

## Saúde Mental do Idoso na Atenção Primária: Uma Análise das Percepções de Profissionais de Saúde

*Mental Health of the Elderly in Primary Care:  
An Analysis of Perceptions of Health Professionals*

*Salud Mental de los Ancianos en Atención Primaria:  
Un Análisis de las Percepciones de los Profesionales de la  
Salud*

Bruno Nogueira Garcia  
Daiana de Jesus Moreira  
Pedro Renan Santos de Oliveira

**RESUMO:** Este artigo objetiva analisar as práticas de cuidado em Saúde Mental do idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir das percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, realizado em uma cidade do Ceará e com coleta de dados oportunizada mediante aplicação de entrevistas semi-estruturadas junto a profissionais da ESF. Os resultados obtidos demonstraram que a atenção à Saúde Mental do idoso na APS configura-se por práticas de cuidado ambulatoriais e pela presença de uma transição conceitual na visão acerca do processo de envelhecimento e Saúde Mental. Constatou-se a necessidade de estratégias que tensionem o trabalho com foco na integralidade do cuidado e promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT:** *This article aims to analyze the care practices in mental health of the elderly in Primary Health Care (PHC), based on the perceptions of professionals in the Family Health Strategy (FHS). It is a qualitative, exploratory-descriptive study, carried out in a city in of Ceará and with data collection that is opportunized through the application of semi-structured interviews with FHS professionals. The results showed that attention to Mental Health of the elderly in PHC is characterized by outpatient care practices and the presence of a conceptual transition in the vision about the aging process and Mental Health. It was verified the need for strategies that stress work with a focus on integral care and health promotion.*

**Keywords:** *Mental Health; Elderly Health; Primary Health Care.*

**RESUMEN:** *Este artículo objetiva analizar las prácticas de cuidado en salud mental de los ancianos en la Atención Primaria de Salud (APS), a partir de las percepciones de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Se trata de un estudio cualitativo de carácter exploratorio y descriptivo, realizado en una ciudad del Ceará, con la recolección de datos alimentada mediante la aplicación de entrevistas semiestructurada con profesionales de ESF. Los resultados obtenidos demostraron que la atención a la Salud Mental del anciano en la APS se configura por prácticas de atención ambulatoria y por la presencia de una transición conceptual en la visión acerca del proceso de envejecimiento y Salud Mental. Se encontró la necesidad de estrategias que estimulen el trabajo con un enfoque en la atención integral y promoción de la salud.*

**Palabras-clave:** *Salud Mental; Salud del Anciano; Atención Primaria de Salud.*

## **Introdução**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento é um processo biopsicossocial intrínseco ao desenvolvimento humano, que reflete diretamente as condições políticas, econômicas, sanitárias, sociais, históricas e culturais de uma dada população (WHO, 2005). Adotou-se, nesse estudo, o critério proposto pelo Estatuto do Idoso, conforme a Lei Federal 10.741/03, que considera idosa a pessoa com idade de 60 anos ou mais.

Em virtude da acelerada transição demográfica pela qual atravessa o Brasil, decorrente de importantes transformações sócio-histórico-culturais, o número de pessoas nessa faixa etária cresceu de maneira expressiva, atingindo um patamar de aproximadamente 11,7% do total da população brasileira em 2015 (IBGE, 2016).

Estima-se que, no ano de 2050, o número de idosos no mundo ultrapasse a marca de dois bilhões, com a maioria vivendo em países em desenvolvimento (Moraes, 2012). No campo da Saúde Pública, estudos apontam para a correlação entre a transição demográfica e a epidemiológica, com forte tendência ao incremento das condições crônicas de saúde, especialmente das doenças e agravos crônicos não transmissíveis e da modificação do perfil de morbimortalidade (Brasil, 2006a; Brasil, 2013; Moraes, 2012).

O envelhecimento populacional é uma resposta às mudanças de indicadores de saúde e implicará em modificações em políticas públicas com foco nos processos de promoção, proteção e atenção em saúde. Assim sendo, o idoso passa a ser alvo proeminente de políticas públicas de saúde, priorizando o envelhecimento ativo, alimentação saudável, atividade física, autonomia, participação social, a equidade e a integralidade da assistência (WHO, 2005).

Tendo em vista o ampliado e complexo campo da saúde da pessoa idosa, múltiplas searas de cuidado e fazer em saúde emergem nesse contexto, com demandas relevantes e singulares, inclusive as referentes ao campo da Saúde Mental do idoso. Estima-se que transtornos de humor e comportamento, bem como quadros demenciais, estejam entre os principais agravos que implicam na diminuição da autonomia, independência e funcionalidade nos idosos, assim como trazem importantes afetações na realidade sociovivencial e qualidade de vida (Moraes, 2012; WHO, 2012). Vale ressaltar que a frequência e magnitude das alterações mentais que acompanham o envelhecimento são influenciadas por questões biológicas, psicológicas, ambientais, sociais e culturais as quais os sujeitos estão expostos ao longo da vida (Brasil, 2006a).

Levando em consideração tal realidade, emerge a necessidade de articulação multiprofissional, interdisciplinar e em rede para a consecução de uma atenção integral à dimensão psicossocial do idoso (Moraes, 2012). Nesse sentido, há de se analisar as práticas de cuidado dos serviços de saúde, sobretudo no campo da Atenção Primária à Saúde (APS), dada sua capilaridade no território e seu caráter de promotora de acesso e articuladora da rede de cuidado, no que se refere ao lidar com as demandas dos idosos em relação às questões psicossociais e seus atravessamentos sócio-relacionais-afetivos (Brasil, 2006b; Brasil, 2012a; Brasil, 2013).

A APS, tendo como norteadora a concepção ampliada de saúde e estratégia basilar a Promoção da Saúde, deve pautar-se por ações baseadas em tecnologias leves, trabalhando com a dialogicidade, território, vínculo, humanização e qualidade de vida, rompendo com o modelo reducionista e biologizante (Franco, & Merhy, 2012; Mendes, 2011). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por sua vez, opera como equipe multiprofissional e interdisciplinar de intervenção integrada às Equipe de Referência em Saúde da Família (EqRSF), para ampliar a abrangência e escopo das ações da atenção primária, com foco na integralidade e equidade (Brasil, 2012a).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando qualificar o cuidado à saúde do idoso com vistas à integralidade da atenção, em 2006 o *Pacto pela Saúde* e a *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa* (PNSPI) emergem enquanto diretrizes de reorganização do cuidado, atenção humanizada, promoção do envelhecimento ativo e trazem o protagonismo da APS enquanto orientadora da rede de atenção à saúde do idoso (Brasil, 2006a; Moraes, 2012; WHO, 2005). A PNSPI orienta que os serviços de saúde não devem se limitar ao controle dos agravos crônicos não transmissíveis na população idosa (hipertensão, diabetes etc.), mas, sim, oportunizar um cuidado baseado na interação entre saúde física, a saúde mental, capacidade funcional e suporte social (Brasil, 2006b).

As ações de Saúde Mental do idoso na APS devem priorizar a especificidade desse público em uma perspectiva integral, com acesso a terapias medicamentosas adequadas, suporte clínico-assistencial, intervenções holísticas e integrativas, acompanhamento psicológico, apoio sócio-assistencial e orientação ao familiar/cuidador do idoso (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b; Moraes, 2012). Contudo, observa-se, por vezes, que o cuidado em Saúde Mental do idoso na APS restringe-se à prescrição de psicofármacos como principal tecnologia de assistência, secundarizando demais ações e processos de trabalho (Rocha, & Werlang, 2013).

Dada a importância dessa discussão, este estudo tem por objetivo analisar as práticas de cuidado em Saúde Mental do idoso no âmbito da APS, a partir das percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma cidade do Ceará.

A relevância deste artigo parte da reduzida produção científica nacional a respeito da Saúde Mental do idoso na APS e da necessidade de discussão do tema nas políticas públicas de saúde, a partir da transição epidemiológica oportunizada pelo envelhecimento populacional no Brasil nas últimas três décadas.

Ademais, este trabalho configura-se relevante em virtude de ser um estudo pioneiro sobre a temática no município e por arquitetar-se dentro do contexto do processo formativo-pedagógico do programa da Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE),

## Metodologia

Este artigo estrutura-se enquanto estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, realizado de agosto a dezembro de 2014, em 03 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma cidade do estado do Ceará.

A seleção das UBS se deu a partir do cruzamento dos seguintes critérios: território em área urbana, presença de Equipe de Referência em Saúde da Família (EqRSF) completa, presença do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de residentes multiprofissionais em saúde na UBS e maior número de idosos por território da UBS. Para fins éticos, nomearam-se as UBS selecionadas por *A*, *B* e *C*, respectivamente.

A cidade, cenário de realização desse estudo, de acordo com dados apresentados pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), apresenta população total de 73.269 habitantes, com 6.751 habitantes na faixa etária de idosos, correspondendo a 9.2% da população total, sendo 3.138 do sexo masculino (46,4%) e 3.613 do feminino (53,6%) (Brasil, 2017b).

Em relação à rede de APS, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a cidade apresenta 17 UBS, com 20 EqRSF e 3 NASF, com cobertura populacional de 100% (Brasil, 2017a). O número de usuários idosos adscritos nos territórios das três UBS selecionadas no estudo, *A*, *B*, *C*., foram 288, 317, 305, respectivamente, totalizando 910 usuários.

Como participantes da pesquisa, foram selecionados 19 profissionais da ESF, sendo a amostra constituída por 3 médicos, 5 enfermeiras, 3 cirurgiões-dentistas, 2 psicólogas, 2 assistentes sociais, 3 fisioterapeutas e 1 nutricionista, sendo 11 atuantes nas EqRSF e 08 no NASF. A seleção dos participantes se deu a partir do cruzamento dos critérios: lotação nos cenários de prática selecionados (uma dentre as três UBS), atuação junto ao público idoso, acesso, disponibilidade e viabilidade temporal nos serviços.

No estudo, para fins éticos, eles foram identificados pela letra P associada a número ordenador e nomeação da UBS, por exemplo, (P.2A) referindo-se ao segundo participante da UBS-A.

Para coleta de dados, foi utilizada entrevista semiestruturada e observação sistemática com registro de informações em diário de campo (Minayo, 2010). A entrevista aplicada aos profissionais foi elaborada a partir da observação sistemática e do levantamento e análise de informações de literatura específica da área da Saúde Mental do idoso, tendo a característica de ser semi-estruturada, o que permite maior liberdade de respostas aos sujeitos. A entrevista apresentava seis questões e era organizada em três eixos, a saber: Conceituação de saúde mental, Definição de envelhecimento, e Análise de demandas/práticas de cuidado em Saúde Mental no idoso.

A observação sistemática, anterior à aplicação das entrevistas, se deu ao longo dos meses de agosto e setembro de 2014, com dois turnos semanais, totalizando 16 turnos, com 15 laudas de registro em diário de campo. O processo de observação da realidade dos serviços, assim como as entrevistas, deram-se dentro do contexto de estágio na Atenção Primária à Saúde do processo formativo-pedagógico da RIS da ESP-CE.

Os dados obtidos foram apreciados através da Análise Temática (Bardin, 2009) e discutidos à luz das teorizações da Psicologia Social e Saúde Coletiva (Codo, & Lane, 1984; Moraes, 2012). A análise percorreu as seguintes etapas: leitura flutuante, seleção das categorias temáticas, identificação dos núcleos de sentido e categorização, interpretação e discussão dos núcleos de sentido. Os resultados foram apresentados em forma de categorias temáticas exemplificadas com trechos dos discursos dos sujeitos e fundamentados com literatura pertinente.

O estudo respeitou os ditames éticos de pesquisa com seres humanos previstos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos envolvidos (Brasil, 2012b). O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), registrado neste com o parecer n.º 660.902/2014 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 24721914.8.0000.5054.

## Resultados e Discussão

Das informações levantadas a partir da aplicação da entrevista semi-estruturada e da observação sistemática, mediante aplicação da análise temática, depreenderam-se quatro categorias temáticas centrais, a saber: Conceituação de Saúde Mental, Processo de Envelhecimento, Demandas em Saúde Mental do Idoso e Tecnologias de Cuidado.

### *Conceituação de Saúde Mental*

Na análise do conceito de Saúde Mental estão contidas representações sociais, práticas e ideologias que norteiam ações e atividades no campo do cuidado (Amarante, 2007). Sobre a primeira categoria temática, foram identificados os seguintes núcleos de sentido: a) Saúde Mental como bem-estar e equilíbrio integral; e b) Saúde Mental como superação, autonomia e capacidade de administrar a vida.

Em relação ao primeiro núcleo de sentido, os profissionais caracterizaram Saúde Mental como bem-estar e equilíbrio, conforme indicam as expressões:

*“(...) é o estado de bem-estar onde o indivíduo realiza suas capacidades através de um equilíbrio emocional e social.” (P3A)*

*“(...) um equilíbrio entre as diversas esferas (...) psíquica, social, física, emocional e espiritual (...) um bem-estar integral.” (P8A)*

*“(...) é o equilíbrio, é o bem-estar com você e com o que lhe cerca, seja consigo, com os familiares ou com a comunidade.” (P2C)*

A Saúde Mental não está dissociada do conceito geral de saúde, ou seja, não é algo à parte e isolado, e, sim, segmento complementar de uma visão ampliada, integral e biopsicossocial de saúde (Brasil, 2013). Por estar inserida no campo da subjetividade humana, e por ser o homem um sujeito histórico-social, a Saúde Mental deve necessariamente considerar o contexto vivencial do sujeito, seu tempo histórico, sua cultura e seus valores, deve ser, portanto, representada por um equilíbrio dinâmico, ampliado e multideterminado (Amarante, 2007; Codo, & Lane, 1984).

Os recortes informacionais acima que trazem a conceituação, conforme apresentada pelos profissionais, refletem essa visão que resgata o caráter social do conceito, levando em consideração a alteridade e o dinamismo de um equilíbrio que traz tópicos individuais, porém também coletivos e comunitários.

A discussão do segundo núcleo de sentido auxilia a compreensão da concepção dos profissionais sobre o assunto. Neste, eles apresentam a definição de Saúde Mental como superação, autonomia e capacidade de administrar a vida. Expressa-se nos recortes abaixo:

*“(...) é a forma que o indivíduo tem de vivenciar situações, entendendo os contextos envolvidos e superando.” (P2A)*

*“É a capacidade de conseguir viver superando obstáculos que aparecem (...) é superação, é autonomia.” (P4B)*

*“(...) é saber administrar a vida e as emoções (...) reconhecer e se apropriar.” (P1C)*

Nesse segundo núcleo, observou-se a emergência da Saúde Mental enquanto potência de vida, ou seja, enquanto capacidade/saber transformador de uma realidade. Traz traços de autonomia e empoderamento, apresentando a ideia de sujeito enquanto promotor de transformação de uma realidade e protagonista, portanto, em movimento (Codo, & Lane, 1984). A definição de Saúde Mental, nesses termos, é bastante relevante no sentido de fazer contraponto/ruptura a uma visão que a coloca meramente enquanto ausência de doença/transtorno, logo em uma definição negativa, que secundariza o sujeito e dá primazia à doença (Brasil, 2013).

A análise dessa categoria temática, levando em consideração os dois núcleos de sentido acima apresentados, permite compreender que a visão conceitual dos profissionais do estudo acerca da Saúde Mental traz o caráter dinâmico e multideterminado do termo, enfatizando uma afetação social e apresentando-o enquanto capacidade transformadora assentada na ideia de autonomia e empoderamento, superando uma visão negativa, individualista e reducionista do conceito.



### ***Processo de Envelhecimento***

A maneira de compreensão/apreensão do processo de envelhecimento nos oportuniza conhecer a representação social sobre a velhice, assim como auxilia no entendimento de que tipo de abordagem de cuidado é direcionada ao público idoso, levando em consideração a dimensão da integralidade da atenção. Nessa categoria temática, foi identificado o seguinte núcleo de sentido: a) Idoso como pessoa com mais de 60 anos e com fragilidades de saúde. Os recortes abaixo esclarecem essa categoria:

*“(...) pessoa mais vulnerável às doenças e distúrbios.” (P5A)*

*“(...) pessoa com mais de 60 anos e que possui fragilidades e limitações.” (P1C)*

*“Pessoa com mais de 60 anos e que tem limitações para organizar sua vida e tendência a problemas de saúde.” (P3B)*

*“Aquele que possui mais de 60 anos e que se encontra física e, algumas vezes, emocionalmente mais fragilizado.” (P7A)*

O envelhecimento, enquanto processo biopsicossocial, atravessa toda a história de vida dos sujeitos, os hábitos, costumes e práticas, no formato de um continuum que vai desde o nascimento até a morte (Brasil, 2006a). Nesse sentido, o envelhecimento não pode ser unicamente associado ao sujeito idoso; em verdade, todos envelhecem (WHO, 2005).

O núcleo de sentido acima apresenta uma concepção que associa envelhecimento e pessoa idosa, desconsiderando o caráter processual e contínuo do envelhecer. Do mesmo modo, utiliza como marcos definidores da velhice a idade cronológica, em um viés tradicionalista, e o conceito de fragilidade como características próprias do idoso, relegando a multicausalidade e atravessamentos psicossociais do processo de envelhecimento (Moraes, 2012).

Envelhecer não deve ser considerado sinônimo de doença ou fragilidade; na realidade, é um processo que tem um caráter dinâmico, multicausal e multiconsequencial (WHO, 2005). Ao analisar o envelhecimento, faz-se relevante encarar as múltiplas formas de mensurar a “idade”, as quais abrangem as dimensões cronológica, biológica, psicológica, social e funcional (Brasil, 2006a).

Nesse sentido, conceituar o idoso como pessoa com mais de 60 anos e com fragilidades de saúde equivale a adotar uma postura reducionista e generalizante.

Desse modo, a concepção dos profissionais de saúde acerca do processo de envelhecimento, a partir da análise da categoria temática acima, apresenta-se de forma reducionista e estreita, considerando idoso sinônimo de envelhecimento, e trazendo o marco cronológico e o conceito de fragilidade como norteadores de definição do ser idoso. Intui-se, portanto, que tal concepção tende a levar a produção de práticas de cuidado e atenção igualmente reducionistas e descoladas da atual proposta de atenção que se foca no chamado envelhecimento ativo, presentes nas políticas e marcos regulatórios (Moraes, 2012).

### ***Demandas em Saúde Mental do Idoso***

A discussão acerca dessa categoria temática foi oportunizada mediante a necessidade de análise das demandas identificadas em Saúde Mental do idoso pelos profissionais da ESF, tendo em vista que tais demandas tendem a nortear organizações das práticas de cuidado nesse sentido nas UBS. Desse modo, a identificação de demandas faz paralelo com organização de práticas de cuidado (Mendes, 2011). Nessa categoria, foram identificados dois núcleos de sentido: a) Dificuldades no convívio social e familiar; e b) Estados depressivos.

Em relação ao primeiro núcleo, têm-se as seguintes colocações:

*“(...) o convívio social e familiar do idoso é muito limitado (...) não há espaços de socialização.” (P1B)*

*“No meio familiar (...) encontramos principalmente o abandono; o idoso é usado apenas como uma fonte de renda.” (P6A)*

*“Identifico conflitos familiares, isolamento, ócio e falta de espaços de lazer.” (P2B)*

A qualidade da relação do idoso com seus espaços de sociabilidade e interação, incluindo o contexto familiar, é de fundamental relevância no quesito Saúde Mental, tendo em vista que traz as dimensões do reconhecimento social, identidade e sentimento de pertença como tópicos centrais, além de se configurarem espaços profícuos de emergência de práticas promotoras de sentido e significado de vida (Lucchetti, Granero, Pires, Gorzoni, & Tamai, 2010; Moraes, 2012).

Disfuncionalidades nesse aspecto interferem diretamente na qualidade de vida dos idosos, podendo vir a gerar baixa auto-estima, isolamento social, sensação de estranhamento e rebaixamento de humor (Minayo, Pinto, Assis, Cavalcante, & Mangas, 2012). A partir das colocações dos profissionais em relação às demandas em Saúde Mental do idoso, identificaram-se dificuldades no convívio social e familiar, que incluem limitação de sociabilidade, falta de espaços de lazer, conflitos e abandono familiar, os quais emergem como pontos importantes de afetação nesse sentido.

O segundo núcleo de sentido diz respeito aos estados depressivos, o qual se expressa nos seguintes trechos:

*“As principais demandas são de quadros depressivos.” (P1A)*

*“(...) desilusão com a vida, depressão, tristeza e baixa auto-estima.” (P3B)*

*“(...) estados melancólicos, demência, sentimento de tristeza profunda, de ser um fardo para a família, e depressão.” (P5B)*

Os profissionais identificaram quadros depressivos como demandas relevantes em Saúde Mental do idoso em seus territórios de atuação. Transtornos de humor em idosos brasileiros que vivem em comunidades urbanas, segundo um estudo de meta-análise, apresentam prevalência de 7% para Transtorno Depressivo Maior, e 3,3% para Distímia (Barcelos, Izicki, Steffens, & Bottino, 2010), o que configura relevância epidemiológica, sobretudo quando se leva em conta o total de 11,7% da população brasileira nessa faixa etária (IBGE, 2016).

Em relação às demências, relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no Brasil um total de 1 milhão de idosos apresentam quadros demenciais em algum estágio (WHO, 2012). Tal realidade solicita adequação das políticas públicas de saúde, a fim de se configurarem de modo a atender as necessidades e demandas em Saúde Mental do público idoso, concretizando a integralidade do cuidado e a promoção da saúde.

Para além das mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento, os transtornos de humor em idosos têm forte incremento de causalidade em nível psicossocial (Rocha, & Werlang, 2013), coadunando com os dados apresentados na análise do primeiro núcleo de sentido dessa categoria temática relativo à disfuncionalidades no convívio sócio-familiar.

Os conflitos familiares e comunitários e a vulnerabilidade socioeconômica têm correlação forte com questões emocionais e comportamentais em idosos (Brasil 2006b).

Ademais, para a compreensão dos quadros depressivos, soma-se a questão do fim da vida laboral (aposentadoria), emergência de doenças crônicas, e diminuição do círculo de relações afetivas (perda de familiares e amigos) como tópicos relevantes nesse sentido (Barcelos, Izicki, Steffens, & Bottino, 2010). O agravamento/cronicidade de quadros de transtornos de humor pode vir associado a ideações suicidas (Brasil, 2006a). No que se refere ao número de suicídios no Brasil, os idosos apresentam-se como faixa etária de risco, com 9/100 mil habitantes, superando a média do restante da população que é de 6/100 mil habitantes (Minayo, Pinto, Assis, Cavalcante, & Mangas, 2012).

Nesse sentido, a PNSPI orienta a inserção, na APS, de práticas de cuidado que permitam a qualificação e resolutividade da atenção ao idoso, incluindo a atenção ambulatorial e domiciliar, com uso de instrumentais validados para a avaliação funcional e psicossocial desse público (Brasil, 2006b). Tais ações buscam oportunizar o rastreio e intervenção sobre agravos no âmbito cognitivo, neurológico e comportamental, em uma perspectiva preventiva e de intervenção precoce (Brasil, 2006a).

A atenção à saúde do idoso exige uma abordagem multidimensional e interdisciplinar, que resgate a noção de interação entre fatores físicos, ambientais, psicológicos e sociais que tangenciam a pessoa idosa, de modo a oportunizar uma prática de cuidado adaptável às demandas desse público (Moraes, 2012). É necessário, ainda, articular uma rede de suporte social como parte de uma abordagem sistemática de promoção de saúde e autonomia da pessoa idosa, estimulando o autocuidado e a independência (Brasil, 2006b; WHO, 2005).

Portanto, a análise dessa categoria temática permitiu visualizar que a percepção dos profissionais acerca das demandas em Saúde Mental do idoso se centra na identificação de dificuldades relacionais no âmbito sociofamiliar e estados de humor depressivo, fato que também se mostrou presente ao longo das observações sistemáticas nas UBS.

### ***Tecnologias de Cuidado***

No campo da saúde, quando se fala em tecnologias de cuidado faz-se referência a um conjunto de ferramentas que põe em movimento uma ação transformadora sobre uma dada realidade, que vai para além dos equipamentos e recursos materiais, atingindo conhecimentos, saberes e suas operacionalizações (Franco, & Merhy, 2012).

Nesse sentido, tecnologia de cuidado em saúde diz respeito a recursos materiais e imateriais; trata-se, assim, de um saber-fazer. Não se reduz, portanto, a uma simples técnica, produto (equipamentos e medicamentos) ou prática, mas, antes de tudo, insere-se dentro de um contexto sócio-histórico que expressa, no processo do trabalho e serviços, a rede de relações sociais (Novaes, 2006).

A análise dessa categoria temática constitui-se o tópico central desse estudo. Foram identificados os seguintes núcleos de sentido: a) Atenção ambulatorial e medicalizante; b) Baixa apropriação dos profissionais, e baixa adesão dos usuários; c) Bom espaço físico e equipe completa; e d) Organização de fluxograma, promoção de ações intersetoriais e qualificação profissional.

O primeiro núcleo de sentido faz referência às ações e atividades realizadas em Saúde Mental do idoso nas UBS pesquisadas, a partir do relato dos profissionais. Abaixo apresentamos trechos que delineiam essa questão:

*“(...) aqui no posto o que tem é atendimento ambulatorial, nada específico.”*  
(P1B)

*“O psicofármaco é prescrito de forma rotineira.”* (P2C)

*“Há um grande número de mulheres idosas que fazem uso de benzodiazepínicos.”* (P2B)

*“Tem ações indiretas, principalmente através dos atendimentos individuais do hiperdia, mas não é algo específico, fica mais no ambulatório mesmo.”*  
(P7A).

*“Uma questão maior é a renovação de receitas sem uma atenção específica.”* (P4A)

Uma abordagem focada na dimensão ambulatorial e medicalizante vai ao encontro à noção de saúde e envelhecimento enquanto processos biopsicossociais, por reduzir/reificarem o sujeito a um *status* biológico e centralizarem a atenção à saúde ao conjunto de tecnologias duras e leve-duras, relativas a equipamentos, produtos, medicamentos e técnicas, secundarizando as demais dimensões da complexidade do ser humano (Moraes, 2012; Novaes, 2006).

O fato é que nesse reducionismo perde-se em eficiência/eficácia de ação, em singularidade e humanização do cuidado, trabalhando na contramão do empoderamento e promoção da autonomia (Brasil, 2013).

Da fala dos profissionais da APS e da observação sistemática realizada depreende-se uma forma de atenção focada na medicação e no ambulatório, o que se apresenta de modo incoerente com a *PNSPI*, *PNAB* e princípios do SUS, pois minimiza a importância da promoção da saúde, autonomia, integralidade do cuidado e humanização (Brasil, 2006b). A APS, enquanto organizadora da rede de cuidado, promotora de acesso e pela capilaridade territorial, deveria configurar-se enquanto segmento basilar na promoção e cuidado baseado em tecnologias leves (Rocha, & Werlang, 2013).

Ademais, um processo de cuidado baseado no binômio ambulatório-medicação é promotor, sobretudo quando se analisa a saúde da pessoa idosa e suas especificidades, de iatrogenia, polifarmácia e medicalização da vida (Secoli, 2010). Iatrogenia diz respeito a complicações de saúde causadas por intervenções diagnósticas ou terapêuticas do médico e/ou profissionais auxiliares, resultando em um dano, material ou psíquico, causado ao usuário (Lucchetti, Granero, Pires, Gorzoni, & Tamai, 2010).

Já a polifarmácia diz respeito ao uso de cinco ou mais agentes farmacológicos concomitantes, sobretudo em virtude de agravos crônicos de saúde, comum em idosos, com interações farmacodinâmicas complexas e por vezes danosas (Rocha, & Werlang, 2013). A medicalização da vida consiste em um fenômeno cujo saber médico, sobretudo na forma de medicamento/exames/procedimentos, apropria-se do social e coloca-se de maneira predominante e unívoca, secundarizando e relegando demais terapêuticas que não tenham centralidade biológica.

Nesse aspecto, Secoli (2010) esclarece que o uso de medicamentos atualmente, no sentido acima proposto, configura-se como epidemia entre idosos, em um cenário de ocorrência marcado pela prevalência de agravos crônicos, poder da indústria farmacêutica e do marketing dos medicamentos e forte traço de medicalização na formação dos profissionais.

O segundo núcleo de sentido, b) Baixa apropriação dos profissionais e baixa adesão dos usuários, faz referência às principais dificuldades encontradas pelos profissionais para a realização de ações em Saúde Mental do idoso em nível de APS.

*“A equipe da UBS passa todo caso de Saúde Mental para o CAPS.” (P1C)*

*“A dificuldade é a mobilização, a comunidade não adere a atividades grupais.” (P5B)*

*“A lógica é o encaminhamento, isso dificulta; os profissionais são desmotivados.” (P6A)*

*“A maior dificuldade são os vínculos comunitários frágeis, não há sentimento de pertencimento nos usuários.” (P2B)*

*“(...) A equipe não vê a importância em cuidar da saúde mental do idoso.” (P5A)*

A lógica de funcionamento da APS no Brasil, e mais amplamente do SUS, pressupõe protagonismo do coletivo de profissionais, usuários, familiares e comunidade em geral, a fim de consolidar um processo de cuidado pautado na reorientação do modelo assistencial que, de fato, se configure embasado na universalidade, integralidade e equidade (Mendes, 2011). A *Universalidade* faz referência à saúde enquanto um direito de cidadania de todas as pessoas, indistintamente, cabendo ao Estado assegurá-lo; a *Equidade* objetiva a diminuição das desigualdades, reconhecendo as singularidades e necessidades distintas, investindo mais onde há mais carência; a *Integralidade* reconhece as pessoas como um todo biopsicossocial, integrando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Brasil, 2012a).

Os participantes da pesquisa apontam que a principal dificuldade na realização de ações em Saúde Mental do idoso em seus territórios reside na baixa apropriação dos profissionais e baixa adesão dos usuários à proposta de cuidado. Apropriação e adesão são elementos processuais que partem da realidade sócio-histórico-cultural dos territórios e dos atores envolvidos, são construídos e não dados (Franco, & Merhy, 2012). No SUS, como exemplo, têm-se os conselhos e conferências de saúde enquanto espaços que garantem o princípio da participação social. Nesse sentido, apropriação e adesão dos atores sociais envolvidos são palavras-chave na constituição do modelo de Saúde Pública no Brasil.

Quando se fala em apropriação dos profissionais na APS, faz-se referência à concepção desse ator como um sujeito alinhado com a lógica da saúde enquanto um construto biopsicossocial, como integrante ativo e crítico da equipe ESF, com ações vinculadas à comunidade e ao território, com foco na promoção da saúde e em práticas de cuidado interdisciplinares. No que se refere à adesão dos usuários, fala-se em um ator empoderado, crítico e participativo em seu processo de cuidado, implicado com seu território, consciente de seus direitos e deveres e integrante de um coletivo comunitário ativo.

A questão da baixa apropriação e adesão à proposta de cuidado reside, também, na lógica de organização interna dos serviços que podem ou não oportunizar espaços que favoreçam sua emergência através de ações, tais como: territorialização, educação popular em saúde, acolhimento, assembleias de usuários, conselhos locais de saúde, reuniões de equipe e rodas de gestão (Novaes, 2006). Perpassam, do lado dos profissionais, pela qualidade na formação de recursos humanos para saúde, valorização profissional e fomento às ações interdisciplinares/intersectoriais; do lado dos usuários, pelo empoderamento, promoção de vínculo e participação social.

Do mesmo modo, a observação sistemática realizada na pesquisa possibilitou visualizar que, além do foco ambulatorial/medicalizante da atenção à saúde, que influencia na apropriação da proposta pelos profissionais, a questão do crescimento populacional na última década e o intenso ritmo migratório no município afetam o sentimento de pertencimento sociocultural da população à cidade, aos territórios, de modo a ser fator importante na lógica de adesão aos serviços e propostas de saúde.

O terceiro núcleo de sentido identificado na análise dessa categoria, c) Bom espaço físico e equipe completa, faz referência às principais facilidades e fatores oportunistas de ações em Saúde Mental do idoso na realidade de atuação dos profissionais.

*“A equipe é completa, isso ajuda (...) e muitos são concursados.” (P2A)*

*“A estrutura física e o acesso auxiliam.” (P2C)*

*“O posto é novo e muitos por aí estão sendo reformados.” (P2B)*

*“Aqui tem bom espaço para realizar atividades grupais e têm recursos materiais.” (P3B)*

A partir das colocações dos profissionais, viu-se que os facilitadores da implementação de ações em Saúde Mental do idoso nos territórios pesquisados são o bom espaço físico da UBS, e o fato de terem equipes completas. A observação sistemática das realidades dos serviços coaduna com os dados levantados nas entrevistas, de modo que foi possível visualizar que as UBS estavam reformadas, organizadas e tinham facilidade de acesso e estrutura, contando com espaços para realização de trabalho coletivo/grupos. No que se refere aos profissionais da equipe, todas as UBS tinham EqRSF completa, contando, inclusive, com apoio do NASF.



Contudo, também foi possível observar que, das três equipes do NASF participantes do estudo, duas eram constituídas exclusivamente por residentes multiprofissionais da RIS da ESP-CE, os quais apresentam rotatividade e limitação temporal no cenário, em virtude do processo pedagógico da residência; e uma por profissionais da rede do município, a qual se encontra incompleta. Tal situação identificada prejudica a atuação do NASF e, por conseguinte, dificulta ações em Saúde Mental do idoso na UBS.

O último núcleo de sentido levantado nessa categoria temática, d) organização de fluxograma, promoção de ações intersetoriais e qualificação profissional, faz menção às estratégias apontadas pelos profissionais no intuito de fomentar ações em Saúde Mental do idoso na APS.

*“Uma estratégia seria identificar esses idosos e organizar fluxo para eles.”*  
(P3A)

*“Parcerias na rede são muito importantes, com o CAPS, CRAS e CREAS.”*  
(P2B)

*“Realizar ações intersetoriais e parcerias com instituições formais e informais.”* (P1C)

*“Qualificação profissional constante para essa temática é fundamental.”*  
(P7A)

A organização de um fluxograma de atenção ao público idoso com demanda de Saúde Mental é uma ação importante para a organização das práticas de cuidado, nesse sentido, nas UBS, tendo em vista que, ao definir um fluxo, podem-se alinhar estratégias de cuidado, organização, operacionalização e dar eficiência e eficácia à atuação (Franco, & Merhy, 2012).

Observou-se que, nas UBS pesquisadas, não havia práticas de cuidado específicas ao público idoso, de modo que sua atenção era administrada indiretamente por meio dos programas de atenção ao diabetes e hipertensão e atendimentos individuais. A organização do fluxograma permitiria maior possibilidade de comunicação intersetorial e interinstitucional (Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Referência de Assistência Social, Associação de Moradores etc.), fortalecendo a possibilidade de execução de ações em parceria, as quais trabalham a partir da corresponsabilização e co-construção do cuidado, em uma visão ampliada e integral de saúde.

No que se refere à estratégia de qualificação profissional apontada como meio de fomentar ações em Saúde Mental do idoso, compreende-se que esta deva emergir como Educação Permanente em Saúde, no sentido de ser uma prática que abarque a dimensão do ensino, do trabalho e da política, pautando-se pelo universo das experiências e vivências oportunizadas nos cotidianos desses atores, permitindo uma abordagem problematizadora e significativa (Brasil, 2013; Novaes, 2006). Nessa perspectiva, devem ser fortalecidas e qualificadas ações/estratégias como apoio matricial, projeto terapêutico singular, estudos de caso, fluxograma analisador, reuniões de equipe, rodas de gestão etc.

Em resumo, a análise dessa categoria temática possibilitou visualizar pontos relevantes no que se refere às tecnologias de cuidado em Saúde Mental do idoso na APS, a partir da realidade das UBS pesquisadas e dos discursos dos profissionais. Identificou-se a predominância de práticas ambulatoriais e medicalizantes como vias preferenciais de cuidado; foram detectados como obstáculos à implementação de ações o reduzido nível de apropriação profissional e a baixa adesão dos usuários; como facilitadores das atividades, pontuou-se a estrutura física e a completude das equipes; e por fim, como estratégias de fomento, colocou-se a organização de fluxograma, promoção de ações intersetoriais e qualificação profissional.

### **Considerações Finais**

O envelhecimento populacional, resultado de um complexo biopsicossocial, econômico e demográfico, é uma realidade no Brasil, cuja faixa etária de idosos chega a 11,7% do total da população (IBGE, 2016). Nesse sentido, há forte tensionamento em mudanças nas políticas públicas de saúde com foco na integralidade do cuidado e promoção de saúde, abarcando o campo da Saúde Mental do idoso. No contexto do SUS, a *PNSPI*, a *PNAB* e o *Pacto pela Saúde* são estratégias e diretrizes político-administrativas que atuam no sentido de efetivar a integralidade da atenção ao idoso e apontam a APS como estratégia fundamental, organizando as práticas de atenção e a rede de cuidado (Brasil, 2006a).

Levando em consideração tal contexto, o presente estudo buscou analisar as práticas de cuidado em Saúde Mental do idoso na APS, a partir das percepções dos profissionais da ESF. Foram identificadas quatro categorias temáticas: Conceituação de Saúde Mental, Processo de envelhecimento, Demandas em Saúde Mental do idoso e Tecnologias de cuidado.

Os resultados demonstraram uma válida concepção de Saúde Mental vinculada à ideia de autonomia, empoderamento, de caráter dinâmico e multideterminado. Contrastando com tal questão, foi possível analisar que o conceito de envelhecimento apresentado por eles colocava o *envelhecer* como vinculado unicamente ao idoso e à fragilidade e o marco cronológico como norteadores dessa definição, apresentando-se como uma visão reducionista. Percebeu-se, portanto, que os profissionais claramente atravessam uma transição e readequação conceitual no campo da Saúde Mental do idoso, ora dando primazia à autonomia e empoderamento, ora balizando-se por ideias tradicionalistas vinculadas à fragilidade.

Em relação às demandas em Saúde Mental do idoso em seus territórios de atuação, os profissionais pontuaram a emergência de quadros relativos a estados de humor depressivo, demências e disfuncionalidades em nível sócio-familiar como principais queixas nesse sentido.

No que se refere às tecnologias de cuidado em Saúde Mental do idoso implementadas nos serviços, observou-se a predominância de uma visão ambulatorial e medicalizante, em que os atendimentos individuais, o foco no uso de psicofármacos e a lógica de encaminhamentos são os pontos importantes. Ainda em relação a essa categoria, foram apontadas dificuldades na implementação das ações, como: baixa apropriação dos profissionais, e baixa adesão dos usuários; da mesma forma foram pontuados facilitadores, como: espaço físico e completude da equipe. Por fim, ainda referente às tecnologias de cuidado, apontaram-se estratégias para fomento de ações nesse contexto, como: fluxograma, qualificação profissional e promoção de ações intersetoriais.

Em resumo, observou-se que a atenção em Saúde Mental do idoso na APS, a partir das percepções dos profissionais, encontra-se em plena transição adaptativa de conceitos e práticas de cuidado, haja vista o ainda predomínio de ações medicalizantes e ambulatoriais, com foco na lógica de prescrição de psicofármacos e encaminhamentos, contrastando com a necessidade e intenção do fomento de estratégias que trabalhem com foco na promoção de saúde e integralidade, organizando fluxos de atenção, orientando ações intersetoriais, promovendo educação permanente e processos matriciais (Brasil, 2013; Moraes, 2012).

Vale-se salientar que esta pesquisa foi oportunizada mediante o programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da ESP-CE, por meio do seu percurso pedagógico, com inserção territorial e institucional junto à APS do município e contato com profissionais das EqRSF e NASF.

Nesse sentido, a RIS emerge como produtora de novas possibilidades de tecnologias de cuidado em saúde por colocar o trabalho vivo como o centro da formação, aliado às ideias de Educação Permanente em Saúde e integração serviço-ensino-comunidade.

Durante o estudo, apresentaram-se dificuldades no que se refere à localização e levantamento de informações/dados em saúde do idoso no município, à reduzida literatura no campo da Saúde Mental do idoso na APS e à limitação temporal/logística dos profissionais para participação no estudo.

Vale salientar que esta pesquisa traz um bojo qualitativo no tratamento dos objetivos e análise dos dados levantados relativos ao fenômeno do envelhecimento e Saúde Mental, em que, predominantemente, têm-se estudos de base epidemiológico-estatística. Sendo assim, este artigo procurou contribuir com a produção de conhecimento acerca da Saúde Mental do idoso na APS, bem como sugerir o desenvolvimento de pesquisas para aprofundar a discussão a fim de fomentar diálogos consistentes acerca da temática.

## Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Barcelos, F. R., Izbicki, R., Steffens, D. C., & Bottino, C. M. (2010). Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 22(5), 712-726. Recuperado em 01 julho, 2016, de: doi: 10.1017/S1041610210000463.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Brasil. (2006a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa - Cadernos de Atenção Básica n.º 19*. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006b) Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, PNSI*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012b). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466: sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental - Cadernos de Atenção Básica n.º 34*. Departamento de Atenção Básica Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil (2017a). Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Recuperado em 15 novembro, 2016, de [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=23&VCodMunicipio=230523&NomeEstado=CEARA](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=23&VCodMunicipio=230523&NomeEstado=CEARA).

Brasil (2017b). Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. Recuperado em 20 janeiro, 2017, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFCE.def>.

Codo, W., & Lane, S. (1984). *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo, SP: Brasiliense.

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163. Recuperado em 01 julho, 2016, de: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>.

IBGE (2016). *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira- 2016*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Lucchetti, G., Granero, A., Pires, S. L., Gorzoni, M. L. & Tamai, S. (2010). Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 13(1). Recuperado em 01 julho, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v13n1/a06v13n1.pdf>.

Mendes, A.V. (2011). *Redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.

Minayo, M. C. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec / Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.

Minayo, M. C. D. S., Pinto, L. W., Assis, S. G. D., Cavalcante, F. G., & Mangas, R. M. D. N. (2012). Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980-2006. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 300-309. Recuperado em 01 julho, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000200012>.

Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.

Novaes, H. M. D. (2006). Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Saúde Pública*, 40(spe), 133-140. Recuperado em 01 julho, 2016, de: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsp/v40n spe/30632.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v40n spe/30632.pdf).

Rocha, B. S., & Werlang, M. C. (2013). Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 18(11). Recuperado em 01 julho, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100019>.

Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 136-140. Recuperado em 01 julho, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>.

WHO. (2005). World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.

WHO (2012). World Health Organization. *Dementia: a public health priority*. United Kingdom: WHO Press.

Recebido em 06/08/2017

Aceito em 30/12/2017

---

**Bruno Nogueira Garcia** – Psicólogo (UECE), Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde Mental (ESP-CE), Especialista em Saúde da Pessoa Idosa (UFMA) e Mestrando em Psicologia (UFC). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

E-mail: bruno\_nogueira\_garcia@hotmail.com

**Daiana de Jesus Moreira** - Psicóloga (UFC), Especialista em Gestão em Saúde Mental (UCAM) e Mestre em Saúde Pública (UFC). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará.

E-mail: daianadjm@hotmail.com

**Pedro Renan Santos de Oliveira** - Psicólogo (UFPE), Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UECE), Mestre em Saúde da Família (UFC), Doutorando em Psicologia (UFC). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

E-mail: pe\_renan@yahoo.com.br