



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Francielli Cristiane de Azevedo Pessina

**Estratégias de atenção em saúde mental ao idoso na atenção primária à saúde: uma
revisão integrativa**

Florianópolis
2019

Francielli Cristiane de Azevedo Pessina

**Estratégias de atenção em saúde mental ao idoso na atenção primária à saúde: uma
revisão integrativa**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.
Orientador: Profa. Magda do Canto Zurba, Dra.
Coorientadora: Prof. Aline M. Arakawa Belaunde, Dra.

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pessina, Francieli Cristiane de Azevedo
Estratégias de atenção em saúde mental ao idoso na
atenção primária a saúde: uma revisão integrativa /
Francieli Cristiane de Azevedo Pessina ; orientador,
Magda do Canto Zurba, coorientador, Aline M. Arakawa
Belaunde, 2019.
91 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. idoso. 3.
saúde mental. 4. estratégias. 5. atenção primária a saúde.
I. do Canto Zurba, Magda . II. M. Arakawa Belaunde, Aline.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. IV.
Título.

Francielli Cristiane de Azevedo Pessina

**Estratégias de atenção em saúde mental e atenção ao idoso na atenção primária à saúde:
uma revisão integrativa**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora
composta pelos seguintes membros:

Prof. Douglas Francisco Kovaleski Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Departamento de Saúde Pública

Profa.Dra. Joselma Tavares Frutuoso Dr.(a)

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Departamento de Psicologia

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Prof. Sérgio Fernando Torres de Freitas Dr.

Coordenador do Programa

Profa. Magda do Canto Zurba

Orientadora

Florianópolis, 2019

Este trabalho é dedicado aos meus queridos companheiros Jú e Pedro, e também aos amigos que apoiaram.

AGRADECIMENTOS

O bom mesmo é quando vai do coração à cabeça e daí vira ação. Como resultado deste ciclo que se fecha espero ter estreitado distâncias. Vale escrever aqui o que posso ter deixado de expressar com a voz.

À minha família, meu núcleo, que no período deste mestrado fez sacrifícios alterando sua dinâmica, especialmente nesses últimos meses, durante a preparação deste trabalho.

Osmar meu companheiro, meu amigo e confidente, tinha que ser tu a estar aqui, embarcou nessa montanha russa que é ser eu e foi incrivelmente parceiro, minha gratidão, espero ser capaz de retribuir.

Pedro meu filho, a idade desse mestrado, desculpa pelo tempo que tomei de ti, agradeço sua vinda, seu sorriso e seu abraço reconfortante.

A Danira minha mãe, exemplo de coragem, uma guerreira que me inspira.

A Inajá minha amiga, primeiro contato profissional no SUS, me guiou com generosidade e estimulou meu ingresso nesse mestrado.

A Ana Augusta minha amiga, me faz lembrar que pessoas boas existem, iniciamos a trajetória profissional no SUS juntas, ao longo do caminho me apoiando aqui e ali e nessa reta final muito de perto.

A Magda do Canto Zurba minha orientadora, pela inestimável ajuda que logo no início deste mestrado foi o que me possibilitou continuar, e ao final como apoiadora desse trabalho.

A Aline M. Arakawa Belaunde minha coorientadora, que com generosidade foi apoio fundamental para o desenvolvimento desse trabalho, sem você não teria conseguido.

Aos professores e colaboradores da UFSC, que com um sorriso e uma gentileza fazem a diferença. Especialmente a professora Ivania Jann Luna pelas importantes contribuições e acolhimento na banca de qualificação.

Aos colegas de mestrado de todas as turmas por que passei. Especialmente a Bia, colaborativos e vibrantes diante das conquistas e negociações com colegiado, auxiliaram muito.

Aos familiares e amigos pela minha ausência e incentivo, especialmente nesse ano.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão com as ausências tolerância diante das oscilações de humor próprias de quem escreve uma dissertação.

E, finalmente agradeço a parte de mim que não desistiu, e se abriu a ajuda de toda essa rede de apoio.

Um ciclo que se fecha, gratidão pelos desapegos e aprendizados, sigo almejando encurtar distancias. Gratidão.

RESUMO

Introdução: Atentos ao envelhecimento populacional, a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), com o compromisso social da psicologia enquanto ciência e profissão e a necessidade de contribuições para as demandas de saúde da pessoa idosa, este estudo chama os leitores para o tema saúde mental e o cuidado no contexto da Atenção Primária a Saúde (APS).

Objetivos: Identificar na literatura científica, no período de 2014 a 2018, quais estratégias de atenção em saúde mental ao idoso são utilizadas no contexto da APS, descrevê-las e relacionar possíveis fatores associados ao resultado da utilização destas estratégias. **Metodologia:** Para realização deste estudo adotou-se método de pesquisa baseado em estudos anteriores, trata-se de uma revisão integrativa. A busca das referências foi feita em meio eletrônico nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs. **Resultado:** o protocolo de busca localizou inicialmente 243 artigos, sendo que 25 fizeram parte deste estudo. Destes, apenas 28% (n. 7) trazem estratégias que são utilizadas rotineiramente em serviços da APS, 36% (n. 9) recomendam estratégias utilizadas através de metodologias específicas (5 por ensaio clínico, 4 por outros métodos) e 36% (n. 9) trazem apenas recomendações de estratégias a serem utilizadas com base nas evidências coletadas através de outras abordagens. Detendo-se na amostra dos artigos que trouxeram estratégias utilizadas revelou-se predominante o medicamento e o atendimento clínico pelo médico e/ou enfermeiro, constatamos nessa parcela da amostra o atendimento domiciliar e a triagem para depressão, mas mantém o foco no tratamento através de medicamentos. Apenas um local utiliza estratégia de atenção à saúde mental comunitária, se trata de uma unidade de saúde mental móvel formada por equipe multiprofissional que circula em uma região rural e se integra as equipes de cuidados primários de oito centros, utiliza estratégias que incluem diagnóstico e tratamento baseado em evidências como farmacoterapia e intervenções psicoterapêuticas, e outras, como o aprimoramento das habilidades sociais dos usuários, educação e apoio as famílias e programas educacionais para comunidade. **Conclusão:** Predominou o modelo biomédico como estratégia exclusiva de tratamento, que produziram efeitos restritos a alguns sintomas com baixas respostas a longo prazo. Contudo, existem estudos que evidenciam estratégias de atenção à saúde baseadas em modelo psicossocial, com interação multiprofissional, que propõe cuidado integral no contexto da APS. Estes demonstram benefícios potenciais a saúde dos idosos e viabilidade pelos custos reduzidos ao sistema público. Estas estratégias enfatizam o foco no usuário, a colaboração entre profissionais da AP e especialistas em saúde mental, e a integração entre os serviços.

Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde do idoso. Idoso. Saúde Mental. Estratégias. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Aware of population aging, the importance of the Unified Health System (SUS), the social commitment of psychology as a science and profession and the need for contributions to the health demands of the elderly, this study draws readers to the theme. mental health and care in the context of Primary Health Care (PHC). **Objectives:** To identify in the scientific literature, from 2014 to 2018, which strategies of mental health care for the elderly are used in the context of PHC, describe them and relate possible factors associated with the outcome of the use of these strategies. **Methodology:** For this study was adopted research method based on previous studies, it is an integrative review. The search for references was done electronically in the PubMed, Scielo and Lilacs databases. **Result:** the search protocol initially located 243 articles, of which 25 were part of this study. Of these, only 28% (no. 7) bring strategies that are routinely used in PHC services, 36% (no. 9) recommend strategies used through Specific methodologies (5 by clinical trial, 4 by other methods) and 36% (n. 9) provide only recommendations for strategies to be used based on evidence gathered through other approaches. Stopping in the sample of articles that brought strategies used revealed the predominant drug and clinical care by the doctor and / or nurse, we found in this portion of the sample home care and screening for depression, but keeps the focus on treatment through medicines. Only one site uses a community mental health care strategy; it is a mobile mental health unit formed by a multiprofessional team that circulates in a rural region and integrates the primary care teams of eight centers, using strategies that include diagnosis and treatment. based on evidence such as pharmacotherapy and psychotherapeutic interventions, and others such as enhancing users' social skills, family education and support, and community education programs. **Conclusion:** The biomedical model predominated as an exclusive treatment strategy, which produced effects restricted to some symptoms with low long-term responses. However, there are studies that show health care strategies based on a psychosocial model, with multiprofessional interaction, which proposes comprehensive care in the context of PHC. These demonstrate potential benefits to the health of the elderly and viability for the reduced costs to the public system. These strategies emphasize user focus, collaboration between PA professionals and mental health specialists, and integration between services.

Keywords: ageing. Health of the elderly. Old. Mental Health. Strategies. Primary health care

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tópicos e operadores booleanos.....	36
Quadro 2 – Critérios.....	36
Quadro 3 – Bases de dados.....	37
Quadro 4 – Chaves de busca e artigos recuperados.....	37
Quadro 5 – Fichas de Síntese.....	41
Quadro 6 – Meio de divulgação*.....	41
Quadro 7 – Delineamento metodológico.....	43
Quadro 8 – Estratégia por EC.....	44
Quadro 9 – Estratégia por OM.....	49
Quadro 10- Estratégia recomendada.....	51
Quadro 11 – Estratégia utilizada.....	53
Quadro 12 – Resultado por EC.....	54
Quadro 13 – Resultado por OM.....	55
Quadro 14 – Estratégia recomenda por resultado obtido.....	55
Quadro 15 – Resultados por estratégia utilizada – rotina.....	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da busca na literatura.....	39
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Esperança de Vida ao Nascer – Unidade da Federação.....	24
Gráfico 2 – Projeção populacional - Brasil - 2000/2050.....	25
Gráfico 3- Período.....	42
Gráfico 4 – Area geográfica.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

ACS Agente Comunitário de Saúde

AP Atenção Primária

APS Atenção Primária à Saúde

EC Ensaio Clínico

ESF Estratégia de Saúde da Família

eSF Equipe de Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS Ministério da Saúde

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

NASF-AB Núcleo Ampliado de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

OM Outros Métodos

PSE Programa de Saúde da Família

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RAS Rede de Atenção à Saúde

RS Reforma Sanitária

RP Reforma Psiquiátrica

SUS Sistema Único de Saúde

TSP Terapia de Solução de Problemas

UBS Unidade Básica de Saúde

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	17
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	18
3.1.1 Reforma sanitária e o SUS.....	18
3.1.2 Reforma psiquiátrica e a saúde mental.....	22
3.2 CENÁRIO DEMOGRÁFICO.....	23
3.2.1 Políticas públicas a pessoa idosa.....	25
3.2.2 Saúde da pessoa idosa e atenção integral.....	28
3.3 PERSPECTIVA PSICOLÓGICA.....	31
4 MÉTODO DA PESQUISA.....	33
4.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	33
4.2 ETAPAS DESTE ESTUDO.....	34
4.2.1 Etapa 1 - Identificação do tema e pergunta.....	34
4.2.2 Etapa 2 - Busca na literatura.....	35
4.2.3 Etapa 3 - Extração de dados.....	39
4.2.4 Etapa 4 - Análise das informações.....	41
4.2.5 Etapa 5 - Interpretação dos resultados.....	57
4.2.6 Etapa 6 - Apresentação da conclusão.....	63
5 MANUSCRITO.....	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICE A – Relação dos Artigos.....	90
ANEXO A – Perguntas para determinar o nível de risco de suicídio.....	91

1 INTRODUÇÃO

Faço a introdução deste trabalho com o intuito de explicar ao leitor quais foram os dilemas iniciais e de onde nasceu o desejo de pesquisar o tema escolhido. Para isso pretendo dizer brevemente quais caminhos já foram percorridos, pois são esses que tentam explicar quais as questões/problemas que buscamos desvendar.

Durante minha caminhada profissional como psicóloga, atuando há quase 6 anos na área da saúde, vinculada a prefeitura de um município brasileiro do estado de Santa Catarina, com população estimada de 131 mil habitantes, pude inicialmente atuar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), posteriormente em ambulatório de saúde mental e atualmente em um Núcleo Ampliado de Apoio a Saude da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Foi em minha primeira experiência como psicóloga em um CAPSII que surgiram inquietações sobre as práticas profissionais, que mesmo diante do movimento da reforma psiquiátrica, mantinham o caráter manicomial. Foi a partir de onde desenvolvi o projeto que me permitiu ingressar no mestrado, se tratava de questionamentos sobre o papel do psicólogo quanto a desinstitucionalização de práticas que traziam heranças manicomiais. Esse era um tema que instigava uma reflexão mais aprofundada, e por esse motivo enviei um projeto como proposta de pesquisa ao Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC.

Entretanto, após uma série de desdobramentos no município que geraram minha mudança de local de trabalho e demandas pessoais, colaboraram para que o mestrado fosse interrompido temporariamente, o percurso até aqui foi cercado de particularidades e desafios. Entre caminhos e descaminhos nas esferas da vida, e após importante conversa de orientação, optamos por lançar o olhar em direção a Atenção Primária a Saúde e a população de pessoas idosas. Contudo, os dilemas são os mesmos, a dificuldade de se produzir práticas de maior autonomia e liberdade, considerando os desejos da pessoa, através de olhares ampliados sobre os processos de saúde e adoecimento.

Para tal, precisávamos escolher um modo de fazer essa aproximação, visto que as variáveis tempo e disponibilidade precisam ser consideradas, a revisão integrativa da literatura foi o método considerado 'inicialmente' aliado. Contudo, percebemos que garantir a qualidade metodológica neste tipo de estudo tomou muito tempo. O percurso metodológico será detalhado no capítulo 4.

Por fim, cabe ressaltar que desde a definição do tema optamos por elaborar como Trabalho de Conclusão de Curso, um escrito em forma de artigo e não uma dissertação “clássica”, visto que os Mestrados Profissionais, de acordo com a Portaria Normativa nº17, de 28 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009a), possibilitam outras formas de trabalho de conclusão. Tal escolha se deu tendo em vista o objetivo de ampliar o acesso do conhecimento produzido no mestrado.

O artigo resultante da presente pesquisa será submetido à Revista Trabalho, Educação e Saúde Pública, está incluído no capítulo 5 e formatado de acordo com as Normas e Diretrizes da Revista.

Os capítulos que seguem, anteriores ao artigo, servem de subsídio para uma compreensão mais ampliada dos objetivos, materiais teóricos e caminhos que foram base para a construção do mesmo, ou seja, o formato não segue um padrão “clássico”.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar na literatura, no período de 2014 a 2018, quais estratégias de atenção em saúde mental ao idoso são utilizadas no contexto da Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Descrever quais estratégias em saúde mental ao idoso são utilizadas na Atenção Primária a Saúde.

Listar os resultados obtidos através das estratégias em saúde mental ao idoso utilizadas na Atenção Primária a Saúde.

Relacionar as estratégias em saúde mental ao idoso utilizadas na Atenção Primária a Saúde com os resultados obtidos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Consideramos importante traçar um esboço acerca das políticas públicas de saúde, sinalizando-as diante do contexto histórico e social e dos desdobramentos que permearam suas implementações. O objetivo ao leitor é relembrar as conquistas sociais e de direitos, fortalecer os movimentos de resistência e estimular o avanço.

3.1.1 Reforma sanitária e o SUS

Entre os anos de 1964 e 1985 o Brasil esteve sob a égide do regime militar, período marcado pelo cerceamento dos direitos da população. No cenário da luta pela democracia, na década de 1970, surgiu o movimento da Reforma Sanitária (RS), mobilizado pela população que reivindicava seus direitos a saúde, desenvolvimento social e econômico. O movimento avançou e se expandiu como projeto político, trouxe implicações para formulação da Constituição Federal de 1988 que contemplou a criação do SUS e em outras dimensões simbólicas imensuráveis (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Observamos o movimento da RS como catalizador na luta pela democracia.

A República Federativa do Brasil, através da força popular fomentou o Estado democrático de direito e promulgou a Constituição de 1988, onde a partir do artigo 196 alude a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Percebemos um esboço da ampliação do conceito de saúde à medida que inter-relaciona ao desenvolvimento social e econômico.

Como forma de efetivar o mandado constitucional do direito à saúde, o SUS é instituído através da lei nº 8.080 no ano de 1990. Esta lei operacionaliza o atendimento público a saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Composto por uma rede de ações e serviços, o SUS, deve ser organizado de forma descentralizada, provendo atendimento integral e com participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Neste contexto efervescente, com propostas ousadas de um novo paradigma em saúde, surgem outras políticas públicas nesta direção. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) instituído no ano de 1991 pelo MS é um exemplo, veio como estratégia de incremento para viabilização das propostas do SUS. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm o papel de fazer a mediação entre a comunidade e os serviços de saúde, facilitam o primeiro acesso, estendem o olhar do indivíduo para as relações com a família e território.

Os termos Atenção Básica (AB), Programa de Saúde da Família (PSF) e equipe de Saúde da Família (eSF) surgem oficialmente através da portaria n.º 1.882 e n.º 1.886 do ano de 1997 que estabelece o Piso da Atenção Básica (PAB) e sua composição, menciona o incentivo ao PACS e ao Programa de Saúde da Família (PSF), trata de recursos financeiros, estimula a implantação de eSF e de ACS, reorienta práticas, e dá ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Através da portaria n.º 1.886 aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF, assim o PSF ganha visibilidade e passa a ser considerado a estratégia estruturante do SUS (BRASIL, 1997 a; b) (ASSIS; MISCHIATI, 2010). No contexto da AB, os ACS facilitam o primeiro acesso a assistência à saúde que se dá nas UBS realizado pelas eSF, com foco na prevenção e promoção, assim o governo visa reduzir os custos com tratamentos.

O PSF gerou mudanças nas práticas tradicionais nas unidades de saúde, embora não seja uma proposta alternativa ao modelo assistencial vigente, sua diretriz prevê a reorganização das práticas de trabalho através da adscrição de população/territorialização, programação e planejamento descentralizados, integralidade da assistência, abordagem multiprofissional, e à ação intersetorial, estímulo à participação e controle social, educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família, adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação (BRASIL 1997 b). Ao longo dos anos observou-se o impacto do PSF na organização da atenção básica, criando assim condições para reorientação do modelo assistencial, reorganizado em torno deste paradigma trouxe novas possibilidades e fomentou políticas públicas. Apesar dos avanços sua práxis ainda não é uma realidade no dia-a-dia dos serviços de saúde.

No ano de 2006 o MS através da portaria n.º 648 aprova a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) onde estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para estratégia de saúde da família (ESF) e o PACS. Assim, dimensiona a importância da AP, ao formalizar a alteração da nomenclatura de PSF para ESF (alterando o termo “Programa” para “Estratégia”), demonstra a intenção de conferir permanência ao modelo,

é um marco importante, pois consolida um modelo de trabalho na saúde e deixa claro o paradigma do SUS - AB (BRASIL, 2006d).

A PNAB foi alterada posteriormente através da portaria n.º 2.488 no ano de 2011, e recentemente no ano de 2017 através da portaria n.º 2.436, onde direciona a AB como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A PNAB oficialmente considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária a Saúde” como termos equivalentes, associa a ambos os mesmos princípios, também relaciona o termo “primária” ao nível de prioridade epidemiológica e aos riscos, assim pode direcionar ações baseadas em necessidades, evitando agravos e reduzindo custos (BRASIL, 2017).

Neste estudo utilizaremos preferencialmente o termo APS e cultivaremos o crédito de que a APS se mantém valorizada como ordenadora da rede de saúde e a ESF como prioritária para organização da APS. Contudo, vale realçar mudanças significativas, como a flexibilização para criação de equipe de AP (AB) sobre equipe de SF, nesta direção a ESF pode não ser mais o modelo assistencial prioritário, a retirada de um número mínimo de ACS por território tende a estimular a formação de equipes tradicionais/biomédicas. Estas são algumas alterações da nova PNAB, cuja mobilização social durante o processo de alteração pareceu fragilizada, trazendo notas do pouco estímulo ao controle social, àquele que fomentou a criação do SUS.

Realçando a importância da APS e da ESF, no ano de 2008 o MS através da portaria n.º 154 cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Para este projeto considera a Constituição Federal e as diretrizes do SUS a respeito integralidade da atenção e as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Essa legislação sofre alterações através das portarias n.º 2488/ 2011, n.º 3124/ 2012, n.º 548/2013, n.º 562/ 2013, n.º 1742/ 2017 sobre custeio e parâmetros de vinculação, e através da portaria n.º 2436/ 2017, última versão da PNAB, o NASF passa a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (BRASIL, 2017).

O Nasf-AB constitui uma equipe multiprofissional, complementar às equipes de APS e que devem atuar de maneira integrada para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico (BRASIL, 2017). Ou seja, tem responsabilidade, junto com as eSF, pelo território e usuários, produzindo responsabilidade mútua pelo cuidado, ampliando o escopo de ações e contribuições

para o aumento da resolubilidade da AP. O Nasf-AB foi pensado para lidar com desafios históricos do SUS referentes a integralidade e resolubilidade, como ferramentas utiliza o apoio matricial e a clínica ampliada em sua lógica de trabalho (MATIELO, 2019).

A essência do Nasf-AB e da ESF é o trabalho em equipe multiprofissional considerado um dos pilares para a mudança do modelo hegemônico em saúde e da AP. Contudo, esse trabalho em equipe para ser potente precisa de interação aberta e constante entre os trabalhadores, de diferentes categorias, para interação de diferentes conhecimentos e habilidades focados no cuidado do usuário como viés ético-político, que promove intervenções técnicas e científicas (FIGUEIREDO, 2012). As instituições acadêmicas e o desejo de cada um em absorver esse novo modelo de trabalho estão em pauta, por este motivo podemos encontrar profissionais atuando no âmbito do SUS com mentalidades e práticas diferentes do paradigma proposto. De qualquer forma, sigamos traçando a linha do tempo das políticas públicas de saúde.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) surge para que toda estrutura construída com embasamento das políticas citadas acima possa funcionar de maneira organizada. Assim, o MS no ano de 2010 institui a portaria n.º 4.279 onde coloca diretrizes para organização da RAS no âmbito do SUS. Essa política tem como estratégia superar a fragmentação do cuidado e da gestão, atua como arranjo organizativo do conjunto de serviços e equipamentos de saúde, responsável pela oferta e pelo modo como os serviços estão se relacionando. Busca assegurar a ampliação da cobertura em saúde através da ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2010; FIGUEIREDO, 2012). É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem o melhor estado de saúde possível e responsabilidade dos profissionais que atuam nos serviços de saúde seguir essas diretrizes.

Atualmente observamos mudanças, traduzidas através da reformulação das políticas públicas, neste estudo compreendemos o SUS mais do que apenas um projeto de saúde, mas capaz de promover possibilidades de mudanças mais amplas, de as pessoas tratarem a si e as demais, do governo tratar dos problemas do país. Nesta concepção, o SUS se dá como projeto que traz o futuro, que neste momento sócio - histórico pode ser contornado em outra coisa por outros fins.

3.1.2 Reforma psiquiátrica e a saúde mental

É através dos movimentos que surgem as mudanças, assim como o movimento da RS que através da mobilização social impulsionou mudanças nos modelos de atenção e gestão da saúde pública, o movimento político e social da Reforma Psiquiátrica (RP) aparece no final da década de 1970, envolve o processo de luta pelos direitos dos usuários com transtornos mentais e a crítica ao modelo de assistência baseado no hospital. A RP é um movimento muito amplo e pode ser “compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais [...] que circula (BRASIL, 2005, p. 6). Através dos princípios da RP foram delineadas políticas que abordam a saúde mental e os transtornos mentais no contexto da APS, antes abordados somente no isolamento dos manicômios.

Como reflexo ao movimento da RP, a partir do ano de 1992, o MS a começou a implantação de uma rede de assistência extra-hospitalar, através da regulamentação de serviços substitutivos e fiscalização de hospitais psiquiátricos. A Lei Federal n.º 10.216 do ano de 2001, foi um marco de respeito à dignidade humana, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A partir deste primeiro passo, concreto, no ano de 2002 ganha força o processo de desinstitucionalização, através da redução de leitos em hospital psiquiátrico e a busca da reinserção das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade, onde o APS desempenha papel admirável (BRASIL, 2001; 2005).

Através da portaria n.º 3.088, no ano de 2011, o MS institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Foi uma importante conquista naquele período e de desafios contemporâneos. No desenho da RAPS a AP é considerada um componente fundamental para sua efetivação. As UBS e ESF conforme artigo 6º, parágrafos 1º e 2º são tomados como ponto de atenção da RAPS, tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção a saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (articulação), e com o NASF vinculado à ESF. O NASF-AB vem como retaguarda especializada, e o apoio matricial é um elemento chave no processo de cuidado compartilhado,

incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A ESF pode ser considerada como progresso para política do SUS e para o movimento da RP, a proximidade com as famílias, a comunidade e o território é fundamental para o acesso e o cuidado continuado. Sob a ótica do conceito ampliado de saúde, Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (BRASIL, 2005, p. 33).

A partir daí podemos conectar explicitamente a importância da APS como locus propícios para o cuidado em “saúde mental”. Saúde mental entre aspas por ser uma divisão didática que efetivamente não pode ser tomada isoladamente.

Através do breve histórico sobre a construção do sistema de saúde brasileiro, pressupostos, organização e diretrizes, acerca da importância da APS e ESF para o SUS, entramos em um campo importante e desafiador. Atualmente, apesar dos estigmas relacionados a saúde mental, se tem falado sobre o tema quanto aos direitos e formas de tratamento, contudo entre avanços e retrocessos o movimento é contínuo e tem muito a avançar, especialmente em termos de prática profissional e políticas de governo que necessitam ser problematizadas. Pesquisas recentes apontam o predomínio de práticas baseadas no modelo biomédico (ONOFRI JUNIOR, 2016), paradigma de assistência unilateral que a política do SUS procura transformar, ampliar para alcançar a complexidade que envolve a saúde e o adoecimento, e assim produzir integralidade no cuidado.

Assim como a saúde mental está a pessoa idosa, grupos específicos que aumentam em todo o mundo. Logo, pensar na saúde mental da pessoa idosa pode ser um desafio dobrado. Queremos manter aquecidas reflexões, aos profissionais da saúde, gestores e sociedade, a fim de mobilizar o olhar inclusivo e o respeito aos direitos.

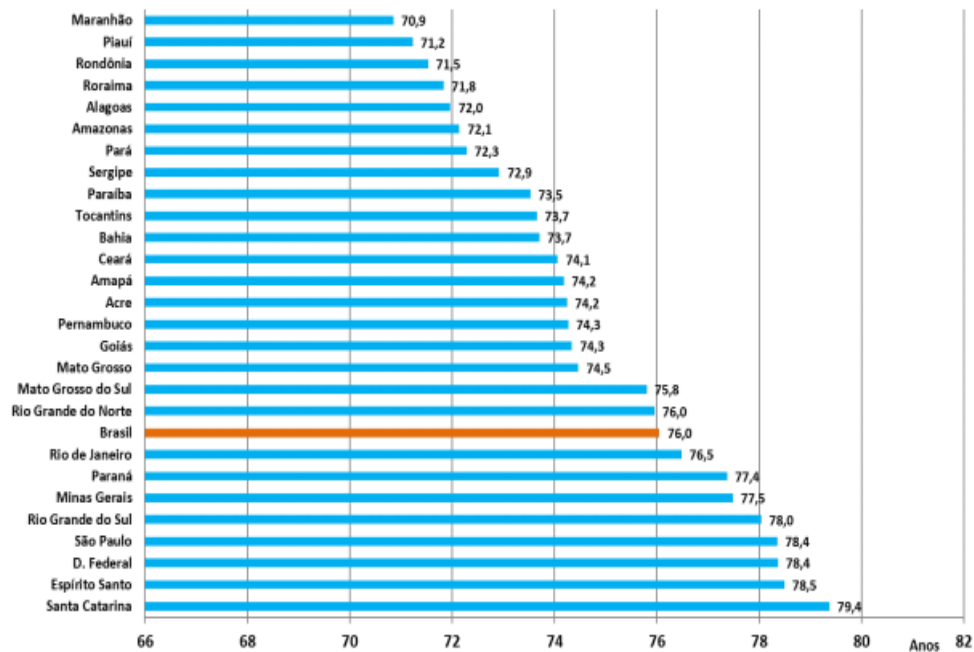
3.2 CENÁRIO DEMOGRÁFICO

A legislação brasileira trata como idosa a pessoa com idade a partir de 60 anos (BRASIL, 2006a).

Entre os determinantes para a mudança do perfil demográfico da população estão relacionados o aumento na esperança de vida ao nascer (Gráfico 1) que difere em cada Unidade

da Federação (UF), sendo Santa Catarina, localização geográfica de onde falamos, a média mais expressiva (79,4 anos), acima da média nacional (76,0 anos). Dado que realça as particularidades de cada contexto (renda, violência, poluição etc.) e acesso aos serviços de saúde, saneamento, educação, cultura, lazer entre outros (IBGE, 2018).

Gráfico 1 - Esperança de Vida ao Nascer – Unidade da Federação.

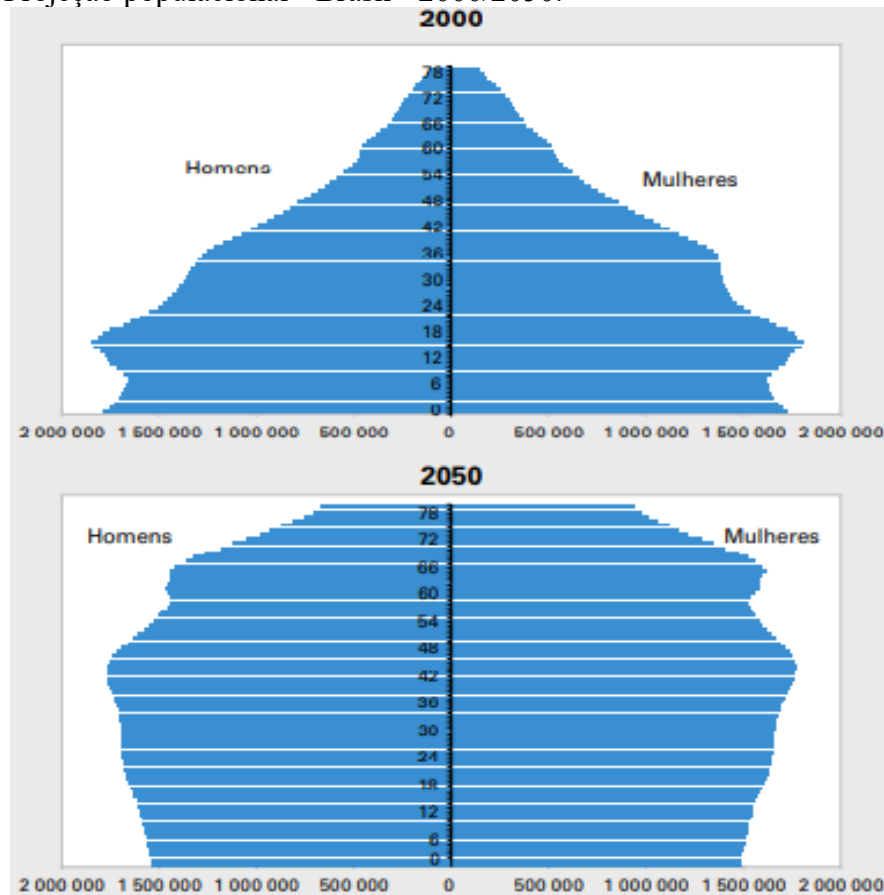


Fonte: (IBGE, 2018).

Traçando um panorama comparativo, no ano de 1970 a participação da população acima de 65 anos em relação a população total do país era de 3,1% (2.925.081) e a população maior de 80 anos representava 0,43% (402.281) da população total. No ano de 2010 a população acima de 65 anos elevou-se para 7,4% (14.081.480) e a população com 80 anos ou mais a 1,54% (2.935.585) da população total (IBGE, 2018). Através destes dados é possível apontar tendências demográficas de participação por faixa etária, a população está envelhecendo e os idosos estão alcançando mais anos de vida.

No ano de 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões, em 2017 somou-se 30,2 milhões de idosos (IBGE, 2018). O gráfico a seguir (Gráfico 2) permite visualizar a mudança ao longo dos anos através do comparativo da população no ano de 2000 e a projeção para o ano de 2050. A estimativa do total de habitantes é de 259,8 milhões, destes, 48,9 milhões estariam com 65 anos ou mais de idade (IBGE, 2004). Os números têm mudado rapidamente, o mundo precisa se organizar com prioridade diante deste panorama crescente.

Gráfico 2 – Projeção populacional - Brasil - 2000/2050.



Fonte: (IBGE, 2004)

3.2.1 Políticas públicas a pessoa idosa

Como população específica os idosos apresentam necessidades particulares e para dar conta destas especificidades, no ano de 1994, a Política Nacional do Idoso é consolidada através da Lei n.º 8.842. Entre as determinações visa garantir a assistência à saúde do idoso nos diversos níveis de atendimento (BRASIL, 1994).

O Estatuto do Idoso através da Lei nº 10.741 do ano de 2003, dentre outros direitos fortalece o direito a saúde, busca garantir atendimento preferencial e imediato, acesso prioritário na rede de serviços de saúde local, com atenção integrada por meio do SUS e cuidado especial as doenças que afetam preferencialmente os idosos, através de recursos humanos capacitados nas áreas de atendimento relacionadas ao idoso. Vai adiante e prevê inserção de conteúdo voltado ao processo de envelhecimento nos currículos de ensino formal, amplia a dimensão da saúde quando determina viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e

convívio social ao idoso (BRASIL, 2003). Sobre este panorama ascende-se a importância das diretrizes do SUS, do papel das eSF e do contexto da APS para a pessoa idosa.

Cabe reflexões quanto as repercussões sobre o artigo 3º, onde o estatuto prioriza à família, depois comunidade e então o Poder Público, a obrigação da garantia dos direitos - à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. No inciso V do mesmo artigo reitera a priorização do atendimento ao idoso por sua própria família, no artigo 43 quanto as motivações para aplicação das medidas de proteção ao idoso aponta a ação ou omissão da sociedade ou do Estado e da família, e como medida de proteção determina inicialmente o encaminhamento a família (BRASIL, 2003). Aqui é possível pegar um gancho para o campo das relações familiares e a construção de vínculos fragilizados no curso da vida, aspecto representativo especialmente quando idoso permanece sob responsabilidade da família.

Quanto aos benefícios, pensões e aposentadoria observa critérios de cálculos que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram as contribuições, prevê reajuste na mesma data de reajuste do salário mínimo e aos idosos e famílias que não possuam meios de prover sua subsistência existem outros benefícios (BRASIL, 2003). Alterações no contexto previdenciário afeta os demais contextos de vida da pessoa idosa, família e sociedade, é preciso considerar a atual conjuntura, especialmente seus reflexos a saúde.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, promulgada no ano de 1999, mas revogada através da portaria n.º 2.528 no ano de 2006, tem como alvo primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência do idoso, em seu artigo 2º determina que os órgãos e entidades do MS, cujas ações se relacionem com o tema saúde do idoso, promovam a elaboração ou readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades estabelecidas nesta política (BRASIL, 2006a).

Nesta direção surge o Caderno da Atenção Básica número 19, um manual técnico e normativo, trata exclusivamente do envelhecimento, da saúde da pessoa idosa e aponta diretrizes para os profissionais. Foi apresentado no ano de 2006, a mais de uma década alertava para a necessidade de reorganização dos países em desenvolvimento quanto aos investimentos de recursos financeiros e criação de políticas públicas destinadas a esta população (BRASIL, 2006b). Trata-se de antecipação e planejamento.

Este manual preconiza a humanização e o acolhimento a pessoa idosa na AP. O acolhimento é tomado como um dispositivo, um modo de agir nos processos de trabalho de forma a dar atenção à todos que procuram os serviços, ouvir as necessidades assumindo uma postura capaz de acolher, ou seja, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários e por isso não deveria necessitar de agendamento, deveria ser parte o dia a dia das unidades de saúde. Orienta especificidades da comunicação com a pessoa idosa, pois é através deste processo que as pessoas se tornam acessíveis umas às outras (BRASIL, 2006c). Esperamos que um manual possa dar conta de fomentar uma postura que envolve mais disponibilidade emocional do que habilidade técnica.

Quanto ao cultivo de bons hábitos, os profissionais são orientados para a promoção de hábitos saudáveis em relação a alimentação, prática corporal e atividade física, onde o trabalho em grupo e a detecção precoce recebem destaque, desta forma

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa – que é identificada por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/ familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico (BRASIL, 2006c, p.13).

Percebe-se aí a consideração multifatorial nos processos de saúde e adoecimento. Quanto a avaliação da saúde mental, o manual recomenda a instituir precocemente o tratamento através da construção de um projeto terapêutico singular (PTS), onde o acolhimento deveria ser o primeiro passo para atender às necessidades desses usuários (BRASIL, 2006c).

As equipes que atuam nesse contexto recebem mais responsabilidade diante da complexidade do cuidado, na AP especialmente, por constitui-se na linha de frente do sistema de saúde, onde “utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território”. Desta forma, espera-se que seja capaz de atuar na promoção, prevenção e produção do cuidado continuado direcionando, quando necessário, para outros níveis de atenção (BRASIL, 2006c, p.12). É realmente responsabilidade de todos – União, profissionais, sociedade.

3.2.2 Saúde da pessoa idosa e atenção integral

De acordo com MS o perfil epidemiológico da população brasileira idosa é marcado pelo predomínio de doenças crônicas e disfunções orgânicas demandando cuidados específicos (BRASIL, 2017). Mas é preciso ampliar o olhar para além da doença, somente a partir de outras perspectivas para o envelhecimento será possível desenvolver estratégias de cuidado a saúde do idoso, em consonância com o paradigma proposto pelo SUS, onde

Concepções multidimensionais de saúde e de bem-estar, com um lugar reservado para o bem-estar psicológico, como variável protetora e como variável promotora do desenvolvimento, poderão ser um bom ponto de partida de novas políticas e práticas sociais afinadas com essas novas necessidades” (NERI et al, 2018, p. 09).

Quanto a saúde mental, no contexto da AP, foi estimada que 7,6% das pessoas de 18 anos ou mais receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, o que representa 11,2 milhões de pessoas. As Regiões Sul (12,6%) e Sudeste (8,4%) apresentaram os maiores percentuais de pessoas com depressão diagnosticada, acima do percentual nacional (7,6%), a faixa etária com maior propensão a depressão foi de 60 a 64 anos de idade (11,1%), enquanto o menor percentual foi obtido na população de 18 a 29 anos de idade (3,9%) (IBGE, 2014). Duas crescentes, as demandas de saúde mental e a população idosa.

A OMS divulgou que a depressão é um dos principais motivos de prejuízos à saúde da população, pois causa repercussões importantes na vida, além das alterações no funcionamento biológico. Embora a presença de sintomas depressivos seja frequente entre os idosos, muitas vezes, são negligenciados e equivocadamente tomados como consequência natural do envelhecimento (OMS, 2013).

O envelhecimento normal, ou senescência, está associado a diversas alterações estruturais e funcionais nos sistemas fisiológicos principais - sistema nervoso, cardiovascular, respiratório, digestivo, gênito-urinário, locomotor etc. Embora essas alterações mobilizem uma lentificação no desempenho desses sistemas, não implicam necessariamente em restrições nas atividades de vida diária ou em sintomas relacionados a depressão (MORAES, 2012). É preciso desmistificar as questões de saúde e doença na velhice, especialmente aos profissionais que atuam com essa população e a sociedade.

Veras e Oliveira (2018) sugerem a perspectiva do envelhecimento populacional como um problema de saúde pública e de forte impacto social, ou seja, além das questões de saúde exige mudanças mais amplas nas representações sobre a velhice, ou seja, é preciso tratar

também dos estereótipos. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas (senescência), envolve alguma perda funcional.

Logo, as ações de promoção e prevenção quanto a saúde mental e as relações sociais são tão importantes quanto aquelas que focam apenas nas condições físicas e doenças (OMS, 2005). No trabalho das eSF, as ações coletivas, na comunidade, entre grupos, são estrat indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (BRASIL, 2006c). Mais uma oportunidade para reforçarmos que saúde em um contexto mais amplo está relacionada intimamente a sensação ou percepção de bem-estar.

A disponibilidade para transformações de hábitos e aquisição de estilo de vida favorável a saúde, uso de treino cognitivo, engajamento com a vida, manutenção das relações familiares, participação em atividades sociais além de melhorar o funcionamento físico e mental, são exemplos de estratégias que favorecem a manutenção das mudanças inerentes ao envelhecimento normal (RIBEIRO, 2015).

Neste viés, com objetivo de ultrapassar paradigmas focados na doença e no declínio das funcionalidades, o SUS prega por abordagens que compreendem as potencialidades das pessoas mais velhas. O ‘envelhecimento saudável’, ‘envelhecimento ativo’ e ‘envelhecimento bem-sucedido’, são conceitos criados em outros que trazem outras perspectivas (ARAÚJO et al., 2016).

A proposta do envelhecimento saudável destaca a importância da saúde e da atividade, compreendida como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional, o que inclui a promoção de comportamentos saudáveis e a redução dos fatores prejudiciais à saúde (ARAÚJO, et al., 2016). O envelhecimento bem-sucedido é um conceito marcado pela presença de três elementos, o baixo risco de doenças e incapacidade, a alta funcionalidade física e cognitiva, e o engajamento ativo com a vida (RIBEIRO, 2012).

O sentido do envelhecimento bem-sucedido é analisado desde a década de 1940, e compreendido também como uma meta no curso da vida (NERI; TEIXEIRA, 2008). Muitos problemas considerados inerentes ao envelhecimento têm sido compreendidos como resultados de hábitos e escolhas, assim a qualidade de vida na velhice pode ser alcançada por intervenções ao longo da vida (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Sob estas perspectivas a idade cronológica podem ser diferentes da idade percebida conforme as escolhas e vivências no curso da vida.

Com objetivo de ampliar a perspectiva do envelhecimento saudável, adotada anteriormente, a OMS propõe o conceito de envelhecimento ativo como uma política de saúde, compreende este conceito como “[...] o processo de otimização das oportunidades de saúde,

participação e segurança, com o fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2005, p. 13). Os termos foram adotados no final da década de 1990, o conceito do termo ‘ativo’ está ligado a participação social e a intenção de atuar em outros contextos da vida. (OMS, 2005; BRASIL, 2006c).

Esse conceito amplia as perspectivas ao implicar determinantes econômicos, sociais, culturais de gênero e outros na inter-relação com a saúde. É um paradigma que contrapõe a visão passiva do idoso, reconhece seus direitos e estimula seu poder de decisão. “Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade” (BRASIL, 2006c, p.11).

Cabe aqui um adendo acerca dos conceitos adotados quanto a tendência de enveredar-se em explicações simplistas. Segundo Ribeiro (2012) a reflexão ao envelhecimento ativo está para a raiz laboral ou econômica do termo ‘ativo’ e o risco de vinculação deste enfoque para atividades de valor social reconhecido. “[...] a noção de “atividade” presente na conceptualização de envelhecimento ativo está associada à de participação (social, económica, cultural, espiritual e cívica) que ultrapassa conotações simplistas de atividade física ou laboral [...]” (p. 48-49). Quanto ao envelhecimento saudável e bem-sucedido a noção simplista está ligada ao sucesso/ fracasso e alcance de metas ou a dependência da interpretação individual de estar ou não estar saudável.

De modo geral o desejo de muitos idosos e profissionais tem sido a promoção de saúde e bem-estar nessa etapa da vida, seja referindo-se ao envelhecimento saudável, ativo ou bem-sucedido. De acordo Margaret Chan, diretora geral da OMS, no prólogo do material produzido sobre o *Plano de ação sobre saúde mental 2013-2020*,

O bem-estar mental é um componente fundamental da definição de saúde segundo a OMS. Uma boa saúde mental possibilita que as pessoas realizem seu potencial, superem o estresse normal da vida, trabalhem produtivamente e façam contribuições para sua comunidade. A saúde mental é importante, mas ainda há um longo caminho a percorrer até que seja alcançado. Há muitos aspectos a serem resolvidos, como negligência de serviços e cuidados com a saúde mental ou violações dos direitos humanos e discriminação de pessoas com transtornos mentais e deficiências psicossociais (OMS, 2013, p. 05).

Esse cenário nos convida a repensar modelos que fragmentam o ser humano e o cuidado, que recorrem a grande presença de fármacos, geram sobrecarga ao sistema de saúde, aumento de custos e ainda não respondem satisfatoriamente para saúde dos idosos (MORAES, 2012). Como alternativa a estas tendências Teixeira e Neri (2008) sugerem ampliar o conhecimento

dos profissionais de saúde sobre as capacidades dos idosos e sobre o envelhecimento como um processo que envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais e desta forma, envelhecer bem se torna uma questão particular baseada nos valores construídos por cada pessoa no decorrer da vida.

3.3 PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

A velhice ainda é cercada por representações negativas reforçadas ao longo das gerações, percebemos movimentos para desconstruir estes aspectos, a mídia tem retratado o idoso mais saudável e ativo, mas provavelmente a herança discriminatória ainda é absorvida e afeta a autoimagem dos idosos (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Pensar em reorganizar o cuidado a saúde é implicar as representações sobre a velhice na sociedade e dentro dos serviços de saúde.

A psicologia pode contribuir para o exercício das reflexões científicas e por consequência nas estratégias de cuidado a saúde mental do idoso. Mais desafiador que classificar uma psicopatologia pode ser colaborar com a integralidade no cuidado em saúde mental, os profissionais da saúde merecem acessar informações que os auxiliem a compreender aspectos relacionados a constituição da identidade da pessoa idosa, e assim subsidiar a construção de estratégias de atenção à saúde mental do idoso.

Erikson estudioso do desenvolvimento humano, desenhou o ciclo vital em estágios onde as dimensões biológica, sociocultural e histórica interagem, demonstrou que experiências registradas nos períodos iniciais de vida não determinam uma personalidade imutável, novas vivências podem produzir mudanças. Essas mudanças são motivadas por crises ou conflitos, que são incertezas e questionamentos inerentes e naturais à cada estágio da vida. Quando estas crises têm resolução positiva, manifestam-se virtudes psicossociais, que são valores e sentimentos que favorecem o equilíbrio emocional e a aptidão para relacionamentos. Na idade adulta tardia o estágio concebido por Erikson é a *integridade do ego* versus *desespero*, espera-se que nesta fase surjam reflexões sobre as escolhas ao longo da vida e a finitude, a valorização do que foi vivido torna a tarefa de *integração* bem-sucedida, por outro lado, sentimento de insegurança, baixa autoestima e impossibilidade de recomeçar tendem a produzir *desespero* (HALL et al., 2000; ERIKSON E. H; ERIKSON, J. M, 1998).

Aceitar a vida como foi vivida, segundo esta teoria, é o caminho para aceitar a finitude e viver bem a velhice. Mesmo diante da sensação de fracasso existe a possibilidade de alcançar a

integridade do ego através de estímulos que permitam ressignificar experiências. O envolvimento social, atividade física, práticas de autocuidado e o relacionamento com familiares são estratégias de vitalidade diante do declínio de funções fisiológicas do corpo (ERIKSON et al, 1986 *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Refletir sobre o envelhecimento a partir desta abordagem pode agregar as práticas dos profissionais da saúde e colaborar com o grande desafio na construção de uma consciência coletiva, de forma que tenhamos uma sociedade para todas as idades, através da inclusão e valorização de potencialidades.

4 MÉTODO DA PESQUISA

A seguir serão tecidas considerações acerca da metodologia adotada para o desenvolvimento desta pesquisa e as etapas percorridas.

4.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Diante do avanço na produção científica e o aumento das publicações, profissionais que não estão em um contexto acadêmico podem ter dificuldades de acompanhar a divulgação dessas pesquisas, a revisão da literatura permite a atualização desta população, por integrar uma grande quantidade de informações acerca de um tema específico, em uma única publicação. Iniciativas de práticas baseadas em evidências fomentam a necessidade das revisões da literatura, o método da revisão integrativa permite a associação de diferentes metodologias e desempenha um papel importante para as práticas baseadas em evidências (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para realização desta pesquisa adotou-se método de estudo criterioso, baseado em estudos anteriores, trata-se de uma revisão integrativa. “A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente” (ERCOLE, et al., 2014, p. 09).

O levantamento de informações através da revisão integrativa possibilita a análise ampla e a compreensão profunda do fenômeno estudado (SOUZA et al., 2010). Para desenvolver esta revisão optou-se por um processo criterioso operacionalizado através de seis etapas apoiadas nos trabalhos de Mendes (et al, 2008), Souza (et al., 2010) e Leonardi (2016), apontadas a seguir: (1) Identificação do tema e pergunta (2) Busca na literatura (3) Extração de dados (4) Análise das informações (5) Interpretação dos resultados (6) Apresentação da conclusão

O *tema* escolhido deve despertar o interesse do revisor, de modo a tornar o processo motivador e possuir relevância científica. A objetividade e a delimitação quanto ao tema auxiliarão na definição da *pergunta* de pesquisa. Esta etapa está relacionada ao conhecimento prévio do pesquisador e é muito importante, pois direciona toda a pesquisa (MENDES et al., 2008). A *busca na literatura* necessita ser ampla, em bases de dados diferentes para produzir uma amostra representativa, os critérios de seleção irão guiar a busca e devem ser expostos ao leitor, pois confere transparência ao processo (SOUZA et al., 2010).

É na *extração de dados*, a terceira etapa da revisão integrativa, onde ocorre a definição dos elementos que serão extraídos dos estudos, utiliza-se um instrumento específico para a extração desses dados. O objetivo é organizar as informações selecionadas em um banco de dados conciso e de fácil acesso, minimizando o risco de equívocos nas próximas etapas. Embora seja recomendada a avaliação acerca da qualidade metodológica dos estudos revisados, não é obrigatória, pois na revisão integrativa a adequação da metodologia não é considerada como um critério de inclusão/ exclusão das referências, evitando limitar a pesquisa (LEONARDI, 2016).

Na etapa de *análise das informações* os dados extraídos são analisados detalhadamente, os resultados dos estudos primários podem ser comparados de acordo com a abordagem adotada ou agrupados por similaridades, é possível levantar fatores que mostraram uma implicação nos desfechos e assim identificar padrões, estabelecer relações e derivar conclusões. Como não existe um instrumento padronizado para este fim, cabe ao pesquisador elaborar seu método para organizar e sumarizar a produção do conhecimento (MENDES et al., 2008; LEONARDI, 2016).

A *interpretação dos resultados* é a etapa onde as informações analisadas e organizadas são interpretadas, ou seja, os resultados encontrados são comparados com referencial teórico que os sustentem e obtém-se a conclusão sobre o estado atual da produção científica acerca do tema pesquisado. É possível identificar as lacunas e apontar sugestão para outros estudos. A última etapa desse percurso metodológico é a *apresentação da conclusão*, é onde se dá a descrição das etapas percorridas e a divulgação de todo processo da revisão, explica-se o que os resultados encontrados indicam em relação aos objetivos da pesquisa. O pesquisador escolhe a forma como deseja divulgar seu estudo (MENDES et al., 2008; SOUZA et al., 2010; LEONARDI., 2016).

4.2 ETAPAS DESTE ESTUDO

As seis etapas desta revisão integrativa – (1) identificação do tema e da pergunta, (2) busca na literatura, (3) extração de dados, (4) análise das informações (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação das conclusões - percorridas para o desenvolvimento deste estudo.

4.2.1 Etapa 1 - Identificação do tema e pergunta

Neste estágio inicial, embrionário, coube a identificação do tema e a definição dos objetivos da revisão para responder questão norteadora da pesquisa.

A população idosa não era inicialmente um tema familiar a pesquisadora, foi definida em consenso, a partir da linha de pesquisa da coorientadora. O tema saúde mental além de forte relevância para o campo da saúde e sociedade, possui afinidade com a formação acadêmica da pesquisadora, por ser muito abrangente focalizou-se nas estratégias de cuidado em relação a saúde mental do idoso. O contexto da APS foi estabelecido por ser o local onde a pesquisadora atua e considerado campo propício para abordar estas demandas de saúde da população idosa.

Conforme apresentado no capítulo 2 os objetivos deste trabalho foram identificar na literatura, no período de 2014 a 2018, quais estratégias de atenção em saúde mental ao idoso são utilizadas na APS, descrever essas estratégias, listar os resultados obtidos com sua utilização dessas e relacionar os fatores associados ao uso da estratégia com o resultado obtido. Desta forma, este estudo pretende responder a seguinte pergunta:

- Quais estratégias de atenção em saúde mental ao idoso são utilizadas no contexto da Atenção Primária à Saúde?

4.2.2 Etapa 2 - Busca na literatura

Até a definição dos descritores e das bases de dados utilizadas nesta pesquisa, foram feitas buscas casuais de caráter exploratório, alternando diferentes termos, fontes de dados e período. Essa pesquisa prévia foi realizada entre 07 e 17 de dezembro do ano de 2018. Através desta experiência percebemos a necessidade alterar o protocolo de busca pré-definido, o tópico ‘assistência integral a saúde’, por possuir sentido diferente do atribuído pelo sistema de saúde brasileiro em relação a outros países foi excluído, e o tópico ‘saúde pública’ devido a abrangência quanto aos níveis de atenção foi delimitado por ‘primária’.

O critério de busca por período precisou ser reduzido, inicialmente utilizado entre os anos de 2008 a 2018, pois considerou -se a necessidade de delimitar a busca e a pertinência de estudos mais recentes. As fontes de informação ‘Scopus’, ‘Web of Science’, ‘Cinahl’ foram excluídas também pela necessidade de delimitar o escopo da pesquisa.

Com base nesta caminhada prévia foram definidos os tópicos: ‘saúde do idoso’, ‘idoso’, ‘envelhecimento’, ‘saúde mental’, ‘estratégias’ e ‘atenção primária’, combinados com os operadores booleanos OR e AND. Demonstrados no quadro abaixo (Quadro 1)

Quadro 1 – Tópicos e operadores booleanos.

Tópicos selecionados	<ul style="list-style-type: none"> • saúde do idoso • idoso • envelhecimento • saúde mental • estratégias • atenção primária a saúde
Combinação com operadores booleanos	<ul style="list-style-type: none"> • saúde do idoso OR idoso OR envelhecimento • AND saúde mental • AND estratégias • AND atenção primária à saúde

Elaborada pela autora (2019).

Os tópicos foram estruturados através dos descritores no idioma português (DECS) em permuta e seus sinônimos, acessados no endereço <http://decs.bvs.br/>. Os descritores no idioma inglês (MeSH) e seus sinônimos foram acessados através do endereço <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.mesh>.

É importante realçar que mesmo com a definição cuidadosa dos tópicos, problemas na indexação dos estudos primários, quanto a escolha de descritores adequados, podem impactar na recuperação de referências (WHITTEMORE; KNAF, 2005).

Na sequência delimitamos o escopo da pesquisa na literatura, especialmente dentro da disponibilidade de tempo para revisão, definimos os critérios: tipo de estudo somente artigo, sem restrição de área geográfica, publicados no período de 2014 a 2018, no idioma português, espanhol e inglês e somente os textos disponibilizados completos. Demonstrados no quadro abaixo (Quadro 2).

Quadro 2 – Critérios.

Tipo de estudo	Artigo
Área geográfica	Sem restrição
Período	2014-2018
Outros	Texto completo

A fonte de informação foram bases de dados em meio eletrônico: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed (National Library of Medicine National), LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe)

Demonstradas no quadro abaixo (Quadro 3). Compreendemos que estas bases ofereceram evidências científicas suficientes refletimos também sobre o determinante tempo, onde uma demanda muito alta de referências poderia inviabilizar este estudo.

Quadro 3 – Bases de dados.

Fontes de informações eletrônicas	<ul style="list-style-type: none"> • SCIELO (Scientific Electronic Library Online)
	<ul style="list-style-type: none"> • PubMed (National Library of Medicine National)
	<ul style="list-style-type: none"> • LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe)

Elaborado pela autora (2019).

Após a definição do protocolo de busca descrito nos parágrafos acima e com o suporte de uma bibliotecária, do Serviço de Competência em Informação e Suporte à Pesquisa da UFSC, foram criadas as chaves de busca de acordo com as características de cada base de dados. Demonstradas no quadro abaixo (Quadro 4).

Assim, a busca na literatura foi finalizada em 19 de dezembro de 2018. Através da base de dados SCIELO foram recuperadas 22 referências, na PubMed 198 e na LILACS 23, totalizando 243 artigos (Quadro 4)

Quadro 4 – Chaves de busca e artigos recuperados.

BASE	ESTRATEGIA DE BUSCA	ARTIGOS RECUPERADOS
SCIELO	("Health of the Elderly" OR "Aged" OR "elderly" OR "older" OR "aged person" OR "aged persons" OR "aged people" OR "aged adult" OR "aged adults" OR "aged population" OR "old age" OR "old aged" OR "older age" OR "third age" OR "Aging" OR "Senescence" OR "Adults Aged" OR "older adult" OR "older adults" OR "Saúde do Idoso" OR "Saúde da Pessoa Idosa" OR "Saúde da Terceira Idade" OR "Idoso" OR "Idosos" OR "Pessoa Idosa" OR "Pessoas Idosas" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade" OR "População Idosa" OR "ancião" OR "anciões" OR "terceira idade" OR "Envelhecimento" OR "senescência" OR "senência" OR "Salud del Anciano" OR "Salud de la Tercera Edad" OR "Anciano" OR "ancianos" OR "tercera edad") AND ("Mental Health" OR "Mental Hygiene" OR "Saúde Mental" OR "Higiene Mental" OR "Salud Mental") AND ("Strategies" OR "Strategy" OR "Practices" OR "Practice" OR "Estratégias" OR "Estratégia" OR "Práticas" OR "Prática" OR "Práctica") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidado Primário" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Cuidado de Saúde Básico" OR "Cuidados de Saúde Básicos" OR "Cuidado Básico" OR "Cuidados Básicos" OR "Cuidados Básicos à Saúde" OR "Cuidados Básicos de Saúde" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Primaria" OR "Atención Primaria a la Salud" OR "Atención Primaria en Salud" OR "Atención Básica" OR "Atención Básica a la Salud" OR "Atención Básica de Salud"	22

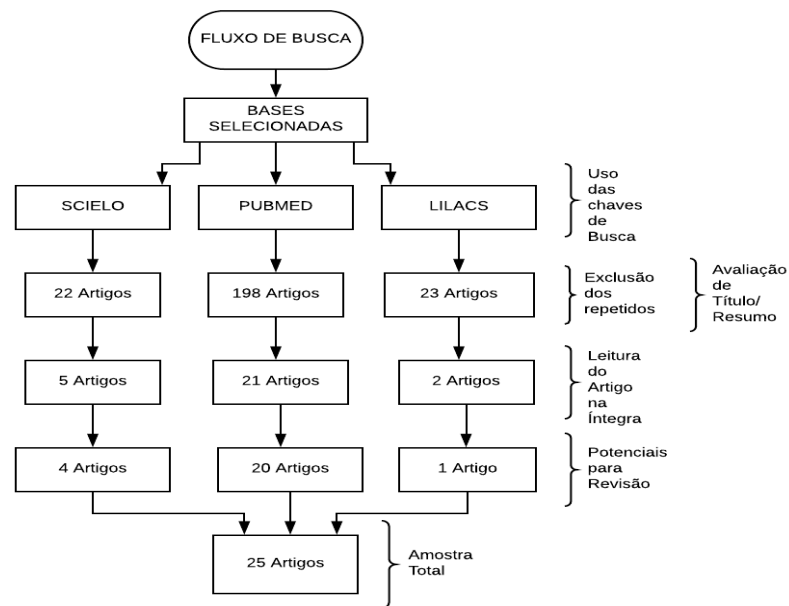
	OR "Cuidado de la Salud Primarios" OR "Cuidados Primarios" OR "Cuidados Primarios de la Salud" OR "Cuidados Primarios de Salud" OR "servicio básico de salud" OR "servicios básicos de salud" OR "servicio básico" OR "servicios básicos" OR "cuidado básico de salud" OR "cuidados básicos de salud"))	
PubMed	((("Health of the Elderly"[Title/Abstract] OR "Aged"[Mesh] OR "Aged"[Title/Abstract] OR "elderly"[Title/Abstract] OR "older"[Title/Abstract] OR "aged person"[Title/Abstract] OR "aged persons"[Title/Abstract] OR "aged people"[Title/Abstract] OR "aged adult"[Title/Abstract] OR "aged adults"[Title/Abstract] OR "aged population"[Title/Abstract] OR "old age"[Title/Abstract] OR "old aged"[Title/Abstract] OR "older age"[Title/Abstract] OR "third age"[Title/Abstract] OR "Aging"[Mesh] OR "Aging"[Title/Abstract] OR "Senescence"[Title/Abstract] OR "Adults Aged"[Title/Abstract] OR "older adult"[Title/Abstract] OR "older adults"[Title/Abstract]) AND ("Mental Health"[Mesh] OR "Mental Health"[Title/Abstract] OR "Mental Hygiene"[Title/Abstract]) AND ("Strategies"[Title/Abstract] OR "	198
LILACS	tw:(("Health of the Elderly" OR "Aged" OR "elderly" OR "older" OR "aged person" OR "aged persons" OR "aged people" OR "aged adult" OR "aged adults" OR "aged population" OR "old age" OR "old aged" OR "older age" OR "third age" OR "Aging" OR "Senescence" OR "Adults Aged" OR "older adult" OR "older adults" OR "Saúde do Idoso" OR "Saúde da Pessoa Idosa" OR "Saúde da Terceira Idade" OR "Idoso" OR "Idosos" OR "Pessoa Idosa" OR "Pessoas Idosas" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade" OR "População Idosa" OR "ancião" OR "anciões" OR "terceira idade" OR "Envelhecimento" OR "senescência" OR "senência" OR "Salud del Anciano" OR "Salud de la Tercera Edad" OR "Anciano" OR "ancianos" OR "tercera edad") AND ("Mental Health" OR "Mental Hygiene" OR "Saúde Mental" OR "Higiene Mental" OR "Salud Mental") AND ("Strategies" OR "Strategy" OR "Practices" OR "Practice" OR "Estratégias" OR "Estratégia" OR "Práticas" OR "Prática" OR "Práctica") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "basic health care" OR "basic care" OR "basic service" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidado Primário" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Cuidado de Saúde Básico" OR "Cuidados de Saúde Básicos" OR "Cuidado Básico" OR "Cuidados Básicos" OR "Cuidados Básicos à Saúde" OR "Cuidados Básicos de Saúde" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Primaria" OR "Atención Primaria a la Salud" OR "Atención Primaria en Salud" OR "Atención Básica" OR "Atención Básica a la Salud" OR "Atención Básica de Salud" OR "Cuidado de la Salud Primarios" OR "Cuidados Primarios" OR "Cuidados Primarios de la Salud" OR "Cuidados Primarios de Salud" OR "servicio básico de salud" OR "servicios básicos de salud" OR "servicio básico" OR "servicios básicos" OR "cuidado básico de salud" OR "cuidados básicos de salud")) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS") AND year_cluster:("2014" OR "2016" OR "2015" OR "2017" OR "2018") AND type:("article"))	23

Fonte: elaborada pela autora (2019).

Dos 243 artigos recuperados, 9 foram excluídos pois se repetiam entre as bases de dados. Dos 234 restantes procedeu-se a leitura cuidadosa do título e resumo, não se sabe se por

problemas de indexação, mas grande parte não correspondeu a temática pesquisada ou a população delimitada, assim foram mantidos 28 artigos apropriados a pesquisa, cujo conteúdo retratou os temas ‘saúde mental’, ‘idoso’ e ‘atenção primária’ e então procedeu-se a leitura desses artigos na íntegra. A amostragem foi composta por **25** artigos que retrataram estratégias de atenção à saúde mental do idoso na APS. O resumo da seleção dos artigos está exposto no fluxograma abaixo (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da busca na literatura.



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

4.2.3 Etapa 3 - Extração de dados

A leitura dos 25 artigos selecionadas foi repetida tantas vezes quanto necessário para a extração das informações pertinentes aos objetivos da pesquisa. Concluiu-se que não seria possível utilizar uma ferramenta padronizada que atendesse as particularidades dessa pesquisa, então optou-se por construir uma Ficha de Extração para registro das informações extraídas na leitura dos artigos.

Embora a inclusão de diferentes métodos de pesquisa na revisão seja uma tarefa complexa para análise de dados, foram incluídos todos os estudos que focavam na saúde mental do idoso no contexto da APS e que propuseram estratégias, independente do delineamento

metodológico. A Ficha de Extração foi organizada em colunas divididas por unidades de conteúdo, a saber:

- Revista
- Título do artigo
- Ano de publicação
- Autor
- Metodologia
- Público alvo
- Local
- Objetivos
- Resultados
- Conclusões
- Outras informações relevantes

A partir do conteúdo inserido na Ficha de Extração observou-se que o grande volume de informações tornou a visualização pouco dinâmica, dificultando o resgate do conteúdo.

Para facilitar o acesso e resgate das informações extraídas através de diferentes esquemas visuais ou *layouts* foram criadas outras fichas denominadas de Fichas de Síntese (1, 2, 3, 4 e 5), com redução das unidades de conteúdo, divididas por colunas, que otimizaram a análise do conteúdo. Descritas no quadro a seguir (Quadro 5).

Quadro 5 – Fichas de Síntese.

FICHA	UNIDADE DE CONTEUDO/ LAYOUT
Ficha de síntese 1	Artigo; Objetivos; Resultados; Conclusões
Ficha de síntese 2	Artigo; Estratégia utilizada
Ficha de síntese 3	Artigo; Estratégia utilizada; Sugestão
Ficha de síntese 4	Artigo; Estratégia utilizada; Sugestão; Resultados
Ficha de síntese 5	Artigo; Objetivos; Estratégia usada; Sugestão; Resultados

Fonte: elaborada pela autora (2019)

A acessibilidade aos dados permitiu a análise e cruzamento das informações na próxima etapa.

4.2.4 Etapa 4 - Análise das informações

A análise e síntese de várias fontes com diferentes delineamentos metodológicos foi mesmo um desafio nesta pesquisa, aspecto subjugado inicialmente, porém próprio das revisões integrativas.

Os dados extraídos foram organizados por relevância de modo a fornecer um panorama geral sobre os artigos (local, período, região, aspectos metodológicos). Assim, foi possível atingir dois objetivos específicos desta pesquisa, descrever as estratégias de atenção em saúde mental ao idoso utilizadas na APS e listar os resultados obtidos através das estratégias utilizadas.

Informações gerais:

Quando ao meio de divulgação dos 25 artigos (periódico, revista, jornal) apenas dois foram publicadas através do mesmo meio, o *Trials Journal*, os demais em locais diferentes descritos no quadro abaixo (Quadro 6).

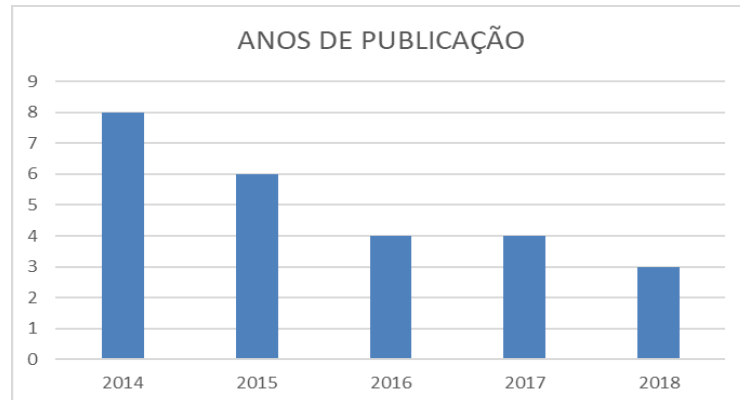
Quadro 6 – Meio de divulgação*.

ARTIGO	MEIO	ARTIGO	MEIO
A1	lancet Psychiatry	A14	J. Diabetes Investig.
A2	Journal-J. MCP	A15	Trials
A3	The Pan African J.	A16	Trials
A4	Contemp. Cli. Trial C.	A17	Am. J. Geriatr. Psychiatry
A5	Can. J. Psychiatry	A18	Curr. Psychiatry
A6	J. Neurosci. Rural Pract.	A19	Int. J. Geriatr. Psychiatry
A7	Clin. Interv. Aging	A20	J. Multidiscip. Healthc.
A8	Int. J. Geriatr. Psychiatry	A21	Ver. Bras. Epidemiol.
A9	BMC Health Serv. Research	A22	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol
A10	BJM Open	A23	Rev. Esc. Enferm.
A11	J. Geriatr.	A24	J. Bras. Psiquiatr
A12	Can Fam Physician.	A25	REME - Rev. Min. Enfer.
A13	BMC Med.		

*abreviação conforme sugestão das revistas para citação.

Quanto ao ano de publicação, 8 artigos foram publicados no ano de 2014 (A13, A14, A15, A16, A18, A20, A23, A25), 6 em 2015 (A10, A11, A12, A17, A19, A21), 4 em 2016 (A7, A8, A9, A22), 4 em 2017 (A3, A4, A6, A24) e 3 dos artigos no ano de 2018 (A1, A2, A5). Conforme exposto no gráfico abaixo (Gráfico 3).

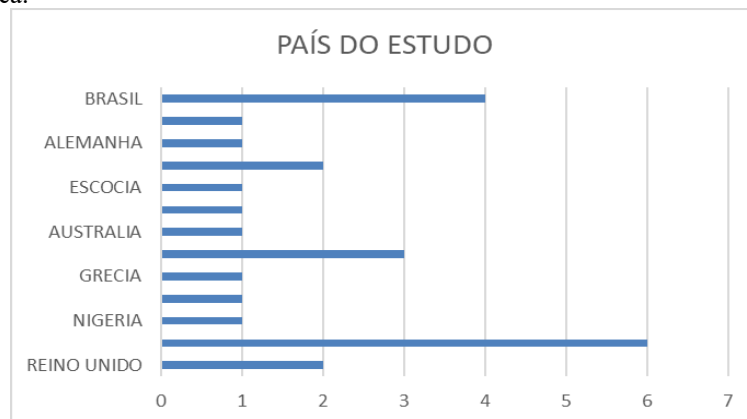
Gráfico 3- Período.



Fonte: a autora.

Quanto a area geográfica observamos que 6 estudos foram realizados nos Estados Unidos (A2, A5, A8, A11, A17, A18), 4 no Brasil (A21, A22, A24, A25), 3 na Inglaterra (A7, A9, A15), 2 no Reino Unido (A1, A23), 2 na China (A14, A19) e nos demais, Nigeria (A3), India (A4), Grecia (A6), Australia (A10), Canada (A12), Escocia (A13), Alemanha (A16) e Suécia (A20), foi realizado 1 estudo em cada região. Conforme demonstrado no grafico abaixo (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Area geográfica.



Fonte: a autora (2019).

Detalhes metodológicos:

Quanto aos aspectos metodológicos 5 estudos recomendaram estratégias de atenção à saúde mental utilizadas em Ensaios Clínicos (EC) e 4 dos estudos recomendaram estratégias em saúde mental utilizadas através de outros métodos (OM) (Quadro 7).

Quadro 7 – Delineamento metodológico

A4, A15*, A16*	Ensaio clínico randomizado
A9, A11*	Ensaio clínico não randomizado
A5, A10, A12, A14	Outros métodos

*Ensaio em implementação

Optou-se por incluir estes artigos na revisão, embora as estratégias em saúde mental aos idosos tenham sido utilizadas a partir de experimento ‘artificial’, contemplaram o contexto da AP, outro aspecto levado em conta para inclusão foi a redução dos vieses nesse tipo de estudo.

Os EC são estudos que se caracterizam pela manipulação artificial da intervenção por parte do pesquisador, administra-se uma intervenção e observa-se seu efeito sobre o desfecho. A designação dos participantes pode ser aleatória – randomizada, ou não aleatória – não randomizada. Estes estudos quando analisados pelo olhar da medicina baseada em evidências correspondem a melhor qualidade metodológica possível para a resposta de uma questão clínica e são, potencialmente, menos suscetíveis a vieses quando comparados a outros estudos (NEDEL; SILVEIRA, 2016).

Dos artigos mencionados acima três* são EC randomizados em implementação, mas descreveram as estratégias que serão utilizadas baseadas em ensaios anteriores, com resultados potencialmente benéficos a saúde mental dos idosos, por este motivo e por estarem em consonância com os aspectos supracitados foram mantidos na revisão.

Parte considerável da amostra, ou seja, 9 estudos não apontaram as estratégias à saúde mental do idosos utilizadas no contexto onde os dados foram coletados (A7, A8, A13, A18, A19, A21, A23, A24, A25). Contudo, essas pesquisas estavam em consonância com a temática desta revisão e mostram através do levantamento de uma realidade a necessidade do uso de estratégias e especificaram quais seriam. Tal cenário permitiu a pesquisadora manter estes artigos à medida que trouxeram recomendações de estratégias a serem utilizadas, implicadas em evidências levantadas no estudo primário. 7 estudos que trouxeram as estratégias utilizadas rotineiramente no campo de pesquisa.

Os diferentes delineamentos metodológicos não excluíram os estudos da revisão, como mencionado anteriormente, contudo deixaram o processo de análise dos dados desafiador, especialmente em manter a transparência e deixá-lo didático ao leitor.

Identificação e descrição das estratégias:

Com objetivo de manter a transparência das informações e expô-las de maneira didática foram criados quadros (Quadros 8, 9, 10 e 11) onde foram identificadas as estratégias utilizadas por estudo. Abaixo de cada quadro seguirá a descrição por extenso.

Iniciamos com a identificação das estratégias utilizadas por ensaio clínico (Quadro 8) e logo abaixo a descrição das mesmas.

Quadro 8 – Estratégia por EC

ARTIGO	ESTRATÉGIA UTILIZADA/ ENSAIO CLÍNICO
A4	DIL
A5	PRISME-E/ IMPACT/ PROSPECT
A9	AMP
A11	PASSE-PC
A15	CASPER-PLUS
A16	GermanIMPACT

Fonte: a autora (2019)

- DIL – *Depression in Later Life*/ Depressão na vida tardia.

É o primeiro ensaio clínico randomizado abordando a prevenção de transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade) em um país de baixa e média renda, a Índia. A DIL compartilha várias características importantes com ensaios randomizados de prevenção de doenças mentais conduzidos em países de alta renda. Com base no estudo de tratamento MANAS (Promoting Mental Health), a DIL apresenta lições aprendidas no desenvolvimento e implementação de um protocolo utilizando como estratégias os ‘conselheiros leigos de saúde’, pessoa da comunidade, treinadas, que oferecem intervenção de prevenção da depressão. Organizam-se conceitualmente em torno da Terapia de Solução de Problemas para a Atenção Primária (TSP), com componentes adicionais abordando o tratamento comportamental breve de distúrbios do sono, apoio às necessidades básicas de atendimento social e educação em autogerenciamento de doenças crônicas e comorbidades prevalentes, como diabetes mellitus. A prevenção indicada é dirigida a indivíduos que apresentam depressão sub-limiar (ou seja, alguns sintomas de transtorno depressivo), mas que não atendem aos critérios diagnósticos para transtorno depressivo. A prevenção indicada tem dois objetivos, reduzir os sintomas de estresse emocional que colocam pessoas em risco de transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade, aumentando assim a qualidade de vida e, em segundo lugar, fortalecer os fatores de proteção para prevenir o aparecimento de transtornos depressivos maiores e outros transtornos mentais

comuns, como transtornos de ansiedade. ESTRUTURA: Integração de componentes baseados em evidências/ estratégias: (1) Terapia de Resolução de Problemas (PST) e Terapia Breve Comportamental para Insônia (BBTI), (2) trabalhos caseiros, tais como facilitar o acesso a programas de seniores do Governo de Goa, (3) educação em autogestão de comorbidades médicas frequentes em depressão, incluindo diabetes mellitus, hipertensão, artrite e outras doenças crônicas. Finalmente, a argumentação é de que essa proposta - DIL deve ser vista dentro de um quadro maior de atividades bem-sucedidas. Assim, o DIL não está relacionado apenas à prevenção da depressão, também se concentra na restauração de uma sensação de bem-estar em idosos sobrecarregados com sofrimento emocional, ensina e reforça habilidades de lidar ativamente com os desafios comuns da velhice (DIAS et al., 2017).

- IMPACT* - *Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment*/ Melhorar o acesso à promoção do estilo de tratamento colaborativo.

O modelo IMPACT foi desenvolvido na Universidade de Washington como uma modificação do modelo de Cuidados Colaborativos. Pacientes com idade de 60 anos ou mais foram recrutados por triagem para depressão e por encaminhamentos médicos, os que preencheram os critérios diagnósticos estruturais para depressão maior ou distúrbio distímico foram aleatoriamente designados para o modelo IMPACT ou tratamento usual. Os pacientes receberam avaliações no acompanhamento de 3, 6 e 12 meses. ESTRUTURA: A intervenção foi entregue por uma equipe que inclui um gerente de cuidados (geralmente uma enfermeira da AP), o médico de AP, um psiquiatra consultor. O gerente de cuidados de depressão foi baseado na clínica de cuidados primários e trabalhou com pacientes e seus médicos por até 12 meses para estabelecer um plano de tratamento que atendesse às preferências do paciente. As opções de tratamento/ estratégias incluíam: farmacoterapia, ativação comportamental e tratamento de resolução de problemas (TSP) - uma breve psicoterapia baseada em comportamento. A intervenção durou 1 ano. Os investigadores do IMPACT definem 5 princípios fundamentais que devem informar a implementação no mundo real: 1) o cuidado da equipe centrado no paciente focaliza a colaboração entre os prestadores de cuidados primários e de saúde comportamental usando planos de cuidados compartilhados que incorporam as metas do paciente; 2) atendimento de base populacional que utiliza registros para acompanhamento e consulta do paciente; 3) tratamento baseado em medidas que visa resultados específicos do paciente que são rotineiramente medidos por ferramentas baseadas em evidências, com os

tratamentos sendo alterados se os resultados não forem alcançados; 4) cuidados baseados em evidências, para que os pacientes recebam tratamentos com evidências de pesquisa para apoiar sua eficácia no tratamento da depressão; e 5) atendimento responsável, onde os provedores são reembolsados pela qualidade dos cuidados e pelos resultados clínicos (BRUCE; SIREY, 2018).

- PRISME-E - *Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elders/* Pesquisa de Atenção Primária em Abuso de Substâncias e Saúde Mental para Idosos.

No ensaio de efetividade do PRISM-E os pacientes idosos deprimidos foram randomizados para o modelo de co-localização ou para o encaminhamento aprimorado. O encaminhamento aprimorado envolveu o encaminhamento para um serviço de saúde mental de especialidade fora do local do atendimento inicial que ofereceu um breve período de espera e suporte de transporte. ESTRUTURA: As principais características do modelo integrado de cuidados PRISM-E são: 1) co-localização de um especialista em saúde mental (assistentes sociais, psicólogos ou enfermeiros psiquiátricos) em clínicas de atenção primária; 2) breves períodos de espera entre o encaminhamento e o recebimento da primeira consulta do especialista; e 3) comunicação estruturada entre o local de cuidado primário dos pacientes e os especialistas de saúde mental. As estratégias disponíveis para pacientes deprimidos incluem: gerenciamento de medicação, psicoterapia e gerenciamento de casos (BRUCE; SIREY, 2018).

- PROSPECT – *Prevention of Suicide in Primary Care Elderly/* Prevenção do Suicídio em Idosos de Atenção Primária.

A intervenção PROSPECT foi concebida como uma estratégia de redução do risco de suicídio com base na população que visava a depressão como o principal fator de risco para o suicídio em idosos. A intervenção durou 24 meses e forneceu tratamento agudo de continuação e manutenção para a depressão. ESTRUTURA: A intervenção incluiu gerentes de atendimento no local que eram assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos treinados nos procedimentos do PROSPECT. Eles colaboraram com os médicos dos cuidados primários e os ajudaram a reconhecer a depressão, forneceram recomendações e monitoraram os sintomas depressivos e efeitos colaterais. Os médicos seguiram as diretrizes padrão de tratamento para o tratamento agudo, de continuação e manutenção da depressão modificada para uso em pacientes idosos. O primeiro passo foi o inibidor seletivo da serotonina *citalopram*. Os gerentes de atenção à

depressão foram treinados em psicoterapia interpessoal e ofereceram esse tratamento para pacientes que recusaram ou não responderam à medicação. Investigadores psiquiatras forneceram supervisão de grupo semanal aos gerentes de cuidados da AP e estavam disponíveis por telefone (BRUCE; SIREY, 2018).

- AMP - *Improving Access to Mental Health in Primary Care*/ Melhorando o Acesso à Saúde Mental na Atenção Primária.

É um modelo de intervenção multifacetado com três elementos, cujo objetivo é aumentar o acesso à AP e à saúde mental de alta qualidade para grupos carentes como as pessoas mais velhas. ESTRUTURA: o modelo envolve as estratégias: envolvimento da comunidade como propulsor, treinamento das equipes de AP e intervenções de bem-estar personalizadas. A intervenção levantou duas suposições: o acesso às intervenções de bem-estar é aumentado pela presença do envolvimento da comunidade e dos elementos da formação em cuidados primários, e que a qualidade dos cuidados primários de saúde mental é aumentada pela presença do envolvimento da comunidade e dos elementos de intervenção do bem-estar (DOWRICK et al., 2016).

- PASSE-PC – *Psychiatric Assessment and Screening for the Elderly—Primary Care* – Avaliação e Triagem Psiquiátrica para Idosos - Atenção Primária.

O projeto é a implementação de um novo modelo de cuidado co-localizado (*model co-located* - CCM) e integrado a uma prática de AP geriátrica ambulatorial baseada na universidade. Uma característica central do PASSE-PC é o rastreamento para sintomas de depressão e ansiedade, seguido por tratamento psiquiátrico direcionado quando indicado. Ênfase na triagem sistemática como principal método de busca dos casos através de questionários (PHQ-9 e GAD-7). Faz uso de pessoal clínico existente, diferente de alguns CCM's, por isso tem baixo custo de implementação, permitindo acessibilidade ao tratamento em locais onde os pacientes idosos têm mais probabilidade de serem identificados e são mais receptivos a intervenção. ESTRUTURA: A triagem é realizada através dos instrumentos PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) e GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) validados e adequados para triagem de muitos pacientes, são breves e utilizáveis para indivíduos de todos os níveis de escolaridade e para aqueles com comprometimento cognitivo leve e moderado. A

equipe de saúde mental composta por um psiquiatra geriátrico a tempo parcial (20% em tempo integral equivalente), enfermeiro psiquiátrico em tempo integral e um assistente social clínico. As opções de encaminhamento incluíram: 1) avaliação completa por um membro da equipe de saúde mental; 2) encaminhamento ao psiquiatra da equipe ou enfermeiro; 3) encaminhamento para o assistente social da equipe; 4) tratamento psicofarmacológico continuado pelo médico de cuidado primário; 5) tratamento continuado por um psiquiatra da comunidade; e 6) encaminhamento para um provedor da comunidade. Alguns pacientes foram encaminhados para múltiplos profissionais ou modalidades de tratamento. Quando o principal responsável pelo tratamento era o médico da AP existiam reuniões de supervisão com os especialistas. As modalidades de tratamento/ estratégias incluíam: a prescrição e o monitoramento de agentes psicofarmacológicos e a Terapia de Solução de Problemas (TSP) adaptado para uso em pacientes mais velhos com transtornos afetivos, incluindo aqueles com disfunção executiva ou comprometimento cognitivo leve (ABRAMS et al., 2015).

- CASPER-PLUS - *Collaborative care in screen positive elders*/ Cuidado colaborativo em idosos positivos na triagem.

O objetivo foi avaliar a eficácia clínica e de custo do cuidado colaborativo, além do atendimento clínico comum, em comparação com os cuidados habituais do clínico geral apenas. CASPER Plus é um ensaio multicêntrico, controlado randomizado de uma intervenção de assistência colaborativa para indivíduos com 65 anos ou mais que sofrem de depressão moderada a grave. ESTRUTURA: A gravidade da depressão, será medida através de instrumento específico (Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9), no início, e depois alternando entre 4, 12 e 18 meses. A análise de custo-eficácia avaliará a qualidade de vida relacionada à saúde através de instrumento específico (SF-12 e o EQ-5D) e examinará as consequências do custo do cuidado colaborativo. O cuidado será prestado por um gerente de caso (profissional de saúde mental de cuidados primários) dentro de uma “estrutura de cuidados escalonados”, de tal forma que aqueles cuja depressão se agrava são intensificados de cuidados de baixa intensidade para uma forma mais intensiva de gerenciamento, incluindo monitoramento de medicação. São cinco principais componentes da intervenção/ estratégias: Avaliação e engajamento centrados no paciente, medição e monitoramento de sintomas, gestão de medicação, acompanhamento ativo, entrega da ativação comportamental. Os elementos adicionais do atendimento colaborativo incluem: suporte por telefone; monitoramento de sintomas e vigilância ativa

(facilitada por um sistema computadorizado de gerenciamento de casos (PC-MIS), acompanhamento de medicamentos e intervenção psicossocial de baixa intensidade (ativação comportamental) (OVEREND et al., 2014).

- GermanIMPACT - *Improving Mood Promoting Access to Collaborative Treatment*
Melhorando o Humor Promovendo o Acesso ao Tratamento Colaborativo.

A abordagem do IMPACT para tratar a depressão da idade avançada provou ser eficaz e econômica nos Estados Unidos por mais de uma década. O programa GermanIMPACT é adaptado para o contexto específico da AP na Alemanha. Ao preservar os princípios centrais do programa original, esperamos que nossa intervenção colaborativa mostre efeitos que sejam tão benéficos quanto os de sua contraparte americana. ESTRUTURA: Os três agentes profissionais (provedores) a seguir, que formam a tríade interdisciplinar de tratamento, são: o prestador de cuidados primários do paciente, geralmente um clínico geral em um consultório individual para o contexto alemão que atua como figura central no processo de intervenção, uma enfermeira treinada ou assistente social no papel de gerente de cuidados e o terceiro agente na tríade de tratamento do IMPACT é um consultor ou supervisor, psiquiatra ou psicoterapeuta. As técnicas/ estratégias fornecidas pelo modelo incluem: educação do paciente sobre sintomas, medicação, efeitos colaterais e assim por diante, identificação e integração de atividades positivas na rotina diária, prevenção de recaídas e treinamento técnicas de resolução de problemas (TSP) conforme necessário. Os gerentes recebem treinamento abrangente por um psicólogo sobre o conceito do programa e técnicas de intervenção. O especialista em saúde mental supervisiona a intervenção por meio de reuniões regulares com o gerente de cuidados e fornece orientações em caso difíceis (WERNHER. et al. 2014).

Abaixo estão identificadas (Quadro 9) e a seguir descritas as estratégias utilizadas a partir de OM, que embora não façam parte da rotina do local onde a intervenção se deu, foram testadas e forneceram resultados importantes para esta revisão

Quadro 9 – Estratégia por OM.

ARTIGO	ESTRATEGIA UTILIZADA/ Outros métodos
A10	<i>Facilitated reflection</i>
A12	<i>5-Weekend Care of the Elderly</i>
A14	Modelo <i>Wilson-Cleary</i>

Fonte: a autora (2019)

- *Facilitated Reflection/ Reflexão Facilitada.*

Para melhor atender às complexas necessidades de atenção dos idosos com problemas de saúde mental, os serviços poderiam se considerar parte de uma rede para melhor usar os recursos, melhorar a coordenação dos cuidados e garantir a capacitação da força de trabalho e da comunidade. Essa abordagem envolve estimular os membros da rede a refletirem sobre seus objetivos coletivos, os problemas que enfrentam, os recursos que possuem e, em seguida, as ações que podem realizar. Propomos que um papel fundamental para o gerenciamento da rede é destacar os objetivos comuns dos membros da rede, ao mesmo tempo em que os facilita a refletir sobre sua situação e trabalhar juntos para resolver problemas identificados. ESTRUTURA: Inicialmente foi feita a análise quantitativa das redes, entrevistas com informantes chave e análise de documentos e políticas. Os resultados eram apresentados aos participantes em Workshops, onde a reflexão de grupo facilitada foi usada para identificar questões de rede relativas ao serviço e possíveis soluções. A prática reflexiva foi utilizada como um método para ajudar os serviços a se desenvolverem colaborativamente em uma rede e, ao longo do tempo, para melhorar o funcionamento da rede. (FULLER et al. 2015).

- *5-Weekend Care of the Elderly /Cinco-final de semana Cuidados de Idosos.*

É uma atividade de desenvolvimento profissional continuada para médicos de família. O objetivo do programa é melhorar o conhecimento e a confiança dos profissionais na gestão de problemas geriátricos. ESTRUTURA: O currículo do curso acreditado é entregue em 5 finais de semana durante aproximadamente 6 meses. Cada fim de semana enfoca um tema diferente, incluindo comprometimento cognitivo, distúrbios da marcha, saúde mental, gestão da dor, problemas médicos geriátricos e incapacidade de prosperar (LAM et al. 2015).

- Modelo Wilson-Cleary.

Wilson-Cleary é um modelo conceitual de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em idosos. O modelo de Wilson e Cleary relaciona cinco conceitos de saúde em um continuum, são eles: (1) fatores fisiológicos; (2) sintomas; (3) saúde funcional; (4) percepções gerais de saúde; e (5) QVRS. Começando no nível clínico (biológico, objetivo) em um extremo do continuum e se movendo para fora para a interação dos indivíduos com o ambiente

para perceber um nível de qualidade de vida (psicológico, subjetivo) no outro extremo, este modelo integra ambos os aspectos biomédicos e paradigmas das ciências sociais (SHIU et al., 2014).

A seguir será identificado (Quadro 10) e logo abaixo descritas as estratégias recomendadas a partir de estudos cujo objetivo inicial não foi de testar (experimental) ou levantar (observar) as estratégias utilizadas em dado local, mas que no decorrer da pesquisa surgiram evidências importantes, cujo resultado subsidiou recomendações de estratégias a serem utilizadas.

Quadro 10- Estratégia recomendada.

ARTIGO	ESTRATEGIA RECOMENDADA
A7	Reflexão sobre o uso da terminologia centrada na pessoa. *
A8	Expansão das intervenções de autogestão. Abordagem integrada. Uso de defensores de pares ou programas de apoio de pares. *
A13	Abordagem integrada e multinível. *
A18	Modelo colaborativos de cuidado. Conexão sênior. Intervenção de planejamento de segurança. Guia prático para administrar a probabilidade de suicídio em pacientes idosos. *
A19	Modelos de atenção integrada*; Definição de fluxos e critérios; Monitoramento.
A21	Promoção do ‘envelhecimento ativo’*. Utilização de instrumento para rastreamento. Capacitação sobre fatores associados aos sintomas depressivos. Estratégias eficientes de acolhimento. *
A23	Capacitação sobre saúde do idoso e questões culturais associadas ao cuidado em saúde mental ao idoso.
A24	Deteção precoce. Ações que objetivem envelhecimento com qualidade de vida.
A25	Capacitação sobre envelhecimento e a pessoa idosa. Ações coletivas em saúde mental; Educação na saúde/autocuidado.

Fonte: elaborado pela autora (2019)

*As estratégias que merecem ser descritas, serão abaixo.

- *A abordagem centrada na pessoa*, raiz do trabalho de Carl Rogers, é flexível, promove a independência do idoso, permite o cuidado florescer, respeitando a dignidade, negociando alternativas e se comportando com compaixão, desta forma pode ser vista como um direito e não como valor de serviço, enfatizando os direitos humanos (MANTHORPE; SAMSI, 2016).
- *Intervenções de autogestão* ensinam os idosos a reconhecer sinais de risco e recaídas, monitorar seus sintomas e auto administrar os cuidados prescritos de saúde mental e física integradas (DINAPOLI et al., 2016).
- *Defensores de pares ou programas de apoio de pares* são idosos treinados e certificados para ajudar outras pessoas com dificuldades de saúde, auxiliam na redução do estigma dos tratamentos de saúde mental (DINAPOLI et al., 2016).
- *Abordagem integrada e multinível* se refere a integração entre os serviços clínicos, sociais e de reabilitação e vias claras de encaminhamento aos diferentes níveis de atenção.

Integração dos serviços em direção ao atendimento holístico dos pacientes (MCLEAN et al., 2014).

- *Modelos colaborativos de cuidado*, envolvem a comunicação interprofissional através de abordagem multiprofissional ao atendimento do paciente (RAUE et al., 2014).
- *Conexão sênior* é uma intervenção que envolve companheirismo e interações de apoio fornecidas por um voluntario idosos treinado (RAUE et al., 2014).
- *Intervenção de planejamento de segurança* consiste em ajudar o paciente a desenvolver uma lista escrita de estratégias de enfrentamento e apoio informais e formais para os pacientes usarem na prevenção de crises suicidas (RAUE et al., 2014).
- *Guia prático para administrar a probabilidade de suicídio em pacientes idosos* (ANEXO B) é uma proposta, são perguntas que auxiliam a identificar o risco de suicido, pode ser utilizada também no gerenciamento contínuo de indivíduos com ideação (RAUE et al., 2014)
- *Modelos de atenção integrada* incorporam cuidados de saúde mental no sistema de atenção primaria (VAN ORDEN et al., 2015).
- *Promoção do envelhecimento ativo* se refere práticas que favoreçam a manutenção da atividade funcional (BRETANHA et al., 2015).
- *Monitoramento* através de instrumento específico o *GDS-15*-escala de depressão *geriátrica* com intuito de orientar a intervenção dos profissionais, classificar o risco e com isso determinar estratégias de acesso (BRETANHA et al., 2015).
- *Estratégias eficientes de acolhimento* como uma diretriz da Política Nacional de Humanização, não é agendado para acontecer, todos os profissionais podem fazê-lo, faz parte de todos os serviços de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução (BRETANHA et al., 2015).

A seguir são identificadas (Quadro 11) as estratégias utilizadas, de fato, como rotina nos campos pesquisados e logo abaixo serão descritas somente as que se caracterizaram como singular, fora do corriqueiro e já sabido.

Quadro 11 – Estratégia utilizada.

ARTIGO	ESTRATÉGIA UTILIZADA/ ROTINA
A1	Atendimento AP, medicamento
A2	Consulta ambulatorial de AP domiciliar, triagem para depressão, medicamento
A3	Consulta
A6	Unidade saúde mental móvel
A17	Tratamento com antidepressivos através de atendimento domiciliar pelo enfermeiro, atendimento em consultório pelo médico
A20	Visita domiciliar
A22	Consulta médica e medicamento

Fonte: elaborada pela autora (2019)

- *Unidade de saúde mental móvel* é um serviço que realiza cuidados em saúde mental comunitária, organizado em uma unidade móvel é composto por equipe multiprofissional com 12 trabalhadores, abrange áreas de difícil acesso. As intervenções incluem farmacoterapia e psicoterapias, aprimoramento de habilidades sociais do paciente, educação e apoio as famílias e programas educacionais a comunidade (PERITOGIANNIS et al., 2017).
- *Visita domiciliar* o objetivo desta estratégia, inicialmente, é expandir a realização de um procedimento necessário, como seria em um atendimento, médico ou de outro profissional. A proposta das visitas é lançar um olhar ampliado acerca das demandas relacionadas também ao contexto onde o paciente está inserido e como medida preventiva, reduzindo custos ao sistema de saúde.
- *Triagem para depressão* se refere ao uso de testagens para avaliar e diagnosticar o paciente e mensurar sintomas.

Listagem dos resultados:

Os resultados obtidos com a utilização das estratégias serão listados a seguir, a fim de manter uma exposição didática os quadros foram criados de acordo com os aspectos metodológicos, mantendo a lógica dos quadros anteriores. Na primeira coluna é citada a estratégia utilizada e na segunda é listado o resultado obtido com seu uso.

Abaixo os resultados obtidos a partir das estratégias utilizadas em EC onde se observa desfechos positivos quanto a remissão de sintomas, adesão no tratamento, custo-efetividade pelo uso racional de recursos através do cuidado colaborativo (Quadro 12).

Quadro 12 – Resultado por EC.

ESTRATÉGIA	RESULTADOS
DIL	Contornou o desafio de recursos escassos e permitiu o uso mais racional e eficiente desses recursos, com o benefício potencial de uma grande população de idosos em ambientes de AP. A terapia de solução de problemas (TSP) foi eficaz no tratamento de transtornos mentais prevalentes, seu uso também está a serviço da prevenção. A modificação e o enriquecimento do TSP contribuíram para as altas taxas de adesão observadas entre os participantes do estudo, com taxa de evasão inferior a 20% (comparável aos estudos conduzidos em países de alta renda).
PRISME-E, IMPACT e PROSPECT	Apesar das diferenças nas características do desenho dos estudos (unidade de randomização, seleção da amostra, medidas clínicas), ambos relataram efeitos comparáveis a curto prazo (3 a 4 meses) nas taxas de resposta (50% de declínio na gravidade da depressão), no grupo de intervenções versus cuidados usuais (IMPACT: 31,8% v. 14,8%; PROSPECT: 41,0% v. 23,8%) entre pacientes com depressão maior. A duração da intervenção diferiu (IMPACT: 12 meses; PROSPECT 24 meses), mas ambos os estudos relataram diferenças significativas entre os grupos no seguimento de 24 meses (IMPACT: 15,9% v. 10,2%; PROSPECT: 45,4% v. 31,5 %). PRISM-E: a adesão do tratamento, definido como atendimento na consulta de saúde mental, foi significativamente maior nos pacientes deprimidos randomizados para o modelo integrado do que no encaminhamento avançado (75,2% v. 47,7%).
AMP	O acesso e os encaminhamentos às intervenções de bem-estar foram associados à presença do envolvimento da comunidade e aos elementos de treinamento das equipes da AP. Dados qualitativos sugeriram o aumento da conscientização e do vínculo entre os médicos da família e ao aumento do envolvimento da comunidade.
PASSE-PC	Resultados preliminares: a triagem capturou os pacientes mais afetivamente sintomáticos incluindo aqueles com ideação suicida, para intervenção. A parceria de profissionais de saúde mental e médicos de cuidados primários oferecerá um modelo viável para abordar a escassez de especialização em psiquiatria geriátrica.
CASPER-PLUS	O estudo ainda está em fase de recrutamento, mas a avaliação do processo já começou. Há evidências que demonstram a eficácia do cuidado colaborativo com ativação comportamental na melhoria do tratamento da depressão em adultos com mais de 60 anos nos EUA.
GermanIMPACT	O método IMPACT provou ser bem-sucedido em numerosos testes de depressão e pode ser facilmente adquirido por uma ampla variedade de profissionais que trabalham no campo da saúde. O estudo está em implementação, mas fornecerá evidências sobre a eficácia, viabilidade e custo-efetividade de cuidados colaborativos escalonados no tratamento da depressão em idosos na AP alemã. Resultados positivos serão um primeiro passo em direção à integração de gestores especializados em atenção à depressão no cenário da AP.

Fonte: elaborada pela autora (2019)

Abaixo (Quadro 13) listamos os resultados obtidos a partir das estratégias que foram utilizadas nas pesquisas realizadas por outros métodos (OM).

Quadro 13 – Resultado por OM.

ESTRATEGIA	RESULTADOS
<i>Facilitated reflection</i>	A análise e o mapeamento de redes ajudaram os serviços locais a ver seu padrão de links e a identificar problemas na comunicação entre os serviços e os encaminhamentos. No entanto, devido à falta de uma organização de administração de rede e ao fim do financiamento para o Medicare Local e o PATF em 2015 (ambos com algumas funções de gerenciamento de rede), o desenvolvimento e a dinâmica da rede permaneceram frágeis. Ficou claro que um ciclo de reflexão facilitada da rede (que foi determinado pelo financiamento do projeto) era insuficiente para cimentar a melhor coordenação de serviços e sustentar a mudança.
<i>5-Weekend Care of the Elderly</i>	A avaliação preliminar sugeriu melhoria nos participantes quanto a autoavaliação do conhecimento e confiança no gerenciamento de problemas geriátricos. Dados qualitativos mostram mudanças positivas prática clínica.
<i>Modelo Wilson-Cleary</i>	Foi identificado seis características individuais e ambientais do paciente, a saber: idade, sexo, atividade física, sofrimento psíquico, suporte social e adequação de renda, que influenciaram significativamente a QVRS diretamente ou por meio do estado funcional físico e percepção geral de saúde.

Fonte: elaborado pela autora (2019).

Abaixo (Quadro 14) listamos os resultados das pesquisas com outros delineamentos metodológicos e as estratégias recomendadas a partir desses dados.

Quadro 14 – Estratégia recomenda por resultado obtido.

ESTRATEGIA	RESULTADOS
Abordagem centrada na pessoa.	A pesquisa constatou que embora conceitos, como a ‘personalização’, ‘planejamento centrado na pessoa’ usando a Inglaterra como estudo de caso, sejam iniciativas políticas não compreendem os valores da abordagem centrada na pessoa que continuam sendo fundamentais para prática. Os valores fundamentais por trás das propostas políticas precisam ser destacados e as perspectivas críticas não devem ser silenciadas apenas porque certas abordagens parecem positivas.
Intervenções de autogestão, abordagem integrada, uso de defensores de pares ou programas de apoio de pares.	Os idosos reconheceram a interação entre sintomas físicos e emocionais como ansiedade e depressão dificultando o cuidado. Os participantes preferiram uma combinação de medicação, psicoterapia e práticas de estilo de vida saudável para o tratamento de saúde mental, apontam barreiras ao tratamento, como situação financeira, deslocamento e estigma.
Abordagem integrada, incluindo todos os níveis de atenção à saúde.	O estudo constatou que idosos com deficiência visual (cegueira ou baixa visão) apresentam outras comorbidades, ou seja, das 29 condições físicas elencadas, 27 estavam presentes na amostra e das 8 condições de saúde mental, todas estavam presentes em idosos com deficiência visual. A pesquisa constatou que os dados têm relevância para a prática clínica, pois é preciso estratégias para atender as complexas necessidades destes idosos
Cuidados colaborativos, conexão sênior, intervenção de planejamento de segurança, guia prático para administrar a probabilidade de suicídio.	O estudo constatou que o suicídio pode ocorrer mesmo na ausência de fatores de risco. O impacto nos custos e benefícios de concentrar a triagem naqueles que apresentam fatores de risco conhecidos versus o rastreamento de todos os idosos da APS demanda aumento de custo e tempo para os clínicos da AP.
Direcionar a avaliação e tratamento por gravidade de sintoma, modelo de atenção integrada.	Constatou uma leve melhora entre a maioria dos idosos que inicialmente apresentaram sintomas depressivos leves ou subsindrômicos, mas aumentou a gravidade no grupo de idosos com depressão moderada inicial, os que apresentaram sintomas iniciais severos não houve melhora. Associaram com a falta de

	melhora ao longo do tempo a carga de doença física, menor capacidade funcional e menor apoio familiar. Acesso limitado a profissional especializado.
Acolhimento, ações de promoção, uso das diretrizes do ‘envelhecimento ativo’, rastreamento e capacitação sobre dos fatores associados aos sintomas depressivos.	Os dados indicaram a prevalência de sintomas depressivos em 18% da amostra com histórico de problemas cardíacos e incapacidade para atividades básicas e instrumentais da vida diária, pior autopercepção da saúde e insatisfação em sua vida geral.
Capacitação sobre saúde do idoso e questões culturais associadas ao cuidado em saúde mental ao idoso	O estudo apontou quatro grandes desafios a promoção de saúde mental de qualidade na velhice, a tendência a institucionalização para lidar com problemas de ordem biopsicossocial, múltiplos estigmas associados ao envelhecimento e doença mental, presença de representações sociais depreciativas sobre saúde mental na velhice e a organização de serviços na AP.
Detecção precoce de depressão (papel da ESF e ACS), elaboração de políticas de saúde pública que objetivem envelhecimento com melhor qualidade de vida.	Cerca de 81% da amostra referiu ao menos uma doença crônica, sintomas depressivos foram associados com doença coronariana e acidente vascular cerebral. Oito anos ou mais de estudo e ter companheiro foram fatores de proteção. Comprovou que a depressão é fator de risco para doença vascular e esta fator de risco para comprometimento encefálico associado a depressão.
Ações de saúde mental por meio de palestras, reuniões, orientações, debates, grupos, visitas domiciliares, consulta individual e capacitação para os profissionais com finalidade de estimular o autocuidado nos idosos.	Os idosos não são informados pela equipe sobre suas condições de saúde, em relação a depressão apresentaram visão simplista relacionada a tristeza e desânimo, o que dificulta a sua reabilitação.

Abaixo (Quadro 15) listamos os resultados obtidos com as estratégias utilizadas rotineiramente no local onde a pesquisa foi realizada.

Quadro 15 – Resultados por estratégia utilizada – rotina.

ESTRATÉGIA	RESULTADOS
Atendimento AP, medicamento	Alta incidência de autoflagelação em idosos, baixas taxas de encaminhamentos para serviços especializado. A principal estratégia de cuidado dentro de 1 ano após episódio de tentativa de suicídio a taxa de prescrição de psicotrópico foi alta, e 12% eram de antidepressivos tricíclicos, tóxicos em overdose. O diagnóstico prévio de condição física foi 20% maior na coorte de automutilação, o diagnóstico de doença mental duas vezes mais prevalente nos idosos com um nível de multimorbidade. Por fim descobriu-se que após a tentativa de suicídio esses idosos tinham maior risco de morrer de forma não natural, particularmente suicido.
Consulta ambulatorial de AP domiciliar, triagem para depressão e medicamento	Múltiplas condições crônicas nos idosos que acessavam o serviço. Mostrou que os médicos da AP não utilizam testes para diagnósticos de saúde mental além da depressão, mas o uso de triagem para depressão foi seguido de redução de diagnósticos, o que não reduziu a taxa de antidepressivo potencialmente inapropriados.
Consulta	Este estudo mostrou que a maioria dos serviços de saúde é oferecida satisfatoriamente em centros de atenção primária da Nigéria, exceto cuidados de saúde mental e aos idosos, desta forma não puderam apontar as estratégias utilizadas além das consultas com 96,4%.
Unidade saúde mental móvel	O serviço tornou-se parte integrante do sistema local de cuidados primários, é bem conhecido da população, auxiliou na redução das internações hospitalares especialmente aos pacientes com transtornos psicóticos e o engajamento da comunidade aumentou. Cuidados de saúde mental podem ser efetivamente realizados através da integração de equipes móveis

	genéricas de saúde mental comunitária no sistema de atenção primária. O serviço pode ser viável pelo baixo custo em mantê-lo.
Tratamento com antidepressivos através de atendimento domiciliar pelo enfermeiro, atendimento em consultório pelo médico	O estudo constatou que o manejo ativo de antidepressivos resultando em mudança de medicação através das visitas domiciliares foi limitado, abordando lacunas de conhecimento e prática.
Visita domiciliar	Os profissionais consideram as visitas essenciais para alcançar uma visão holística dos pacientes, no entanto os idosos que recebiam estas visitas não estavam se sentindo vistos como um indivíduo único, por uma pessoa acessível e competente. Os idosos disseram que precisam de alguém acessível, enfatizaram importância de falar sobre vários assuntos, obter ajuda e apoio instrumental, queriam informações sobre suas doenças atuais e aprender sobre diferentes tópicos de saúde. Os idosos perceberam que os prestadores de saúde eram orientados para tarefa e focados em questões práticas, em vez de diálogo.
Consulta médica e medicamento	Das consultas realizadas 42,3% dos motivos da procura foi para obter receita de medicamentos (55% ansiolíticos, 29,7% antidepressivos) e a orientação para mudança de estilo de vida não teve destaque, poucos casos foram encaminhados para serviço especializado, o cuidado foi pautado pelo atendimento as queixas. Embora os idosos utilizem medicamentos para transtornos mentais e/ou comportamentais não houve relação significativa com a presença de destes (SQR-20 acima de sete pontos presente em apenas 19,6% dos idosos).

Fonte: elaborada pela autora (2019).

4.2.5 Etapa 5 - Interpretação dos resultados

Compuseram a amostra final 25 artigos, 7 trazem estratégias que são utilizadas rotineiramente em serviços da APS, 9 utilizaram estratégias em decorrência de metodologias específicas (5 por ensaio clínico, 4 por outros métodos) e 9 trazem somente recomendações de estratégias a serem utilizadas, que embora não tenham sido testadas por ensaio ou intervenção, partem das evidências.

As formas de organização das práticas na saúde repercutem no âmbito político, acadêmico e social. Desde que o SUS foi instituído na década de 90 o atendimento público a saúde, o funcionamento dos serviços como uma rede de ações, cuja a meta é a organização descentralizada para prover atendimento integral, com participação da comunidade, caracterizam um novo modelo de assistência à saúde (BRASIL, 1990).

Contudo, o modelo biomédico se mantém predominante conforme os achados desta pesquisa, seguem influenciando a produção de conhecimento, organização dos serviços, a formação profissional e de subjetividades. Foi incorporado pelos serviços de saúde, pelos seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças. Seus limites na atenção à saúde das pessoas, como o foco no indivíduo descolado da sua totalidade, com intervenções no seu corpo e na parte afetada, a ênfase nas ações curativas e no tratamento das

doenças e a medicalização, são aspectos de debates acerca das características deste modelo. Pode-se mencionar, ainda, a pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano (FERTONANI et al., 2015).

Os resultados obtidos a partir dessas estratégias apontam a alta taxa de prescrição de psicotrópicos, em alguns casos potencialmente inadequados, taxa reduzida de diagnóstico de qualquer transtorno mental, sem implicação sobre os padrões de prescrição de antidepressivos e prestação de serviços não farmacológicos em consultas ambulatoriais realizadas por idosos, além de baixa taxa de encaminhamento a serviços especializados (MORGAN et al., 2018; RHEE et al., 2018; ONOFRI JUNIOR et al., 2016). Esse cenário nos convida a repensar modelos que fragmentam o ser humano e o cuidado, que recorrem a grande presença de fármacos, geram sobrecarga ao sistema de saúde, aumento de custos e ainda não respondem satisfatoriamente para qualidade de vida do idoso (MORAES, 2012).

A implantação de uma rede de assistência extra-hospitalar para o cuidado dos usuários com transtornos mentais graves ou persistentes, foi reflexo da RP, através da regulamentação de serviços substitutivos o MS busca a garantia do respeito à dignidade humana, por isso redireciona o modelo assistencial em saúde mental ao paradigma psicossocial (BRASIL, 2001; 2005). Contudo, nesses serviços, como os CAPS por exemplo, o estigma ainda permeia entre as práticas dos profissionais e a comunidade do entorno, cenário que estimula características do modelo biomédico e afetam o exercício de autonomia e liberdade dos usuários, as estratégias psicossociais ainda soam tímidas, o que dificulta a inserção destes usuários no contexto da AP.

Iniciativas de implementação a mudanças são as visitas domiciliares, que deveriam ocupar um caráter ampliado ao atendimento domiciliar. Na Suécia, as visitas domiciliares são tomadas como aspecto integral da atenção primária, segundo os profissionais que lá atuam esta estratégia fornece visão holística do usuário, os cuidados preventivos são implementados pelos médicos e enfermeiros, o que corresponde as políticas do sistema de saúde brasileiro. Lá ocorreu um estudo sobre a opinião dos idosos acerca das visitas que recebiam. O resultado apontou distanciamento entre a teoria e a prática, os idosos relataram que não se sentiam vistos como indivíduos únicos, sentiam dificuldades de acesso aos profissionais, os perceberam, muitas vezes, orientados para as tarefas, como o cumprimento de algum protocolo, e focados em questões práticas (GRUNDBERG et al., 2014).

Não se trata de uma disputa ou divisão entre um modelo de cuidado ou outro, mas no panorama suscitado através desta revisão, essas possibilidades se segmentam, não se complementam como poderia ocorrer, a alta complexidade do trabalho na AP é representada pela produção de estratégias de cuidado em saúde que vão desde execução de protocolos, uma ação programática, às ambulatoriais da clínica médica, às curativas e antropométricas de enfermagem, passando pelo cuidado de famílias em situação de risco e vulnerabilidade, ações de promoção e educação em saúde, participação no controle social e chegando até a clínica da saúde mental e às demandas do contexto dos programas de assistência social (MEDEIROS, p.1167, 2015). Neste contexto, ousamos dizer que a prática profissional como ação política perpassa conhecimento teórico e a técnica utilizada.

Uma das referências analisadas apontou como estratégia utilizada o atendimento domiciliar com enfermeiro ou no consultório com o médico, porém quando avaliada a estratégia de compartilhamento do cuidado entre enfermeiro e médico, constatou-se que o manejo ativo de antidepressivos não resultou em mudança significativa entre os idosos que receberam o atendimento domiciliar de saúde. Relacionaram o resultado a necessidade de aprimoramento do enfermeiro na avaliação da depressão e na comunicação entre enfermeiro e médico (BAO et al., 2015). Nessa perspectiva o matriciamento é uma ferramenta a ser considerada como lógica de organização do trabalho em saúde, seu grande objetivo é o cuidado integral potencializa o trabalho através da troca de conhecimento e comunicação (MEDEIROS, 2015). Desde que exista o interesse, neste caso, em pensar outros objetivos para a visita domiciliar.

Podemos destacar sob uma perspectiva mais ampliada do cuidado a estratégia da Unidade de Saúde Mental Móvel, iniciativa do governo da Grécia devido a recessão em curso e cortes no orçamento da saúde, a unidade circula em áreas rurais, remotas e carentes, formada por uma equipe multiprofissional - psiquiatra que é também o supervisor da equipe, dois psicólogos, duas enfermeiras, dois visitantes de saúde e dois assistentes sociais, um auxiliar administrativo e um motorista. A carga de trabalho média para cada membro da equipe é de 36,6 horas. Atualmente têm 293 usuários ativos, 49,3% são idosos, a unidade visita semanalmente oito centros de atenção primária e a primeira prioridade foi o estabelecimento de cooperação com os profissionais da AP, que após 10 anos se reflete no status de encaminhamento do usuário, com tendência ao referenciamento da família. A equipe realiza atividades coletivas e interdisciplinares, como estratégias a farmacoterapia e intervenções psicoterapêuticas, aprimoramento de habilidades sociais, educação e apoio as famílias. Conseguiu redução das internações hospitalares devido a facilidade de acesso e ao ambiente de

cuidados não restritivos e o engajamento da comunidade ao cuidado. Os resultados apontaram que os cuidados em saúde mental puderam ocorrer através da integração das equipes móveis com o território e os centros de AP. O fornecimento de serviços de baixo custo e fácil acesso torna a estratégia ainda mais relevante (PERITOGIANNIS et al., 2017).

A estratégia supracitada se assemelha a proposta do Nasf-AB que se constitui por uma equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar, complementar às equipes de AP. Com as eSF, território e usuários, tem responsabilidade mútua pelo cuidado e amplia o escopo das ações de modo a contribuir para o aumento da resolubilidade da AP (BRASIL, 2017).

O Nasf-AB foi pensado para lidar com desafios históricos do SUS referentes a integralidade e resolubilidade, como ferramenta estratégica utiliza o apoio matricial e a clínica ampliada em sua lógica de trabalho (MATIELO, 2019). Sua essência é o trabalho em equipe multiprofissional considerado um dos pilares para a mudança do modelo hegemônico em saúde e da AP. Essa proposta multiprofissional está mais alinhada com as estratégias recomendadas a partir de ensaios clínicos e pesquisas intervencionistas, do que com o cenário global atual de saúde pública levantado por esta pesquisa, juntas corresponderam a 36% da amostra (EC e PI).

Modelos integrados de atenção que enfatizam a colaboração entre os profissionais de cuidados primários, especialistas em saúde mental e os usuários, no tratamento da depressão baseado em evidências, têm demonstrado sucesso na superação de muitos dos desafios entre os cuidados de saúde mental e a AP. A maioria desses estudos baseia-se em três grandes estudos randomizados de atenção integrada conduzidos no início dos anos 1990 nos EUA. Os resultados fornecem evidências de que o atendimento integrado pode melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados e os resultados na depressão em idosos (BRUCE; SIREY, 2018). A pedra angular do modelo integrado é o gerenciamento da depressão como uma doença crônica e não aguda, assim, os pacientes se beneficiam não só de tratamentos ativos (por exemplo, farmacológicos e/ ou psicoterapêuticos), mas também de cuidados continuados.

Foram recomendações de seis estudos a utilização de abordagens integradas e colaborativas para o cuidado em saúde mental na AP. Ensaios clínicos bem estruturados utilizaram o modelo de cuidados colaborativos, os resultados demonstraram que a parceria entre os profissionais de saúde mental e equipes de cuidados primários oferece um modelo viável para abordar a escassez de especialização em psiquiatria/ geriatria. Contribuem para as taxas de adesão entre os participantes e envolvimento da comunidade, elementos do treinamento das equipes de AP colaboraram com o aumento da integração entre os profissionais, as taxas de resposta apontaram declínio na gravidade da depressão (DIAS et al., 2017; BRUCE; SIREY,

2018; DOWRICK et al., 2016; BRAMS, 2015; OVEREND et al., 2014; WERNHER. et al. 2014).

Mas, o trabalho em equipe não acontece espontaneamente apenas pelos profissionais compartilharem a mesma localização, para ser potente necessita de interação frequente entre os trabalhadores de diferentes categorias para influência mútua de diferentes conhecimentos e habilidades focados no cuidado do usuário. É preciso como observado, que todos estejam conectados a um mesmo objetivo. Esse tipo de cuidado está mais para o viés ético e político que para as intervenções técnicas e científicas (FIGUEIREDO, 2012).

A *reflexão facilitada* ou feedback de rede é uma estratégia que corrobora com a proposta de promover a comunicação e integração multiprofissional, pode colaborar com a integralidade do cuidado uma vez que favorece a interação através da comunicação e tende a facilitar a corresponsabilização dos encaminhamentos entre os serviços, porém é necessário investimento contínuo, conforme apontou Fuller (et al., 2015) em sua pesquisa. Promover a articulação da rede não é tarefa fácil, especialmente se considerarmos a rotatividade dos profissionais, mas é essencial pois assim sustenta o cuidado integral.

No Brasil, para que toda estrutura do SUS funcione de maneira organizada, o MS instituiu a RAS, estratégia para superar a fragmentação do cuidado e da gestão dos serviços, esta política pública propõe um arranjo organizativo do conjunto de aparelhos que compõe a rede de saúde. O grande objetivo é assegurar a cobertura em saúde através da ampliação da comunicação entre os serviços como meio para garantia do princípio da integralidade no cuidado (BRASIL, 2010; FIGUEIREDO, 2012). É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem o melhor estado de saúde possível, e a reflexão facilitada é uma estratégia que pode colaborar no funcionamento desta engrenagem, talvez em menor escala, a nível municipal, por exemplo.

Promover a integração das equipes multiprofissionais e da rede de saúde é tarefa que pode exigir diversas estratégias. Foi demonstrado anteriormente em relação aos modelos de cuidado integrado que o treinamento das equipes de AP, além da troca de saberes, colaborou com a integração entre os profissionais. Em nossa revisão nove estudos recomendaram a capacitação/ treinamento das equipes de saúde. O curso de cuidado aos idosos *5-Wekeend*, foi uma estratégia utilizada através de pesquisa intervencionista, organizado como uma capacitação, traz em seu programa conceitos e técnicas específicas e importantes para ampliação do cuidado ao idoso na AP.

A revisão também permitiu constatar que existem locais em que a escassez de recursos financeiros e de profissionais especialistas em saúde mental e/ou do idoso compromete ao ponto de inibir qualquer estratégia de cuidado a estas demandas, até mesmo em contextos em que os cuidados primários a todas as outras demandas são realizados. Obembe (et al., 2017) constatou que nos centros de atenção básica do território da capital federal – Nigéria, os cuidados primários de saúde estão adequados para todos os componentes, exceto para cuidados mentais e cuidados com idosos. O estudo também apontou a escassez de profissionais de saúde mental e os estigmas sociais sobre o tratamento que poderiam inibir a população. Poderíamos pensar em estratégias de matriciamento ou capacitação e envolvimento com a comunidade, conforme apontado por estudos supracitados, para um contexto como este.

No Brasil, existe uma portaria que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, onde estabelece a necessidade de ‘educação permanente’. O MS na série pactos pela saúde amplia possibilidades e conceitos pertinentes, diferencia as ações, a capacitação embora vise à melhoria do desempenho do pessoal é relacionada a ações específicas, a educação permanente é considerada uma estratégia sistemática, precisa estar de acordo com cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere. Presume-se, com isso, contribuir com a transformação dos modos de atuação ou interação das pessoas, ou seja, transferir o conhecimento individual para a ação coletiva (BRASIL, 2009b).

Fornecer informações, produzir conhecimento parece gerar possibilidades às mudanças, nas práticas e nos relacionamentos. Analisar as necessidades e desejos de quem é o centro do cuidado corrobora com as recomendações de quatro estudos analisados, a abordagem centrada na pessoa. Além do rastreamento por triagem, estratégia recomendada por sete estudos, quando utiliza escalas cujas respostas implicam em um escore que indica a presença de doença, é preciso refletir sobre as condutas diante do resultado, ou seja, o objetivo do uso da ferramenta.

O modelo *Wilson-Cleary* de qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) é uma ferramenta que considera variáveis psicossociais, permite compreender resultados clínicos e psicológicos, cujo objetivo é orientar o planejamento de abordagens apropriadas para otimizar a qualidade de vida. Nesse estudo o foco foram os idosos com diabetes, os pesquisadores buscaram compreender as suas características psicossociais. A ferramenta é considerada também uma proposta por mudança do paradigma biomédico que se concentra principalmente nos resultados fisiológicos, para o paradigma das ciências sociais que engloba o funcionamento e o bem-estar geral como foco do atendimento, entre os fatores que podem contribuir para

mudança inclui como estratégia o empoderamento do usuário para planejar de forma colaborativa seu cuidado (SHIU et al., 2014).

As eSF tem por normatização realizar atividades coletivas de pessoas, especialmente idosos, com hipertensão, diabetes, transtorno mentais, e outros, e a ferramenta supracitada pode ser uma estratégia para ampliar os objetivos dessas atividades e desta forma, mobilizar a adesão desses usuários, que muitas vezes tem na presença a condição para retirada de insumos ao tratamento da diabetes, renovação das receitas dos medicamentos ou acesso ao psicólogo. O empoderamento, a autonomia e o exercício da cidadania são também responsabilidade do profissional da saúde e produto do cuidado integral.

4.2.6 Etapa 6 - Apresentação da conclusão

Através da análise dos 25 artigos que compuseram a amostra foi possível atingir o objetivo deste estudo, identificar as estratégias em saúde mental ao idoso utilizadas no contexto da APS, observamos que dentre estas, nem todas configuram-se como estratégias de atenção, que corresponde ao cuidado integral. Muitos locais de AP utilizam somente práticas tradicionais, que se configuram no atendimento clínico do médico e enfermeiro, com estratégias através de medicamentos, foco na doença e remissão do sintoma. Os resultados através do uso destas estratégias, apontam o aumento da taxa de prescrição medicamentosa, pouco envolvimento entre os usuários e a equipe, falta de melhora ao longo do tempo e morte de causas não naturais, especialmente em idosos que haviam feito tentativa de suicídio prévia e receberam apenas tratamento medicamentoso.

Embora a minoria dos locais pesquisados utilize de fato em sua rotina outros modelos de assistência à saúde diferentes do mencionado acima, com equipes multiprofissionais que trabalham integradas ou busquem ampliar o cuidado, características que configuram a estratégias de um modelo de atenção psicossocial. A maioria dos estudos recomenda o uso de estratégias de atenção à saúde do idoso, focadas na pessoa, família e comunidade que podem envolver: terapia de resolução de problemas, terapia breve comportamental, terapia interpessoal, ativação comportamental, educação e apoio as famílias, programas educacionais e intervenção para comunidade, educação para capacidades de autogestão, tratamento farmacológico e psicoterapêutico entre outras aplicadas por profissionais de diferentes formações, inclusive conselheiros leigos de saúde (Capítulo 4). Os resultados a partir dessas estratégias mencionadas colaboraram ao exercício da autonomia dos usuários, geraram bons

índices de adesão/ entusiasmo, menor tempo de espera, vínculo entre profissional e o usuário, e, portanto, promoveram melhora nos sintomas dos transtornos mentais, sofrimentos psíquicos e em outras condições de doença. Estas estratégias buscaram também, contornar a escassez de profissionais e de recursos financeiros dos sistemas públicos de saúde.

A apresentação de todo processo da revisão integrativa e da sua conclusão encontra-se no manuscrito (Capítulo 5)

5 MANUSCRITO

Azevedo, Belaunde & Zurba

Artigo não submetido.

Revista Trabalho, Educação e Saúde Pública. ISSN On-line 1981-7746.

Estratégias de atenção em saúde mental ao idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa.

Aline M. Arakawa Belaunde¹

Francielli Cristiane de Azevedo²

Magda do Canto Zurba³

¹⁻³Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

²Mestrado Profissional em Saúde Mental do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Francielli Cristiane de Azevedo

Rua José Munch, 185, ap. 201

CEP: 88351-235 – São Luiz

Brusque - SC – Brasil

Email: azevedo.francielli@hotmail.com

**Estratégias de atenção em saúde mental ao idoso na atenção primária a saúde: uma
revisão integrativa**

**Attention Strategies in Mental Health for the Elderly in Primary Health Care: an
integrative review**

RESUMO

Objetivos: Identificar na literatura, no período de 2014 a 2018, quais estratégias de atenção em saúde mental ao idoso são utilizadas no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa. **Resultado:** compuseram este estudo 25 artigos. Entre os artigos que trouxeram estratégias utilizadas revelou-se predominante o tratamento com medicamento e o atendimento clínico pelo médico ou enfermeiro. Apenas um estudo utilizou abordagem multiprofissional e interdisciplinar com estratégias envolvendo aprimoramento de habilidades sociais, educação e apoio as famílias, visitas domiciliares, programas educacionais para comunidade, farmacoterapia e psicoterapia. **Conclusão:** Predomina o modelo biomédico de assistência à saúde, com as estratégias de atendimento clínico individual e prescrição de medicamento.

Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde do idoso. Idoso. Saúde Mental. Estratégias. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Objectives: To identify in the literature, from 2014 to 2018, which strategies of mental health care for the elderly are used in the context of Primary Health Care. **Methodology:** This is an integrative review. **Result:** this study comprised 25 articles. Among the articles that address the issues used, drug treatment and clinical care by the doctor or nurse are predominant. Only one study used a multiprofessional and interdisciplinary approach with approaches on social skills enhancement, family education and support, home visits, community education programs, pharmacotherapy and psychotherapy. **Conclusion:** The biomedical health care model predominates, with strategies for individual clinical care and medication prescription.

Keywords: Aging. Health of the elderly. Old man. Mental health. Strategies. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Enfrentamos atualmente os desafios gerados a partir da conquista da longevidade, a alteração do perfil demográfico brasileiro sugere outros padrões epidemiológicos relacionados ao envelhecimento, tanto nas demandas da senescência e da senilidade. Esse panorama social e de saúde exige da gestão Pública e sociedade novos olhares e outras prioridades, investimentos para garantir a população qualidade de vida aos anos conquistados (BRASIL, 2013).

No que tange a saúde mental é crescente a incidência de diagnósticos relacionados ao sofrimento psíquico e psicopatologias, especialmente a depressão. Na população idosa esses agravos em relação a saúde mental merecem destaque como prioridade de saúde pública, se associados a outras comorbidades tornam-se um importante fator de incapacitação funcional e redução da qualidade de vida (BRETANHA, 2015; DIAS, 2017).

No modelo de atenção à saúde brasileiro a atenção primária (AP) é organizada para ser o primeiro nível de contato dos usuários (do SUS), suas famílias e comunidade, com os serviços de saúde. Por isso as Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuem localização estratégica, instaladas no território geográfico, próximo ao local onde os usuários vivem. As equipes de Saúde da Família (eSF) inseridas no território são o primeiro elemento de vínculo a um processo de atenção continuada a saúde. Desta forma o cuidado em saúde mental na APS se torna estratégico (BRASIL, 2013). Para que o cuidado aconteça conforme preconiza o SUS e as políticas públicas relacionadas, a atenção precisa ser ampliada para além da doença, a atenção ao sofrimento psíquico não deve ser restrita ao diagnóstico das psicopatologias ou confinada a intervenções unilaterais, que abordam apenas um aspecto do ser humano.

De acordo com Veras e Oliveira (2018), uma fragilidade dos modelos assistenciais ainda é o foco na doença. Através desta pesquisa levantamos publicações recentes, integramos as informações sobre as estratégias de cuidado em saúde mental ao idoso na APS, e os resultados obtidos a partir destas ações, destacamos as referências que apontaram a ampliação dos modelos de cuidado. Desejamos contribuir também para a abertura da sociedade para a diversidade.

OBJETIVO

Identificar na literatura científica, no período de 2014 a 2018, quais estratégias de atenção em saúde mental ao idoso são utilizadas no contexto da Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Para realização desta pesquisa adotou-se método baseado em estudos anteriores, trata-se de uma revisão integrativa da literatura. “A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente” (ERCOLE, et al., 2014, p. 09).

O levantamento de informações através da bibliografia possibilita a análise ampla e a compreensão profunda do fenômeno estudado (SOUZA et al., 2010). Optou-se por um processo criterioso operacionalizado através de seis etapas embasadas nos estudos de Mendes (et al,

2008), Souza (et al., 2010) e Leonardi (2016) sobre a revisão integrativa – (1) identificação do tema e da pergunta, (2) busca na literatura, (3) extração de dados, (4) análise das informações (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação das conclusões.

O foco na pessoa idosa foi definido a partir da linha de pesquisa desenvolvida pela coorientadora deste estudo. O tema saúde mental além de forte relevância para o campo da saúde e sociedade tem afinidade com a formação acadêmica da pesquisadora, porém por ser muito abrangente focalizou-se nas estratégias de cuidado em relação a saúde mental do idoso. O contexto da APS foi estabelecido por ser o local onde a pesquisadora atua e considerado campo propício para abordar estas demandas de saúde da população idosa.

Até a definição dos descritores e das bases de dados utilizadas nesta pesquisa, foram feitas buscas casuais e exploratórias, alternando diferentes termos, fontes de dados e período. Essa prévia foi realizada entre os dias 07 e 17 de dezembro, do ano de 2018. Através desta experiência percebemos a necessidade de alterar o protocolo de busca pré-definido, o tópico ‘assistência integral a saúde’, por possuir sentido diferente do atribuído pelo sistema de saúde brasileiro em relação a outros países foi excluído, e o tópico ‘saúde pública’ devido a abrangência quanto aos níveis de atenção foi delimitado por ‘primária’. O critério de busca por período precisou ser reduzido, inicialmente utilizado entre os anos de 2008 a 2018, pois considerou -se a necessidade de delimitar a busca e a pertinência de estudos mais recentes. As fontes de informação ‘Scopus’, ‘Web of Science’, ‘Cinahal’ foram excluídas pela necessidade de delimitar o escopo da pesquisa.

Com base nesta caminhada prévia foram definidos os tópicos: ‘saúde do idoso’, ‘idoso’, ‘envelhecimento’, ‘saúde mental’, ‘estratégias’ e ‘atenção primária’, combinados com os operadores booleanos OR e AND.

Os tópicos foram estruturados através dos descritores no idioma português (DECS) em permuta e seus sinônimos, acessados no endereço <http://decs.bvs.br/>. Os descritores no idioma inglês (MeSH) e seus sinônimos foram acessados através do endereço <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. É importante realçar que mesmo com a definição cuidadosa dos tópicos, problemas na indexação dos estudos primários, quanto a escolha de descritores adequados, podem impactar na recuperação de referências (WHITTEMORE; KNAF, 2005).

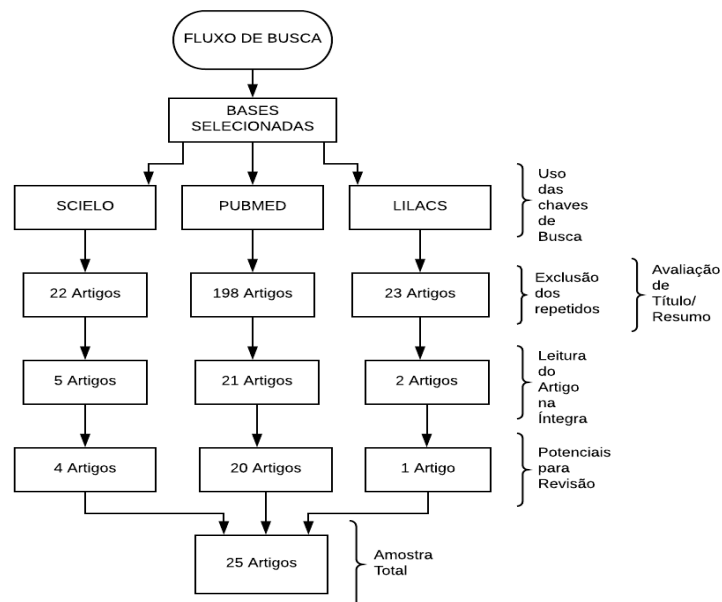
Na sequência delimitamos o escopo da pesquisa na literatura, especialmente dentro da disponibilidade de tempo para revisão, definimos os critérios: tipo de estudo somente artigo, sem restrição de área geográfica, publicados no período de 2014 a 2018, no idioma português, espanhol e inglês e somente os textos disponibilizados completos.

A fonte de informação foi bases de dados em meio eletrônico: SCIELO, PUBMED, LILACS. Compreendemos que estas bases ofereceram evidências científicas suficientes, refletimos também sobre o determinante tempo, onde uma demanda muito alta de referências poderia inviabilizar este estudo.

Após a definição do protocolo de busca descrito nos parágrafos acima e com o suporte de uma bibliotecária, do Serviço de Competência em Informação e Suporte à Pesquisa da UFSC, foram criadas as chaves de busca de acordo com as características de cada base de dados. Assim, a busca na literatura foi finalizada no dia 19 de dezembro de 2018.

Através da base de dados SCIELO foram recuperadas 22 referencias, na PubMed 198 e na LILACS 23, totalizando 243 artigos. Dos 243 artigos recuperados, 9 foram excluídos pois se repetiam entre as bases de dados, dos 234 restantes procedeu-se a leitura do título e resumo, foram mantidos 28 cujo conteúdo retratou os temas ‘saúde mental’, ‘idoso’ e ‘atenção primária’ e então procedeu-se a leitura desses artigos na integra. Fizeram parte deste estudo **25** artigos (APENDICE A) que retrataram estratégias em saúde mental ao idoso na APS (FIGURA 1).

Figura 1 – fluxograma do processo de seleção dos artigos, segundo base de dados



A leitura dos 25 artigos selecionadas foi repetida tantas vezes quanto necessário para a extração das informações pertinentes aos objetivos da pesquisa. Concluiu-se que não seria possível utilizar uma ferramenta padronizada, para retirada dos dados, que atendesse as

particularidades dessa pesquisa, então optou-se por construir uma Ficha de Extração, onde foram inseridas as informações extraídas na leitura dos artigos. Os dados extraídos foram organizados por relevância de modo a fornecer um panorama geral sobre os artigos (local, período, região, aspectos metodológicos).

Embora a inclusão de diferentes métodos de pesquisa na revisão seja uma tarefa complexa para análise de dados, foram incluídos todos os estudos que focavam na saúde mental do idoso no contexto da APS e que propuseram estratégias, independente do delineamento metodológico.

RESULTADOS

Com objetivo de manter a transparência das informações e expô-las de maneira didática foram criados quadros de acordo com as particularidades dos estudos. No quadro abaixo estão identificadas estratégias utilizadas por Ensaio Clínico (EC). Os artigos (A) foram numerados de acordo com a ordem que foram lidos para diferenciá-los e facilitar a visualização. (Quadro 1).

Quadro 1 – Estratégia por EC.

ARTIGO	ESTRATÉGIA - ENSAIO CLÍNICO
A4	DIL
A5	PRISME-E/ IMPACT/ PROSPECT
A9	AMP
A11	PASSE-PC
A15	CASPER-PLUS
A16	GermanIMPACT

No quadro abaixo estão identificadas as estratégias utilizadas a partir de outros métodos (OM), que embora não façam parte da rotina do local onde a intervenção se deu, foram testadas e forneceram resultados importantes para esta revisão (Quadro 2).

Quadro 2 – Estratégia por Outros Métodos

ARTIGO	ESTRATEGIA - OM
A10	<i>Facilitated reflection</i>
A12	<i>5-Weekend Care of the Elderly</i>
A14	<i>Modelo Wilson-Cleary</i>

A seguir o quadro que identifica a estratégia recomenda a partir de estudos cujo objetivo inicial não foi de testar (experimental) ou levantar (observar) as estratégias utilizadas em dado local, mas que no decorrer da pesquisa surgiram evidências importantes, cujo resultado subsidiou recomendações de estratégias a serem utilizadas (Quadro 3).

Quadro 3- Estratégia recomendada

ARTIGO	ESTRATEGIA RECOMENDADA
A7	Reflexão sobre o uso da terminologia centrada na pessoa.
A8	Expansão das intervenções de autogestão. Abordagem integrada. Uso de defensores de pares ou programas de apoio de pares.
A13	Abordagem integrada e multinível.
A18	Modelo colaborativos de cuidado. Conexão sênior. Intervenção de planejamento de segurança. Guia prático para administrar a probabilidade de suicídio em pacientes idosos.
A19	Modelos de atenção integrada; Definição de fluxos e critérios; Monitoramento.
A21	Promoção do ‘envelhecimento ativo’. Utilização de instrumento para rastreamento. Capacitação sobre fatores associados aos sintomas depressivos. Estratégias eficientes de acolhimento.
A23	Capacitação sobre saúde do idoso e questões culturais associadas ao cuidado em saúde mental ao idoso.
A24	Deteção precoce. Ações que objetivem envelhecimento com qualidade de vida.
A25	Capacitação sobre envelhecimento e a pessoa idosa. Ações coletivas em saúde mental; Educação na saúde/autocuidado.

A seguir são identificadas as estratégias utilizadas, de fato, como rotina nos campos pesquisados (Quadro 4).

Quadro 4 – Estratégia utilizada

ARTIGO	ESTRATÉGIA UTILIZADA - ROTINA
A1	Atendimento AP, medicamento
A2	Consulta ambulatorial de AP domiciliar, triagem para depressão, medicamento
A3	Consulta
A6	Unidade saúde mental móvel
A17	Tratamento com antidepressivos através de atendimento domiciliar pelo enfermeiro, atendimento em consultório pelo médico
A20	Visita domiciliar
A22	Consulta médica e medicamento

Quanto ao ano de publicação, 32% (n. 8) dos artigos foram publicados no ano de 2014, 24% (n. 6) em 2015, 16% (n. 4) em 2016, 16% (n. 4) em 2017 e 12% (n. 3) dos artigos no ano de 2018.

Quanto a área geográfica observamos que 24% (n. 6) dos estudos foram realizados nos Estados Unidos, 16% (n. 4) no Brasil, 12% (n. 3) na Inglaterra, 8% (n. 2) no Reino Unido, 8% (n. 2) na China. E nos demais países, Nigéria, Índia, Grécia, Austrália, Canadá, Escócia, Alemanha e Suécia, foi realizado 4% (n. 1) estudos em cada.

DISCUSSÃO

Compuseram este estudo 25 artigos, 28% (n. 7) trazem estratégias que são utilizadas rotineiramente em serviços da APS, 36% (n. 9) utilizaram estratégias em decorrência de metodologias específicas (24% (n. 6) por ensaio clínico, 12% (n. 3) por pesquisa por outros métodos) e 36% (n. 9) trazem somente recomendações de estratégias a serem utilizadas, que embora não tenham sido testadas por ensaio ou intervenção, partem das evidências.

As formas de organização das práticas na saúde repercutem no âmbito político, acadêmico e social. Desde que o SUS foi instituído na década de 90 o atendimento público a saúde, o funcionamento dos serviços como uma rede de ações, cuja a meta é a organização descentralizada para prover atendimento integral, com participação da comunidade, caracterizam um novo modelo de assistência à saúde (BRASIL, 1990).

Contudo, o modelo biomédico se mantém predominante conforme os achados desta pesquisa, seguem influenciando a produção de conhecimento, organização dos serviços, a formação profissional e de subjetividades. Foi incorporado pelos serviços de saúde, pelos seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças. Seus limites na atenção à saúde das pessoas, como o foco no indivíduo descolado da sua totalidade, com intervenções no seu corpo e na parte afetada, a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças e a medicalização, são aspectos de debates acerca das características deste modelo. Pode-se mencionar, ainda, a pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano (FERTONANI et al., 2015).

Os resultados obtidos a partir dessas estratégias apontam a alta taxa de prescrição de psicotrópicos, em alguns casos potencialmente inadequados, como os antidepressivos tricíclicos potencialmente tóxicos em overdose, taxa reduzida de diagnóstico de qualquer transtorno mental, sem implicação sobre os padrões de prescrição de antidepressivos e prestação de serviços não farmacológicos em consultas ambulatoriais realizadas por idosos, além de baixa taxa de encaminhamento a serviços especializados (MORGAN et al., 2018;

RHEE et al., 2018; ONOFRI JUNIOR et al., 2016). Esse cenário nos convida a repensar modelos que fragmentam o ser humano e o cuidado, que recorrem a grande prescrição de fármacos, geram sobrecarga ao sistema de saúde, aumento de custos e ainda não respondem satisfatoriamente para qualidade de vida do idoso (MORAES, 2012).

A implantação de uma rede de assistência extra-hospitalar para o cuidado dos usuários com transtornos mentais graves ou persistentes, foi reflexo da RP, através da regulamentação de serviços substitutivos o MS busca a garantia do respeito à dignidade humana, por isso redireciona o modelo assistencial em saúde mental ao paradigma psicossocial (BRASIL, 2001; 2005). Contudo, nesses serviços, como os CAPS por exemplo, o estigma da loucura e dos manicômios ainda permeia entre as práticas dos profissionais e a comunidade do entorno, cenário que estimula características do modelo biomédico e afetam o exercício de autonomia e liberdade dos usuários, as estratégias psicossociais ainda soam tímidas, o que dificulta a inserção destes usuários no contexto da AP.

Iniciativas de implementação a mudanças são as visitas domiciliares, que deveriam ocupar um caráter ampliado ao atendimento domiciliar. Na Suécia, as visitas domiciliares são tomadas como aspecto integral da atenção primária, segundo os profissionais que lá atuam esta estratégia fornece visão holística do usuário, os cuidados preventivos são implementados pelos médicos e enfermeiros, o que corresponde as políticas do sistema de saúde brasileiro. Lá ocorreu um estudo sobre a opinião dos idosos acerca das visitas que recebiam. O resultado apontou distanciamento entre a teoria e a prática, os idosos relataram que não se sentiam vistos como indivíduos únicos, sentiam dificuldades de acesso aos profissionais, os perceberam, muitas vezes, orientados para as tarefas, como o cumprimento de algum protocolo, e focados em questões práticas (GRUNDBERG et al., 2014).

Não se trata de uma disputa ou divisão entre um modelo de assistência a saúde ou outro, mas no panorama suscitado através desta revisão, essas possibilidades se segmentam, não se complementam como poderia ocorrer, a alta complexidade do trabalho na AP é representada pela produção de estratégias que vão desde execução de protocolos, uma ação programática, às ambulatoriais da clínica médica, às curativas e antropométricas de enfermagem, passando pelo cuidado de famílias em situação de risco e vulnerabilidade, ações de promoção e educação em saúde, participação no controle social e chegando até a clínica da saúde mental e às demandas do contexto dos programas de assistência social (MEDEIROS, 2015, p.1167).

Neste contexto, ousamos dizer que a prática profissional como ação política perpassa conhecimento teórico e a técnica utilizada.

Uma das referências analisadas apontou como estratégia utilizada o atendimento domiciliar com enfermeiro ou no consultório com o médico, porém quando avaliada a estratégia de compartilhamento do cuidado entre enfermeiro e médico, constatou-se que o manejo ativo de antidepressivos não resultou em mudança significativa entre os idosos que receberam o atendimento domiciliar de saúde. Relacionaram o resultado a necessidade de aprimoramento do enfermeiro na avaliação da depressão e na comunicação entre enfermeiro e médico (BAO et al., 2015). Nessa perspectiva o matriciamento é uma ferramenta a ser considerada como lógica de organização do trabalho em saúde, seu grande objetivo é o cuidado integral potencializa o trabalho através da troca de conhecimento e comunicação (MEDEIROS, 2015). Desde que exista o interesse, neste caso, em pensar outros objetivos para a visita domiciliar.

Podemos destacar sob uma perspectiva mais ampliada do cuidado a estratégia da Unidade de Saúde Mental Móvel, iniciativa do governo da Grécia devido a recessão em curso e cortes no orçamento da saúde, a unidade circula em áreas rurais, remotas e carentes, formada por uma equipe multiprofissional - psiquiatra que é também o supervisor da equipe, dois psicólogos, duas enfermeiras, dois visitantes de saúde e dois assistentes sociais, um auxiliar administrativo e um motorista. A carga de trabalho média para cada membro da equipe é de 36,6 horas. Atualmente têm 293 usuários ativos, 49,3% são idosos, a unidade visita semanalmente oito centros de atenção primária e com prioridade para o estabelecimento de cooperação com os profissionais da AP, que após 10 anos se reflete no status de encaminhamento do usuário, com tendência ao referenciamento da família. A equipe realiza atividades coletivas e interdisciplinares, como estratégias a farmacoterapia e intervenções psicoterapêuticas, aprimoramento de habilidades sociais, educação e apoio as famílias. Conseguiu redução das internações hospitalares devido a facilidade de acesso e ao ambiente de cuidados não restritivos e o engajamento da comunidade ao cuidado. Os resultados apontaram que os cuidados em saúde mental puderam ocorrer através da integração das equipes móveis com o território e os centros de AP. O fornecimento de serviços de baixo custo e fácil acesso torna a estratégia ainda mais relevante (PERITOGIANNIS et al., 2017).

A estratégia supracitada se assemelha a proposta do Nasf-AB que se constitui por uma equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar, complementar às equipes de AP. Com as eSF, território e usuários, tem responsabilidade mútua pelo cuidado e amplia o escopo das ações de modo a contribuir para o aumento da resolubilidade da AP (BRASIL, 2017).

O Nasf-AB foi pensado para lidar com desafios históricos do SUS referentes a integralidade e resolubilidade, como ferramenta estratégica utiliza o apoio matricial e a clínica

ampliada em sua lógica de trabalho (MATIELO, 2019). Sua essência é o trabalho em equipe multiprofissional considerado um dos pilares para a mudança do modelo hegemônico em saúde e da AP. Essa proposta multiprofissional está mais alinhada com as estratégias recomendadas a partir de ensaios clínicos, do que com o cenário global atual de saúde pública levantado por esta pesquisa.

Modelos integrados de atenção que enfatizam a colaboração entre os profissionais de cuidados primários, especialistas em saúde mental e os usuários, no tratamento da depressão baseado em evidências, têm demonstrado sucesso na superação de muitos dos desafios entre os cuidados de saúde mental e a AP. A maioria desses estudos baseia-se em três grandes estudos randomizados de atenção integrada conduzidos no início dos anos 1990 nos EUA. Os resultados fornecem evidências de que o atendimento integrado pode melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados e os resultados na depressão em idosos (BRUCE; SIREY, 2018). A pedra angular do modelo integrado é o gerenciamento da depressão como uma doença crônica e não aguda, assim, os pacientes se beneficiam não só de tratamentos ativos (por exemplo, farmacológicos e/ ou psicoterapêuticos), mas também de cuidados continuados.

Foram recomendações de seis estudos a utilização de abordagens integradas e colaborativas para o cuidado em saúde mental na AP. Ensaios clínicos bem estruturados utilizaram o modelo de cuidados colaborativos, os resultados demonstraram que a parceria entre os profissionais de saúde mental e equipes de cuidados primários oferece um modelo viável para abordar a escassez de profissionais. Contribuem para as taxas de adesão entre os participantes e envolvimento da comunidade, elementos do treinamento das equipes de AP colaboraram com o aumento da integração entre os profissionais, as taxas de resposta apontaram declínio na gravidade da depressão (DIAS et al., 2017; BRUCE; SIREY, 2018; DOWRICK et al., 2016; BRAMS, 2015; OVEREND et al., 2014; WERNHER. et al. 2014).

Mas, o trabalho em equipe não acontece espontaneamente apenas pelos profissionais compartilharem a mesma localização, para ser potente necessita de interação frequente entre os trabalhadores de diferentes categorias para influência mútua de diferentes conhecimentos e habilidades focados no cuidado do usuário. É preciso como observado, que todos estejam conectados a um mesmo objetivo. Esse tipo de cuidado está mais para o viés ético e político que para as intervenções técnicas e científicas (FIGUEIREDO, 2012).

A *reflexão facilitada* ou feedback de rede é uma estratégia que corrobora com a proposta de promover a comunicação e integração multiprofissional, pode colaborar com a integralidade do cuidado uma vez que favorece a interação através da comunicação e tende a facilitar a

corresponsabilização dos encaminhamentos entre os serviços, porém é necessário investimento contínuo, conforme apontou Fuller (et al., 2015) em sua pesquisa. Promover a articulação da rede não é tarefa fácil, especialmente se considerarmos a rotatividade dos profissionais, mas é essencial pois assim sustenta o cuidado integral.

No Brasil, para que toda estrutura do SUS funcione de maneira organizada, o MS instituiu a RAS, estratégia para superar a fragmentação do cuidado e da gestão dos serviços, esta política pública propõe um arranjo organizativo do conjunto de aparelhos que compõe a rede de saúde. O grande objetivo é assegurar a cobertura em saúde através da ampliação da comunicação entre os serviços como meio para garantia do princípio da integralidade no cuidado (BRASIL, 2010; FIGUEIREDO, 2012). É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem o melhor estado de saúde possível, e a reflexão facilitada é uma estratégia que pode colaborar no funcionamento desta engrenagem, talvez em menor escala, a nível municipal, por exemplo.

Promover a integração das equipes multiprofissionais e da rede de saúde é tarefa que pode exigir diversas estratégias. Foi demonstrado anteriormente em relação aos modelos de cuidado integrado que o treinamento das equipes de AP, além da troca de saberes, colaborou com a integração entre os profissionais. Em nossa revisão nove estudos recomendaram a capacitação/ treinamento das equipes de saúde. O curso de cuidado aos idosos *5-Wekeend*, foi uma estratégia utilizada através de pesquisa intervencionista, organizado como uma capacitação, traz em seu programa conceitos e técnicas específicas e importantes para ampliação do cuidado ao idoso na AP.

A revisão também permitiu constatar que existem locais em que a escassez de recursos financeiros e de profissionais especialistas em saúde mental e/ou do idoso compromete ao ponto de inibir qualquer estratégia de cuidado a estas demandas, até mesmo em contextos em que os cuidados primários a todas as outras demandas são realizados. Obembe (et al., 2017) constatou que nos centros de atenção básica do território da capital federal – Nigéria, os cuidados primários de saúde estão adequados para todos os componentes, exceto para cuidados mentais e cuidados com idosos. O estudo também apontou a escassez de profissionais de saúde mental e os estigmas sociais sobre o tratamento que poderiam inibir a população. Poderíamos pensar em estratégias de matriciamento ou capacitação e envolvimento com a comunidade, conforme apontado por estudos supracitados, para um contexto como este.

No Brasil, existe uma portaria que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, onde estabelece a necessidade de

‘educação permanente’. O MS na série pactos pela saúde amplia possibilidades e conceitos pertinentes, diferencia as ações, a capacitação embora vise à melhoria do desempenho do pessoal é relacionada a ações específicas, a educação permanente é considerada uma estratégia sistemática, precisa estar de acordo com cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere. Presume-se, com isso, contribuir com a transformação dos modos de atuação ou interação das pessoas, ou seja, transferir o conhecimento individual para a ação coletiva (BRASIL, 2009b).

Fornecer informações, produzir conhecimento parece gerar possibilidades às mudanças, nas práticas profissionais e nos vínculos entre equipe e usuários. Analisar as necessidades e desejos de quem é o centro do cuidado corrobora com as recomendações de quatro estudos analisados, a abordagem centrada na pessoa. O rastreamento por triagem, foi a estratégia recomendada por sete estudos, que utiliza escalas cujas respostas implicam em um escore que indica a presença de doença, e direciona a conduta do profissional.

O modelo *Wilson-Cleary* de qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) é uma ferramenta que considera variáveis psicossociais, permite compreender resultados clínicos e psicológicos, cujo objetivo é orientar o planejamento de abordagens apropriadas para otimizar a qualidade de vida. Nesse estudo o foco foram os idosos com diabetes, os pesquisadores buscaram compreender as suas características psicossociais. A ferramenta é considerada também uma proposta por mudança do paradigma biomédico que se concentra principalmente nos resultados fisiológicos, para o paradigma das ciências sociais que engloba o funcionamento e o bem-estar geral como foco do atendimento, entre os fatores que podem contribuir para mudança inclui como estratégia o empoderamento do usuário para planejar de forma colaborativa seu cuidado (SHIU et al., 2014).

As eSF tem por normatização realizar atividades coletivas de pessoas, especialmente idosos, com hipertensão, diabetes, transtorno mentais, e outros, e a ferramenta supracitada pode ser uma estratégia para ampliar os objetivos dessas atividades e desta forma, mobilizar a adesão desses usuários, que muitas vezes tem na presença a condição para retirada de insumos ao tratamento da diabetes, renovação das receitas dos medicamentos ou acesso ao psicólogo. O empoderamento, a autonomia e o exercício da cidadania são também responsabilidade do profissional da saúde e produto do cuidado integral.

CONCLUSÃO

Através da análise dos 25 artigos que compuseram a amostra foi possível atingir o objetivo deste estudo, identificar as estratégias em saúde mental ao idoso utilizadas no contexto da APS, observamos que dentre estas, nem todas configuram-se como estratégias de atenção, que corresponde ao cuidado integral. Muitos locais de AP utilizam somente práticas tradicionais, que se configuram no atendimento clínico do médico e enfermeiro, prescrição de medicamentos, foco na doença e remissão do sintoma. Entre os resultados através do uso destas estratégias, obtiveram o aumento da taxa de prescrição medicamentosa, pouco envolvimento entre os usuários e a equipe, falta de melhora ao longo do tempo e morte de causas não naturais, especialmente em idosos que haviam feito tentativa de suicídio prévia e receberam apenas tratamento medicamentoso.

Embora poucos locais utilizem em sua rotina estratégias com equipes multiprofissionais ou busquem ampliar o cuidado, características que configuram a estratégias de atenção. Grande parte das pesquisas recomendam estratégias de atenção à saúde do idoso, focadas na pessoa, família e comunidade que envolvem: terapia de resolução de problemas, terapia breve comportamental, terapia interpessoal, ativação comportamental, educação e apoio as famílias, programas educacionais e intervenção para comunidade, educação para capacidades de autogestão, tratamento farmacológico e psicoterapêutico entre outras aplicadas por profissionais de diferentes formações, inclusive conselheiros leigos de saúde. Os resultados a partir dessas estratégias mencionadas colaboraram ao exercício da autonomia dos usuários, geraram bons índices de adesão/ entusiasmo, menor tempo de espera, vínculo entre profissional e o usuário, e, portanto, promoveram melhora nos sintomas dos transtornos mentais, sofrimentos psíquicos e em outras comorbidades. Estas estratégias buscaram também, contornar a escassez de profissionais e de recursos financeiros dos sistemas públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, Robert C. et al. Psychiatric assessment and screening for the elderly in primary care: design, implementation, and preliminary results. **Journal of geriatrics**, 2015.

BAO, Yuhua et al. Antidepressant medication management among older patients receiving home health care. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 10, p. 999-1006, 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990.

_____. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2005.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010.

_____. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRETANHA, Andréia Ferreira, et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Vol. 18, nº 1, p. 1-12, jan./mar., 2015.

BRUCE, Martha L.; SIREY, Jo Anne. Integrated Care for Depression in Older Primary Care Patients. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 63, n. 7, p. 439-446, 2018.

DIAS, Amit et al. Intervention development for the indicated prevention of depression in later life: the “DIL” protocol in Goa, India. **Contemporary clinical trials communications**, v. 6, p. 131-139, 2017.

DOWRICK, Christopher et al. Evaluating a complex model designed to increase access to high quality primary mental health care for under-served groups: a multi-method study. **BMC health services research**, v. 16, n. 1, p. 58, 2016.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

FERTONANI, Hosanna Pattriget et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. **Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP**, 2012.

FULLER, Jeffrey et al. Testing a model of facilitated reflection on network feedback: a mixed method study on integration of rural mental healthcare services for older people. **BMJ open**, v. 5, n. 11, p. e008593, 2015.

GRUNDBERG, Åke et al. Mental health-promoting dialogues from the perspective of community-dwelling seniors with multimorbidity. **Journal of multidisciplinary healthcare**, v. 7, p. 189, 2014.

LEONARDI, Jan Luiz. **Prática baseada em evidência em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica**. 2016. 199 f. Tese (Doutorado programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica.) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

MATIELO, Etel. Núcleos Ampliados de Saude da Família e Atenção Básica - NASF - AB In: **Encontro estadual para fortalecimento da atenção primária à saúde**. Florianópolis, 2019.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MENDES, Karina Dal Sasso et al. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. V. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORGAN, Catharine et al. Self-harm in a primary care cohort of older people: incidence, clinical management, and risk of suicide and other causes of death. **The Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 11, p. 905-912, 2018.

OBEMBE, Taiwo Akinyode; OSUNGBADE, Kayode Omoniyi; IBRAHIM, Christianah. Appraisal of primary health care services in Federal Capital Territory, Abuja, Nigeria: how committed are the health workers?. **The Pan African medical journal**, v. 28, 2017.

ONOFRI JÚNIOR, Venício Aurélio; MARTINS, Vinícius Spazzapan; MARIN, Maria José Sanches. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 21-33, jan./fev., 2016.

OVEREND, Karen. et al. CASPER plus (Collaborative care in Screen-Positive EldeRs with major depressive disorder): study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**. vol, 15, n. 1, p. 1-12, nov., 2014.

PERITOGIANNIS, Vaios et al. Mental healthcare delivery in rural Greece: A 10-year account of a mobile mental health unit. **Journal of neurosciences in rural practice**, v. 8, n. 4, p. 556, 2017.

SOUZA, Marcela Tavares et al. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Eistein** v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

RHEE, Taeho Greg et al. Effects of the 2009 USPSTF depression screening recommendation on diagnosing and treating mental health conditions in older adults: a difference-in-

differences analysis. **Journal of managed care & specialty pharmacy**, v. 24, n. 8, p. 769-776, 2018.

SHIU, Ann Tak Ying et al. Application of a health-related quality of life conceptual model in community-dwelling older Chinese people with diabetes to understand the relationships among clinical and psychological outcomes. **Journal of diabetes investigation**, v. 5, n. 6, p. 677-686, 2014.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

WERNHER, Iris et al. Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial. **Trials**, v. 15, n. 1, p. 351, 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho se propôs à produção escrita de um artigo (Capítulo 5), tínhamos uma questão a responder e objetivos a cumprir, mas por considerarmos a amplitude do tema e a impossibilidade de responder todas as questões que naturalmente emergiram das aproximações com a literatura, gostaríamos de considerar essas percepções que tangenciam o trabalho e merecem aprofundamento para futuras pesquisas e/ou artigos.

Finalizamos reconsiderando o nosso dilema inicial que se configurou no título deste trabalho, e que no decorrer foi se misturando entre estratégias - ações - intervenções - que por vezes ficaram em segundo plano, quase que naturalmente, ou não tanto. Agora, ao fechar os resultados obtidos e reflexões acerca do processo percorrido por esta revisão, percebeu-se que desde o princípio a inquietação estava no âmago da ‘estratégia’, que se materializa através da ação de um sujeito, de um profissional da saúde, ou seja, um passo anterior ao ato, o que lhe embasa.

Estima-se que a prática dos profissionais inseridos no campo da saúde coletiva se fundamente nos princípios e diretrizes do SUS. Sob esta perspectiva epistemológica compreendemos e adotamos neste estudo o termo ‘cuidado’ como objeto da práxis profissional, que toma o usuário como foco (CARNUT, 2017). O cuidado centrado na pessoa considera elementos subjetivos da relação entre o usuário e o profissional, é uma compreensão mais ampla do que disponibilizar o acesso ao cuidado. Desta forma, tomamos como ‘estratégias de atenção’ no título desse estudo, a operacionalização da integralidade no cotidiano, ‘atenção’ simbólica ao comprometimento e a ética envolvidos no ato de cuidar que se materializa através de ‘estratégias de atenção’.

Não coube em nosso tempo a investigação sobre as especificidades e organização dos sistemas de saúde de países onde os estudos selecionados para esta revisão foram realizados, mas podemos observar consonância de opiniões dos pesquisadores pela quantidade de recomendações acerca dos modelos integrados, sinalizando as vantagens da colaboração entre os profissionais da AP e especialistas em saúde mental, no planejamento e tratamento das demandas de saúde dos idosos. Também não conseguimos acessar a origem dos modelos integrados de atenção, mas observamos que suas características são propostas em harmonia com as diretrizes do sistema de saúde brasileiro.

Esse modelo tem sido norteador das experiências de integração, do cuidado colaborativo entre a saúde mental e AP em diversos municípios do Brasil. A noção de atenção integral em

saúde e de integralidade são grandes pilares para o trabalho colaborativo (CHAZAN et al., 2016). Mas, o questionamento sobre os motivos que dificultam a sustentação do trabalho colaborativo na AP permeou este estudo e permeia a vida profissional da pesquisadora.

Em nosso país, desde as décadas de 1970 e 1980 marcadas pelo movimento da reforma sanitária e psiquiátrica, o paradigma da atenção da psicossocial e da integralidade no cuidado que contemplam a saúde através de olhar ampliado e que demandam ações multiprofissionais, vem sendo fomentado no SUS através da divulgação de diretrizes e formulação de políticas públicas. Contudo, existem dificuldades para além dos recursos materiais e financeiros que impedem a sua consolidação.

A colaboração, o trabalhar juntos, executando ações cuja lógica envolva a busca de respostas às necessidades dos usuários, remete à esfera das interações sociais, isto assinala para a prática comunicativa e, portanto, intersubjetiva o compartilhamento de horizontes normativos. O reconhecimento do duplo movimento configurado pela prática colaborativa remete a estreitar laços (SILVA et al., 2015). O solo social contemporâneo não parece fértil para os afetos e laços.

As demandas psicossociais envolvem uma multiplicidade de fatores econômicos, culturais, educacionais que estão associados a contextos de desigualdade social, exclusão e vulnerabilidade, e constituem-se problemas relevantes para os mais velhos. Condições estressoras, em conjunto com a insuficiência de recursos pessoais e sociais, transtornos mentais, problemas familiares, distúrbios do sono, a dor, as queixas de declínio cognitivo, a elaboração de perdas e o manejo de condições crônicas de saúde afetam a qualidade de vida e o bem-estar psicológico. A escolha da melhor abordagem por profissionais que lidam com idosos é um desafio para muitos deles, pois exige habilidades e conhecimentos que muitas vezes não fazem parte de seu repertório ou área de atuação (NERI, 2018).

Estudos sobre intervenções preventivas e de promoção à saúde mental da pessoa idosa são escassos na literatura especializada quando comparados aos estudos sobre intervenções na área infantojuvenil. A falta de atenção a essa clientela pode estar relacionada à questão de preconceito de idade em decorrência de uma posição capitalista da sociedade que reforçou, por muitos anos, atitudes discriminatórias e de exclusão da população idosa, privilegiando os mais jovens em razão do seu potencial produtivo e de vida útil (Xavier, 2012). Além disso, as crenças de que a saúde física é o principal determinante da qualidade de vida de adultos mais velhos, percepção tradicional do modelo biomédico, podem limitar o potencial de ações desenvolvidas para essa população (Bennett & Flaherty-Robb, 2003), inclusive na perspectiva de implementação de uma abordagem ecológica (Richard et al., 2012). Desse modo, percebe-se a

necessidade de romper com paradigmas obsoletos para que o idoso seja, de fato, inserido na agenda sobre ações de prevenção e promoção à saúde mental (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014, p. 327).

Portanto, a assistência à saúde mental da pessoa idosa na APS é um desafio imensurável, o desenvolvimento de competências em intervenções em saúde mental pela eSF pode aumentar a resolutividade, que diante da mudança no perfil etário da população é um desafio não pode ser abandonado, os profissionais que compartilham nosso olhar não podem ser vencidos pelo cansaço. Se tratando da população idosa o trabalho colaborativo precisa de força. Experiências apontam que a educação permanente deve ser o grande norteador da inserção da saúde mental na APS e das demandas da pessoa idosa (CHAZAN et al., 2016). Contudo, retornamos aos mesmos pontos e estraves, explorá-los serve de sugestão para próximos estudos.

Para finalizar desejamos refletir sobre o que mobiliza o aprendizado e antecipa as ações dos profissionais. Na essência da responsabilização dividida em vínculo e resolutividade, que compreende elementos éticos, técnicos e políticos do ato de cuidar da saúde por parte das equipes, situa-se uma das mais importantes demandas acerca da reorganização do trabalho em saúde (MEDEIROS, 2015). Acreditamos que se trata de crenças, valores e ética de cada pessoa/trabalhador e por isso não se trata apenas de modelos e estratégias de assistência à saúde, mas do que os antecede.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, Robert C. et al. Psychiatric assessment and screening for the elderly in primary care: design, implementation, and preliminary results. **Journal of geriatrics**, 2015.

ARAÚJO, Lia; RIBEIRO, Oscar; PAUL, Constança. Envelhecimento bem-sucedido e longevidade avançada. **Actas de Gerontologia**, v. 2, nº 1, p. 1-11, 2016.

ASSIS, Fernando; MISCHIATI, Michele Fernanda. Retrospectiva histórica da implantação do PSF até sua transformação em ESF nos dias de hoje. **Revista Uningá Review**, v. 3, n. 1, p. 7-7, 2010.

BAO, Yuhua et al. Antidepressant medication management among older patients receiving home health care. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 10, p. 999-1006, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990.

_____. **Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: MPAS, 1994.

_____ a. **Portaria nº 1.882**, de 18 de dezembro de 1997. Brasília, 1997.

_____ b. **Portaria nº 1886**, de 18 de dezembro de 1997. Brasília, 1997.

_____. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Gráfica do Senado Federal, 2003.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2005.

_____. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Portaria nº 678 de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Caderno de atenção Básica nº 19: Envelhecimento e a saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. **Portaria Normativa nº 17, de 28 de dezembro de 2009.** Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Brasília: Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior, 2009a.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRETANHA, Andréia Ferreira, et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** Vol. 18, nº 1, p. 1-12, jan./mar., 2015.

BRUCE, Martha L.; SIREY, Jo Anne. Integrated Care for Depression in Older Primary Care Patients. **The Canadian Journal of Psychiatry,** v. 63, n. 7, p. 439-446, 2018.

CARNUT, Leandro. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde e Debate.** v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017.

CHAZAN, Luiz F. et al. Trabalho Colaborativo e Saúde Mental. **Revista HUPE.** Rio de Janeiro. v. 13, n. 3, p. 235-260, 2016.

DIAS, Amit et al. Intervention development for the indicated prevention of depression in later life: the “DIL” protocol in Goa, India. **Contemporary clinical trials communications,** v. 6, p. 131-139, 2017.

DINAPOLI, Elizabeth A. et al. Mental health treatment preferences and challenges of living with multimorbidity from the veteran perspective. **International journal of geriatric psychiatry,** v. 31, n. 10, p. 1097-1104, 2016.

DOWRICK, Christopher et al. Evaluating a complex model designed to increase access to high quality primary mental health care for under-served groups: a multi-method study. **BMC health services research,** v. 16, n. 1, p. 58, 2016.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem,** v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

ERIKSON, Erik Homburger; ERIKSON, Joan Mowat. **O ciclo da vida completo**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

FERTONANI, Hosanna Pattriget et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. **Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP**, 2012.

FULLER, Jeffrey et al. Testing a model of facilitated reflection on network feedback: a mixed method study on integration of rural mental healthcare services for older people. **BMJ open**, v. 5, n. 11, p. e008593, 2015.

GRUNDBERG, Åke et al. Mental health-promoting dialogues from the perspective of community-dwelling seniors with multimorbidity. **Journal of multidisciplinary healthcare**, v. 7, p. 189, 2014.

HALL, Calvin S.; LINDZEY, Gardner; CAMPBELL, John B. **Teorias da personalidade**. 4º ed., Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tendências Demográficas: Uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: 2004.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2017: Breve Análise da Evolução da Mortalidade no Brasil**. Rio de Janeiro 2018.

LAM, Robert et al. Five-Weekend Care of the Elderly Certificate Course: Continuing professional development activity for family physicians. **Canadian Family Physician**, v. 61, n. 3, p. e135-e141, 2015.

LEANDRO-FRANÇA, Cristineide; MURTA, Sheila Giardini. Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intervenções. **Psicologia: ciência e profissão**. v. 34, n. 2, p. 218-329, 2014.

LEONARDI, Jan Luiz. **Prática baseada em evidência em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica**. 2016. 199 f. Tese (Doutorado programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica.) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

MCLEAN, Gary et al. Visual impairment is associated with physical and mental comorbidities in older adults: a cross-sectional study. **BMC medicine**, v. 12, n. 1, p. 181, 2014.

MANTHORPE, Jill; SAMSI, Kritika. Person-centered dementia care: current perspectives. **Clinical interventions in aging**, v. 11, p. 1733, 2016.

MATIELO, Etel. Núcleos Ampliados de Saude da Família e Atenção Básica - NASF - AB In: **Encontro estadual para fortalecimento da atenção primária à saúde**. Florianópolis, 2019.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORGAN, Catharine et al. Self-harm in a primary care cohort of older people: incidence, clinical management, and risk of suicide and other causes of death. **The Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 11, p. 905-912, 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso et al. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. V. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

NEDEL, WL; SILVEIRA, F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. V. 26, n. 3, p. 256-260, 2016.

NERI, Anita Liberalesse; TEIXEIRA, Niceia de Aquino. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol. USP**, v. 19, n. 1, p. 81-94, 2008.

NERI, Anita Liberalesso et al. Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. Suppl 2, p.16, 2018.

OBEMBE, Taiwo Akinyode; OSUNGBADE, Kayode Omoniyi; IBRAHIM, Christianah. Appraisal of primary health care services in Federal Capital Territory, Abuja, Nigeria: how committed are the health workers?. **The Pan African medical journal**, v. 28, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2005.

_____. Organización Mundial de la Salud. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Ginebra: OMS, 2013.

ONOFRI JÚNIOR, Venício Aurélio; MARTINS, Vinicius Spazzapan; MARIN, Maria José Sanches. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 21-33, jan./fev., 2016.

OVEREND, Karen. et al. CASPER plus (Collaborative care in Screen-Positive EldeRs with major depressive disorder): study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**. vol, 15, n. 1, p. 1-12, nov., 2014.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth D. **Desenvolvimento humano**. Artmed Editora, 2013.

PERITOGIANNIS, Vaios et al. Mental healthcare delivery in rural Greece: A 10-year account of a mobile mental health unit. **Journal of neurosciences in rural practice**, v. 8, n. 4, p. 556, 2017.

RAUE, Patrick J.; GHESQUIERE, Angela R.; BRUCE, Martha L. Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. **Current psychiatry reports**, v. 16, n. 9, p. 466, 2014.

- RHEE, Taeho Greg et al. Effects of the 2009 USPSTF depression screening recommendation on diagnosing and treating mental health conditions in older adults: a difference-in-differences analysis. **Journal of managed care & specialty pharmacy**, v. 24, n. 8, p. 769-776, 2018.
- RIBEIRO, Pricila Cristina Correa. A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. Belo Horizonte, v. 8, nº 2, SPE, p. 269-283, 2015.
- RIBEIRO, Oscar. O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, n. 2, p. 33-52, 2012.
- SHIU, Ann Tak Ying et al. Application of a health-related quality of life conceptual model in community-dwelling older Chinese people with diabetes to understand the relationships among clinical and psychological outcomes. **Journal of diabetes investigation**, v. 5, n. 6, p. 677-686, 2014.
- SILVA, Jaqueline Alcantara Marcelino da et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária a Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 49, n. 2, p. 16-24, 2015.
- SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, n.108, p. 204-218, 2016.
- SOUZA, Marcela Tavares et al. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Eistein** v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- VAN ORDEN, Kimberly A. et al. Course of late-life depression in China is chronic and unremitting. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 409-415, 2015.
- VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, p. 1929-1936, 2018.
- WERNHER, Iris et al. Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial. **Trials**, v. 15, n. 1, p. 351, 2014.
- WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

APÊNDICE A – Relação dos Artigos

ARTIGO	TÍTULO
A1	Self-harm in a primary care cohort of older people: incidence, clinical anagement, and risk of suicide and other causes of death
A2	Effects of the 2009 USPSTF Depression Screening Recommendation on Diagnosing and Treating Mental Health Conditions in Older Adults: A Difference-in-Differences Analysis
A3	Appraisal of primary health care services in Federal Capital Territory, Abuja, Nigeria: how committed are the health workers
A4	Intervention development for the indicated prevention of depression in later life: The “DIL” protocol in Goa, India
A5	Integrated Care for Depression in Older Primary Care Patients
A6	Mental Healthcare Delivery in Rural Greece: A 10-year Account of a Mobile Mental Health Unit
A7	Person-centered dementia care: current perspectives
A8	Mental health treatment preferences and challenges of living with multimorbidity from the veteran perspective
A9	Evaluating a complex model designed to increase access to high quality primary mental health care for under-served groups: a multi-method study
A10	Testing a model of facilitated reflection on network feedback: a mixed method study on integration of rural mental healthcare services for older people
A11	Psychiatric assessment and screening for the elderly in primary care: design, implementation, and preliminary results
A12	Five-Weekend Care of the Elderly Certificate Course Continuing professional development activity for family physicians
A13	Visual impairment is associated with physical and mental comorbidities in older adults: a cross-sectional study
A14	Application of a health-related quality of life conceptual model in community-dwelling older Chinese people with diabetes to understand the relationships among clinical and psychological outcomes
A15	CASPER plus (Collaborative care in Screen-Positive EldeRs with major depressive disorder): study protocol for a randomised controlled trial
A16	Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial.
A17	Antidepressant Medication Management among Older Patients Receiving Home Health Care
A18	Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults
A19	Course of Late-Life Depression in China is Chronic and Unremitting
A20	Mental health-promoting dialogues from the perspective of community-dwelling seniors with multimorbidity
A21	Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS
A22	Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns
A23	A doença mental no idoso: representações sociais de estudantes de medicina no Reino Unido*
A24	Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos
A25	Depressão: Conhecimento de Idosos Atendidos em Unidades de Saúde da Família no Município de Limoeiro – PE*

ANEXO A – Perguntas para determinar o nível de risco de suicídio

A seguir apresenta uma série de perguntas sequenciais para determinar o nível de risco de suicídio.

1. “Nas últimas duas semanas, as coisas foram tão ruins que você pensou que a vida não vale a pena ser vivida ou que seria melhor morrer?” [Idéia passiva de suicídio]

Se sim, continue com a pergunta 2

2. “Você já pensou em se machucar ou se suicidar nas últimas duas semanas?” [Idéia ativa de suicídio]

Se sim, continue com as perguntas 2a – 2g

2a “O que você está pensando em fazer?” [Tipo de método]

2b. “Com que frequência você tem esses pensamentos? Quanto tempo eles ficam na sua mente? ”[Frequência e persistência]

2c. “O que está acontecendo em sua vida agora?” [Estresse na vida (por exemplo, perda, mudança no estado de saúde)]

2d. “Você tem um plano para fazer isso?” [Plano específico de suicídio]

2e. “Você pretende se machucar?” [Intenção de suicídio]

2f. “Alguma coisa está impedindo você de se machucar? Por exemplo, quão forte é o seu desejo de viver? Você sente que tem um propósito na vida? Você tem esperança para o futuro? Você considera o suicídio moralmente errado ou contra suas crenças religiosas? Deseja evitar causar dor à família e aos amigos? ”[Razões para viver]

2g. “Você sente que pode resistir a esses pensamentos? Você já fez alguma coisa para se machucar? Com que frequência você bebe álcool ou usa drogas de rua? ”[Controle de impulso]

Fonte: (RAUE et al., 2006 apud RAUE et al., 2014, p. 13). Traduzido pela autora.