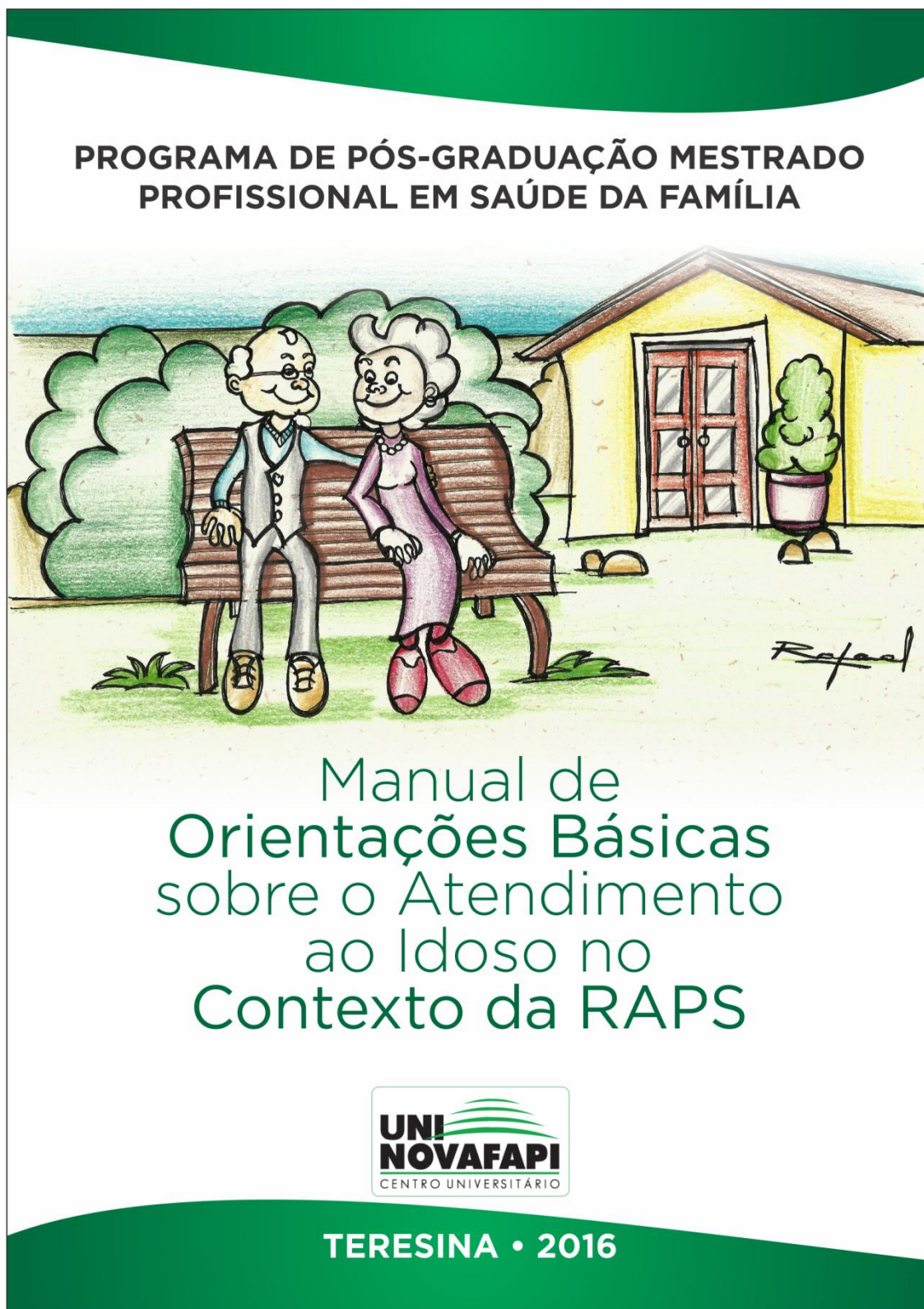
Referências

1. Motta LB, Aguiar AC, Caldas, CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. saúde pública*. 2011;27(4):779-786.
2. Rocha JP, Klein OJ, Pasqualotti A. Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2014;17(1):115-28.
3. Viana MC. et al. São Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2009; 31(4):375-86.
4. Tavares SMG. A Saúde Mental do idoso brasileiro e a sua autonomia. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* 2009; 2(47):87-89.
5. Valadares FC, Souza ER. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2763-2774.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica 34 – Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
7. Mielke FB, Kohlrausch E, Olschowsky A, Schneider JF. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010;12(4):761- 765.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

9. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição- LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil, 2013.
10. Calgaro A, Souza EM. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009; 30(3):476- 85.
11. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2011;45(6):1501-6.
12. Bessa JB, Waidman MAP. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto contexto-enferm*. 2013;22(1):61-70.
13. Salles MM, Barros S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*. 2013;37(97):324-335.
14. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd*. 2010;8(5):405-10.
15. Rodrigues LBB. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(2):343-52.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
17. Motta LB, Caldas CP, Assis M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1143-51.
18. Hirdes A, Scarparo HBK. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(2):383-93.
19. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3553-59.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. 1.^a edição 1.^a reimpressão Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19 Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
21. Silva IT, Junior EPP, Vilela ABA. Auto percepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2014;17(2):275-287.
22. Binotto AL. et al. Interface saúde da família & saúde mental. *Rev. Bras. med fam. comunidade*. 2012;7(23):83-9.
23. Shimizu HE, Carvalho Junior D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(9):2405-14.

24. Tavares ALB, Souza AR, Pontes RJS. Demanda de saúde mental em CSF. Rev. Bras. med fam. Comunidade. 2013;8(26):35-42.
25. Onocko Campos R. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev. Saude Publica. 2012;46(1):43-50.
26. Schimidt TCG, Silva MJP. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. Rev. esc. enferm. USP. 2012;46(3):612-17.
27. Noronha MGRCS, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? Ciênc. saúde coletiva. 2009;14(2):497-506.
28. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. 2011;20(4):884-899.
29. Duarte MLC, Oliveira AI. Compreensão dos coordenadores de serviços de saúde sobre Educação Permanente. CogitareEnfermagem.2012;17(3):506-12.
30. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saúde e Sociedade. 2009;18(supl. 1):48-51.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 278, DE 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
32. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet. 2007; 370(9590): 841-50.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
34. Brischke CCB. et al. Convivendo com a pessoa com esquizofrenia: perspectiva de familiares. Revista Ciência Cuid. Saúde. 2012;4(11):657-64.
35. Santin G, Klafke TE. A família e o cuidado em saúde mental. Saúde Debate. 2011;38(102):494-505.
36. Maciel SC. Barros DR, Silva AO, Camino L. Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social: um Estudo com Familiares de Doentes Mentais. Psicologia Ciência e Profissão.2009; 29(3):436-447.

4. 2 Produto - Orientações Básicas sobre o atendimento ao Idoso no contexto da RAPS



Manual de
Orientações Básicas
sobre o Atendimento
ao Idoso no
Contexto da RAPS

Aluna:
VERÔNICA LOURDES
LIMA BATISTA MAIA

Professora orientadora:
DRA. ELIANA CAMPÊLO LAGO

Colaboração:
Gerlany Leal Cronemberger

Ilustrações:
Rafael Rodrigues

Apresentação

Este manual tem a finalidade de despertar um maior interesse nos profissionais da atenção primária sobre a atenção psicossocial ao idoso e de ser um instrumento de aproximação entre as equipes de Saúde da Família, porta de entrada preferencial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com os demais serviços envolvidos no atendimento de pessoas com problemas mentais.

Constitui um produto da pesquisa “Formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para a atenção psicossocial ao idoso”, Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Está dividido em três partes: a primeira define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus pontos de atenção; a segunda aborda os transtornos mentais comuns (TMC) na pessoa idosa, e a terceira apresenta o contexto atual da RAPS no Território Vale do Rio Guaribas.

Espera-se, assim, contribuir para uma melhor atuação e empenho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento e acompanhamento adequados aos idosos, pois é sabido que, para que a articulação da rede, bem como o acolhimento ao idoso na atenção psicossocial da ESF sejam efetivos, é necessário que a atenção primária esteja preparada e ciente das suas atribuições diante da RAPS.

O que é a RAPS?

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui uma das áreas temáticas de saúde após acordo Tripartite entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems que resultou na publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Entre as redes priorizadas, temos: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014).

A Portaria N.º 3088, de 23 de dezembro de 2011, institui a [Rede de Atenção Psicossocial](#) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a).

Conforme a Portaria 3088, a Unidade Básica de Saúde é um ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades tendo a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011a).

Entre os pontos da RAPS, temos:

- 1) A Unidade Básica de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família:**
- 2) Centros de Atenção Psicossocial: de caráter aberto, com modalidades distintas, de acordo com:**

A especificidade da demanda psicossocial atendida (crianças e adolescentes, pessoas com transtorno e/ou sofrimento decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas e pessoas com outros transtornos psíquicos.

2.1) Centro de Atenção Psicossocial modalidade I ou CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.

2.2) Centro de Atenção Psicossocial modalidade II ou CAPS II atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

2.3) Centro de Atenção Psicossocial modalidade III ou CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

2.4) Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas ou CAPS AD II: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

2.5) Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas CAPS AD III: atende mesma demanda do CAPS AD II, porém é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

2.6) Centro de Atenção Psicossocial Infantil ou CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

3) Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório:

3.1) Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses. Podem ser:

3.1.1.) Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

3.1.2) Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos incompletos).

3.2) Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

4) Rede de Atenção Hospitalar:

É instituída na RAPS pelas portarias N.º 3088 e tendo suas atribuições estabelecidas pela Portaria N.º 148, de 31 de janeiro de 2012: leitos de Saúde Mental em Hospital Geral. Oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. A Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência incluem o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2012).

5) Estratégias de Desinstitucionalização:

É um ponto constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

6) Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial:

É composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Transtornos Mentais Comuns (TMC) na Pessoa Idosa

1. Depressão

2. Demências

3. Transtorno da Ansiedade Generalizada

Dentre as morbidades psíquicas, os transtornos mentais comuns (TMC) na pessoa idosa são caracterizados por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (ROCHA et al., 2012).

Além do envelhecimento, fatores como condições precárias de moradia, desemprego, doenças crônicas e baixo nível de escolaridade são elementos que favorecem a exposição aos TMC (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Segundo estudo de ROCHA et al (2012) a prevalência global de transtornos mentais comuns (TMC) entre os entrevistados foi de 32,1 %. Observou-se uma maior prevalência de TMC entre as mulheres (36,7 %) e entre indivíduos com idade mais avançada (38,3 %), com renda ≤ 1 salário mínimo (34,3 %) e nível de escolaridade intermediário (33,5 %), que viviam sem companheiro (33,5 %) e entre os que auto-referiram serem portadores de doenças crônicas (33,5 %)

A prevalência de TMC neste estudo foi elevada (32,1 %) caracterizando-se como um sério problema de saúde pública. Fortes, Villano e Lopes (2008), destacam que o maior temor dos idosos com o avançar da idade relaciona-se a perda da autonomia e da independência para realizar as atividades da vida diária, como consequência de doenças incapacitantes que exercem impacto significativo na saúde mental.

Depressão

“A síndrome depressiva é caracterizada pela presença de humor predominantemente depressivo e/ou irritável e anedonia (diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria)” (PARADELA, 2011).

Entre os muitos transtornos, a depressão deve ser olhada com cuidado, já que a mesma afeta a qualidade de vida do idoso negativamente. Segundo o mesmo autor, existe uma multiplicidade de causas que podem influenciar no surgimento e persistência dos períodos de depressão. Entre estas estão os fatores genéticos, biológicos e ambientais, como fatores estressantes por exemplo (BORGES; DALMOLIN, 2012).

Quanto aos aspectos clínicos e ao diagnóstico da depressão “em pacientes idosos, além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas”, como baixa autoestima, hipocondria, efeitos adversos dos medicamentos, pensamento frequente de suicídio e delírios (STELLA et al., 2012).

Referente aos sintomas mais comuns na depressão, os mesmos atingem três esferas: “(1) Afeto: choro, tristeza, apatia; (2) Cognição: desesperança, culpa, sentimentos de inutilidade e menos valia, ideias de morte e (3) Somáticos: falta de energia, dores difusas, alterações no sono, apetite e hábito intestinal e diminuição da libido” (BORGES; DALMOLIN, 2012).

Dentre os aspectos destacados aqui, entendemos que o tratamento dos idosos com diagnóstico de depressão, deve ter como perspectiva a valorização da autonomia, assim como da individualidade dos pacientes. O tratamento pode ser realizado com medicamentos e/ou acompanhamento psicológico (BORGES; DALMOLIN, 2012).

Sendo a depressão uma condição clínica frequente em idosos, é necessário que os profissionais de saúde e os familiares que lidam com os mesmos, estejam atentos aos sinais muitas vezes mascarados da doença. Portanto, os profissionais de saúde, também devem estar cientes da particularidade de cada quadro clínico, com isso utilizando todos os instrumentos e informações possíveis, a fim de adequar o tratamento, promovendo qualidade de vida ao paciente idoso (SIQUEIRA et al., 2009).

Demências

Pacientes com suspeita diagnóstica de demência são atendidos com frequência crescente em ambulatórios ou consultórios de profissionais que lidam com clientela idosa, fator relacionado ao expressivo aumento da expectativa de vida da população mundial, com consequente elevação do número de casos de doenças crônico-degenerativas.

A prevalência de demência duplica a cada cinco anos após os 60 anos, resultando em aumento exponencial com a idade. Em estudo populacional brasileiro recente, realizado com idosos vivendo na comunidade, a prevalência de demência variou de 1,6%, entre os indivíduos com idade de 65 a 69 anos, a 38,9%, entre aqueles com idade superior a 84 anos (HERRERA; CARAMELLI; NITRINI, 1998).

Doença de Alzheimer (DA)

A DA é a causa mais frequente de demência, responsável, por mais de 50% dos casos na faixa etária igual ou superior a 65 anos. A doença se caracteriza por processo degenerativo que acomete inicialmente a formação hipocampal, com posterior comprometimento de áreas corticais associativas e relativa preservação dos córtices primários. Essa distribuição do processo patológico faz com que o quadro clínico da DA seja caracterizado por alterações cognitivas e

comportamentais, com preservação do funcionamento motor e sensorial até as fases mais avançadas da doença.

O primeiro sintoma da DA é usualmente o declínio da memória, sobretudo para fatos recentes (memória episódica), e desorientação espacial. Esses sintomas se instalam de forma insidiosa, com piora lentamente progressiva, embora períodos de relativa estabilidade clínica possam ocorrer.

Alterações de linguagem (principalmente anomia), distúrbios de planejamento (funções executivas) e de habilidades espaciais surgem com a evolução do quadro. (KNOPMANet *al.*, 2001). Na faixa pré-senil (antes dos 65 anos), os distúrbios de linguagem podem ser a manifestação predominante do processo demencial, enquanto sintomatologia psicótica (como ideias delirantes, sobretudo de caráter persecutório, e alucinações) é habitualmente mais comum nos pacientes mais idosos.

O diagnóstico clínico da DA se baseia na observação de quadro clínico compatível e na exclusão de outras causas de demência por meio de exames laboratoriais e de neuroimagem estrutural. A tomografia computadorizada e, particularmente, a ressonância magnética revelam atrofia da formação hipocampale do córtex cerebral, de distribuição difusa ou de predomínio em regiões posteriores.

Esses pacientes preenchem os critérios diagnósticos da denominada DA provável (PARADELA, 2011). Outra possibilidade é o diagnóstico de DA possível, em que os pacientes apresentam variações na forma de apresentação ou evolução clínica e também nos casos em que outras condições passíveis de produzir demência estejam presentes, porém sem serem consideradas, com base em juízo e experiência clínica, responsáveis pelo quadro demencial.

O diagnóstico definitivo só é possível por exame anatomopatológico. A acurácia diagnóstica quando da presença de perfil clínico característico e de exames complementares normais ou inespecíficos (quadro compatível com DA provável), segundo os estudos com confirmação anatomopatológica, é de, em média, 81%, taxa que se eleva com o seguimento dos pacientes (ANDRÉ, 1998).

Demência Vascular (DV)

O termo demência vascular (DV) tem conotações amplas, referindo-se aos quadros demenciais causados pela presença de DCV. É mais comumente utilizado

quando associado aos efeitos de grandes lesões tromboembólicas (demência por múltiplos infartos), mas inclui também os estados lacunares e as lesões únicas em locais estratégicos (tálamo, giro angular esquerdo, núcleo caudado), demência associada a lesões extensas da substância branca (doença de Binswanger), angiopatia amiloide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos.

A DV é a segunda causa mais frequente de demência em países ocidentais, correspondendo a cerca de 10% dos casos, com dados de prevalência encontrados entre 1,2% a 4,2% em indivíduos acima de 60 anos. Além disso, a associação DCV com DA ocorre em cerca de 15% dos casos de demência.

Os fatores de risco para a DV são os mesmos relacionados ao processo de aterogênese e doenças relacionadas: idade, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, tabagismo, doenças cérebro e cardiovasculares, entre outros.

O diagnóstico da DV se baseia atualmente em critérios específicos que incluem história clínica, avaliação neuropsicológica e exames de neuroimagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética, dando-se preferência a esta pela melhor possibilidade de identificação de infartos lacunares). Diversos critérios foram propostos por diferentes grupos e consórcios de investigadores.

A presença de fatores de risco para doença cerebrovascular deve alertar para essa possibilidade diagnóstica. O elemento diagnóstico principal, no entanto, é o estabelecimento de relação causal entre o comprometimento cerebrovascular e o quadro demencial, o que muitas vezes não é tarefa fácil, sobretudo pela já referida associação comum entre DA e DCV. Nenhum dos critérios diagnósticos de DV atualmente disponíveis permite a identificação precisa dos casos (ANDRÉ, 1998).

Demência com Corpos de Lewy (DCL)

A demência com corpos de Lewy (DCL) corresponde à terceira causa mais frequente de demência em estudos de autópsias realizados em vários centros de pesquisa. Caracteriza-se clinicamente por um quadro de demência em que ocorrem: flutuação dos déficits cognitivos em questão de minutos ou horas, alucinações visuais bem detalhadas, vívidas e recorrentes e sintomas parkinsonianos, geralmente do tipo rígido-acinéticos de distribuição simétrica. Duas das manifestações acima descritas são necessárias para o diagnóstico de DCL provável.

O declínio cognitivo na DCL é progressivo e interfere na capacidade funcional do indivíduo (funções executivas, capacidade de resolução de problemas e atividades de vida diária). A atenção, as funções executivas e as habilidades visuo espaciais são os domínios cognitivos mais comprometidos nas fases iniciais, com relativa preservação da memória. Este é talvez o de maior relevância para o diagnóstico diferencial com a DA.

Com a progressão da doença, entretanto, essas diferenças podem se perder, dificultando a diferenciação com outras demências.

Além do diagnóstico diferencial com a DA, condições como *delirium* e demência vascular, que podem cursar com flutuações, devem ser excluídas. Os pacientes com DCL costumam apresentar episódios frequentes de quedas ou síncope (MESULAM, 2000).

Demências Frontotemporais (DFT)

Apresentam quadro clínico característico, com alterações precoces de personalidade e de comportamento, além de alterações de linguagem (redução da fluência verbal, estereotipias e ecolalia), de início insidioso e caráter progressivo. A memória e as habilidades visuo espaciais encontram-se relativamente preservadas.

As alterações de comportamento podem se apresentar como isolamento social, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, sinais de hiper-realidade e descuido da higiene pessoal. Sintomas depressivos, preocupações somáticas bizarras e estereotipias motoras também podem ocorrer.

Esses sintomas podem preceder as alterações intelectuais, e alguns testes neuropsicológicos de rastreio, como o mini exame do estado mental, podem estar normais no início, alterando-se com a evolução da doença (BRUN,1994).

Transtorno da Ansiedade Generalizada (TAG)

A sociedade urbanizada moderna impõe ao homem o desafio de uma adaptação rápida em muitos âmbitos da vida. Devido a exigências como essa, várias patologias relacionadas ao estresse, fobia e ansiedade tornam-se comuns ao nosso cotidiano (HOLLANDER, 2008).

Existem poucos estudos sobre a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) para populações acima de 65 anos. Taxas mais elevadas foram encontradas em mulheres (2,7%) e em idosos (2,2%) (HOLLANDER, 2008).

Os fatores de risco que têm sido associados a algum transtorno de ansiedade na população idosa são: ser do sexo feminino; ter diversas outras doenças crônicas; ser solteiro, divorciado ou separado (comparado com os casados); ter escolaridade baixa; ter passado por eventos de vida estressantes; ter limitações físicas nas atividades diárias; ter passado por eventos estressantes na infância; e instabilidade emocional (TAYLOR *et al.*, 2010).

A experiência de ansiedade apresenta dois componentes: a percepção das sensações fisiológicas e a percepção do estar nervoso ou assustado. Além dos efeitos motores e viscerais, a ansiedade afeta o pensamento, a percepção e o aprendizado.

Tende a produzir confusão e distorções da percepção, não apenas do tempo e do espaço, mas também das pessoas e dos significados dos acontecimentos. Essas distorções podem interferir no aprendizado ao diminuir a concentração, reduzir a memória e perturbar a capacidade de fazer associações (GLIESCH, 2013).

Para TAG, o DSM V o define como ansiedade e preocupação excessivas sobre vários acontecimentos ou atividades, na maior parte dos dias, durante o último período de seis meses. A preocupação é difícil de se controlar e se associa a sintomas somáticos, como: estar fatigado; tensão muscular; irritabilidade; dificuldade de dormir; inquietação e dificuldade de concentração.

A ansiedade não é melhor explicada por outro transtorno psiquiátrico, não é causada por uso de drogas ou outra condição médica. Além disso, a ansiedade ou preocupação causam prejuízo em áreas importantes da vida, como a social e ocupacional. Intervenções farmacológicas e psicológicas por meio da Terapia Cognitiva Comportamental são necessárias (GLIESCH, 2013).

Contexto Atual da RAPS no Território Vale do Guaribas

A primeira ação para implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Território Vale do Guaribas se deu no ano de 2013 por meio do Plano de Ação elaborado pela representante da Rede de Atenção Psicossocial do Território

Vale do Guaribas, a enfermeira especialista em Saúde Mental, Gerlany Leal Cronemberger.

Algumas conquistas foram alcançadas, principalmente, no que tange a implantação de serviços. Entretanto, os desafios da RAPS no Território Vale do Guaribas se fazem maiores do que as conquistas. O conhecimento técnico dos profissionais que integram a rede, a articulação desta rede em benefício da autonomia e resgate da cidadania do usuário, a abertura das portas da atenção básica e dos hospitais gerais de modo imperioso para a pessoa portadora de transtorno psíquico em suas diversas fases da vida, a humanização dos profissionais, dentre outros fazem parecer distante a efetivação da RAPS.

Infelizmente, a saúde mental na história da nossa civilização sempre foi ignorada. Os olhos de muitos sempre se fecharam para este sério problema de saúde pública. Vamos abri-los o quanto antes!

Abaixo, segue uma relação dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial do Território Vale do Guaribas já implantados ou em processo de implantação.

São eles:

Picos

- Todas as equipes de Atenção Básicas e Todos os Núcleos de Atenção à Saúde da Família
- Centro de Atenção Psicossocial de Picos –CAPS II. Serviço de caráter municipal. Bairro Ipueiras.
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD III de Picos. Bairro Ipueiras. Em breve, no Bairro Parque de Exposição. Na antiga sede do Hospital Dia de Picos. Serviço de caráter regional
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil-CAPS i- a ser implantado até segundo semestre de 2016.
- Hospital regional Justino Luz: 10 leitos de atenção psicossocial
- SAMU

Paulistana

- Todas as equipes de Atenção Básicas e Todos os Núcleos de Atenção à Saúde da Família

- Centro de Atenção Psicossocial de Paulistana –CAPS II. Serviço de caráter municipal. Bairro Ipueiras.

- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD II de Paulistana

- Centro de Atenção Psicossocial Infantil-CAPS I de Paulistana

- Leitos psicossociais no hospital geral de Paulistana

Jaicós

-- Todas as equipes de Atenção Básicas e Todos os Núcleos de Atenção à Saúde da Família

- CAPS I de Jaicós

Pio IX

- Todas as equipes de Atenção Básicas e Todos os Núcleos de Atenção à Saúde da Família

- CAPS I de Pio IX

Simões

- Todas as equipes de Atenção Básicas e Todos os Núcleos de Atenção à Saúde da Família

- CAPS I de Simões

Fronteiras

Todas as equipes de Atenção Básicas e Todos os Núcleos de Atenção à Saúde da Família

- CAPS I de Fronteiras

Referências

ANDRÉ, C. Demência vascular: dificuldades diagnósticas e tratamento. **Arq. Neuro psiquiatr.**, v. 56, n. 3, p. 498-510, 1998.

BORGES, D. T.; DALMOLIN, B. M. Depressão em Idosos de uma Comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, **RS. Rev. Bras. Med. Com.** v. 7, n. 23, p. 75-82, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília-DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 148, de 31 de janeiro de 2012**. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília-DF, 2011.

BRUN, A. et al. Clinical and neuropathological criteria for front temporal dementia. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 57, p. 416-418, 1994.

CRONEMBERGER, L. G. **Avaliação dos possíveis fatores desencadeantes de reinternação psiquiátrica no Hospital Dia de Picos**. Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina, 2004.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 30, n. 1, p. 32-7, 2008.

GLIESCH, L. M. **Ansiedade em idosos: um desafio**. Fundação Universitária Mário Martins. Porto Alegre: RS, 2013.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a biosocial model**. London: Tavistock; 1992.

HERRERA, J. E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. **Arch. Clin. Psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 70-3, 1998.

HOLLANDER, E. S. D. **Transtornos de Ansiedade**. Artmed, 2008.

KNOPMAN, D. S. et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurology**, v. 56, n. 9, p. 1143-1153, 2001.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. **Rev. Saúde Pública**. v. 36, n. 2, p. 213-21, 2002.

MESULAM, M. M. A. **Alzheimer's disease, and dementia: Clinical and neurobiological perspectives**. In: Mesulam M-M, editor. Principles of behavioral and cognitive neurology. 2ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.

PARADELA, E. M. P.; Depressão em Idosos. **Rev. Univ. Ped. Ernesto**. v. 10, n. 2, p. 31-40, 2011.

ROCHA, S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. **Rev. salud pública**, v. 14, n. 4, p. 620-629, 2012.

SIQUEIRA, G. R. et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 253-9, 2009.

STELLA, F. et al. Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Rev. Mot. Univ. Est. Paul– UNESP**, v. 8, n. 3, p. 91-98, 2002.

TAYLOR, K. B. et al. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. **Depression and anxiety**, v. 27, n. 2, p. 190-211, 2010.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a ampliação do conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Mental evidenciada pela Rede de Atenção Psicossocial e verificou a formação do profissional de saúde que desenvolve atendimento na Estratégia Saúde da Família acerca da atenção aos idosos com transtornos mentais. É necessária a construção de um novo olhar para o idoso em sofrimento psíquico, o que depende da atenção integral dos profissionais dispostos a lidar com esta problemática e, assim, oportunizar a reinserção social deste sujeito na comunidade.

Por meio dos discursos dos profissionais reconheceu-se a importância de treinamentos e capacitações dos mesmos para realizarem ações que proporcionem benefícios para a reabilitação dos usuários destes serviços, pois, estes profissionais têm dificuldades para atuar nesta modalidade de serviço oferecida na RAPS. Os elementos evidenciados nesta investigação mostraram-se presentes na análise de similitude e na Classificação Hierárquica Descendente utilizada neste estudo.

Na análise de similitude, identificou-se as palavras e conexões mais frequentes nos discursos dos participantes, o que corrobora para a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica. É um espaço que deve ser compreendido como importante dispositivo para o tratamento do idoso com sofrimento psíquico, na promoção e reconstrução de sua identidade de usuário e sua melhor inserção no ciclo familiar e na comunidade.

Através da Classificação Hierárquica Descendente, verificou-se que as sete classes apresentam uma descrição das falas dos profissionais a partir do conhecimento acerca da RAPS dentro da ESF.

Na classe um, os profissionais demonstraram não ter conhecimento suficiente para trabalhar com esta clientela na rede de atenção básica, afirmando conhecer somente o CAPS como único serviço de atendimento ao idoso com problemas mentais. Observou-se que muitos dos entrevistados desconheciam a RAPS, assim como o papel da atenção básica no atendimento à pessoa com transtorno mental, além de também não compreenderem a atenção primária como ordenadora do cuidado na atenção psicossocial ao idoso.

A classe seis evidenciou-se pelas colocações dos profissionais sobre a importância da rede na garantia do cuidado integral à pessoa idosa, assim como

também foi enfatizada a importância de ações preventivas e de diagnóstico precoce realizado pelos profissionais da ESF.

A classe dois é também destacada pelos profissionais quanto à inclusão da família no cuidado à pessoa com transtorno mental, sendo considerada como um ator indispensável no acompanhamento e tratamento deste idoso, pois, a presença e o apoio do familiar são de grande relevância na vida do usuário, devendo fazer com que a comunidade olhe para além da doença e reconheça-o como um cidadão.

Na classe três, os profissionais mencionaram a falta de treinamento e capacitação para atuarem com esta demanda. Esta falta de apoio e incentivo dos gestores de saúde demonstra que, no município, não há investimento suficiente para as atividades voltadas para a saúde mental, resultando em um empobrecimento dessa assistência e de uma certa forma, retardando o resgate da melhoria da saúde desse indivíduo em sofrimento psíquico.

Na classe sete, os profissionais demonstraram preocupação em estar mantendo um cuidado integral ao idoso portador de transtorno mental, lançando mão de estratégias com o apoio do NASF na elaboração de projeto terapêutico singular e o apoio matricial de especialistas de outros níveis de complexidade, além da importância da formação para a atuação.

A classe quatro trouxe questões também relacionadas à preocupação em promover a saúde dos indivíduos sob sua responsabilidade, principalmente por meio de práticas de educação em saúde. Ao mesmo tempo, relataram que a participação em grupos educativos contribuiu para uma maior capacidade resolutiva, por possuir vários olhares para um problema em comum, e para o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários.

Na classe cinco, ficou evidenciado que a visita domiciliar, sobretudo, possibilita conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos e promovendo vínculos entre usuários, familiares e trabalhadores.

Nesse sentido, acredita-se que a presente pesquisa atingiu seus objetivos e espera-se que possa contribuir para o desenvolvimento do programa e para as discussões sobre as políticas e ações em Educação Permanente direcionadas ao profissional de saúde, tomando como norte a visão de que os profissionais atuem contribuindo para a reabilitação psicossocial dos usuários e para o aprendizado de novos saberes, numa relação dialógica dentro da Rede de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.** v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

ANDRADE, F. B. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto contexto-enferm**, v.19, n.1, p.129-136, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a15>>. Acesso em: 12 fev 2016.

ANDRÉ, C. Demência vascular: dificuldades diagnósticas e tratamento. **Arq. Neuro psiquiatr.**, v. 56, n. 3, p. 498-510, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3A/1815.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2016.

BARROS, D. M.; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n. 5, p. 2473-2482, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a22.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

BARROSO, S. M. et al. Fatores preceptores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 9, p. 1957-1968, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/10.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2016.

BESSA, J. B.; WIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto contexto-enferm**. v. 22, n. 1, p. 61-70, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 09 fev 2016.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** v.20, n.4, p.884-899, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

BINOTTO, A. L. et al. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. **Rev. Bras. med fam. comunidade**. v. 7, n. 23, p. 83-9, 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/132>>. Acesso em: 09 fev 2016.

BORGES, D. T.; DALMOLIN, B. M. Depressão em Idosos de uma Comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo,RS. **Rev. Bras. Med. Com.** v. 7, n. 23, p. 75-82, 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/381>>. Acesso em: 02 fev 2016.

BRANDÃO, E. R. M. et al. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. **Rev. bras. educ. med.** v. 37, n. 4, p. 573-577, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n4/a13v37n4.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica 34 – Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 28 mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários: **inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 28 mai 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília-DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 02 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7.508, de 28 DE JUNHO DE 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto_7.50_de_28_de_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 12 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 1.^a edição 1.^a reimpressão Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19 Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>>. Acesso em: 11 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 12 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 12 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 148, de 31 de janeiro de 2012**. Brasília-DF, 2012. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20148,%20de%2031jan12.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Educação, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília-DF, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 02 fev 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**- Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 12 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 278, DE 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em: 12 fev 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001: **Diretrizes**

Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf>. Acesso em: 12 fev 2016

_____. Ministério da Educação. PET-Saúde: **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.** Instituído pela Portaria interministerial nº 421 de 3 de março de 2010. Brasília: Ministério da Educação, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html>. Acesso em: 12 fev 2016.

BRISCHKE, C. C. B. et al. Convivendo com a pessoa com esquizofrenia: perspectiva de familiares. **Revista Ciência Cuid. Saúde.** v. 4, n. 11, p. 657-664, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21652/pdf>>. Acesso em: 09 fev 2016.

BRUN, A. et al. Clinical and neuropathological criteria for front temporal dementia. **J Neurol Neurosurg Psychiatry,** v. 57, p. 416-418, 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1072868/>>. Acesso em: 02 fev 2016.

CALGARO, A.; SOUZA, E. N. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 30, n. 3, p. 476, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/profi_000/Downloads/6490-39743-1-PB.pdf>. Acesso em: 21 jan 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ.** Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição-LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil, 2013a. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em 03 fev. 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um Software gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas de Psicologia,** Ribeirão Preto, v. 21, n. 2. Dez. 2013b. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

CAMPOS, M. A. F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Rev. bras. educ. med.** v. 32, n. 1, p. 83-89, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/11.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e**

Sociedade, v. 18, supl. 1, p.48-51, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29529>>. Acesso em: 12 fev 2016.

CLEMENTE, A. S.; LOYOLA FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 555-564, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/15.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 45, n. 6, p.1501-6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2016.

CRONEMBERGER, L. G. Avaliação dos possíveis fatores desencadeantes de reinternação psiquiátrica no Hospital Dia de Picos. Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina, 2004.

DILÉLIO, A. S. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 503-514, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/11.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. **Mundo Saúde**, v. 29, n. 4, p.566-574, 2005. Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0104-7809&lang=pt>>. Acesso em: 19 jun 2015.

DUARTE, M. L. C.; OLIVEIRA, A. I. Compreensão dos coordenadores de serviços de saúde sobre Educação Permanente. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3. 506-12, 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/29292>>. Acesso em: 09 fev 2016.

FIÚZA, T. M. et al. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Rev Bras med fam. comunidade**, v. 7, n. 24, p. 139-46, 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/186>>. Acesso em: 12 fev 2016.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 30, n. 1, p. 32-7,

2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n1/2535.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2016.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GLIESCH, L. M. **Ansiedade em idosos: um desafio**. Fundação Universitária Mário Martins. Porto Alegre: RS, 2013.

GRYSCHEK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3255.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2016.

GOMES, J. E. M.; RUIZ, T.; CORRENTE, J. E. Sintomas depressivos e déficit cognitivo em idosos. **Rev. Bras. medfam.comunidade**, v.6, n. 19, p.125-32, 2011. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/90>>. Acesso em: 12 fev 2016.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a biosocial model**. London: Tavistock; 1992.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383-393, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0383.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2016.

HERRERA, J. E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. **Arch. clín.Psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 70-3, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13535.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2016.

HOLLANDER, E. S. **Transtornos de Ansiedade**. Artmed, 2008.

KNOPMAN, D. S. et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurology**, v. 56, n. 9, p. 1143-1153, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11342678>>. Acesso em: 02 fev 2016.

LUZ, L. A. et al. Avaliação das ações na atenção à saúde do idoso. **Rev. Bras. medfam.Comunidade**, v. 7, n. 22, p. 20-6, 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/379>>. Acesso em: 12 fev 2016.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. **Rev. Saúde Pública**. v. 36, n. 2, p. 213-21, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3A/1815.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2016.

MACIEL, S. C. et al. Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social: um Estudo com Familiares de Doentes Mentais. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 29, n. 3, p. 436-447, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v29n3a02.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2016.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p.1639-48, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

MESULAM, M. M. A. **Alzheimer's disease, and dementia: Clinical and neurobiological perspectives**. In: Mesulam M-M, editor. Principles of behavioral and cognitive neurology. 2ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.

MIELKE F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n. 4, p. 761- 765, 2010. Disponível em:<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a23.htm>. Acesso em: 02 fev 2016.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 4, p. 779-786, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/17.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2016.

MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI-UNATI/UERJ. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/10.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

NIEMEYER, F.; SILVA, K. S.; KRUSE, M. H. L. Diretrizes curriculares de enfermagem: governando corpos de enfermeiras. **Texto Contexto Enferm**. v.19, n. 4, p. 767-73, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/21.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

NORONHA, M. G. R. C. S. et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a18v14n2.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

ONOCKO CAMPOS, R. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saude Publica**, v.46, n.1, p.43-50, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100006>. Acesso em: 02 fev 2016.

PARADELA, E. M. P. Depressão em Idosos. *Rev. Univ. Ped. Ernesto*. v. 10, n. 2, p. 31-40, 2011. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=112>. Acesso em: 02 fev 2016.

RAMOS, L. R. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v. 2, n. 47, p. 40-41, 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a09_bisn47.pdf>. Acesso em: 12 fev 2016.

ROCHA, J. P. et al. Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 17, n. 1, p. 115-128, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838834012>>. Acesso em: 09 fev 2016.

ROCHA, S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. **Rev. salud pública**, v. 14, n. 4, p. 620-629, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n4/v14n4a07.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2016.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n. 2, p.343-352, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343>. Acesso em: 02 fev 2016.

RUIZ, J. A. **Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SANTIN, G; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Saúde Debate**.v. 38, n. 102, p. 494-505, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2016.

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 612-617, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/12.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2016.

SILVA, V. A. et al. Violência doméstica contra idosos: agressões praticadas por pessoas com sofrimento mental. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 14, n. 3, p. 523-31, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a08.pdf>. Acesso em: 12 fev 2016.

SILVA, I. T. et al. Auto percepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**.v. 17, n. 2, p. 275-287, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838837006.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2016.

SILVA, M. G. et al. Processo de formação do (a) enfermeiro (a) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**.v. 19, n. 1, p.

176-84, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a21.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

SIQUEIRA, G. R. et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 1, p. 253-9, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63014127>>. Acesso em: 02 fev 2016.

STELLA, F. et al. Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Rev. Mot. Univ. Est. Paul– UNESP*, v. 8, n. 3, p. 91-98, 2012. Disponível em: <<http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2016.

TAVARES, A. L. B.; SOUZA, A. R.; PONTES, R. J. S. Demanda de saúde mental em CSF. **Rev. Bras. medfam.Comunidade**. v. 8, n. 26, p. 35-42, 2013. Disponível em: <<http://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/viewFile/492/532>>. Acesso em: 02 fev 2016.

TAVARES, S. M. G. A Saúde Mental do idoso brasileiro e a sua autonomia. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v. 2, n.47, p. 87-89, 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a22_bisn47.pdf>. Acesso em: 19 jun 2015.

TAYLOR, K. B. et al. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. **Depression and anxiety**, v. 27, n. 2, p. 190-211, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20099273>>. Acesso em: 02 fev 2016.

VALADARES, F. C.; SOUZA, E. R. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2763-2774, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a14v15n6.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

VIANA, M. C. et al. São Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. **Rev. Bras.Psiquiatr.** v. 31, n. 4, p. 375-386, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n4/a16v31n4.pdf>>. Acesso em: 19 jun 2015.

APÊNDICES



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- CEP/UNINOVAFAPI

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor (a),

Você na qualidade de participante de pesquisa está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como título “ **FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO IDOSO**” e responder o questionário desta pesquisa de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. O objetivo deste estudo é caracterizar a formação de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção psicossocial prestada às pessoas idosas no contexto da Rede de Atenção Psicossocial. A justificativa e relevância deste estudo dar-se-á por contribuir no conhecimento e a avaliação de obstáculos encontrados pelos recursos humanos da atenção primária perante um problema real e cotidiano neste primeiro nível de atenção e as possíveis dificuldades destes profissionais da Estratégia de Saúde da Família diante das diretrizes de uma rede que foi instituída há pouco; e pela prioridade de atenção que o idoso requer. O resultado desta pesquisa poderá revelar aspectos importantes para discussões neste e noutros municípios, regiões e estados sobre a relevância da capacitação em saúde mental de profissionais da atenção básica concomitante com a implantação da RAPS. Como benefício direto a população do estudo, os resultados finais desta pesquisa ainda irão enriquecer a literatura científica acerca da temática através da divulgação dos resultados ao público em revistas científicas e ainda a confecção de um folder educativo sobre a importância da formação desses profissionais para a atenção psicossocial a pessoa idosa, contribuindo assim para a construção de novos conhecimentos e para uma melhor formação desses profissionais. Trata-se de uma

pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa, sendo viabilizado pela aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada como instrumento para coleta de dados. O conteúdo dos questionários abrange desde informações sócio demográficas a variáveis sobre a temática proposta, e o tempo para você respondê-lo tem duração de aproximadamente 15 minutos. A pesquisa será realizada nas ESF do município de Picos – PI. Os participantes da pesquisa serão médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Picos (PI), distribuídos em 36 (trinta e seis) equipes, sendo excluídos os profissionais que exercem atividades voluntárias e os estagiários e os demais profissionais que compõem as ESF. Os dados serão processados e analisados com auxílio do *software* de origem francesa denominado IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O estudo poderá oferecer riscos mínimos aos participantes, como desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais. Neste sentido, esta pesquisa busca minimizar o máximo de riscos ou desconfortos para os participantes, seguindo todas as considerações éticas citadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes terão seu anonimato assegurado, e serão esclarecidos quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso a estes os pesquisadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPI.

Caso aceite participar do estudo, por favor, assine este documento, autorizando sua participação na pesquisa, que está em duas vias (uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante todas as etapas do estudo todos os pesquisadores respeitarão impreterivelmente a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata da ética de pesquisas que incluem, sejam de forma direta ou indiretamente os seres humanos.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel. - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua

integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago

CPF 229.028.483-15

Pesquisadora responsável

Verônica Lourdes Lima Batista Maia

CPF 307.047.583-34

Pesquisadora participante

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: Telefone Institucional: (86) 9405-2535

e-mail: elianalago@uninovafapi.edu.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

LOCAL E DATA: _____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar deste estudo.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:

RG e CPF:



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

TÍTULO DA PESQUISA: FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO IDOSO

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES:

Depoente nº _____

Data da coleta dos dados: ____ / ____ / ____

Sexo: () M () F

Idade: _____

Profissão: _____

Tempo de formação: _____

Nível de escolaridade (pós-graduação): () Doutorado () Mestrado ()
Especialização () Residência

Durante a sua formação acadêmica, enfatizou-se o assunto Saúde Mental relacionada ao idoso? () Sim () Não

Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF): _____

Participou de algum treinamento/capacitação em saúde mental? () Não () Sim.

Há quanto tempo? _____ Quantas vezes? _____

Este treinamento: () foi anterior a sua entrada na ESF () Foi durante a sua permanência na ESF

- 1- Quais as ações desenvolvidas por você na atenção psicossocial ao idoso?
- 2- O que você conhece sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?
- 3- Quais as facilidades/dificuldades encontradas em relação à atenção psicossocial ao idoso?

ANEXOS

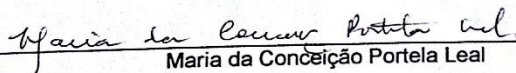
ANEXO A

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PICOS - PI

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO IDOSO" será avaliado por um Comitê de Ética e Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução nº 488/12 do CNB. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo os pesquisadores VERÔNICA LOURDES LIMA BATISTA MAIA e ELIANA CAMPÊLO LAGO a realizarem as etapas de análise das entrevistas e elaboração dos resultados utilizando-se da infraestrutura desta instituição.

Picos - PI, 30 de junho de 2015.



Maria da Conceição Portela Leal
Secretária Municipal de Saúde

Picos - PI
MARIA DA CONCEIÇÃO PORTELA LEAL
SECRETÁRIA MUN. SAÚDE DE PICOS
INTERINA

ANEXO B

COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO IDOSO

Pesquisador: ELIANA CAMPÊLO LAGO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49538315.6.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.265.925

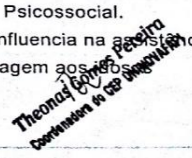
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa a ser realizado na Estratégia Saúde da Família do município de Picos (PI) sobre a Rede de Atenção Psicossocial ao idoso. O estudo será realizado nas ESF do município de Picos – PI, que funcionam nas zonas urbana e rural e são vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Picos, que se constitui como operacionalizador do Sistema Único de Saúde (SUS). A secretaria está situada na Rua Marcos Parente, nº 641, Bairro Centro, CEP 64.600-106 e dispõe de 36 (trinta e seis) equipes de saúde da família, totalizando 72 (setenta e dois) profissionais médicos e enfermeiros da ESF. O Estudo se dará por meio de entrevista semiestruturada, por permitir maior flexibilidade para possíveis intervenções e possibilitar investigação mais ampla sobre os entrevistados. As entrevistas serão agendadas previamente e realizadas em uma sala reservada nas dependências do cenário de estudo, conforme disponibilidade dos profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar a formação de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção psicossocial prestada às pessoas idosas no contexto da Rede de Atenção Psicossocial.

Analisar como a formação dos profissionais da atenção básica influencia na assistência prestada ao idoso na Estratégia Saúde da Família; Elaborar um protocolo de abordagem aos idosos.



Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai **CEP:** 64.073-505
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 **Fax:** (86)2106-0740 **E-mail:** cep@uninovafapi.edu.br

Página 01 de 03

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.265.925

portadores de transtornos mentais para ser utilizado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram apresentados conforme item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo do tema apresentado pode ser compreendido como de indiscutível relevância porque permitirá o conhecimento e a avaliação de obstáculos encontrados pelos recursos humanos da atenção primária perante um problema real e cotidiano neste primeiro nível de atenção e as possíveis dificuldades destes profissionais da Estratégia de Saúde da Família diante das diretrizes de uma rede que foi instituída há pouco; e pela prioridade de atenção que o idoso requer.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de apresentação obrigatória foram anexados ao protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do protocolo de pesquisa conclui-se que encontra-se de acordo com as recomendações da Res. 466/12 do CNS, portanto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_570462.pdf	24/09/2015 18:01:31		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOESF.pdf	24/09/2015 17:57:29	ELIANA CAMPÊLO LAGO	Aceito
Outros	cvelianalago.pdf	14/09/2015 15:39:54	ELIANA CAMPÊLO LAGO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO VERONICA MAIA SOBRE RAPS IDOSO 09.08.2015.pdf	14/08/2015 13:29:32		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Verônica Lourdes Lima Batista Maia).pdf	14/08/2015 13:13:15		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Eliana Campêlo Lago).pdf	14/08/2015 13:13:04		Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	14/08/2015		Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.265.925

Outros	INSTRUMENTO.pdf	13:12:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/08/2015 13:12:10		Aceito
Outros	CARTA DE ENCAMINAMENTO.pdf	14/08/2015 13:11:57		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO.pdf	14/08/2015 13:11:33		Aceito
Outros	Declaração de Autorização SMS Picos.pdf	14/08/2015 13:09:57		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 07 de Outubro de 2015
Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Assinado por:
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafapi.edu.br