

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PÉROLA LICIANE BAPTISTA CRUZ E SILVA

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA:
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS, FRAGILIDADE E
PERCEPÇÕES PSICOSSOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Pérola Liciane Baptista Cruz e Silva, realizada em 09/09/2022.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta (UFSCar)

Profa. Dra. Keila Crislianne Trindade da Cruz (UnB)

Profa. Dra. Ana Paula Ribeiro Razera (FJAU)

Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratao (UFSCar)

Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Dedicatória

*À minha família, esposo, filhos e mãe, pela base e apoio incondicional nessa
jornada.*

Agradecimentos

Agradeço a minha família, por acreditarem em mim e me apoiarem em todo o processo, dias e horas dedicadas a este projeto. Agradeço o carinho, afeto e incentivo sempre para continuar.

Agradeço ao meu esposo, João, por estar ao meu lado ininterruptamente, companheiro nas alegrias e na perseverança.

Agradeço sobretudo à professora Marisa por todo esse caminho de aprendizagem, orientação e ensino, por todo o incentivo e encorajamento necessário.

Agradeço a todos os colaboradores que tornaram possível a realização deste estudo e compartilharam um pouco de seu saber.

Agradeço em especial a amiga e colaboradora deste trabalho Renata, e também a Letícia que colaborou na finalização deste trabalho.

Agradeço aos participantes, idosos que dividiram um pouco de suas histórias e tempo conosco.

Agradeço as Equipes de Saúde que me acolheram enquanto pesquisadora e compartilharam suas experiências.

Agradeço a cada professor que tive a oportunidade de conhecer durante as aulas e disciplinas.

RESUMO

O envelhecimento populacional é fato conhecido e acompanhado pelas políticas internacionais, com vistas a promover condições de saúde a fim de gerar experiências satisfatórias, com preservação da autonomia e qualidade de vida a idosos. Considerando ainda o declínio de algumas funções corporais e a maior presença de doenças crônicas não transmissíveis, o grupo dos sofrimentos mentais torna-se parcela importante da carga de doenças, e deve ser abordado atualmente dentro das linhas de cuidado ao idoso na rede de atenção primária à saúde. Objetivou-se analisar as características clínicas de pessoas idosas no contexto da Atenção Primária à Saúde, considerando a presença de Transtorno Mental Comum, fragilidade e autopercepção da saúde em idosos e percepções de queixas de ordem psicossociais e condutas de membros de equipes de saúde. Trata-se de pesquisa de métodos mixtos, com coleta de dados em fases sequenciais. Coletados dados quantitativos com idosos na primeira fase, com uso dos instrumentos Self Reporting Questionnaire, Tilburg Frailty Indicator, questionário de autopercepção de saúde, uso de medicamentos e de dados gerais sócio-demográficos. Numa segunda fase qualitativa foram entrevistados os profissionais que compõem as equipes de atenção básica das mesmas áreas de abrangência. Participaram da pesquisa 205 idosos em sua maioria mulheres (65,9%), na faixa etária de 60 a 69 anos (60,5%), com 1 a 4 anos de estudo (53,7%) e aposentados (80%), sem ocupação no momento (92,2%). Observa-se renda individual em sua maioria de até 1 salário-mínimo. Pontuação sugestiva para o transtorno mental comum foi encontrada em 32,6% dos participantes, associado a fragilidade e uso de maior quantidade de medicamentos. Em relação à situação de fragilidade, esta esteve presente em 54,1% dos idosos. Na autopercepção da saúde, em sua maioria avaliam sua saúde como boa/muito boa (58%) e polifarmácia foi identificada em 22% dos participantes. Nas falas dos profissionais, três categorias emergiram, Busca por cuidados pelos idosos, Condutas das Equipes frente às queixas psicossociais e Rede de cuidados e demais pontos no município. Observou-se que apesar da presença dos transtornos mentais, as abordagens profissionais na atenção básica mostram-se frágeis, requisitando estratégias de fortalecimento e qualificação das equipes para o cuidado ampliado ao idoso.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Fragilidade; Transtornos Mentais; Idoso; Envelhecimento; Polimedicação.

SUMMARY

Population aging is a known fact and accompanied by international policies, with a view to promoting health conditions in order to generate satisfactory experiences, with preservation of autonomy and quality of life for the elderly. Also considering the decline of some behavioral functions and the greater presence of chronic non-communicable diseases, the group of mental suffering becomes an important part of the disease burden, and should be currently addressed within the lines of care for the elderly in the primary care network the health. The objective was to analyze the clinical characteristics of elderly people in the context of Primary Health Care, considering the presence of Common Mental Disorder, frailty and self-perception of health in the elderly and perceptions of psychosocial complaints and behaviors of members of health teams. It is a mixed methods research, with data collection in sequential phases. Quantitative data were collected from the elderly in the first phase, using the Self Reporting Questionnaire, Tilburg Frailty Indicator, self-rated health questionnaire, medication use and general sociodemographic data. In a second qualitative phase, the professionals who make up the primary care teams in the same coverage areas were interviewed. 205 elderly people participated in the research, mostly women (65.9%), aged between 60 and 69 years (60.5%), with 1 to 4 years of study (53.7%) and retired (80%). , currently unoccupied (92.2%). Individual income is mostly up to 1 minimum wage. A score suggestive of a common mental disorder was found in 32.6% of the participants, associated with frailty and use of a greater amount of medication. Regarding the situation of frailty, this was present in 54.1% of the elderly. In terms of self-perception of health, the majority rated their health as good/very good (58%) and polypharmacy was identified in 22% of participants. users. In the professionals' speeches, three categories emerged, Search for care by the elderly, Conduct of the Teams in the face of psychosocial complaints and Care Network and other points in the municipality. It was observed that despite the presence of mental disorders, professional approaches in primary care are fragile, requiring strategies to strengthen and qualify teams for extended care for the elderly.

Keywords: Primary Health Care; Fragility; Mental Disorders; Elderly; Aging; Polymedication.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Esquematização do estudo transversal com a utilização de métodos mistos, São Carlos, SP, 2020..... | 22 |
| Figura 2: Categorias e Subcategorias identificadas na análise qualitativa das falas dos profissionais participantes do estudo, São Carlos, 2022..... | 41 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínicas de pessoas idosas cadastradas em Unidades Básicas de saúde. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2022..... | 33 |
| Tabela 2. Tabela 2. Análise de regressão logística multivariada das variáveis associadas ao Risco do Transtorno Mental Comum em idosos em município no interior de São Paulo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2022..... | 37 |
| Tabela 3. Correlações entre avaliação de fragilidade e a presença do transtorno mental comum em idosos em município do interior de São Paulo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2022..... | 38 |

LISTA DE SIGLAS

AB Atenção Básica

APS Atenção primária à Saúde

AGS *American Geriatrics Association*

AIVD Atividade Instrumental de Vida Diária

AVD Atividade Básica de Vida Diária

CEP Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos

ESF Estratégia Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS Organização Mundial de Saúde

MIP Medicamentos Potencialmente Inapropriados

NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

UFSCar Universidade Federal de São Carlos

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 03 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO..... | 05 |
| 2.1 PERSPECTIVAS TEÓRICAS EM SAÚDE MENTAL..... | 05 |
| 2.2 SOBRE A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NO PRESENTE ESTUDO..... | 08 |
| 3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 10 |
| 4. POPULAÇÃO IDOSA E SAÚDE..... | 13 |
| 4.1 FRAGILIDADE E AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE..... | 15 |
| 4.2 TRANSTORNO MENTAL COMUM..... | 17 |
| 4.3 MEDICALIZAÇÃO..... | 18 |
| 5.JUSTIFICATIVA..... | 19 |
| 6.OBJETIVOS..... | 20 |
| 6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 20 |
| 7.MÉTODO..... | 21 |
| 7.1 TIPO DE ESTUDO..... | 21 |
| 7.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO..... | 22 |
| 7.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 23 |
| 7.4 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS..... | 23 |
| 7.4.1 INSTRUMENTOS..... | 24 |
| 7.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS..... | 25 |
| 7.6 ASPECTOS ÉTICOS..... | 26 |
| 8. RESULTADOS | 26 |
| 8.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS..... | 26 |
| 8.2 DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS..... | 32 |
| 8.3 RESULTADO QUALITATIVO | 36 |
| 8.3.1 BUSCA POR CUIDADOS PELOS IDOSOS..... | 39 |
| 8.3.2 CONDUTAS FRENTE AS QUEIXAS PSICOSSOCIAIS..... | 40 |
| 8.3.3 REDE DE CUIDADOS E DEMAIS PONTOS NO MUNICÍPIO..... | 41 |
| 8.4 DISCUSSÃO DOS DADOS QUALITATIVOS..... | 43 |
| 8.5. INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTI E QUALITATIVOS | 44 |
| 9. INTERPRETAÇÃO DOS DADOS QUANTI E QUALITATIVOS..... | 47 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 49 |

| | |
|----------------------|----|
| 10.REFERÊNCIAS | 50 |
| APÊNDICE I..... | 62 |
| APÊNDICE II | 64 |
| ANEXO I..... | 65 |
| ANEXO II..... | 72 |
| ANEXO III | 74 |
| ANEXO IV..... | 75 |
| ANEXO V..... | 76 |

1. INTRODUÇÃO

Trajetória Profissional Acadêmica

Inicialmente venho apresentar-me, com relação a minha trajetória acadêmica que culminou na realização deste trabalho.

Minha formação profissional inicia nos anos de 2005 a 2008 no curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, onde a primeira aproximação da profissão trouxe a visão das várias possibilidades de atuação, e a primeira área de apreço e intimidade, a atenção primária a saúde.

Nos anos seguintes, 2009 a 2011, minha formação continuou por meio do Programa de Residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Carlos, momento fundamental para aprofundamento teórico e prático neste campo de atuação escolhido.

No encerramento das atividades do programa de residência, meu primeiro vínculo profissional na área deu-se por meio da inserção em equipe da Estratégia Saúde da Família no interior paulista, onde atuei entre os anos de 2011 e 2015.

Nesse período também continuei minha formação por meio do Mestrado Profissional em Gestão da Clínica (2011 – 2013), com orientação da professora Dra. Sueli Sampaio e temática envolvendo as práticas integrativas e complementares no cenário da atenção primária à saúde.

Após o ano de 2015, minha opção profissional foi centrar-me nas atividades de docência do ensino superior, atuando no curso de enfermagem de Instituição Privada no município de Resdência. Ocupação essa que mantenho até hoje, ocupando atualmente o cargo de coordenação do curso de enfermagem.

Durante as atividades de docência, uma outra área desperta interesse. Inicialmente envolvida nas atividades teóricas e práticas no campo da saúde mental, realizo especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental pela Universidade de Araraquara (2016-2017).

Nesse caminho, a conclusão desta última etapa de formação, culmina na proposição de meu projeto de pesquisa para ingresso no programa de Doutorado pela UFSCar, que permeia as áreas da Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, e como última área de

interesse e proposição pela minha atual orientação, Prof^a Dra Marisa Zazzetta, a Saúde do Idoso. Iniciei nesta jornada em março de 2018, e após longa caminhada, chegamos neste momento de finalização do presente trabalho. Um caminho desafiador, enriquecedor, permeado de muitas situações e momentos de vida felizes para o adornar.

O presente trabalho

O presente trabalho trata-se de investigação que aborda condições clínicas de idosos, a presença de Transtorno mental Comum, situações de fragilidade, autopercepções de saúde, uso de medicações e visões de equipes de saúde da atenção básica acerca das práticas de cuidado ao idoso em situações de sofrimento mental.

Estrutura-se em uma contextualização teórica que embasa as temáticas aqui abordadas e apresenta discussões presentes na literatura acerca do estado atual de conhecimento.

Em seguida, trago uma justificativa para a proposição de tal pesquisa e são apresentados os objetivos que criaram a condução deste.

No item método são detalhados os procedimentos que conduziram esta pesquisa e a opção metodológica, com o embasamento necessário à compreensão da abordagem por meio do método mixto.

São apresentados os resultados partindo-se dos dados quantitativos e suas análises, e posteriormente apresentação dos dados qualitativos e sua discussão.

Por fim, ambos os dados são convergidos e discutidos sob a ótica do referencial teórico utilizado, proporcionando um olhar ampliado sobre os resultados colocados e uma interpretação aprofundada do fenômeno.

Após as conclusões do presente trabalho, seguem-se as referências citadas e anexos necessários à validação desta obra.

2. REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO

2.1 Perspectivas Teóricas em Saúde Mental

As discussões acerca do cuidado às pessoas em sofrimento mental apresentam uma extensa história a partir dos séculos, onde o “louco” tem suas representações ligadas ao sobrenatural, forças externas, expressões divinas, e só a partir das idéias de Pinel no século XVIII, começa a ser visto como doença e dessa forma, demandando cuidados. (FOUCAULT, 1978).

Apesar deste reconhecimento, o arcabouço teórico na área da psiquiatria nasceu em torno da imperante necessidade do isolamento, regras e rotinas bem estabelecidas, a fim de se combater a diferença e buscar a cura para o indivíduo dentro dos moldes da produtividade (FOUCAULT, 1978).

Principalmente a partir da segunda metade do século XX, é que novas correntes apresentam experiências com serviços de atenção primária e ambulatoriais, cuidados preventivos e fechamento de hospitais psiquiátricos, iniciando reflexões e discussões generalizadas, em torno das práticas e políticas públicas na área (AMARANTE; NUNES, 2018).

É também, da metade do século passado, que se reconhece a chamada “revolução terapêutica” na psiquiatria com a introdução dos psicofármacos após a descoberta da clorpromazina (CPZ). Fato esse que aproxima a saúde mental da área biomédica e permite o surgimento de hipóteses etiológicas de inúmeras patologias, assim como de uma enorme gama de medicamentos psicotrópicos na indústria farmacêutica (AMARANTE et al, 2018).

Dentro das atuais políticas públicas de saúde, encontra-se o cuidado em saúde mental, atualmente reorientado para serviços de base territoriais e comunitários, em uma tentativa de desconstrução dos modelos de institucionalização do doente mental (BRASIL, 2016).

No Brasil, a partir dos avanços conquistados na área de seguridade social com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas do setor convergem em uma busca de redução de leitos e fechamento das grandes instituições psiquiátricas que se desenvolveram ao longo do século XX. Essas instituições, os denominados “manicômios”, são atualmente concebidos como locais de intensa normalização impositiva, por onde escoam toda falha advinda dos demais setores públicos. Trazem em

sua essência a reclusão e exclusão das pessoas, com anulação por fim de sua cidadania. (BRASIL, 2016).

Para além da simples diminuição do número de leitos disponíveis para internações de longo prazo, o processo que se busca envolve mudanças efetivas nas condições de saúde e cuidados das pessoas com transtornos mentais, implicadas no direito à vida em comunidade, e com construção de um novo olhar sobre o lugar da "loucura" (BRASIL, 2016).

Após mais de 10 anos de tramitação no congresso, uma das primeiras e mais significativas leis que vem para colaborar neste processo de reforma, é a Lei 10.216/01, que consolida o redirecionamento das ações e garante os direitos dos envolvidos. Nesta, encontra-se prevista a diminuição progressiva dos leitos em manicômios e a criação de serviços substitutivos centrados no território.

Neste sentido, a estratégia prioritária para organizar o cuidado aos portadores de transtornos mentais e usuários de drogas deu-se no modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que surgiram na década de 80, e em última atualização de 2015, contavam com 2328 unidades pelo Brasil. Sua regulamentação deu-se através da Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, reconhecendo-o e normatizando como parte da rede do SUS (BRASIL, 2016).

Os CAPS apresentam-se como serviços substitutivos aos leitos em hospitais psiquiátricos, de base municipal e comunitária, em diferentes modalidades, a depender do porte do município e população (geral, álcool e drogas e infantil), sendo responsáveis também pela ordenação da rede de cuidados, assumindo o tratamento dos casos moderados e graves e apoiando a rede básica na condução dos considerados leves. Oferecem atendimento diário, com possibilidade de ser 24h, objetivando o acompanhamento clínico e a reinserção social desses sujeitos por meio das variadas atividades de trabalho, lazer e exercício de direitos (BRASIL, 2005).

De fato, nos últimos anos vem ocorrendo a diminuição progressiva no número de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, em especial nos de grande porte (mais de 400 leitos), em uma tentativa também de reordenação de recursos para a atual rede de cuidados. Os dados mostram uma diminuição dos mais de 70.000 leitos presentes no ano de 1996 para pouco mais de 25.000, em 2015. (BRASIL, 2005; BRASIL, 2016).

A Rede de Atenção Psicossocial instituída com a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, descreve seus serviços componentes, divididos em sete pontos de atenção, com o objetivo de promover o cuidado aos grupos considerados mais vulneráveis, portadores

de transtornos mentais e dependentes do uso de crack e outras drogas. Outros objetivos listados referem-se as funções de educação permanente, regulação dos fluxos dentro da rede e monitoramento e avaliação das ações.

Dentro de seus pontos de atenção, o primeiro refere-se a Atenção Básica (AB), composto pelas Equipes de AB (eAB), aqui incluída a Estratégia Saúde da Família (ESF), equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), equipes de Saúde Bucal (eSB) e Núcleo ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

Outros pontos referem-se à atenção psicossocial especializada, tendo nos Centros de Atenção Psicossocial sua principal estratégia. Os atendimentos em urgência e emergência ficam destinados ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), salas de estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Socorros de Hospitais Gerais, e novamente as Unidades Básicas de Saúde.

A atenção hospitalar permanece relacionada aos cuidados dentro de enfermarias específicas, em Hospitais Gerais ou em Instituições de Referência para internação de pessoas com tais necessidades. Outros pontos de cuidados na rede referem-se aos serviços de Atenção Residencial transitórios e, como estratégias à desinstitucionalização, com serviços residenciais terapêuticos.

Com relação aos sofrimentos mentais no idoso, são apontados diversos fatores que levam ao aumento geral de suas prevalências, desde transtornos depressivos, ansiosos, às síndromes psicóticas. A perda de familiares e amigos próximos, perda do status anterior na sociedade, isolamento social, perdas sensoriais e de capacidade funcional, juntamente com a presença de outras condições orgânicas e a progressão da idade, são fatores que colaboram para este quadro (MARCELINO et al, 2020).

O Transtorno Mental Comum tem recebido grande atenção devido a sua alta prevalência e impacto na vida diária, mesmo sem apresentar os critérios diagnósticos para classificá-los dentre as clássicas síndromes. Caracterizam-se com sintomas que podem incluir ansiedade, fadiga, irritabilidade, problemas de memória, déficit de atenção, dificuldades no sono, juntamente com queixas somáticas, atingindo cerca de um terço da população geral (QUADROS et al, 2020).

Entre os idosos, possui prevalência observada entre os 30 e 48%, com consequências importantes sobre o bem-estar pessoal e familiar, o trabalho e o uso de serviços de saúde. Relaciona-se principalmente a situações de abandono, isolamento social, perda de funcionalidade, entre outros problemas que levam a perda da qualidade de vida (SILVA et al, 2018).

Especificamente sobre o uso de medicação psicotrópica, Prado et al (2017), encontram em inquérito domiciliar no município de Campinas – SP uma prevalência em idosos de quase 11%. Quando considerada a população de adultos mais idosos, os fatores com relação estabelecida referiram-se à presença de TMC, estar sem ocupação e autopercepção da saúde negativa. Com relação às classes mais utilizadas, 58% referiram-se a antidepressivos, 28% ansiolíticos e 17% antipsicóticos.

Na população idosa é necessário considerar o risco do uso contínuo de medicamentos psicotrópicos, em especial da classe dos benzodiazepínicos, que se relacionam ao aumento do número de quedas, sedação, amnésia, deterioração cognitiva e ataxia, havendo relatos de uso de cerca de 30% entre os idosos (OLIVEIRA et al, 2020). Autores têm os classificado como inapropriados nesta população, principalmente pelos seus efeitos cumulativos, independente de seu tempo de meia-vida (MOREIRA et al, 2020; AGS, 2015).

Em pesquisa realizada mediante inquérito domiciliar com idosos em Juiz de Fora – MG, a prevalência de uso de medicamentos da classe dos benzodiazepínicos foi de 18,3%, estando relacionados à presença de doenças mentais, polifarmácia e ter passado por consulta médica nos últimos 3 meses (ALVIM et al, 2017).

2.2. Sobre a Construção de Conhecimento no Presente Estudo

A perspectiva teórica, base deste trabalho, trata-se do materialismo histórico dialético. Tal teoria busca uma compreensão da realidade, suas contradições, com um olhar histórico sobre as práticas e pensamentos e torna-se de grande relevância no campo da saúde (MINAYO, 2014).

A presente corrente teórica reconhece a matéria, em movimento e transformação como essência do mundo. A confluência das bases dialéticas e materialistas trazem uma base filosófica com características de lógica e racionalidade, aliadas a uma evolução das ideias somada a prática social da humanidade como busca da verdade (TRIVIÑOS, 2013). Para pesquisas das áreas sociais, que busquem compreender as relações dos indivíduos com seu cotidiano e produções de vida, consumo e contradições, o materialismo dialético pode fornecer um suporte teórico adequado para produção de conhecimento (SANTOS et al., 2018).

Dentro desta corrente filósifica, algumas categorias epistemológicas são destacadas para orientar este estudo. Em primeiro, a historicidade, que busca contextualizar as práticas sociais e suas transformações por meio do decorrer das gerações e suas compreensões. Os fenômenos se constroem dialeticamente com a realidade vivida e sua história, nada existindo totalmente dado, fixo e absoluto (MINAYO, 2010; TRIVIÑOS, 2013).

Tudo o que ultrapassa o individual para atingir a vida social a que está inserido, deve ser considerado acontecimento histórico (MINAYO, 2010). Nesse sentido, podemos dizer que o próprio processo de envelhecimento é um processo dialético e histórico, relacionado as práticas próprias do indivíduo e condições da sociedade a que está inserido, com suas visões construídas da velhice (NASCIMENTO, 2021).

Em Segundo, a totalidade, que traz a idéia de fenômenos que são parte de um todo, não ocorridos isoladamente. A realidade complexa traz movimentos da parte para o todo e do todo para as partes, em conexões dialéticas e constantes. Desse modo, para se conhecer os fenômenos de forma mais profunda não basta olhar para a totalidade, ou partes isoladamente, deve-se buscar suas variações e interações em um processo de mutualidade (ALVES, 2017).

Para tal, há que se olhar e buscar compreensão das semelhanças e diferenças na unidade e totalidade dos fatos, entender suas várias conexões da realidade, além de desvendar na totalidade parcial sob estudo, características específicas e gerais (MINAYO, 2010). Diante disso, o idoso insere-se para além de seu arranjo familiar, em uma sociedade inserida num dado momento histórico. Há que se olhar de forma particularizada e a um nível de totalização, compreendendo as dinâmicas e práticas situacionais, buscando afirmar sua complexidade e diferenciações.

Por fim, na união dos contrários tem-se o entrelaçamento dos conflitos nas várias partes da totalidade. Busca-se entender que as contradições nunca são resolvidas definitivamente, mas pode-se chegar a momentos de aparente consensos, mantendo-se a visão dos indissociais conflitos no processo (SANTOS et al, 2018; MINAYO, 2010). Assim, olhar para as práticas e situação de saúde de idosos, passa por entender às varias visões e contradições presentes na velhice, buncando-se formas consensuais de cuidado a serem reconhecidas dentro da sociedade a que esse se insere.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A Atenção primária a saúde no Brasil, ou Atenção Básica (AB), aqui entendidas como sinônimos, integram-se a política de atenção psicossocial, sendo trazida como responsável por ações de cunho assistencial, assim como, de prevenção e promoção à saúde para a população usuária de drogas e portadores de transtornos mentais. Seu local, ainda dentro do componente de atenção às urgências, demonstra suas características esperadas de serviço porta aberta à essa população em seus variados estados de sofrimento.

O Brasil possui mais de 5.000 municípios, desses, 61% caracterizam-se como de pequeno porte, com menos de 15 mil habitantes, que, por não contarem com os serviços modelo CAPS, têm na Atenção Básica o principal acesso de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2016).

Esse cenário é visto como promissor para se repensar os modelos de cuidado às pessoas em sofrimento e consolidação da reforma psiquiátrica, pois tem-se na atenção básica maiores possibilidades do cuidado ser inserido no território, contínuo, com participação social, acesso aos serviços da rede e com alta possibilidade resolutiva (ROTOLI et al, 2019).

Rotoli et al (2019) discutem a inserção dessas pessoas, por vezes já usuários do serviço CAPS, nas unidades de AB, onde, muitas vezes, as condutas se resumem à consulta médica, receitas e medicação. As equipes têm dificuldades de reconhecer as reais necessidades, perpetuando práticas de seguidos encaminhamentos, com baixa resolutividade e barreiras ao acesso (ROTOLI et al., 2019).

Torna-se necessário investir em estratégias de educação e apoio à essas equipes, para que desenvolvam novas tecnologias de trabalho, com base nas relações e consigam lidar com as novas demandas que a situação exige. Dar meios para que assumam a responsabilização pelo cuidado e ofertem atividades terapêuticas que trabalhem a inserção social e objetivem graus crescentes de autonomia a esses indivíduos (ROTOLI et al, 2019).

Jones et al (2015) relatam experiências de cuidado em saúde mental, dentro da Atenção Primária, com 31% de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, considerada um transtorno grave, tratada somente neste serviço. Os autores relatam como elementos essenciais ao bom andamento do modelo, a educação da comunidade, a detecção precoce

de casos, o controle de recaídas, a intensa avaliação domiciliar, a promoção da saúde e cuidados à saúde física.

Este último ponto, é particularmente favorecido com o acompanhamento na atenção básica, em um cuidado contínuo e integrado, possibilitando reconhecer as demais necessidades dos pacientes com transtorno mentais, necessidades físicas, que frequentemente passam despercebidas e aumentam os índices de morbimortalidade neste grupo, quando comparados a população sem doenças mentais. O grupo de pessoas diagnosticadas com doença mental, geralmente, apresenta 2 vezes mais tabagismo, maior uso de drogas, sedentarismo e maior prevalência de doenças como diabetes e hipertensão, o que requer um projeto terapêutico amplo e contextualizado a essa população (JONES et al, 2015).

Outro fator apontado refere-se aos custos para seguimento desses pacientes na atenção primária, onde também são minimizados, tornando-se insignificantes em relação a perda de produtividade do indivíduo, no caso desse ainda manter-se no mercado de trabalho, e custos para famílias e cuidadores (JONES et al, 2015).

Estudo recente buscou avaliar práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária a Saúde no Brasil registradas no PMAQ no ano de 2018. Dos mais de 5000 municípios participantes, 97% das equipes realizavam pelo menos uma ação de cuidado em saúde mental, sendo as consultas aos usuários a ação mais presente (SANINE; SILVA, 2021).

Na mesma pesquisa, foram categorizadas as equipes de acordo com sua qualidade de cuidado relacionada a presença de 13 indicadores de qualidade (ações), sendo 9,7% das equipes com um cuidado de pior qualidade, 25,1% delas como de média qualidade e 65,2% como de melhor qualidade. Dentre os indicadores mais presentes estavam Nessa ter um ambiente para dispensação de medicamentos, privacidade para a realização das consultas, existência de médico especialista (não necessariamente em saúde mental), ter apoio matricial pelo NASF e CAPS e uma periodicidade nas reuniões de equipe (SANINE; SILVA, 2021).

Em outro estudo, analisando os atributos essenciais da APS por meio de ciclos do PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica), os autores trazem os atributos de primeiro contato e integralidade como os que obtiveram melhores avanços, devido aumento da disponibilidade e horários das unidades, e aumento da cobertura de NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família). Porém, mantem-se ainda fragilizados por meio de acolhimentos de baixa qualidade, práticas como filas da

madrugada ainda presentes e cobertura de NASF para cerca de apenas metade das equipes (LIMA et al, 2018)..

O atributo longitudinalidade/continuidade recebeu em geral resultados insatisfatórios, relacionado a fragilidade nas relações profissionais-usuários, rotatividade de profissionais e ausência de formação de vínculos. Do mesmo modo, coordenação do cuidado apresentou os piores resultados, em especial por dificuldades de acesso dos usuários às especialidades e baixa integração entre os serviços (LIMA et al, 2018).

Apesar de profissionais de saúde da área da atenção primária reconhecerem a importância de práticas como o acolhimento, diálogo e afeto no atendimento ao usuário com queixas psicológicas. Observa-se muitas vezes que essas são encaminhadas aos considerados responsáveis pelo serviço, ou centradas num único profissional, quando na verdade, deveriam ser realizadas por todos (OLIVEIRA et al, 2015).

Dentre as equipes de atenção primária, ainda é frequente encontrar falas que não se enquadram num modelo de saúde interdisciplinar, com trabalho em equipe e de abordagem integral. Observa-se ainda um modelo centrado no médico, com autoritarismo, voltado a uma saúde altamente especializada e fragmentada. Realidade que leva as queixas emocionais serem também tratadas apenas com a consulta médica e medicamentos (OLIVEIRA et al, 2015).

A medicalização é a efetivação do cuidado mais utilizado pelas equipes de APS, o que também incrementa a realização de procedimentos centrados em tecnologias duras, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários, além de excessivos encaminhamentos e sobrecarga para os serviços secundários (OLIVEIRA et al, 2015).

Com relação ao cenário de problemas psiquiátricos em idosos inseridos nas equipes de atenção básica, encontram-se poucos trabalhos nos serviços de saúde do Brasil, com publicações principalmente nos últimos 5 anos, em geral de pesquisas transversais, quantitativas, de estimativa de prevalências e fatores associados.

Nesta direção, em pesquisa realizada com usuários idosos da Estratégia Saúde da Família no município de Bagé/RS, a prevalência de depressão encontrada foi de 20,5%, associada principalmente ao sexo feminino, cor não branca, menor renda e maiores graus de incapacidade para atividades diárias básicas e instrumentais (BRETANHA et al, 2015). Em Teresinha/Pi, em trabalho semelhante, a prevalência de depressão ficou em 29%, em sua grande maioria de casos caracterizados como leves (MAGALHÃES et al, 2016).

Placideli et al (2020) trazem em seu trabalho uma avaliação teórico-prática do serviço desenvolvido na APS na região do centro oeste do estado de São Paulo para o cuidado ao Idoso em 157 serviços de saúde. Seus resultados apontam um melhor desempenho dos serviços da atenção básica nos cuidados das doenças crônicas não transmissíveis, porém ausência de linhas de ações específicas para as necessidades de idosos.

Relatam ainda, pouca incorporação de ações de prevenção e promoção na rotina dos serviços, e limitação importante da rede de apoio para o cuidado integral, centrado na funcionalidade dos idosos, não existindo trabalho conjunto na amostra avaliada.

Em Macaíba/RN, avaliou-se o serviço das unidades de APS pela visão de idosos usuários do serviço. O atendimento no geral foi avaliado como mediano, sendo a longitudinalidade do cuidado e adscrição da clientela um dos pontos fortes do modelo (ARAÚJO et al, 2014).

O cuidado centrado na família – orientação familiar – e a integralidade, foram os fatores que obtiveram piores avaliações, o que segundo os autores, enfraquece a relação do idoso com as unidades e mostra que as equipes ainda não trabalham no modelo de clínica ampliada e em integração com as famílias, suas histórias e contextos (ARAÚJO et al, 2014).

4. POPULAÇÃO IDOSA E SAÚDE

O aumento mundial da proporção de idosos é sabidamente conhecido, exigindo políticas globais que permitam aos sujeitos alcançarem trajetórias positivas de envelhecimento. A Organização Mundial da Saúde, define como idoso aquela pessoa com 60 anos ou mais para países em desenvolvimento, o que representam 13,5% da população mundial, cerca de 1 bilhão de pessoas, com previsão de serem duas vezes esse número em 2050 (OMS, 2020).

No Brasil, para 2022, o IBGE estima que 10,49% da população encontrava-se no segmento de idade 65 anos ou mais, com tendência de contínuo aumento da proporção de idosos com relação à população total, o que indica que o país contará com maior número de idosos nas próximas décadas (IBGE, 2021).

Há evidências que os custos com a saúde aumentam nos últimos anos de vida, próximo ao falecimento, fato esse, independente da idade da pessoa. Ao contrário do que se pensa, idosos tendem a ter menos gastos com saúde nos últimos anos de vida quando comparados com outras faixas etárias. Na mesma linha, tem-se que o envelhecimento não é o fator que mais contribui para o aumento dos gastos com saúde pública, grande parte desses deve-se ao incremento tecnológico na área (OMS, 2015).

Nomeada a Década do Envelhecimento Saudável, esta que iniciou-se no ano de 2020, traz um novo plano de ação liderado pelas Organização das Nações Unidas, com o fim de unir sociedade civil, governos, agências internacionais, setor privado e mídia para melhoria da qualidade de vida de idosos e suas comunidades. Coincidentemente, a pandemia da Covid-19 que iniciou no mesmo ano, afeta desproporcionalmente esse grupo ao redor do mundo (OMS, 2020).

Sabe-se que o processo de envelhecimento natural (envelhecimento primário) aliado à exposição de fatores externos e patologias ao longo da vida (envelhecimento secundário) leva ao declínio nos diversos sistemas corporais. As perdas cognitivas variam quanto a sua progressão, dependendo de fatores como escolaridade, saúde, personalidade, nível intelectual global, capacidade mental específica, entre outros (FECHINE, e TROMPIERI, 2015).

Considera-se também a ocorrência de mudanças psicológicas com o envelhecimento, resultantes do enfrentamento e adaptações ao novo estilo de vida e papéis sociais. Falta de motivações, baixa-autoestima, resistência às mudanças, perdas funcionais e afetivas, suicídios, somatizações, paranóia, hipocondria, depressão estão presentes em diferentes graus (FECHINE, e TROMPIERI, 2015).

Em contraponto, envelhecimento saudável é entendido como a manutenção da capacidade funcional dos idosos, física e mental, e as relações com seu ambiente que permitem seu bem estar. Sendo necessária à sua promoção esforços multisetoriais, governamentais e de toda a sociedade (OMS, 2020).

No entanto, deve-se considerar que muitas pessoas na velhice, experimentarão declínios importantes de capacidade funcional em consequência de doenças crônicas não transmissíveis, degenerativas, o que demandará respostas abrangentes e eficazes dos serviços de saúde (CABRAL et al, 2021).

O estudo de Onofri Júnior et al (2016) que avaliou registros em prontuários de idosos no município de Marília - SP, encontraram que os registros centraram-se em queixas relacionadas ao aparelho locomotor. As queixas psicossociais aparecem em

quarto lugar, apesar de as medicações psicotrópicas responderem por 28% do total de prescrições. Dentre essas últimas, as mais encontradas referem-se ao diazepam, clonazepam, amitriptilina e fluoxetina.

Quanto aos registros de condutas, eles se resumem a prescrição de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamentos. No mesmo estudo, foi encontrado prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) nesta população em torno dos 20%, não apresentando relação de frequência com a prescrição da medicação psicotrópica (ONOFRI JÚNIOR et al, 2016).

4.1. Fragilidade e Autopercepção da saúde

Fragilidade define-se como diminuição da capacidade de realização das atividades básicas de vida diária (AVD), podendo o indivíduo ir de situações como a robustez, com plena capacidade, seguindo pelas, de pré-fragilidade, fragilidade, até a deficiência, quando encontra-se na dependência para realização de atividades físicas, mentais ou sociais (DENT et al, 2019).

Situação essa que mostra-se dinâmica, com frequentes transições entre os estados, em momentos como hospitalizações, quando há piora da fragilidade, ou no indivíduo ativo fisicamente, que traz ganhos para o desenvolvimento das atividades. Relaciona-se assim, também em especial com a sarcopenia (DENT et al, 2019).

Sabe-se que o envelhecimento comumente vem acompanhado de comorbidades, fragilidade, declínio cognitivo e outras perdas de funcionalidade que impactam na capacidade de autonomia e qualidade de vida, situações que podem ser influenciadas pelo contexto e meio social em que está inserido (ANDRADE et al., 2020; DURY et al., 2018).

Alguns fatores influentes nesse processo de fragilidade incluem a situação financeira, e alterações físicas, em especial mudanças repentinas, que podem determinar mais frequentemente mudanças negativas, assim como positivas, como em caso de benefícios adquiridos e intervenções médicas com bons resultados (DURY et al., 2018).

Um terceiro fator relacionado, estão as relações pessoais estabelecidas e conflitos familiares. Divórcios, mortes, e nascimentos podem representar fatores para desequilíbrios psicossociais e de cuidados que interferem na fragilidade do idoso. Nessa mesma linha, outro fator são as mudanças nas condições de vida, como reformas para adaptações ao envelhecer no domicílio, mudanças de casa e de familiares, que contribuem para alterações no quadro. Além disso, todas as outras mudanças consideradas relevantes

ao idoso são influentes, como tornar-se incapaz de digerir e mudanças na ocupação (DURY et al., 2018).

Desse modo, é recomendado que todos idosos acima dos 65 anos, recebam triagem oportuna para fragilidade, usando-se de instrumento validado e adequado ao seu contexto (DENT, et al 2019). Prática essa, que deve ser inserida em especial nos serviços de atenção primária a saúde, com vistas a facilitar o acesso desses idosos, organizando-se ainda para esse rastreamento e manejo dos problemas encontrados, particularmente os estágios iniciais, mais possíveis de intervenção (DENT, et al 2019).

Para além da abordagem dos serviços de saúde, a perda de autonomia e dependência, características das condições de fragilidade, impactam nas dinâmicas familiares, e na maioria dos casos traz a necessidade da instituição de um cuidador, formal ou informal (ALBUQUERQUE et al 2019; DENT et al., 2019).

Para a família, são frequentes os estudos que relatam a sobrecarga, desgaste emocional e físico, em especial para o cuidador direto, gerando ainda conflitos aliados a um comum despreparo para o cuidado ao idoso, com impacto negativo em sua qualidade de vida (ALBUQUERQUE et al., 2019; ANDRADE et al, 2020).

Em tempo, a promoção do envelhecimento saudável vai na contramão do aumento de gastos públicos com a saúde, o que já é previsto pela maior demanda de assistência frente ao envelhecimento populacional (OMS, 2018).

A autopercepção de saúde é um fator que tem sido utilizado na exploração das condições de bem estar e da própria saúde de indivíduos nas últimas décadas. Traz uma visão ampliada, multifatorial, de fácil aplicação e baixo custo, relacionando-se com a qualidade de vida dos indivíduos, sendo recomendado seu uso na população idosa (CARNEIRO et al, 2020).

Tem sido apresentada uma relação próxima de percepções negativas com a fragilidade pelos recentes trabalhos, sendo considerada ainda um indicador objetivo do real estado de saúde, mais ligado a funcionalidade do que a presença de doenças crônicas (CARNEIRO et al, 2020; MACHADO et al, 2021; LINDEMANN et al, 2019). Seu uso nas avaliações do estado de saúde tem sido recomendado pela OMS e Ministério da Saúde e faz parte das avaliações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) desde 1998.

4.2 Transtorno Mental Comum

O Transtorno Mental Comum, reconhecido como um grupo de transtornos e sintomatologia não psicótica, está relacionado a queixas somáticas e sintomas como irritação, cansaço, esquecimento, redução da capacidade de concentração, ansiedade e depressão. Colabora em grande parte para as estimativas de carga das doenças mentais mundialmente, com projeções para 2030 de que essas se torna as mais incapacitantes para o ser humano (SKAPINAKIS et al, 2013).

Comumente são considerados como um grupo que engloba os transtornos mentais mais leves, como depressão, ansiedade e transtornos relacionados ao estresse, e citados como já correspondentes a cerca de 30% das causas de licenças médicas. Para o rastreamento e diagnóstico adequado é recomendando o uso de instrumentos próprios, que avaliem em geral o grupo de sintomas que incluem energia mental e física reduzida, distúrbios do sono, dificuldades de concentração e memória, irritabilidade emocional, além de somáticos como dor e vertigem (WINKLERFELT et al, 2022).

Dentre os idosos, os transtornos mentais são relacionados a piores condições de saúde e qualidade de vida geral (SOUZA et al, 2021). São relatados a presença do transtorno em cerca de 30% dessa população, associados a um perfil sociodemográfico de piores condições de vida e saúde e entre aqueles que relatam insatisfação com a vida, sobretudo no sexo feminino. A autonomia, também apresenta-se como importante fator relacionado, com perdas expressivas em vários campos frente aos quadros de TMC (SOUZA et al, 2021).

Outros autores, dentro da capacidade para a realização das atividades de vida diária, bem como instrumentais de vida diária (AIVD) trazem a relevância do conhecimento e manejo adequado do transtorno mental comum como forma de melhora geral e prevenção de declínio nas funções. Com efeitos sinérgicos, as comorbidades mentais precisam ser olhadas de forma simultânea na avaliação das funcionalidades, prevenindo futuras pioras e encargos as famílias e sociedade (GUERRA et al, 2021).

Ainda, no atual cenário decorrente da pandemia da COVID-19, os idosos são trazidos como grupo vulnerável em situações pandêmicas, com intensificação das comorbidades e carga das doenças mentais, exigindo políticas específicas de atenção e redução de desfechos negativos (SOUZA et al, 2021).

Frente as repercussões negativas dos problemas mentais nesse grupo, a OMS reforma a necessidade de proteção e cuidado a saúde mental com vistas ao

Envelhecimento Ativo e Saudável. Sugere-se a criação de ambientes e condições de vida que ampliem o bem estar e incentivem a adoção de hábitos saudáveis, além de demais estratégias de cuidado que atendam as demandas de forma integral (OMS, 2020).

4.3 Medicalização

O envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida em grande parte se dá por melhores condições de acesso aos serviços de saúde e tratamento das patologias que atingem adultos e idosos, em especial agravos crônicos. No entanto, observa-se que esse cuidado em saúde muito se baseia na prescrição de medicamentos, em regimes múltiplos, que atribuem outros riscos ao usuário, para além de sua morbidade (ALHARBI et al, 2022).

Entre os idosos, a presença de doenças crônicas é acentuada, juntamente das condições que se configuram em polifarmácia, considerada o uso de 5 ou mais diferentes fármacos (FRANCHI et al, 2022; MASNOON et al, 2017). Além dos riscos da interação desses fármacos e reações no usuário, a polifarmácia está relacionada a menor adesão ao esquema de tratamento proposto (FRANCHI et al, 2022).

Ha que se considerar ainda na população idosa os grupos de medicamentos potencialmente inapropriados (PIMs), definidos como aqueles a serem evitados o uso entre idosos devido ao risco que superam seus benefícios. Tais medicações são alvo de discussão e contra-indicações pela *American Geriatrics Society (AGS) Beers Criteria* (AGS Beers Criteria), com uma última atualização em 2019 contendo 30 fármacos a serem evitados e mais de 40 considerados uso sob cautela (AGS, 2019).

Ainda, sobre os PIMs são encontrados relatos de presença na maioria das prescrições observadas, com destaque para anti-inflamatórios não esteroides, inibidores da bomba de prótons, diuréticos e aspirina (ALHARBI et al, 2022).

No cuidado aos prejuízos possíveis dos múltiplos esquemas terapêuticos, o conceito de prevenção quaternária discute os perigos da hipermedicalização com foco na proposição de prescrições cientificamente respaldadas e éticas, evitando-se ao máximo a intervenção desnecessária. Ademais, tem-se no grupo de idosos, indivíduos mais vulneráveis a danos pelo uso inadequado dos medicamentos, relacionado a aspectos próprios do metabolismo, multimorbidades em curso e aumento do número de drogas/dia e classes prescritas (SANTOS et al, 2022).

Nessa direção, são mais recentes os interesses em abordagens não farmacológicas de algumas condições, em especial, de acometimento mental, com cuidado centrado na pessoa e o uso de outras estratégias terapêuticas (AGS, 2019).

5. JUSTIFICATIVA

Nota-se nesse campo ainda, uma ausência de trabalhos que abordem de forma mais ampla as situações de saúde mental e o cuidado desenvolvido pelas equipes da Atenção Primária aos idosos portadores dos transtornos. Pesquisas envolvendo o processo de envelhecimento e campos afins tem sido apresentadas como prioritárias e constam na Agenda de Investigação sobre Envelhecimento do século XXI e Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria. Essas, incentivam pesquisas com foco na identificação de aspectos sociais, culturais e econômicos que podem contribuir para a elaboração de políticas públicas e gerar resultados para uma melhor compreensão dos fatos que envolvem esse processo (NEW YORK, 2007).

Ambos os campos aqui trabalhados, saúde mental e saúde do idoso, também constam na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde, que recomenda trabalhos que abordem os impactos da doença mental (dentre as Doenças Crônicas não Transmissíveis) na população brasileira, avaliação de serviços e equipes multiprofissionais, em especial da AB, assim como o processo de envelhecimento e suas especificidades (BRASIL, 2018). Fatos esses, que vem a justificar a relevância do presente trabalho, que visa colaborar com a construção do conhecimento em áreas importantes na formulação de políticas e tecnologias de cuidado.

Pretende-se com este estudo, de método misto, sequencial, convergir dados quantitativos e qualitativos (CRESWELL, 2013). No estudo foram utilizados instrumentos quantitativos para responder ao questionamento de: como vem se apresentando o quadro de saúde mental em idosos, considerando avaliações de TMC, fragilidade e auto percepção da saúde, uso e autonomia na gestão de medicamentos? E dados qualitativos para responder ao questionamento de como membros das equipes de saúde percebem a saúde mental do idoso, considerando as queixas e as práticas de cuidado?

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

Analisar as características clínicas de pessoas idosas no contexto da Atenção Primária à Saúde, considerando a presença de Transtorno Mental Comum, fragilidade e autopercepção da saúde em idosos e percepções de queixas de ordem psicossociais e condutas de membros de equipes de saúde.

6.2 Objetivos específicos

- Identificar queixas e condutas mais prevalentes de idosos atendidos em Serviços de Atenção Básica;
- Avaliar fragilidade, presença de Transtorno Mental Comum e auto percepção da saúde em idosos atendidos por equipe de Atenção Básica a Saúde;
- Identificar o uso e autonomia na gestão de medicamentos pelos idosos;
- Compreender as representações que as Equipe de Atenção Básica têm sobre as queixas de ordem psicossociais e o cuidado em saúde mental ao idoso.

7. MÉTODO

7.1 Desenho do Estudo

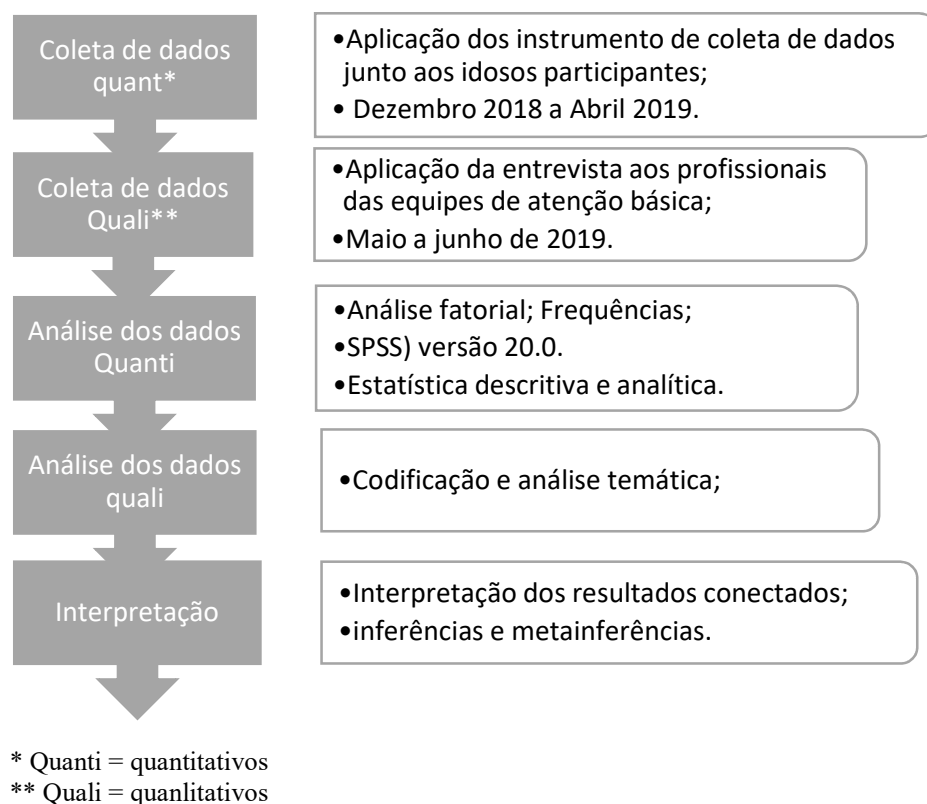
Trata-se de um estudo transversal, observacional, de natureza analítica, com utilização de métodos mixtos para coleta, análise e interpretação dos dados obtidos.

A opção pelo método misto deu-se por trabalhar com dados de grande complexidade, sendo indicada em campos que requerem uma análise mais profunda, não sendo porrível o mesmo resultados com abordagens quantitativas ou qualitativas isoladamente. Proporciona assim mais e melhores evidências por meio das múltiplas visões dos problemas apresentados e praticidade na coleta das informações pela combinação de instrumentos (CRESWELL; CLARK, 2013).

Nesse estudo tipo de estudo, os dados quantitativos e qualitativos se completam e incrementam a confiança na validade dos resultados. Além disso, optou-se por um delineamento no modelo de projeto sequencial, multifásico explanatório. Nesse tipo de estratégia, os dados quantitativos e qualitativos foram coletados sequencialmente e posteriormente seus resultados comparados para determinar convergências, diferenças e combinações para entendimento mais completo do fenômeno estudado (Figura 1). Quando há uma integração dos bancos de dados quantitativos e qualitativos, os mesmos se fundem e produzem informações que se apoiam mutuamente (CRESWELL; CLARK, 2013; SANTOS et al., 2017).

Autores ainda defendem que a estratégia explanatória sequencial pode ser especialmente útil na interpretação mais profunda de fenômenos objetivos, que podem ser quantificados por meio de escalas e medidas. Tal desenho, auxilia na análise completa e compreensiva dos dados quantitativos, por meio de fase posterior, qualitativa (OLIVEIRA et al, 2018).

Figura 1: Esquemática do estudo transversal com a utilização de métodos mistos, São Carlos, SP, 2020.



Fonte: Elaborado pelo autor

7.2. Local e Período do Estudo

O presente estudo realizou-se no município de Barra Bonita, região centro-oeste do estado de São Paulo, com população estimada para 2021 de 36.125 habitantes e proporção de 13,9% habitantes com 60 anos ou mais pelo censo 2010. Pertencente ao Departamento Regional de Saúde VI – Bauru, microregião de Jau, com IDHM no ano de 2010 de 0,78 (IBGE, 2021).

O local referiu-se a áreas de abrangência de 03 Unidades Básicas de Saúde do município, 02 com Estratégia Saúde da Família, de um total de 08 Unidades Básicas de Saúde cadastradas (CNES, 2021).

O período de coleta de dados do estudo deu-se de dezembro de 2018 a junho de 2019.

7.3 População e Amostra

Uma primeira amostra foi representada por 205 pessoas com 60 anos ou mais anos, cadastrados na área de abrangência das Unidades, e que tinham prontuário ativo no serviço. Os critérios de inclusão foram ser indivíduos cadastrados, enquanto usuários dos serviços de atenção primária da saúde, e possuírem 60 anos ou mais.

Como critérios de exclusão foram as limitações cognitivas ou na comunicação oral que impediram o participante de responder aos instrumentos de coleta de dados.

A segunda amostra, foi composta por 20 membros das Equipes das unidades de saúde onde a pesquisa foi realizada, composta por profissionais de diferentes categorias que prestam atendimento no serviço, a saber, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, recepção/administrativo e médico clínico.

Para a amostra composta por profissionais, os critérios de inclusão foram: estar inserido na rede de atenção básica ou estratégia saúde da família do município há pelo menos seis meses e realizar atendimentos à população idosa. Os critérios de exclusão foram o profissional que não está inserido nos atendimentos diários e rotinas das equipes, que atendem exclusivamente outros grupos populacionais, ou tratarem-se de estagiários, residentes, ou outra função temporária.

A amostra foi calculada considerando-se a taxa de prevalência de TMC em torno de 40%, para a população de idosos cadastrados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Barra Bonita – SP. (SILVA et al, 2018; MARTINS et al, 2016), com variação de 2% e utilizando-se intervalo de confiança de 95,5%. Para o cálculo ainda será previsto uma possível perda de aproximadamente 20% (FONSECA; MARTINS, 2015).

7.4 Procedimentos para Coleta de Dados

A primeira fase refere-se a seleção de uma amostra de idosos cadastrados nas unidades de saúde e convidados a participar da pesquisa. Para serem incluídos neste estudo, os idosos deveram obter pontuação maior ou igual a 17 no miniexame do estado mental (MEEM), (BRUCKI, 2003) além de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) aprovado pelo Comitê de Ética. A entrevista foi previamente agendada e realizada mediante visita domiciliar em que se abordaram aspectos sócio demográficos como idade, gênero, escolaridade, renda, ocupação e se realizará a aplicação de 4 instrumentos de coleta de dados, em anexo .

Numa segunda fase, levantou-se nos registros de prontuários dessas pessoas idosas participantes os atendimentos realizados, profissionais, queixas de cunho psicoemocionais e condutas realizadas num período de 12 meses (APÊNDICE II).

Após consolidação e análise inicial desses dados, um terceiro momento da pesquisa foi centrado em entrevistas semi-estruturadas com os profissionais pertencentes às Equipes que atendem essa população participante. Os profissionais foram abordados em seu local de trabalho, apresentados os objetivos da pesquisa, e àqueles que se dispuserem a participar e assinarem o TCLE (APÊNDICE III), tiveram sua entrevista gravada e posteriormente transcrita. A entrevista abordou dados sócio demográficos referentes a idade, gênero, escolaridade, renda, ocupação e tempo de serviço e seguidamente foram convidados a elencar, a partir das queixas psicossociais das pessoas idosas atendidas, o cuidado em saúde mental fornecido ao idoso, pelas USFs e rede de atendimento.

Um consolidado dessas informações foi posteriormente apresentado à esses profissionais participantes para validação em grupo, dos dados.

7.4.1 Instrumentos

- 1. Escala de avaliação de fragilidade. Tilburg Frailty Indicator (TFI), foi elaborado por Gobbens et al em 2010 e adaptado e traduzido ao português por Santiago et al em 2012. Tem como objetivo avaliar a fragilidade em idosos pelos domínios físico, psicológico e social. Apresenta 15 questões que são distribuídas nesses 3 domínios. As respostas variam entre sim, não e as vezes. Quanto maior for a pontuação, maior é o nível de fragilidade do indivíduo ou pode-se considerar que escores maior ou igual a 5 pontos também apresenta fragilidade. (ANEXO I);

2. Questionário de autopercepção da saúde (PAVARINI et al., 2012) que consta de cinco perguntas em que a pessoa avalia e compara o estado de saúde atual com o de um ano atrás e também compara o próprio estado de saúde com outras pessoas da mesma idade. As respostas são em escala likert sendo para três delas : melhor, igual ou pior e para duas das perguntas: muito boa/bom, boa/bom, regular, ruim e muito ruim. (ANEXO 2)

3. Questionário para avaliação de uso de medicações (PAVARINI et al .2012) (ANEXO 3)

4. *Self Reporting Questionnaire – 20 (SRQ-20)*, instrumento validado para rastreamento de TMC, criado para rastrear transtornos psiquiátricos em serviços de

atenção primária (HARDING et al, 1980), e validado no Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986). O questionário traz 20 questões com respostas “sim” ou “nao”, e avalia a presença do sintoma nos últimos 30 dias. O ponto de corte apontado é diferente entre homens e mulheres, sendo 6 ou mais respostas “sim” para os homens e 8 ou mais respostas “sim” para as mulheres, considerados casos suspeitos de TMC (ANEXO 4).

7.5 Procedimentos Para Análise Dos Dados

A análise dos dados quantitativos foi realizada no aplicativo *StatisticalPackage for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. A normalidade dos dados foi verificada mediante o teste de Shapiro-Wilk, e foi calculada a média, o desvio padrão. Também se utilizaram os testes paramétricos t-student e de ANOVA. No caso de rejeição da hipótese de normalidade, utilizaram-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Para realizar a análise dos fatores associados ao transtorno mental comum, foi utilizada análise de regressão logística binária univariada e multivariada. As variáveis numéricas (independentes) incluídas de forma contínua foram: idade (em anos), escolaridade (em anos), e número de medicamentos (em unidades). Enquanto as variáveis qualitativas (independentes) receberam valores 0 ou 1 para identificar suas categorias. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0.05$). Adotou-se para os testes, um nível de significância alfa de 5%.

Para os dados qualitativos foi empregada abordagem qualitativa, com posterior técnica de Análise de Conteúdo para interpretação dos dados (BARDIN, 2010). A abordagem qualitativa da situação em estudo, foi realizada entendendo essa como necessária à compreensão profunda de certos fenômenos sociais com maior valorização do subjetivo e interpretações do que propriamente com a ação (WETZEL, 2005).

Com uma avaliação qualitativa de um determinado serviço buscou-se de forma participativa que os agentes inseridos revelem sentimentos e compreensões relacionados à própria prática, para que assim o pesquisador apreenda o subjetivismo que interfere e define as relações daquele serviço. Ao mesmo tempo, o processo da pesquisa qualitativa permite uma reflexão sobre as ações, possibilitando intervir e melhorar a prática ainda durante sua realização (WETZEL, 2005).

Para tal, a Análise de Conteúdo propõe a desvendar ideologias, idéias e princípios obscuros a primeira vista, imprimindo maior complexidade e profundidade aos instrumentos e dados da pesquisa (TRIVINOS, 2017).

7.6 Procedimentos Éticos

A presente pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (Caae 11527019.9.0000.5504) e aprovada em 26 de junho de 2019 sob parecer 3.415.218. Todos os participantes têm a garantia de sigilo quanto à sua identificação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam cópia deste. O presente estudo respeita todos os aspectos éticos que tratam pesquisas com seres humanos descritos na Resolução 510/2016, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

8. RESULTADOS

8.1 Resultados de dados Quantitativos

Participaram do presente estudo 205 idosos pertencentes às áreas de abrangência de 03 Unidades Básicas de Saúde do município. A maioria dos participantes tratou-se de mulheres (65,9%), na faixa etária de 60 a 69 anos (60,5%), com 1 a 4 anos de estudo (53,7%) e aposentados (80%), sem ocupação no momento (92,2%). Os dados referem-se à caracterização socioeconômica encontram-se na tabela 1 abaixo:

Observa-se renda individual em sua maioria de até 1 salário-mínimo (67,4%), com renda familiar de 1 a 2 salários (51,2%). No geral os idosos convivem com companheiros (62%), residindo sozinhos 14,6% deles.

Pontuação sugestiva para o transtorno mental comum foi encontrada em 32,6% dos participantes, levemente mais acentuado nos de sexo masculino com 37,14% de casos positivos. Em relação à situação de fragilidade, esta esteve presente em 54,1% dos idosos.

Na autopercepção da saúde, em sua maioria avaliam sua saúde como boa/muito boa (58%), em situação melhor que de outros indivíduos na mesma faixa etária (51,2%), igual (49,3%) quando comparada ao último ano, porém com maior nível de atividade (57,1%). Ainda, em sua maioria (63,9%), os idosos relatam seu nível de cuidados com a saúde como bom/muito bom.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínicas de pessoas idosas cadastradas em Unidades Básicas de saúde. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2022.

| Dados sociodemográficos e de Saúde | n | % |
|---|----------|----------|
| Distribuição por UBS | | |
| Unidade A (com ESF) | 69 | 33,7 |
| Unidade B (com ESF) | 113 | 55,1 |
| Unidade C (sem ESF) | 23 | 11,2 |
| Sexo | | |
| feminino | 135 | 65,9 |
| Masculino | 70 | 34,1 |
| Faixa Etária | | |
| 60 a 69 anos | 124 | 60,5 |
| 70 a 79 anos | 64 | 31,2 |
| 80 ou mais | 17 | 8,3 |
| Escolaridade | | |
| 1 a 4 anos de estudo | 110 | 53,7 |
| 5 ou mais anos de estudo | 32 | 15,6 |
| Analfabetos | 63 | 15,6 |
| Aposentadoria / ocupação | | |
| Aposentados | 164 | 80 |
| Não aposentados | 41 | 20 |
| Exercem ocupação | 16 | 7,8 |
| Sem ocupação | 189 | 92,2 |
| Renda Inividual | | |
| Até 1 SM* | 138 | 67,4 |
| 1 a 2 SM | 64 | 31,2 |
| 3 ou mais SM | 3 | 1,5 |
| Renda Familiar | | |
| Até 1 SM | 22 | 10,7 |
| 1 a 2 SM | 105 | 51,2 |
| 3 ou mais SM | 78 | 38 |
| Convivência e moradia | | |

| | | |
|--|-----|-------|
| com companheiro(a) | 127 | 62 |
| sem companheiro(a) | 79 | 38,5 |
| Moram sozinhos | 30 | 14,6 |
| Moram com outros familiares | 106 | 51,75 |
| Moram com não familiares | 2 | 1 |
| Pontuação sugestiva de Transtorno Mental | | |
| Comum | | |
| Mulheres | 41 | 30,37 |
| Homens | 26 | 37,14 |
| Total | 67 | 32,65 |
| Fragilidade | | |
| Não Frágil | 94 | 45,9 |
| Frágil | 111 | 54,1 |
| Autopercepção da saúde | | |
| Boa/muito boa | 119 | 58 |
| Regular | 73 | 35,6 |
| Ruim/muito ruim | 13 | 6,3 |
| Medicamentos em uso contínuo | | |
| Nenhum | 23 | 11,2 |
| 01 fármaco | 36 | 17,5 |
| 02 fármacos | 42 | 20,5 |
| 03 fármacos | 26 | 12,7 |
| 04 fármacos | 33 | 16,1 |
| 5 ou mais | 45 | 22 |
| uso contínuo de medicamentos, por classes terapêuticas das medicações** | | |
| A (Trato alimentar e metabolismo) | 79 | 38,5 |
| B (Sangue e órgãos hematopoiéticos) | 30 | 14,6 |
| C (Aparelho cardiovascular) | 157 | 76,6 |
| G (Aparelho genito-urinários) | 1 | 0,5 |
| H (Preparações hormonais) | 28 | 13,7 |
| L (Antineoplásicos e imunomoduladores) | 3 | 1,5 |
| M (Sistema musculoesquelético) | 14 | 6,9 |

| | | |
|---------------------------|----|------|
| N (Sistema nervoso) | 65 | 31,7 |
| P (Antiparasitários) | 1 | 0,5 |
| R (Aparelho respiratório) | 6 | 3 |
| S (Órgão dos sentidos) | 2 | 1 |
| V (vários) | 1 | 0,5 |

*Valor do SM para o estado de SP: R\$ 1163,55; ** Não houve referência pelos participantes ao uso de medicações das classes identificadas pelas letras D (Dermatológicos) e J (Anti-infecciosos).
Fonte: elaborada pelos autores.

Fonte: elaborada pelo autor.

A quantidade de medicamentos de uso contínuo variou de 0 a 12 diferentes fármacos por idosos, sendo que em 22% desses, a quantidade relatada foi de 5 ou mais medicamentos, configurando-se em polifarmácia (MASNOON et al, 2017).

As medicações de uso contínuo foram classificadas segundo *AnatomicalTherapeuticChemicalCode(ATC)*, sistema utilizado pela OMS para classificar substâncias de ação terapêutica segundo órgão ou sistema-alvo e suas propriedades quimicofarmacológicas (WHO, 2021). Foram classificadas dentro de seu primeiro nível, com um grupo de 14 classes. Observa-se maiores frequências de uso relacionados majoritariamente a classe “C” com 157 (76,6%) dos indivíduos usuários, seguida do grupo “A”, com 79 (38,5%) relatos de uso e grupo “N” com 65 (31,7%) idosos usuários.

Na análise das informações, foram buscadas relações de risco, OddsRatio, associações por meio do Coeficiente de Spearman e Teste de Mann-Whitney.

Tabela 2. Análise de regressão logística multivariada das variáveis associadas ao Risco do Transtorno Mental Comum em idosos em município no interior de São Paulo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2022.

| Variável | Univariada | | Multivariada | |
|-------------------------------|---------------------|--------|--------------------|--------|
| | OR* (IC95%) | p | ORa (IC95%) | P |
| Fragilidade | | | | |
| Não Frágil | 1** | - | 1** | - |
| Frágil | 13,60 (5,78– 31,99) | <0,001 | 9,65 (3,89– 23,97) | <0,001 |
| Autopercepção de saúde | | | | |
| Muito boa/Boa | 1** | - | 1** | - |
| Regular/Ruim/Muito Ruim | 4,89 (2,59-9,20) | <0,001 | 3,11 (1,50-6,45) | 0,002 |
| Número de Medicamentos | 1,33 (1,16-1,53) | <0,001 | 1,24(1,06—1,46) | 0,007 |
| Sexo | | | | |
| Homem | 1** | - | 1** | - |
| Mulher | 1,08 (0,58-2,01) | 0,080 | 1,55 (0,70-3,405) | 0,277 |
| Idade, anos | 1,06 (1,02- 1,11) | 0,008 | 1,02 (0,96-1,08) | 0,534 |
| Escolaridade | | | | |
| Até 4 anos | 1** | - | 1** | - |
| 5+ anos | 1,02 (0,45– 2,31) | 0,950 | 1,12 (0,38-3,28) | 0,830 |

*OR (Odds Ratio)=Razão de risco para transtorno mental comum; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco.

** Nível de Referência

Fonte: elaborada pelo autor.

Maior risco de desenvolvimento do Transtorno Mental comum esteve presente entre aqueles considerados frágeis (OR 9,65), com uma percepção negativa sobre sua saúde (OR 3,11) e relacionado ao uso de maior quantidade de medicamentos (OR 1,24).

Observou-se ainda correlação positiva entre a situação de fragilidade e a presença do transtorno mental comum por meio dos Coeficientes de Spearman e Teste de Mann-Whitney, conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3. Correlações entre avaliação de fragilidade e a presença do transtorno mental comum em idosos em município do interior de São Paulo. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2022.

| | N | Coeficiente de Correlação * | p-valor |
|-------------------------------|----------|--|----------------|
| Total Transtorno Mental Comum | 205 | 1,000 | - |
| Domínio Físico | 205 | 0,630 | <0,001 |
| Domínio Psicológico | 205 | 0,617 | <0,001 |
| Domínio Social | 205 | 0,291 | <0,001 |
| Total Fragilidade | 205 | 0,731 | <0,001 |

*Coeficientes de correlação de Spearman

Fonte: elaborada pelo autor.

Na consulta aos registros em prontuários dos participantes nos ~~últimos~~ 12 meses, Setembro de 2018 a Agosto de 2019, nas Unidades Básicas de saúde vinculadas, foi buscado o número de consultas médicas por cada participantes, sendo encontrado 98 (47,8%) idosos com 1 ou nenhum registro em prontuário. Dos demais, em 67 prontuários (32,7%), haviam de 2 a 5 registros de atendimentos, em 26 (12,7%) houveram 6 ou mais atendimentos no períodos de 12 meses. Ainda, foi identificado uma possível dificuldade no armazenamento e manipulação dos prontuários físicos dos idosos, com 14 (6,8%) deles não sendo localizado pela equipe.

Buscando-se a presença do registro de queixas psicossociais, em 184 prontuários (89,8%) não havia nenhum sintoma ou sinal descrito. Em 7 prontuários (3,4%) apareceram registros como queixas de irritabilidade, choro, brigas familiares, desânimo e problemas com o sono. Queixas referentes a sintomas físicos estavam descritas em 56 prontuários (27,3%). Em 135 (65,9%) prontuários onde haviam registros de atendimentos médicos, não havia a presença de registros de sinais e sintomas relatados pelos pacientes.

Outros profissionais que participaram dos registros em prontuários observados, foram, em 47 (22,9%) prontuários houve a presença de registros de profissionais da equipe de enfermagem, odontologia foi identificada em 9 (4,4%) prontuários, e outros profissionais, como psicólogos, nutricionistas e agente comunitário de saúde, em 15 (7,3%) prontuários.

Ainda, com a observação dos registros em prontuários, estiveram presentes condutas de solicitação de exames complementares de 70 (34,1%) dos idosos, registro da referência à outros pontos da rede ou especialidades em 12 (5,9%) prontuários, e o registro de prescrição medicamentosa em 94 (45,9) deles. Dos 205 prontuários pesquisados, ainda foram identificados anotações quanto à prescrição de medicações psicotrópicas em 40 (19,5%) deles.

8.2. Discussão dos Dados Quantitativos

Segundo Fagundes et al (2020), no cenário da APS, município de São Vicente/RN, encontraram 28,28% de idosos com risco para o Transtorno Mental Comum, sem associação estatística significativa com outras variáveis pesquisadas como doenças crônicas e dados socioeconômicos.

Com o mesmo instrumento de coleta, usando-se de ponto de corte mais baixo, encontram prevalência geral de 55,8% entre idosos de município no estado da Bahia. Entre as variáveis investigadas apresentaram associação estatística positiva para o sexo feminino, menor renda, aqueles que referiram maior tempo sentado e a presença de reumatismo (QUADROS et al, 2020).

Em revisão sobre o tema, buscando estabelecer fatores associados ao TMC, destacam a aposentadoria como evento gatilho, possivelmente ligada a mudança na rotina e isolamento social, e ainda como fatores de risco mais fortemente associados, a condição socioeconômica baixa e inatividade física(MAIA et al, 2020) .

A cerca da investigação da fragilidade em idosos e seus fatores associados, foi relatado no município de Montes Claros-MG, usando-se da a Edmonton FrailScale (EFS), prevalência de fragilidade de 47,2%, e 37,2% dos idosos com sintomas depressivos. No estudo, apresentaram associação positiva com a situação de fragilidade as variáveis idade igual ou superior a 80 anos, situação conjugal sem companheiro, presença de cuidador, apresentar sintomas depressivos, doença osteoarticular, e histórico de quedas (CARNEIRO et al, 2017).

No município de São Paulo, em pesquisa que utilizou instrumento distinto na avaliação de fragilidade, foram identificados 50,0% de idosos não frágeis, 41,5% pré-frágeis e 8,5% frágeis. Na mesma pesquisa, declínio cognitivo este presente em 38,9% dos idosos, e sintomas depressivos em 14,2% desses. Na associação de variáveis, foi relatado maior prevalência de fragilidade dentre aqueles com comprometimento funcional (36,0%), analfabetos (15,4%), apresentando sintomas depressivos (13,8%) e com multimorbidade (12,1%) (DUARTE et al, 2018).

Utilizando-se do mesmo instrumento de rastreamento da presente pesquisa (TFI), foi encontrado prevalência de fragilidade em 54,6% dos idosos acima de 65 anos em uma região no sudoeste da Polônia. Os autores ainda avaliaram a relação entre os componentes da escala, físicos psicológicos e sociais, e discutem a necessidade de avaliações que abranjam o acúmulo de déficits e suas interações, não determinada apenas por algum componente em particular (SACHA et al, 2020).

Em coorte no Reino Unido que investigou associações entre a presença de depressão e fragilidade e seus efeitos sobre a independência nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) entre idosos acima dos 75 anos, foi encontrada associação negativa independente das duas variáveis com as AIVD. O estudo ainda traz que a combinação da depressão em indivíduos frágeis colaborou ainda mais na redução de autonomia no grupo investigado (COVENTRY et al, 2020).

Entre idosos pertencentes à área de cobertura da Estratégia Saúde da Família, em município do sudeste brasileiro, estudo de corte transversal descreve associações positivas entre com a fragilidade a presença de transtornos mentais e polifarmácia (OLIVEIRA et al, 2021).

A polifarmácia, esteve presente em 57,7% de um grupo de idosos no município de Belo Horizonte/MG, sendo descrito associação positiva com idade ≤ 70 anos, escolaridade > 8 anos, presença de mais de três doenças e sintomas de depressão (OLIVEIRA et al, 2021)

Ainda, a respeito do uso de medicamentos e associação com prejuízos mentais e cognitivos entre idosos, em coorte multicêntrica italiana, foi descrito risco 6 vezes maior de prejuízos cognitivos e evolução para demência entre aqueles que fazem uso de polifarmácia leve (3 ou mais medicações). Os autores sugerem ainda esse risco estar ligado possivelmente a interação do regime multidrogas (TREVISAN et al, 2021)

A percepção do estado de saúde é citada como outro fator potente na avaliação multidimensional de saúde do idoso. Em recente inquérito populacional, 56% dos idosos

trouxeram uma percepção negativa de seu estado de saúde, relacionando-se inversamente com os anos de escolaridade, quanto menos anos de estudo, pior a percepção de saúde. Outros fatores associados foram incapacidade na realização das AIVDs, presença de doença crônica (física ou mental) e aumento da frequência de utilização dos serviços de saúde (ZANESCO et al, 2018).

Percepções negativas da saúde também estão associadas significativamente com a fragilidade. Em estudos entre idosos vulneráveis, com 36,5% desses apresentando-se frágeis, na autopercepção da saúde, 48,5% avaliam sua saúde como regular e, 66,3% em estado pior quando comparada a outros indivíduos da mesma idade. No mesmo, foi descrito associação positiva entre uma avaliação de saúde “muito ruim” e a fragilidade severa, assim como uma avaliação “muito boa” entre aquelas não frágeis (MACHADO et al, 2021)

Ainda, buscando-se associações da autopercepção da saúde negativa com outros fatores de vida, é relatado como presente a relação com a sexo feminino, o desemprego, a presença de doenças crônicas e insegurança alimentar. Por outro lado, associada a melhores avaliações da saúde estão a maior escolaridade e maior número de moradores no domicílio (LINDEMANN et al, 2019).

As limitações do presente estudo estão no delineamento transversal, não podendo estabelecer relações causais e na necessidade de o idoso estar presente em seu domicílio no momento da coleta de dados, tendo alguns candidatos excluídos por sua ausência.

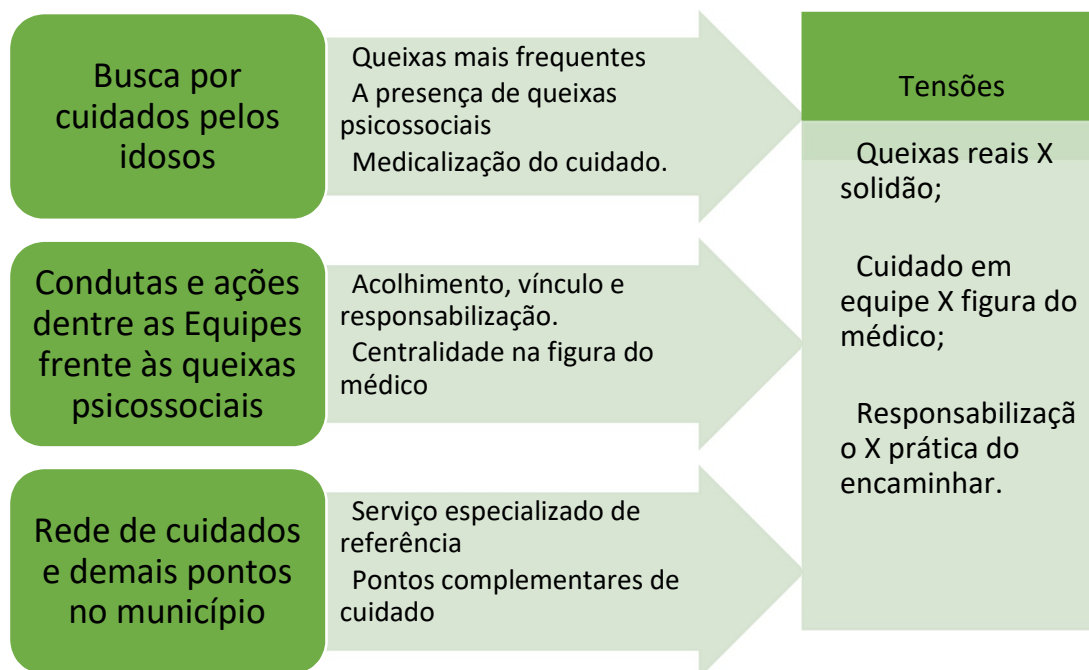
8.3. Resultados Qualitativos

Participaram das entrevista 20 profissionais, membros de equipes de saúde das 03 unidades onde foram coletados os dados, compondo-se por 14 (70%) do sexo feminino e 6 (30%) do sexo masculino, com idades que variaram de 27 a 61 anos, e média de 44,1 anos. As categorias profissionais foram representadas por 07 técnicos de Enfermagem, 06 Agentes Comunitários de saúde, 02 Enfermeiros, 02 médicos, 02 auxiliares administrativos e 1 gerente de unidade.

Sobre o tempo de trabalho no serviço relatado pelos participantes, esses variaram de 6 meses a 31 anos, com média de 11 anos e 5 meses. Todos os profissionais participantes cumprem jornadas de trabalho de 40 horas semanais no serviço de saúde, com exceção dos dois profissionais médicos que cumprem 10 horas semanais.

De acordo com metodologia proposta, a análise da temática das falas deu-se por meio da Análise de conteúdo conforme proposta por Bardin (1977), sendo categorizadas em 3 áreas de sentidos, apresentadas a seguir:

Figura 2 Categorias e Subcategorias identificadas na análise qualitativa das falas dos profissionais participantes do estudo, São Carlos, 2022.



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2022

A primeira categoria, “Busca por cuidados pelos idosos” trata das percepções dos profissionais quanto às queixas e demandas e motivos que levam os idosos a acessar o serviço de saúde. Na segunda categoria “Conduas das Equipes frente às queixas psicossociais” são relatados pelos profissionais suas rotinas enquanto equipes e ações individuais frente a demandas no campo psicossocial. Por fim, a última categoria “Rede de cuidados e demais pontos no município” trata das relações da equipe com outros pontos da rede de saúde no município direcionadas às queixas de saúde mental dos idosos, discutindo ainda outras possíveis estratégias de cuidados.

8.3.1 Busca por cuidados pelos Idosos

A primeira categoria reúne os conteúdos que se referem às demandas pela busca dos serviços, motivos declarados pelos idosos para seu atendimento, tanto nas unidades, quanto nas visitas domiciliares por membros das equipes.

Os serviços de atenção básica aqui incluídos funcionam de segunda a sexta-feira, das 07 às 17horas, atendendo usuários em livre demanda e por meio de agendamento prévio. As visitas domiciliares, que aconteciam em 2 das unidades participantes, são organizadas pelos próprios profissionais que irão executá-las, sendo na grande maioria realizadas pelos agentes comunitários de saúde, e quando solicitado por este último, usuário ou família, também o profissional técnico de enfermagem e enfermeiro.

Esta categoria será analisada segundo 3 subcategorias, a saber, “queixas mais frequentes”, “a presença de queixas psicossociais” e “medicalização do cuidado”. Nesta primeira, os participantes relatam que as pessoas idosas trazem como queixas mais frequente para os atendimentos, motivos relacionados às condições físicas, a exemplo de dor e doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes mellitus e seu acompanhamento, como se observa a seguir:

“Diabetes e hipertensão. Os idosos são isso mesmo. Tratamento errado, uso inadequado de medicações, alimentação errada, então eles procuram se sentindo mal, tontura, dor de cabeça, “quero ver minha pressão, minha glicose, pq não estou me sentindo bem”. Joana

“Eles reclamam muito de dor, perguntam de médico, qual está atendendo, qual tem no posto. Geralmente é dor, troca de receita de diabetes, hipertensão. Mas é mais dor mesmo”. Lais

“A maioria dos idosos queixam de hipertensão, diabetes e dores nos membros, muitas vezes por não fazerem o tratamento correto e não tomar a medicação certa, se eles seguem o tratamento recomendado ficam controlados.” Clara

“As principais queixas são quadros de dores crônicas generalizadas, principalmente em regiões articulares e membros inferiores.” José

Na segunda subcategoria elencada, “a presença de queixas psicossociais”, em alguns casos, elas não aparecem nas falas em um primeiro momento. Os profissionais trazem relatos de tais queixas aos explicar outras demandas de ordem física e relacionadas a problemas no núcleo familiar. Outros conseguem citá-las de forma mais direta, evidenciando o problema.

“Não diretamente, são raros os casos que vem pedindo para conversar diretamente por isso (queixa psicossocial). Eles vem por outra coisa, “minha pressão não abaixa, a diabetes esta alta”, ai vamos conversando e ai tem um problema na familia.” Joana

“Os idosos se queixam muito de dores, dor pelo corpo, na perna, dor no braço, dor na coluna né... dor de cabeça. Mas a gente percebe assim, que essas dores, lógico que elas têm um fundamento né físico, mas são mais psíquicas né, (...) e aí eles vêm mesmo em busca de atenção, de conversar, a gente percebe que esses idosos vêm na consulta, depois no outro dia eles vêm para verificar pressão, no outro dia eles vêm para ver quando vai agendar médico, no outro dia para algum outro motivo, e para pegar algum remedinho. Então, eles estão, praticamente, assim todos os dias aqui”. Rita

“Tontura, dor de cabeça, dores no corpo, diabetes e hipertensão. Relatos de solidão, depressão, que muitas vezes vem associada com esquecimento”. Tadeu

“Eu já tive caso de alcoolismo, de caso familiar, eles procuram o médico para tomar o remédio que não consegue dormir. Tem vários casos diferentes, e esses são encaminhados.” Wanda

“São pouco frequentes as queixas de demandas psicossociais. Normalmente, quando aparecem, são ligadas a processo de luto de familiares. Diversas pacientes apresentam-se com humor deprimido, em período de luto.” José

“Elas trazem que é uma tristeza muito grande, eu não consigo mais viver, não tenho vontade de comer, se eu não fizer pelo menos isso (controle) vou morrer, não tenho nem vontade de comer” Flávio

Grande parte das queixas são atribuídas, pelos profissionais, segundo se evidencia nas falas a seguir, a questões de isolamento social e familiar, e a dependência do idoso na realização do autocuidado. Demandas que poderiam ser sinais de sofrimentos mentais presentes são entendidos pelos profissionais como “carência e solidão”.

“Alguns chegam com a PA alterada, porque são sozinhos, não tomam a medicação direito, não vem acompanhados, é uma série de coisas que traz consequências, são idosos de 80 anos que vêm sozinhos, entendeu? Não tem acompanhamento da família.” Flávio

“A maioria apresenta um quadro de depressão por ficar sozinho em casa. Eles reclama que o filho trabalha, estuda, as vezes é viuvo, o que eles mais falam é solidão”. Ana

“Na verdade, são poucas as queixas (mentais), mas existem. Principalmente carência, falta de atenção, insônia e solidão. O maior problema hoje em dia é

que os filhos não cuidam dos pais, na pré-consulta eu encontro essas queixas, eles apenas querem atenção, conversar e ser acolhidos, procuro sempre fazer isso”. Clara

“Você chega lá (visita domiciliar) e ah senta, aí você fica. E você vê que a necessidade deles nem sempre é o médico, é mais de ter alguém ali para conversar, para escutar.” Laura

Outra subcategoria identificada no presente grupo relacionadas às queixas foi “medicalização do Cuidado” na qual, de forma relevante, estiveram presentes falas relacionadas a dificuldades com o uso de medicamentos por parte dos idosos, e a busca ao serviço de saúde periódica ou com a demanda exclusiva de “troca de receitas”, o que pode indicar um cuidado centrado na prescrição de medicamentos e sua manutenção periódica.

“Na verdade o mais é para troca de receita, nunca é para consulta mesmo. observo que os idosos vem muito sozinhos para a consulta e eu acho que não deveriam. As vezes quando ele é muito “atrapalhado” eu até falo que não vamos atender, “não vou fazer sua ficha se não vier com alguém”. Porque a gente sabe que vai sair daqui não vai fazer nada do que o médico falou.” Cláudia

“E eu também observo é que eles tomam muito medicamento e eles não consegue administrar a medicação por falta de leitura, de alfabetização. Eles pegam a receita e tem muita medicação, e com muito medicamentos eles não conseguem tomar o remédio certinho.” Tadeu

“A nossa demanda são os idosos mais que ficam em casa, os domiciliados. E o problema principal mesmo é a Saúde Mental, a quantidade de remédio excessivos que eles tomam. E assim, o uso inadequado do medicamento, então eles não entendem, eles vão pela embalagem, então, nossa principal demanda, que eles trazem de Saúde Mental mesmo é mais a solidão, a depressão, às vezes, algum esquecimento com relação ao remédio, com as datas”. Rita

“As queixas são geralmente, a parte de saúde deles que é medicamentos que muitas vezes eles não conseguem... por ser uma área nossa aqui que tem muitos idosos que não tem uma escolaridade completa, eles não conseguem tomar os medicamentos certos, eles tomam do jeito que eles acham que devem tomar. Muitos deles moram sozinho também, e não tem alguém mais responsável para esta fazendo isso”. Laura

“E claro, também, tem a questão psicoativa, principalmente a mulher de mais idade eu vejo muita queixa da parte emocional, dificuldade para dormir, talvez dificuldade no relacionamento familiar. E algumas mais, elas sentem a necessidade de psicoativos (...) vejo no idoso, ele é um tanto dengoso(...)Principalmente, o psicoativo quando ele sente a necessidade de fazer uso. Quando a consulta tá para bem longe e o receituário controlado já está vencido e eles não tem a medicação, eles entram em desespero literalmente”. Neide

8.3.2 Conduitas frente as queixas psicossociais.

Nesta categoria foram agrupadas as falas que relatam os processos de cuidados, ações e estratégias dos profissionais frente à uma demanda de ordem não física/biológica. Na subcategoria “Acolhimento, vínculo e responsabilização.” Reuniram falas que demonstram que na atualidade não há uma linha de cuidado estruturada, ou ações, multiprofissionais estabelecidas, mas sim iniciativas pessoais, principalmente de acolhimento e diálogo frente as demandas.

“Eu oriento o seguinte, se estão tristes, procurar fazer amizades, procurar fazer alguma coisa, conversar ou então passar o caso para a família, porque as vezes a família abandonou, os filhos não vão muito, não querem pegar o problema, com pais e mães idosas. As vezes eu falo, ta tristinha em casa? Eu estou aqui o dia inteiro, vem aqui e eu converso com a senhora.” Flávio

“Geralmente, os ACS dão um pouco mais de atenção para esses pacientes. Tem casas em que nós passamos e chegamos a ficar duas horas, que não conseguimos sair da casa, de atenção só.. E é mais assim, essa atenção. Por isso, que eu acho que é mais relacionado ao psicossocial”. Tadeu

“Com o agendamento realizado, busco acolher esse paciente e conversar, ouvir as suas queixas e necessidades. Existem situações que, muitas vezes, a consulta é agendada com a finalidade de conversar, de ser compreendido, e, inclusive, alguns pacientes relatam agendar consultas pois não possuem o que fazer, onde ir, com quem conversar. As queixas psicossociais, quando realizo o atendimento, busco sempre levantar os sintomas e as necessidades, e depois, realizo a prescrição de medicação e acompanho a evolução do caso, se não houver melhor e for necessário, encaminho o paciente para a unidade de referência, que no município, é o CAPS. Mas, a maioria dos casos procuro tratar na UBS.” Vilma

“Acolhemos o paciente, ouvimos as suas queixas e agendamos uma consulta com o clínico geral, que irá realizar o seu atendimento e avaliar as necessidades desse idoso.(...) Mas acredito que o essencial para esses pacientes seja o acolhimento, o ato de ouvi-los. Acho necessária a presença de psicólogos e assistentes sociais nos postos, realizando visitas nas casas para verificar a necessidade do idoso e o que acontece na sua casa, como ele se sente com a família.” Clara

Além de iniciativas pessoais e práticas de acolhimento e atenção, esteve presente de forma considerável o relato de agendamento de consulta para o profissional médico, sendo esse o responsável pelo primeiro atendimento e condução do caso, o que deu lugar a configuração da subcategoria denominada “Centralidade na figura do médico”. Em uma das unidades de saúde, foi ressaltado pelos profissionais a ausência do profissional médico de família, e a falta desse nos cuidados desses pacientes.

“Quando tinha o médico da família era mais fácil, agora como só tem o Cardiologista, tem que ter esse contato dos ACS com o paciente. Nós tínhamos um cuidado que era uma roda de proza, que era bem voltado para esses pacientes que precisavam atenção, fazíamos roda de proza, dávamos uma atenção maior, a médica também participava e era bem legal. Agora, a maioria é encaminhado para o CAPS. No momento, não temos nenhum recurso, estamos sem o médico da Família, e eles sentem muito.” Tadeu

“Quando a gente tinha o médico da ESF, principalmente a última que teve (...) ela fazia esse tratamento aqui também. Lógico que nunca deixando de encaminhar ao CAPS, se precisar, (...)” Laura

“Não existe nenhuma diretriz na Unidade (para cuidado em saúde mental). Nas UBS, dentro do Município, apenas realizamos o acolhimento desses pacientes, agendamos o médico clínico e contactamos o CAPS, como é seguido em todas as Unidades de Saúde.” Clara

“Hoje, a gente está sem a médica, então se precisar medicar um paciente, avaliar ou fazer qualquer outra coisa, a gente não tem como. Então, a gente faz o que está no nosso alcance aqui, e essa avaliação a mais, a gente acaba avaliando para o CAPS mesmo. Casos mais graves, com alguns sintomas exacerbados, a gente acaba encaminhando, até para fazer o tratamento, assim medicamentoso, se estiver necessidade né, ou alguma terapia concomitante, mas o que dá para a gente fazer no domicílio a gente tenta, vai e atende.” Rita

Apesar dos relatos de ações e acolhimento por parte dos vários profissionais, observam-se algumas falas que reforçam a ideia de cuidado focado na figura do médico, com pouco ou nenhum envolvimento por parte do restante da equipe, que por vezes se limita à organização dos atendimentos.

“Os cuidados, como eu falei, nós encaminhamos para o profissional que é o médico, e o médico vai analisar e avaliar para encaminhar para o CAPS se tem a necessidade disso ou não.” Wanda

“A conduta, geralmente, é orientar eles na questão do agendamento, explicar porque que é feito o agendamento, porque a saúde básica, ela segue essa metodologia. Eu costumo orientar bastante ou a ir aqui no PAS (XXX) que é próximo, ou senão, quando eles precisam muito rápido um Clínico Geral, que poderia ajudar nessa parte... tem o PAS (XXX)”. Neide

“Temos 2 clínicos aqui, então dependendo da queixa, marcamos para o médico certo. Geralmente a consulta está para dentro do mesmo mês.” Cláudia

8.3.3 Rede de Cuidados e Demais Pontos no Município

De forma generalizada nas falas, esteve presente a relação das equipes de atenção básica com o serviço especializado municipal para atendimento as demandas psicossociais, o CAPS. Na subcategoria “Serviço especializado de referência” reuniram-se os depoimentos referentes à prática de encaminhamento dos casos com tal demanda e 1 profissional citou ainda a presença de contrarreferência.

“Doenças mentais o medico encaminha para o CAPS, se for doenças mais leves ele vai pegando as receitas com o medico da unidade, se não, ele passa com o psiquiatra”. Ana

“Quando é o caso específico, geralmente já tem a orientação de ir para o CAPS, ou senão, procurar um Neurologista. (...) Quando precisam de uma atenção mais continuada, mas é claro, a gente tenta dentro do possível envolver o paciente com a Unidade” Neide

“Só o CAPS mesmo. Os casos mais severos ficam la no CAPS, e a gente não tem mais contato com eles, manda com uma cartinha para a enfermeira de la. As vezes passa la e não tem médico e é urgente, o CAPS manda para a unidade para passar no primeiro atendimento aqui na unidade mesmo, até cosenguir passar no psiquiatra la”. Claudia

“Ai eu comunico a enfermeira e ela entra em contato com o CAPS. Porque o acolhimento é feito no CAPS. Se esse paciente fizer parte dos endereços da saude da familia, o medico da familia vai com ela em visita, e ai diagnostica o problema e encaminha pro CAPS”. Flávio

“Ai a gente liga no CAPS, passo o nome da pessoa e é orientado a ir na triagem que acontece todos os dias no período da manhã. Oriento a pessoa mas já deixo avisado la de quem cai procurar e adianto o caso. A equipe, os agentes, passam tudo para mim. Eu ligo la e passo os casos. E depois quando aparece aqui denovo eu pergunto se foi.” Joana

Alguns profissionais relatam estratégias de “seleção” dos casos elegíveis para a referência ao CAPS, ficando os demais sob responsabilidade da equipe de atenção básica.

“No município já houve reuniões que foi combinado que dependendo da gravidade e da doença é para dar continuidade na unidade de saúde (após primeira avaliação no CAPS), se é alguma coisa mais complexa ficaria com o psiquiatra. (...) E eles (CAPS) dão retorno de algum caso muito grave que a gente passa, ai é atendido la e eles vão dando retorno para nós, hoje encontrei a Enfermeira que trabalha la, falei de alguns casos, ela me deu retorno de outros”. Joana

“Não, não existe uma diretriz específica para o cuidado dos idosos com queixas psíquicas. Acredito que toda UBS deveria tratar desses pacientes, de pacientes que possuem queixas amenas de controle mais fácil e os casos de

maior gravidade serem encaminhados ao CAPS. (...). É necessário haver serviços que integrem esses idosos na sociedade, evitando o seu isolamento e, de certa forma, a depressão, por exemplo. Atividades sociais, ocupacionais, de lazer, sejam em grupos da mesma faixa etária ou idades diferentes, para que esse idoso permaneça ativo, independente e acolhido por inúmeras pessoas.” Vilma

“Se for psiquiátrica a queixa, acaba ficando aqui na unidade com este médico mesmo. Pois como esta muito cheio o CAPS, acaba voltando tudo para cá. E é tratado aqui mesmo. Já vem com o clínico, marca o retorno para 15 dias ou 1 mês com ele mesmo”. Cláudia

Apesar de ausente no momento da realização da pesquisa, foram citadas pelos participantes outras estratégias já realizadas pelas equipes envolvendo trabalho com grupos dentro do serviço e na comunidade. Práticas complementares, em outros espaços do município, são identificadas por alguns profissionais, com serviços municipais de lazer e ocupacionais, e o apoio de organizações não governamentais como grupos religiosos.

“Aqui tinha um grupo de idosos, com acompanhamento toda quarta-feira com a enfermeira, que foi interrompido por não tem mais suporte. Não tinha mais onibus para os passeios, tinha professor de educação física, o lanche, foi cortado, parou no início de 2019, funcionou por 5 anos. Eles participavam, faziam caminhada, lugares diferentes”. Ana

“Um trabalho que a gente fazia bem legal, que chamava Roda de Proza aqui da nossa Unidade. Uma vez por mês, a gente escolhia uma microárea nossa, e a gente fazia mesmo uma roda de proza. Convidávamos o pessoal de uma certa redondeza de uma residência, de 15 a 20 pessoas, e passava uma tarde lá conversando sobre vários assuntos (...) depois que a gente começou a diminuir devido a alguns problemas, a médica saiu (...)”. Laura

“Existe um programa em um local fixo no município, um centro, com uma professora de educação física, atividades manuais, tem bastante coisa”. Ana

“Tem um centro de lazer agora, aqui no município, abriu tem 1 ano. Tem bastante atividade lá, alongamento, caminhada. Nós tínhamos um grupo também, com atividade física, caminhada, mas parou no começo do ano, os funcionarios foram saindo e paramos. E tem também essas pracinhas que cada um vai conforme quer. Tem uma no bairro.” Lais

“E a gente fazia aqui na Unidade um grupo que chamava Roda de Prosa. Então, a gente sentava sempre embaixo de alguma árvore, (...) a médica também sempre participou.(...) aí a gente sentava com eles, e agente começava a conversar sobre a vida né..., para buscar toda essa parte de Saúde Mental interior e para avaliar se esse idoso estava sendo cuidado ou não (...) se ele tem mais alguma dificuldade, então ele está numa situação mais vulnerável”. Rita

“É, são pessoas que, às vezes, a família não está muito por perto para estar dando aquele auxílio... então, que depende de outras pessoas ou da própria comunidade, da igreja. Aqui a gente tem uma igreja né (...), então, às vezes, a igreja que faz esse papel de levar eles no médico, de separar os remédios quando a gente não tá, de trazer eles no posto, passar no médico.” Rita

8.4. Discussão dos Dados Qualitativos

A presença de uma relação de confiança e vínculo estabelecidas, podem também ser demonstradas por pesquisa realizada no município de Sinop/MT, com avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária dentre um grupo de idosos. No estudo, a longitudinal idade obteve resultado satisfatório, o que continuidade do cuidado e visão de vinculação pelo idoso. No mesmo, insatisfatório foi ao acesso acessibilidade, sinalizando barreiras para a efetivação do cuidado e atendimento às necessidades apresentadas pelos idosos (MASOCHINI et al, 2022).

Discussões acerca das práticas em saúde mental no cenário da Atenção Básica nos apontam, que apesar dos recentes avanços nas concepções de saúde-doença, o que se vê na realidade dos serviços, são práticas psiquiátricas convencionais ainda hegemônicas, com a busca dos processos de sintoma - diagnóstico – tratamento – cura. A lógica da medicalização traz consigo a psicologização dos problemas sociais e reforça a ambulatorização, contradizendo algumas conquistas da RPB, numa lógica biologista (SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021).

As equipes de atenção básica por vezes não enxergam em suas práticas cotidianas, ações de escuta, acolhimento como cuidado em saúde mental, sentem-se incapacitadas, enxergando a necessidade da avaliação especializada em praticamente todos os casos. Fato esse, demonstra em suas formações modelos biomédicos e positivistas que impactam a atividade profissional (MATTOS et al, 2022).

Bem descrito está o fato de os sofrimentos mentais terem se intensificado nesse atual contexto de pandemia pela COVID19, com impactos ainda mais acentuados entre os mais vulneráveis. Estudos sugerem que os idosos sofrem de forma mais intensificada as necessidades de isolamentos impostas, com ausência de contato com familiares e amigos. Nessa direção, as discussões sobre a aproximação e apropriação do cuidado em saúde mental pela atenção primária a saúde são urgentes e podem iluminar as reflexões sobre o modo de cuidar e saúde públicab (GOMES et al, 2021; LI et al, 2022).

Há que se pensar numa lógica de cuidado, onde não há uma perseguição à cura dos sintomas, entendendo que esse não se elimina, ele circula, envolvendo nesse cuidar as relações, encontros e comprometimento com o outro. Para tal, é necessário ver o cuidar como um processo relacional dinâmico, em constante construção lidando com espaços intersubjetivo, com a busca por relações horizontalizadas, diálogos, escuta acolhedora, com responsabilização de profissionais/usuários/família (MATTOS et al, 2022).

8.5 Integração de Dados Quantitativos e Qualitativos

No método misto esta fase se denomina de mixagem de dados, ela permite comparar os resultados obtidos.

Os dados quantitativos permitiram obter a descrição do perfil das pessoas idosas entrevistadas em relação a como ao quadro de saúde mental, considerando avaliações de TMC, fragilidade e auto percepção da saúde, uso e autonomia na gestão de medicamentos. Esses dados se complementaram com dados obtidos de uma outra fonte, membros das equipes de saúde das unidades aos quais as pessoas idosas respondentes estavam cadastradas. Neste segundo momento os dados derivaram das percepções dos profissionais acerca da saúde mental do idoso, as queixas e as práticas de cuidado.

Achados referente ao perfil das pessoas idosas com sinais de TMC são em sua maioria mulheres que moram com seu companheiros ou sozinhas tem baixa escolaridade, com presença de fragilidade e com a autopercepção regular ou ruim de saúde, como discutido no Item 8.2, pág. 35.

O perfil evidenciado pelos achados do estudo é corroborado pelas percepções que os membros das equipes de saúde tem de seus usuários e demonstram que as queixas referem a uma situação de vulnerabilidade social e de saúde, na qual desdobra-se em queixas referentes à saúde mental mas que desdobram-se em condutas ainda a serem refletidas, especificamente no que se refere ao uso do tratamento medicamentoso como um dos principais pilares na atenção à saúde população idosa, de acordo com as discussões do item 8.4, pág. 52.

As falas representadas no quadro a seguir corroboram os achados quantitativos e vão além pois descrevem desafios e limitações quanto à identificação das queixas, bem como na tomada de decisão, quanto às condutas das equipes. Especificamente, ao

considerar as possibilidades de que as condutas se tornem efetivas, na rede de serviços de saúde que os municípios dispõem.

Cabe destacar que as percepções das equipes nem sempre se embasam em avaliações de rastreio ou diagnósticas, o que poderia ser realizado na atenção primária em saúde, para a identificação de sinais de TCM, autopercepção de saúde e fragilidade. No entanto a experiência das práticas profissionais nos territórios trazem percepções que referem a essas condições de saúde, como exemplificado nas falas escolhidas para compor o quadro abaixo.

A escolha pelo método misto permitiu neste estudo observar que a opção por instrumentos que ofereçam dados objetivos poderia otimizar as condutas e contribuir para a derrubada de estereótipos quanto às queixas das pessoas idosas. Especificamente no que se refere à validação da vulnerabilidade apresentada pelas pessoas idosas quando se expressam em relação a como percebem a sua saúde, à manifestação de sinais de fragilidade e a sinais relacionados à saúde mental.

Quadro 1: Integração de Dados Quantitativos e Qualitativos

| Dados das Pessoas Idosas | n | % | OR | p |
|----------------------------------|----------|----------|-------------------|----------|
| Escolaridade | | | 9,65 (3,89-23,97) | <0,001 |
| Analfabetos | 63 | 15,6 | | |
| 1 a 4 anos de estudo | 110 | 53,7 | | |
| Convivência e moradia | | | | |
| com companheiro(a) | 127 | 62 | | |
| sem companheiro(a) | 79 | 38,5 | | |
| Pontuação de TCM | | | | |
| Mulheres | 41 | 30,37 | | |
| Homens | 26 | 37,14 | | |
| Fragilidade | | | | |
| Não Frágil | 94 | 45,9 | | |
| Frágil | | | | |
| Autopercepção da saúde | | | | |
| Regular | 73 | 35,6 | 3,11 (1,50-6,45) | 0,002 |
| Ruim/muito ruim | 13 | 6,3 | | |
| Medicamentos uso contínuo | | | | |
| Nenhum | 23 | 11,2 | | |
| 01 fármaco | 36 | 17,5 | | |
| 02 fármacos | 42 | 20,5 | | |
| 03 fármacos | 26 | 12,7 | | |
| 04 fármacos | 33 | 16,1 | | |
| 5 ou mais | 45 | 22 | | |

| |
|---|
| <p>Escolaridade</p> <p>“.. não consegue administrar a medicação por falta de leitura, de alfabetização. Eles pegam a receita e tem muita medicação, e com muito medicamentos eles não conseguem tomar o remédio certinho.” Tadeu</p> <p>“..tem muitos idosos que não tem uma escolaridade completa, eles não conseguem tomar os medicamentos certos, eles tomam do jeito que eles acham que devem tomar. Muitos deles moram sozinho também, e não tem alguém mais responsável para esta fazendo isso”. Laura</p> |
| <p>Convivência e Moradia</p> <p>“Alguns chegam com a PA alterada, porque são sozinhos, não tomam a medicação direito, não vem acompanhados, é uma série de coisas que traz consequências, são idosos de 80 anos que vêm sozinhos, entendeu? Não tem acompanhamento da família.” Flávio</p> <p>“A maioria apresenta um quadro de depressão por ficar sozinho em casa. Eles reclama que o filho trabalha, estuda, as vezes é viúvo, o que eles mais falam é solidão”. Ana</p> |
| <p>Pontuação de TCM</p> <p>“Eu já tive caso de alcoolismo, de caso familiar, eles procuram o médico para tomar o remédio que não consegue dormir”. Wanda</p> <p>“Elas trazem que é uma tristeza muito grande, eu não consigo mais viver, não tenho vontade de comer, se eu não fizer pelo menos isso (controle) vou morrer, não tenho nem vontade de comer” Flávio</p> |
| <p>Fragilidade</p> <p>“Tontura, dor de cabeça, dores no corpo, diabetes e hipertensão. Relatos de solidão, depressão, que muitas vezes vem associada com esquecimento”. Tadeu</p> <p>“É, são pessoas que, às vezes, a família não está muito por perto para estar dando aquele auxílio... então, que depende de outras pessoas ou da própria comunidade, ... às vezes, a igreja que faz esse papel de levar eles no médico, de separar os remédios quando a gente não tá, de trazer eles no posto, passar no médico.” Rita</p> |
| <p>Autopercepção de Saúde</p> <p>“... Os idosos são isso mesmo. Tratamento errado, uso inadequado de medicações, alimentação errada, então eles procuram se sentindo mal, tontura, dor de cabeça, “quero ver minha pressão, minha glicose, pq não estou me sentindo bem”. Joana</p> <p>“Os idosos se queixam muito de dores, dor pelo corpo, na perna, dor no braço, dor na coluna né... dor de cabeça” Rita</p> |
| <p>Medicamentos</p> <p>“o problema principal mesmo é a Saúde Mental, a quantidade de remédio excessivos que eles tomam. E assim, o uso inadequado do medicamento, então eles não entendem, eles vão pela embalagem” Rita</p> <p>“... principalmente a mulher de mais idade eu vejo muita queixa da parte emocional, dificuldade para dormir, talvez dificuldade no relacionamento familiar. E algumas mais, elas sentem a necessidade de psicoativos” Neide</p> |

9. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTI E QUALITATIVOS

Observou-se com o presente trabalho uma proporção relevante de idosos com sintomatologia característica do transtorno mental comum, e ainda uma maioria de idosos considerados frágeis. As associações presentes do TMC, fragilidade e polifarmácia, refletem a complexidade das situações vivenciadas e colaboram ainda com uma autopecepção negativa de saúde, impactando seu bem estar e toda vivência familiar e individual do envelhecimento.

Dentro desse contexto, as equipes da atenção primária, responsáveis por esse cuidado longitudinal, muitas vezes não compreendem as queixas apresentadas, desconsiderando questões trazidas por idosos da condição de problemas de saúde a serem cuidados.

Percebe-se neta situação a tensão: “Queixas reais X solidão”. Na qual observa-se que as queixas, na maioria das vezes não vem apresentadas de forma clara, mas sim, mascaradas com demandas de cunho mais biológico, e elas são olhadas desde a perspectiva de uma visão biologicista, centrada em cuidados técnicos.

Em outros momentos, essas queixas são percebidas em seu contexto familiar e social, atribuídas a questões próprias do envelhecimento, que apesar do grupo apresentado possuir melhores percepções de saúde, falas de solidão e necessidade de interação social são destacadas. Neste ponto, observamos nas equipes uma culpabilização em especial dos arranjos familiares, com noções de falta de atenção aos idosos.

Em geral, os trabalho tem apresentado resultados positivos de funcionalidade familiar, o que também colabora para autopercepções de saúde melhores. Essas situações associam-se com outros tantos fatores como funcionalidade dos idosos e satisfação com a vida (MARZOLA et al, 2020). Nesse contexto, a presença de transtornos mentais devem ser valorizados pelas equipes como condição de saúde a serem abordadas e não ligadas apenas as condições de vida na velhice e sob responsabilidade de famílias.

Ressalta-se ainda no presente trabalho a tensão: “Cuidado em equipe X figura do médico”o uso da medicação como forma majoritária de cuidado, desconsiderando inclusive evitar-se o uso de medicamentos inapropriados para o grupo de idosos. A valorização da medicação e a centralidade na figura do profissional médico como única forma de cuidado fortalece visões biologicistas da saúde e diminui a co-responsabilização das equipes no envolvimento de outras práticas.

Outra tensão identificada no contexto do estudo foi “Responsabilização X prática do encaminhar”. Quando são vivenciadas situações de agravamento de queixas psicossociais, a alternativa em grande parte encontrada são os encaminhamentos para serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial, no município em questão, unidade do CAPS 2. Nesses, apesar de não ter sido explorado o cuidado na presente pesquisa, outros trabalhos trazem visões pejorativas de cuidados aos idosos e da velhice, não valorizando condições de sofrimentos mentais, não enxergando o papel dos profissionais do serviço nesse cuidado e apontando as falhas da rede, em especial da atenção primária como primeiro cuidado (SAIDEL; CAMPOS, 2020).

Foi possível observar neste trabalho a frágil abordagem e atenção as demandas de saúde mental na atenção primária, além de ausência de linhas de cuidado e organização dos serviços para esse cuidado. Outros estudos refletem esse contexto e salientam que necessidades em saúde psiquiátricas tem sido avaliadas por idosos como não atendidas, com menor satisfação no cuidado quando comparadas a queixas somáticas (STEIN et al, 2021; SAIDEL; CAMPOS, 2020).

Apesar desse cenário, a atenção primária se constitui como local prioritário para o cuidado dos casos leves de transtornos mentais, em especial devido suas fortalezas características de seus atributos – acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade – com destaque para a presença dos agentes comunitários no modelo brasileiro de serviços (NABUCO et al, 2020)

A respeito desses profissionais, foram a categoria em maior número participante da presente pesquisa, e relatam estratégias individuais, com visões por vezes mais acolhedoras para com os idosos e suas queixas. Mostram-se como força de trabalho e ferramenta de cuidado estratégica que deve ser melhor explorada, na organização de práticas com abordagens centradas nas relações, atividades sociais e de interação entre idosos, idosos/profissionais e idosos/comunidade.

Em tempo, vale considerar que, apensar da coleta de dados da presente pesquisa ter sido realizada em período prévio a ocorrência da pandemia da COVID19, esse contexto agravou a situação de saúde mental mundialmente, em especial das populações mais vulneráveis. Idosos, por condições como menores habilidades com a tecnologia e defechos em caso da doença piores, tiveram suas situações de isolamento social intensificadas pelo medo e tristeza (NABUCO et al, 2020; LIU et al, 2022;).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi identificado no estudo a presença das condições de transtornos mentais comuns, fragilidade, uso de medicamentos, polifarmácia e autopercepção da saúde negativa como fatores independentes, presentes no dia a dia de idosos que interferem em suas qualidades de vida.

Além disso, observou-se associação positiva da presença do transtorno mental comum com situação frágil, uso de maior número de medicamentos e autopercepção negativa da saúde. Resultados esses que sugerem a importância desses fatores servirem de alertas às equipes de atenção à saúde na investigação das necessidades e elaboração de planos terapêuticos desses idosos.

Esses dados são potencializados pelas falas dos profissionais que refletem frágeis abordagens as demandas de saúde mental de forma ampliada aos idosos, com práticas centradas em visões medicalizadoras e de não responsabilização.

Ressalta-se a necessidade de abordagens ampliadas de cuidado, tendo em vista a multiplicidade de fatores que interferem nessas condições descritas, e a possibilidade de piora nas condições de saúde com o acúmulo desses agravos.

O presente trabalho limita-se frente ao seu desenho transversal, não compreendendo esses fenômenos ao longo de sua evolução. Limita-se também por não incluir aqui a investigação das práticas e cuidados no serviço de referência citado, o CAPS.

Assim, aponta-se a necessidade de outras pesquisas que investiguem a associação de transtornos mentais e situações de fragilidade em idosos, bem como estratégias de cuidados satisfatórias, havendo ainda pouco material disponível na área no cenário brasileiro e mundial.

10 REFERÊNCIAS

AGS. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel, Fick, D. M., Semla, T. P., Steinman, M., Beizer, J., Brandt, N., ... & Sandhu, S. (2019). American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 674-694.

ALVES, A. M. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 9, n. 1, p. 1-13, 2017.

AMARANTE, P; NUNES, MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 31 Dezembro 2021] , pp. 2067-2074. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

AMARANTE, P; PITTA, AMF; OLIVEIRA, WF. Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política. – 1ed. – São Paulo : Zagodoni, 2018.

ANDRADE, J.M et al. Association between frailty and family functionality on healthrelated quality of life in older adults. *Quality of Life Research*, p. 1-10, 2020.

ANTONACCI, M. H. Avaliação de Boas Práticas na Saúde Mental na Atenção Psicossocial. Ribeirão Preto, 2015. 212 p.

AUGUSTO, C. A; SOUZA, J. P. de; DELLAGNELO, E. H. L; CARIO, S. A. F. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Rev. Econ. Sociol. Rural** [online]. vol.51, n.4, 2013.

ALVIM, M. M; CRUZ, D. T. da; VIEIRA, M. de T; BASTOS, R. R; LEITE, I. C. G.. Prevalência e fatores associados ao uso de benzodiazepínicos em idosos da

comunidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 463-473, ago. 2017

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY - AGS. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(11):2227-46

ALHARBI, A. A.; ALFADL, A. A.; ALMGBEL, Y. Polypharmacy and inappropriate prescribing in elderly patients: a retrospective study at Buriadah Central Hospital, Saudi Arabia. **Eur Rev Med Pharmacol Sci.** Year: 2022, Vol. 26 - N. 9, Pages: 3325-3333
DOI: 10.26355/eurrev_202205_28752

ARAÚJO, L. U. A. D; GAMA, Z. A. D. S; NASCIMENTO, F. L. A. D; OLIVEIRA, H. F. V. D; AZEVEDO, W. M. D; ALMEIDA JÚNIOR, H. J. B. D. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19, 3521-3532, 2014.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições, v. 70, p. 225, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta em 30/05/18, disponível em <http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [recurso eletrônico] /. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
https://bvsmc.saude.gov.br/bvsmc/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.

Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRETANHA, A. F.; FACCHINI, L. A.; NUNES, B. P.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 18, 1-12. 2015.

BRUCKI SM, NITRINI R, CARAMELLI P, BERTOLUCCI PH, OKAMOTO IH. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3B):777-81

CABRAL, J. F.; SILVA, A. M. C.; ANDRADE, A. C. S.; LOPES, E. G.; MATTOS, I.E. Vulnerabilidade e Declínio Funcional em pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde: estudo longitudinal . Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]. 2021, v. 24, n. 1 [Acessado 28 Junho 2022] , e200302. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200302>>. Epub 30 Jun 2021. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200302>.

CARNEIRO, J.A; CARDOSO, R.R; DURÃES, M.S; GUEDES, M.C.A; SANTOS, F.L;

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CARNEIRO, J. A.; GOMES, C. A. D.; DURÃES, W.; JESUS, D. R. D.; CHAVES, K. L. L.; LIMA, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 909-918. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.16402018>>. Epub 06 Mar 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.16402018>.

CNES. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Acesso em 28 de outubro de 2018. Disponível em:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

COSTA, F.M.D; CALDEIRA, A.P. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*[Internet].2017; 70:747-752. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>.

COVENTRY, P.A; CLEGG, A; BROWN, L; FELTZ-CORNELIS, C.V.D;

GILBODY, S, et al. Frailty and depression predict instrumental activities of daily living in older adults: A population-based longitudinal study using the CARE75+ cohort.

PLoS One. 2020; 15(12):e0243972. DOI:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243972>.

CRESWELL. J. W; CLARK, V. L. Pesquisa de métodos mistos. 2º edição – Porto Alegre : Penso, 2013.

DENT, E. et al. Physical frailty: ICFSR international clinical practice guidelines for identification and management. *The journal of nutrition, health & aging*, v. 23, n. 9, p. 771-787, 2019.

DURY, S. et al. Detecting frail, older adults and identifying their strengths: results of a mixed-methods study. *BMC public health*, v. 18, n. 1, p. 191, 2018.

FAGUNDES, I.V.O; OLIVEIRA, L.P.B.A; BARROS, W.C.T.S; MAGALHÃES, A.; MEDEIROS, M.R.S; PEREIRA, D.O. Transtorno mental comum em idosos com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. *Ciênc. cuid. Saúde*. 2020; 19:e50072. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.50072>.

FECHINE, B. R. A; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015.

FONSECA, J. S; MARTINS, G. A. Curso de Estatística. 6º edição – 17 reimpressão. São Paulo: Atlas, 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANCHI, C.; LUDERGNANI, M.; MERLINO, L.; NOBILI, A.; FORTINO, I.; LEONI, O.; ARDOINO, I. Multiple Medication Adherence and Related Outcomes in Community-Dwelling Older People on Chronic Polypharmacy: A Retrospective Cohort Study on Administrative Claims Data. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May 7;19(9):5692. doi: 10.3390/ijerph19095692. PMID: 35565087; PMCID: PMC9099923.

GOBBENS, Robbert JJ et al. The Tilburg frailty indicator: psychometric properties. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 11, n. 5, p. 344-355, 2010.

GOMES, M. A. C.; FERNANDES, C. S.; FONTENELE, N. A.O.; GALINDO NETO, N. M.; BARROS, L. M.; FROTA, N. M. Elderly people's experience facing social isolation in the COVID-19 pandemic. *Rev Rene*. 2021;22:e69236. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212269236>

GUERRA, S. G.; BERBICHE, D.; VASILADIS, H. M. Alterações no funcionamento das atividades instrumentais da vida diária associadas a transtornos mentais comuns concomitantes e multimorbidade física em idosos, *Disability and Rehabilitation*, 2021, 43:25, 3663-3671. DOI: [10.1080 /09638288.2020.1745303](https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1745303)

HAMMARBERG, S. A. W.; WESTMAN, J.; HANGE, D.; FINNES, A.; BJORKELUND, C.; HALLGREN, L.; SKOGLUND, I.; NAGER, A. Outcomes of psychiatric interviews and self-rated symptom scales in people on sick leave for common mental disorders: an observational study. *BMJ Open*. 2022; **12**: e057745. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057745

HARDING T.W; ARANGO, M. V; BALTAZER J; CLIMENT, C. E; IBRAHIM; H. H. A; LADRIDO-INACIO, L. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10:231-41.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Acesso em 17 de março de 2021. Disponível em:

https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock

JONES, R.; M. BARNABY; FEAR, C. Schizophrenia in a Primary Care Setting. **Curr Psychiatry Rep.** 17:84, 2015.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. D. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 42, 52-66, 2018. [Acessado 28 Junho 2022] , pp. 52-66.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>>. ISSN 2358-2898.
<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>.

LINDEMANN, I.L, REIS, N.R, MINTEM, G.C, MENDONZA-SASSI, R.A.
Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 1, pp. 45-52. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34932016>>.

LIU, R.; XU, X.; ZOU, S.; LI, Y.; WANG, H.; YAN, X.; DU, X.; ZHANG, L.; ZHANG, Q.; LI, W.; CHEUNG, T.; UNGVARI, G. S.; NG, C. H.; XIANG, Y. T.
Prevalence of Suicidality and its Association with Quality of Life in Older Patients with Clinically Stable Psychiatric Disorders in China During the COVID-19 Pandemic. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2022 Mar;35(2):237-244. doi: 10.1177/08919887221078557. PMID: 35246000; PMCID: PMC8899831.

MACHADO I.T, ORLANDI, A.A dos S, ZAZZETTA, M.S. Frailty, sociodemographic profile and health evaluation of older adults in vulnerability / Fragilidade, perfil sócio-demográfico e avaliação de saúde de idosos em vulnerabilidade. *R. pesq. cuid. fundam.* online [Internet]. 1º de maio de 2021; 12:1037-44. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7486>.

MAGALHÃES, J. M; CARVALHO, A. D. M. B; CARVALHO, S. M; ALENCAR, D. D. C; MOREIRA, W. C; PARENTE, A. D. C. M. Depressão em idosos na estratégia

saúde da família: uma contribuição para a atenção primária. **REME rev. min. enferm**, 20. 2016.

MARCELINO, EM et al. Associação de fatores de risco nos transtornos mentais comuns em idosos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 22270-22283, 2020.

MARI, J. J; WILLIAMS, P. A. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in primary care in city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.

MARTINS, A. M. E. D. B; NASCIMENTO, J. E; SOUZA, J. G. S; SÁ, M. A. B. D; FERES, S. D. B. L; SOARES, B. P; FERREIRA, E. F. Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. *Ciencia & saude coletiva*, 21, 3387-3398. 2016

MARZOLA, T. S.; MOLINA, N. P. F. M.; de ASSUNÇÃO, L. M.; dos SANTOS TAVARES, D. M.; RODRIGUES, L. R. A importância do funcionamento das famílias no cuidado ao idoso: fatores associados. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 2020, 8(1), 78-86.

MASNOON, N.; SHAKIB, S.; KALISCH-ELLETT, L.; CCAUGHEY, G. E. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017; 17(1):230. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>.

MASOCHINI, R. G; FARIAS, S. N. P.; SOUZA, A. I. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos idosos. *Esc. Anna Nery* [online]. 2022, vol.26, e20200433. Epub 15-Nov-2021. ISSN 2177-9465. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0433>.

MATTOS, M. P.; PEREIRA, B. M.; GOMES, D. R. Um ensaio sobre a cegueira: saúde mental na atenção básica e as disputas diante da pandemia da covid-19. *Saúde e Sociedade* [online], 2022 v. 31, n. 1. e200783. ISSN 1984-0470. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200783>.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. – São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, Francisca Sueli Monte et al . Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, p. 2073-2082, jun. 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602073&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 mar. 2021. Epub 03-Jun-2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26752018>.

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P.P .; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2532.
[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532)

NASCIMENTO, M. de M. A VELHICE SEGUNDO SIMONE DE BEAUVOIR: CONSIDERAÇÕES PARA UMA GERONTOLOGIA DO ENVELHECIMENTO. *Corpoconsciência*, 25(3), 237-250. 2021.
<https://doi.org/10.51283/rc.v25i3.12055>

OLIVEIRA, A. L. M. L. et al . Aumento da utilização de benzodiazepínicos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro , v. 23, e200029, 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100420&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 mar. 2021. Epub 11-Maio-2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200029>.

OLIVEIRA, J. L. C. de; MAGALHÃES, A. M. M. de; MISUE MATSUDA, L. Métodos mistos na esquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2018, v. 27, n. 2 [Acessado 30 Junho 2022] , e0560017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>>. Epub 21 Jun 2018. ISSN 1980-265X.
<https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>.

OLIVEIRA, P.C, SILVEIRA, M.R, CECCATO, M.G.B, REIS, A.M.M, PINTO, I.V.L, REIS, E. A. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021; 26(4):1553-1564. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.08472019>.

OLIVEIRA, I. C; ROCHA, J; ROCHA, R. A; LOPES, V. A; CORRÊA, D. P; BELLANDA, P. R; BUDNI, T. As Percepções Do Cuidado Em Saúde Mental Pelos Profissionais De Saúde De Uma Unidade Básica De Saúde Do Município De Itajaí-SC. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 6, n. 2, 2015.

OMS. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS, 2015 disponível em <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf> acesso em 21 de maio de 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE (OMS). Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>. Acessado em 27 de dezembro de 2021.

PAVARINI, SCI; VIANA, A.S.; FERREIRA, AP; LUCHESI,BM; BARHAM, EJ;ORLANDI,FS; MENDIONDO, MSZ; VAROTO,VAG;MELHADO,V E PEDRO,WJA Protocolo de avaliação gerotnologica. Modulo Idoso. São Carlos: Edufscar, 2012

Pereira, KG et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2017, v. 20, n. 02 [Acessado 25 Fevereiro 2021] , pp. 335-344. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>.

PLACIDELI, N, et al . Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. *Rev. Saúde Pública, São Paulo* , v. 54, 06, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100204&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2021. Epub Jan 20, 2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>.

PRADO, MAMB do; FRANCISCO, PMSB; BARROS, MBdeA. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, p. 747-758, 2017.

QUADROS, LCM de et al . Common Mental Disorders and Contemporary Factors: 1982 Birth Cohort. *Rev. Bras. Enferm.*, , v. 73, n. 1, e20180162, 2020 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100168&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 mar. 2021. Epub 10-Fev-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0162>.

ROTOLI, A et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. *Esc. Anna Nery* [online]. 2019, vol.23, n.2 [cited 2021-04-28], e20180303. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200209&lng=en&nrm=iso>. Epub Mar 18, 2019. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0303>.

SACHA, M; SACHA, J; WIECZOROWSKA-TOBIS, K. Determinants of Multidimensional and Physical Frailty and Their Individual Components: Interactions between Frailty Deficits. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(22):11- 21. DOI:10.3389/fpubh.2020.00276.

SAIDEL, M. G. B.; CAMPOS, C. J. G. A percepção dos profissionais de saúde sobre o cuidado ao idoso com transtorno mental. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 2020, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153947>

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J.P. Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários. *Interface (Botucatu)*, São Paulo, 2021 v. 25, p. e200267. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200267>

SANINE, PRS; SILVA, LIF. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 37, n. 7

[Acessado 30 Dezembro 2021] , e00267720. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00267720>>. Epub 28 Jul 2021. ISSN 1678-4464.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00267720>.

SANTOS, J. L. G. dos; ERDMANN, A. L., MEIRELLES, B. H. S; LANZONI, G. M. de M; CUNHA, V. P; ROSS, R. INTEGRAÇÃO ENTRE DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS EM UMA PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 3, e1590016, 2017

SANTOS, Q. S., SANTOS, A. G. M., BATISTA, Í. B. M., SOUZA JUNIOR, P. C., SOUZA SILVA, H., GOMES, A. M., GOMES, K. A. A importância da prevenção quaternária na promoção da saúde de idosos no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(4), e10076-e10076. 2022 DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e10076.2022>

SANTIAGO LM, LUZ LL, MATTOS IE, ROBBENS RJJ. Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. *Cad.Saúde Pública* 2012; 28 (9): 1795-1801.

SANTOS, T. A dos et al. Materialismo dialético e a análise de dados quantitativas. *Texto e Contexto-Enfermagem*, v. 27, n. 4, 2018.

SCHMIDT, M. L. S. Atenção básica e saúde mental: experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. vol. 16, n. 1, 2013.

SILVA, P. A. D. S. D; ROCHA, S. V; SANTOS, L. B; SANTOS, C. A. D; AMORIM, C. R; VILELA, A. B. A. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciencia & saude coletiva*, 23, 2018. P. 639-646.

SKAPINAKIS, P.; BELLOS, S; KOUPIDIS, S.; GRAMMATIKOPOULOS, L.; THEODORAKIS, P. N.; MAVREAS, V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*. 2013;13:163.

SOUZA, E. V.; CRUZ, D. P.; SIQUEIRA, L. R.; ROSA, R. S.; SILVA, C.S.; SAWADA, N. O. Association between common mental disorders and quality of life in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2021, v. 55 [Acessado 30 Junho 2022] , e20210057. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0057>>. Epub 13 Set 2021. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0057>.

TREVISAN, C; LIMONGI F; SIVIERO, P; NOALE, M; CIGNARELLA, A; MANZATO, E; et al. Mild polypharmacy and MCI progression in older adults: the mediation effect of drug–drug interactions. *AgingClinExp Res*. 2021; 33:49–56. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01420-2>

TRIVINOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. – 1º ed. – São Paulo: Atlas, 2017.

TOLEDO, Renata Ferraz de; GIATTI, Leandro Luiz; JACOBI, Pedro Roberto. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.18, n. 51, p. 633-646, Dec. 2014.

TRIVIÑOS, A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2013.

WETZEL, C. Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo. Tese de Doutorado. Ribeirão preto, 290p. 2005

ZANESCO, C; DORDIN, D; SANTOS C.B; MULLER, E.V; FADEL, C.B. Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [online]. 2018; 21(03):283-292. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170210>.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

O cuidado em Saúde Mental ao Idoso na Atenção Primária à Saúde e o processo de medicalização

Eu, Pérola Liciane Baptista Cruz e Silva, estudante do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa “*O cuidado em Saúde Mental ao Idoso na perspectiva da Atenção Primária à Saúde e o processo de medicalização da vida*” orientada pela Prof^a Dr^a Marisa Silvana Zazzetta.

Com relação aos cuidados em saúde mental em pessoas idosas surge a necessidade de realizar pesquisas e a proposta deste estudo é analisar o quadro de cuidados em saúde mental de idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde, considerando a presença de Transtorno Mental Comum, fragilidade e auto-percepção da saúde em idosos e percepções de queixas e condutas de membros de equipes de saúde.

Você foi selecionado(a) por ter idade igual ou superior a 60 anos e por estar cadastrado em Unidades de Saúde da Família de Barra Bonita/ SP, município onde o estudo será realizado. Primeiramente você será convidado a responder algumas questões cognitivas, ou seja, com foco na sua memória, atenção, linguagem e outros, na sequência poderá continuar uma entrevista semiestruturada com tópicos sobre diversos aspectos com respeito ao seu estado de saúde, medicações em uso e cuidados.

As entrevistas serão realizadas individualmente na sua residência. Os dias serão previamente agendados e terão duração de aproximadamente, 40 minutos

Algumas perguntas podem ser invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que as informações são sigilosas e não serão divulgadas de maneira a expor o participante. No entanto, a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de questões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando assim o considerarem, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-lo(a) e encaminhá-lo(a) para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da saúde, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades para as necessidades em saúde mental dos idosos. Também poderá colaborar para a elaboração de políticas e cuidados

voltados

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o(a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo, seja em sua relação à pesquisadora, à Instituição que frequenta ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja citação de nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fiel possível.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa. Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (14) 981613219, com a pesquisadora Pérola ou (016) 3306-6664 do Departamento de Gerontologia na Universidade Federal de São Carlos e procurar a Prof. Dr. Marisa Silvana Zazzetta.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Pérola Liciane Baptista Cruz e Silva. Contato telefônico: (14) 981613219SEU TELEFONE e-mail: perolacruz@yahoo.com.br


 Pérola Liciane Baptista Cruz e Silva - Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

DATA: ____/____/____

APÊNDICE II

Instrumento para coleta de dados dos prontuários de idosos atendidos por equipes da atenção básica, Barra Bonita, SP.

| Sexo | M | | F | | Idade | |
|--|---|--|---|--|-------|--|
| Número de consultas nos últimos 12 meses | | | | | | |
| Número de consultas com queixas de ordem psicosocial | | | | | | |
| Sinais/sintomas, queixas relatadas. | | | | | | |
| Profissionais que realizaram os atendimentos | | | | | | |
| Cuidado prestado/resolução | | | | | | |
| Medicações prescritas no período de 12 meses | | | | | | |
| Outras práticas/abordagens descritas | | | | | | |

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

O cuidado em Saúde Mental ao Idoso na Atenção Primária à Saúde e o processo de medicalização

Eu, Pérola Liciane Baptista Cruz e Silva, estudante do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa “*O cuidado em Saúde Mental ao Idoso na perspectiva da Atenção Primária à Saúde e o processo de medicalização da vida*” orientada pela Prof^a Dr^a Marisa Silvana Zazzetta.

Com relação aos cuidados em saúde mental em pessoas idosas surge a necessidade de realizar pesquisas e a proposta deste estudo é analisar o quadro de cuidados em saúde mental de idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde, considerando a presença de Transtorno Mental Comum, fragilidade e auto-percepção da saúde em idosos e percepções de queixas e condutas de membros de equipes de saúde.

Você foi selecionado(a) por compor a equipe de profissionais que prestam atendimento em Unidades de Saúde da Família de Barra Bonita/ SP, município onde o estudo será realizado. Primeiramente será convidado a responder questões sobre a idade, gênero, escolaridade, renda, ocupação e tempo de serviço e seguidamente será convidado a elencar queixas psicossociais dos idosos e o cuidado em saúde mental fornecido ao idoso, pelas USFs e rede de atendimento..

As entrevistas serão realizadas individualmente no local de trabalho ou de sua preferencia. Os dias serão previamente agendados e terão duração de aproximadamente, 20 minutos.

Algumas perguntas podem ser invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que as informações são sigilosas e não serão divulgadas de maneira a expor o participante. No entanto, a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando assim o considerarem, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os benefícios que a pesquisa poderá lhe trazer ao refletir sobre as práticas de cuidado em saúde mental. Em caso de desconforto na entrevista por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-lo(a) e encaminhá-lo(a) para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da saúde, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades para as necessidades em saúde mental dos idosos. Também poderá colaborar para a elaboração de políticas e cuidados voltados aos idosos e às equipes de profissionais.

Sua participação é voluntaria e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o(a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo, seja em sua relação à pesquisadora, à Instituição que frequenta ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja citação

de nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fiel possível.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (14) 981613219, com a pesquisadora Pérola ou (016) 3306-6664 do Departamento de Gerontologia na Universidade Federal de São Carlos e procurar a Prof. Dr. Marisa Silvana Zazzetta.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Pérola Liciane Baptista Cruz e Silva. Contato telefônico: (14) 981613219 e-mail: perolacruz@yahoo.com.br

Pérola Liciane Baptista Cruz e Silva - Pesquisador

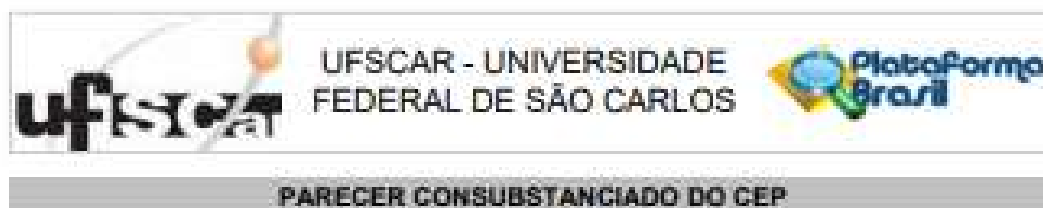
Nome do Participante

Assinatura do Participante

DATA: _____ / _____ / _____

ANEXOS

ANEXO I

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O cuidado em Saúde Mental ao Idoso na perspectiva da Atenção Primária à Saúde e o processo de medicalização da vida.

Pesquisador: Perola Liliâne Baptista da Cruz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11527019.9.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.415.218

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de doutorado sobre o tema "O cuidado em Saúde Mental ao Idoso na perspectiva da Atenção Primária à Saúde e o processo de medicalização da vida". A natureza do estudo é exploratório, transversal que contará com método misto de pesquisa, com diferentes desenhos e fases de abordagem quantitativas e qualitativas.

O local declarado do estudo refere-se às áreas de abrangência das Equipes de Atenção Básica à Saúde e Estratégia Saúde da Família inseridas no município de Barra Bonita/SP.

Uma primeira amostra será representada por pessoas com 60 anos ou mais anos, cadastrados na área de abrangência das Unidades, e que tenham prontuário ativo no serviço. Indica-se como critérios de inclusão: indivíduos serem usuários do serviço, e aceitarem participar da pesquisa. Indica-se como critérios de exclusão: limitações cognitivas ou na comunicação oral que impeçam o participante de responder aos instrumentos de coleta de dados.

A segunda amostra, será composta por profissionais de saúde, membros das Equipes das unidades.

Critérios de inclusão: estar inserido no serviço participante há pelo menos um ano, realizar atendimentos à população idosa cadastrada e aceitar participar da pesquisa.

Endereço: WASHINGTON LUIZ RM 335

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.505-900

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3314-2625

E-mail: cep@ufscar.br



Contribuição do Pesquisador: J.4.115.2118

Os critérios de exclusão referem-se ao profissional que não está inserido nos atendimentos diários e rotinas das equipes, que atende exclusivamente outros grupos populacionais, ou tratarem-se de estagiários, residentes, ou outra função temporária.

As etapas de coleta de dados indicam fases. A primeira fase refere-se à busca em prontuários de idosos atendidos pelas equipes das unidades, com coleta de dados referentes aos atendimentos realizados, profissionais, queixas de cunho psicoemocional e condutas realizadas num período de 12 meses. Após a primeira fase, essa mesma população de idosos será convidada a participar da fase das entrevistas.

Para serem incluídos, deverão obter pontuação maior ou igual a 17 no mini exame do estado mental (BRUCKI, 2003) além de assinar o TCLE. A entrevista para os participantes com mais de 60 anos será previamente agendada e realizada mediante visita domiciliar, para aplicação de 4 instrumentos de coleta de dados. Sendo: 1. Escala de avaliação de fragilidade, Tilburg Frailty Indicator (TFI), foi elaborado por Gobbens et al (2010) e adaptado e traduzido ao português por Santiago et al (2012). Avalia a fragilidade em idosos pelos domínios físico, psicológico e social. Apresenta 15 questões que são distribuídas nesses 3 domínios. As respostas variam entre sim, não e às vezes. 2. Questionário de autopercepção da saúde (PAVARINI et al., 2012) que consta de cinco perguntas em que a pessoa avalia e compara o estado de saúde atual com o de um ano atrás e também compara o próprio estado de saúde com outras pessoas da mesma idade. As respostas são em escala likert sendo para três delas : melhor, igual ou pior e para duas das perguntas: muito boa/bom, boa/bom, regular, ruim e muito ruim; 3. Questionário para avaliação de uso de medicações (PAVARINI et al. 2012); 4. Self Reporting Questionnaire – 20 (SRQ-20), instrumento validado para rastreamento de TMC, criado para rastrear transtornos psiquiátricos em serviços de atenção primária (HARDING et al, 1980), e validado no Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986). O questionário traz 20 questões com respostas “sim” ou “não”, e avalia a presença do sintoma nos últimos 30 dias.

Um terceiro momento será centrado em entrevistas semi-estruturadas com os profissionais pertencentes às Equipes. Serão abordados em seu local de trabalho, apresentados os objetivos da pesquisa, e àqueles que se dispuserem a participar, terão sua entrevista gravada e posteriormente transcrita. O projeto indica que os dados quantitativos serão analisados no aplicativo Statistical Package for Social Sciences, de forma descritiva, univariada. Para os dados qualitativos será

Endereço: WASHINGTON LUIZ RM 235
 Bairro: JARDIM GIANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SÃO CARLOS
 Telefone: (16)3351-0695 E-mail: caphumanos@ufscar.br



Contribuição ao Papear: 2.416.216

empregada técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977)

As referências citadas nesta apresentação do Projeto, constam no Documento postado na Plataforma Brasil referentes às informações básicas do Projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar o quadro de cuidados em saúde mental de idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde, considerando a presença de Transtorno Mental Comum, fragilidade e auto percepção da saúde em idosos e percepções de queixas e condutas de membros de equipes de saúde.

Objetivos específicos:

- Identificar queixas e condutas mais prevalentes de idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família;
- Avaliar fragilidade, presença de Transtorno Mental Comum e auto percepção da saúde em idosos atendidos por equipe de Saúde da Família;
- Identificar o uso e autonomia na gestão de medicamentos pelos idosos;
- Compreender as representações que a Equipe de Saúde da Família tem sobre as queixas de ordem psicossociais e o cuidado em saúde mental ao idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios da pesquisa conforme prevê o inciso IV - Do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido e de modo especial no item IV.3 conforme indica a Resolução 466/2012, estão indicados nos respectivos TCLEs apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo propõe analisar o quadro de cuidados em saúde mental de idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde, considerando a presença de Transtorno Mental Comum, fragilidade e

| | |
|---|-------------------------------------|
| Endereço: WASHINGTON LUIZ RM 235 | CEP: 13.565-905 |
| Bairro: JARDIM GUANABARA | |
| UF: SP | Município: SAO CARLOS |
| Telefone: (15)3351-9685 | E-mail: caphumanos@ufscar.br |



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Contribuição do Pesquisador: 3.4.13.218

autoperccepção da saúde em idosos e percepções de queixas e condutas de membros de equipes de saúde.

A proposta tem relevância social e propõe observar os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerando que as pendências identificadas foram atendidas na versão apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RECOMENDA-SE A APROVAÇÃO.

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 INFORMACOES BÁSICAS_DO_P ROJETO_1302107.pdf | 18/06/2019 15:18:17 | | Aceito |
| Outros | CARTAPENDENCIAS.docx | 18/06/2019 15:18:37 | Perla Liciane Baptista da Cruz | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoBarraBonitajun.docx | 18/06/2019 15:15:58 | Perla Liciane Baptista da Cruz | Aceito |
| Outros | autpre2.pdf | 18/06/2019 15:13:39 | Perla Liciane Baptista da Cruz | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEu.doc | 18/06/2019 15:11:39 | Perla Liciane Baptista da Cruz | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEp.doc | 18/06/2019 15:11:27 | Perla Liciane Baptista da Cruz | Aceito |
| Folha de Rosto | folharostocoassinada.pdf | 26/03/2019 15:09:05 | Perla Liciane Baptista da Cruz | Aceito |

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 238

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.505-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (19)3391-9995

E-mail: cep@ufscar.br



Continuação do Parecer: 1.415.219

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO CARLOS, 26 de Junho de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.505-600

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9699

E-mail: cp@ufscar.br

ANEXO II

Tilburg Frailty Indicator

Nome do Entrevistado:

Data:.....

| DOMÍNIO FÍSICO | |
|--|------------------------------------|
| 1. Você se sente saudável? | (0) sim (1) não |
| 2. Você perdeu muito peso recentemente sem querer que isso acontecesse? (> 6kg nos últimos seis meses ou > 3kg no último mês). | (1) sim (0) não |
| 3. No seu dia-a-dia a dificuldade de caminhar lhe traz problemas? | (1) sim (0) não |
| 4. No seu dia-a-dia a dificuldade em manter o equilíbrio lhe traz problemas? | (1) sim (0) não |
| 5. No seu dia-a-dia a audição ruim lhe causa problemas? | (1) sim (0) não |
| 6. No seu dia-a-dia a visão ruim lhe causa problemas? | (1) sim (0) não |
| 7. No seu dia-a-dia a fraqueza nas mãos lhe causa problemas? | (1) sim (0) não |
| 8. No seu dia-a-dia o cansaço lhe causa problemas? | (1) sim (0) não |
| DOMÍNIO PSICOLÓGICO | |
| 9. Você tem problemas de memória? | (1) sim (0) às vezes (0) não |
| 10. Você se sentiu triste no último mês? | (1) sim (1) às vezes (0) não |
| 11. Você se sentiu nervoso ou ansioso no último mês? | (1) sim (1) às vezes (0) não |
| 12. Você enfrenta bem os problemas? | (0) sim (1) não |
| DOMÍNIO SOCIAL | |
| 13. Você mora sozinho? | (1) sim (0) não |
| 14. Você sente falta de ter pessoas ao seu lado? | (1) sim (1) às vezes (0) não |
| 15. Você tem apoio suficiente de outras pessoas? | (0) sim (1) não |

ATENÇÃO

Quanto mais elevado o escore maior é o nível de fragilidade, escores maiores ou igual a 5 pontos indicam que o indivíduo avaliado é frágil.

Pontuação:

____ / 8 Domínio Físico

____ / 4 Domínio Psicológico

____ / 3 Domínio Social

____ / 15 Todos os Domínios

ANEXO III

Questionário de avaliação subjetiva da saúde

| 4. AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE | | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | |
| De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual? | <input type="checkbox"/> Muito boa | <input type="checkbox"/> Boa | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Muito ruim |
| Como o/a senhor/a avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade? | <input type="checkbox"/> Melhor | | <input type="checkbox"/> Igual | | <input type="checkbox"/> Pior |
| Como o/a senhor/a avalia a sua saúde hoje, em comparação com há de um ano atrás? | <input type="checkbox"/> Melhor | | <input type="checkbox"/> Igual | | <input type="checkbox"/> Pior |
| Como o/a senhor/a avalia o cuidado que dedica à sua saúde? | <input type="checkbox"/> Muito bom | <input type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ruim | <input type="checkbox"/> Muito ruim |
| Como o/a senhor/a avalia o seu nível de atividade em comparação com o de um ano atrás? | <input type="checkbox"/> Melhor | | <input type="checkbox"/> Igual | | <input type="checkbox"/> Pior |

ANEXO V -**SR Q 2 0 - Self Report Questionnaire.**

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO. **OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.**

| PERGUNTAS | | | | |
|--|-----|-----|--|--|
| 1. Você tem dores de cabeça frequente? | SIM | NÃO | | |
| 2. Tem falta de Appetite? | SIM | NÃO | | |
| 3. Dorme mal? | SIM | NÃO | | |
| 4. Assusta-se com facilidade? | SIM | NÃO | | |
| 5. Tem tremores nas mãos? | SIM | NÃO | | |
| 6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? | SIM | NÃO | | |
| 7. Tem má digestão? | SIM | NÃO | | |
| 8. Tem dificuldade de pensar com clareza? | SIM | NÃO | | |
| 9. Tem se sentido triste ultimamente? | SIM | NÃO | | |
| 10. Tem chorado mais do que de costume? | SIM | NÃO | | |
| 11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias? | SIM | NÃO | | |
| 12. Tem dificuldades para tomar decisões? | SIM | NÃO | | |
| 13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?) | SIM | NÃO | | |
| 14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? | SIM | NÃO | | |
| 15. Tem perdido o interesse pelas coisas? | SIM | NÃO | | |
| 16. Você se sente uma pessoa inútil? Sem préstimo? | SIM | NÃO | | |
| 17. Tem tido idéias de acabar com a vida? | SIM | NÃO | | |
| 18. Sente-se cansado o tempo todo? | SIM | NÃO | | |
| 19. Você se cansa com facilidade? | SIM | NÃO | | |
| 20. Tem sensações desagradáveis no estômago? | SIM | NÃO | | |

RESU L T A D O (nº de “sim”) _____

Mulheres: Se o resultado for ≥ 8 (maior ou igual a sete respostas SIM), é considerado caso “suspeito” para TMC (transtornos mentais comuns).

Homens: Se o resultado for ≥ 6 (maior ou igual a sete respostas SIM), é considerado caso “suspeito” para TMC (transtornos mentais comum)