

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Assistência à saúde mental do idoso em Unidades de
Atendimento de Passo Fundo**

Bruna Chaves Lopes

Passo Fundo
2012

Bruna Chaves Lopes

Assistência à saúde mental do idoso em Unidades de Atendimento de Passo Fundo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira

Coorientador:

Prof. Dr. Astor Antônio Diehl

Passo Fundo
2012

CIP – Catalogação na Publicação

L864a Lopes, Bruna Chaves

Assistência à saúde mental do idoso em Unidades de
Atendimento de Passo Fundo / Bruna Chaves Lopes. – 2012.
84f. ;30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2012.

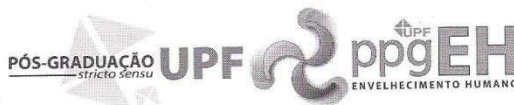
Orientador: Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira.
Coorientador: Prof. Dr. Astor Antônio Diehl.

1. Idosos - Saúde mental. 2. Acesso aos serviços de
saúde. 3. Envelhecimento. 4. Trabalhadores - Formação. I.
Vieira, Péricles Saremba, orientador. II. Diehl, Astor
Antônio, coorientador. III. Título.

CDU:613.98

Catalogação: Bibliotecária Jucelei Rodrigues Domingues - CRB 10/1569

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA

BRUNA CHAVES LOPES

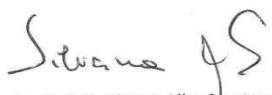
Aos vinte e nove dias do mês de junho do ano dois mil e doze às oito horas e trinta minutos, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: "**Capacitação profissional na assistência à saúde mental do idoso em unidades de atendimento de Passo Fundo**", apresentada pela mestrand Bruna Chaves Lopes, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Péricles Saremba Vieira - Orientador e presidente da banca examinadora (UPF), Silvana Alba Scortegagna, Iara Salete Caierão e André Baggio. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 13 de julho de 2012.


Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira
Orientador e Presidente da Banca Examinadora


Prof.ª Dr.ª Silvana Alba Scortegagna
Universidade de Passo Fundo - UPF



Prof.ª Dr.ª Iara Salete Caierão
Universidade de Passo Fundo - UPF


Prof. Dr. André Baggio
Universidade de Passo Fundo - UPF

ADENDO DE ATA

Atendendo a solicitação de correção do título original da dissertação da aluna **Bruna Chaves Lopes**, onde consta “**Capacitação profissional na assistência à saúde mental do idoso em unidades de atendimento de Passo Fundo**” passa a ter o seguinte título “**Assistência à saúde mental do idoso em Unidades de Atendimento de Passo Fundo**”. Sendo este último que consta na versão ora enviada para homologação.

Passo Fundo, 16 de julho de 2012.



Prof.^a Dr.^a Marilene Rodrigues Portella
Orientadora
Coordenadora em Exercício ppgEH

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que acompanharam a minha trajetória e que de alguma forma ou outra contribuíram para sua realização.

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente à minha família pela paciência e compreensão:

Pai obrigado pela disponibilidade

Mãe, pela continência

Débora pela cumplicidade

Pedro pela alegria

Luiz Artur, meu companheiro, pela parceria

A minha princesinha Helena pelo amor

E a nossa nova conquista

Agradeço ao mestre Péricles por guiar meus caminhos

RESUMO

Lopes, Bruna Chaves. Assistência à saúde mental do idoso em Unidades de Atendimento de Passo Fundo. 2012. 84 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

A questão da saúde e do atendimento prestado pelos profissionais no que diz respeito à saúde mental do idoso vem sendo rediscutida em seus diversos aspectos que transitam por várias áreas do conhecimento. Observa-se que desde o conceito de saúde e do sub-setor da saúde mental tem sofrido modificações na tentativa de adequar as práticas aos novos tempos. Quando se fala sobre a saúde mental do idoso, se agrega características de uma população com demandas específicas e ainda pouco determinadas por sua complexidade. Diante desta realidade o estudo objetivou examinar a capacitação dos trabalhadores de saúde acerca da saúde mental dos idosos. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. Participaram do estudo profissionais que atuam na rede básica de saúde e no centro especializados em saúde mental de Passo Fundo, totalizando dezesseis participantes. Foi aplicada uma entrevista aberta e realizada Análise Temática dos discursos. Os dados obtidos indicam que há uma deficiência na qualificação dos profissionais que atuam na rede no atendimento, interferindo na qualidade do atendimento desta população. Os idosos possuem características singulares, que demandam outro olhar na assistência, corroborando a necessidade da elaboração de políticas públicas que contemplem aspectos regionais, individuais, sociais e culturais dos pacientes e dos profissionais que atuam na área. A questão da educação e da capacitação parecem apontar um caminho possível, indicando a necessidade de implementação de estratégias focadas nesses aspectos.

Palavras-chave: **1. Saúde Mental.** **2. Idoso.** **3. Capacitação.**
4. Envelhecimento. **5. Assistência à Saúde.**

ABSTRACT

Lopes, Bruna Chaves. Mental health of the elderly Care Unit in Passo Fundo. 2012. 84 f. Dissertation (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

The issue of health and care provided by professionals with regard to mental health of the elderly has been discussed in its various aspects, passing through several areas of knowledge. It is observed that since the concept of health and sub-sector of mental health has been modified in an attempt to adapt practices to changing times. When you talk about the mental health of the elderly, is added characteristics of a population with specific demands and poorly determined by its complexity. Given this reality, the study aimed to examine the training of health workers on mental health of the elderly. This is an exploratory descriptive study with qualitative approach. Study participants were professionals working in primary health and specialist mental health center of Passo Fundo, totaling sixteen participants. It was applied an interview and performed thematic analysis of discourse. The data obtained indicate that there is a deficiency in the training of professionals working in the service network, affecting the quality of care for this population. The elderly have unique characteristics that demand another look in assisting, supporting the need for the elaboration of public policies that address regional aspects of individual, social and cultural needs of patients and professionals working in the area. The issue of education and training seem to indicate a possible path, indicating the need to implement strategies focused on these aspects.

Key words: 1. Mental health. 2. Elderly. 3. Training. 4. Aging. 5. Health care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1. O CONCEITO DE SAÚDE	14
2.2. A SAÚDE MENTAL	20
2.3. A SAÚDE DO IDOSO E A VELHICE	29
2.4. A CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	38
3. METODOLOGIA	45
3.1. DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO	45
3.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL	45
3.3. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	46
3.4. ANÁLISE DOS DADOS	46
3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	47
4. RESULTADOS	48
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	48
4.2. CENÁRIOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL E À SAÚDE DO IDOSO	50
4.3. O OLHAR DO PROFISSIONAL SOBRE A PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL	52
4.4. O (DES) PREPARO DOS PROFISSIONAIS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL DO IDOSO	57
4.5. PERSPECTIVAS DE UMA CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E SUAS CONTROVÉRSIAS	60
4.6. AS VIVÊNCIAS COM IDOSOS E SUAS INFLUÊNCIAS	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	77
APÊNDICE A. ROTEIRO DA ENTREVISTA	78
APÊNDICE B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81

1. INTRODUÇÃO

As políticas públicas especialmente no campo da saúde, em países em desenvolvimento, se apresentam frágeis em diversos aspectos que têm em última instância a insuficiente qualificação dos gestores e profissionais desse setor, gerando serviços de baixa qualidade. A saúde mental e a saúde do idoso são de baixa prioridade na maioria dos países em torno do mundo, o que faz com que haja um negligenciar da sua política de desenvolvimento (NETO, 2009).

Trabalhando no setor público, atendendo à população com transtornos mentais e debatendo com colegas as angústias frente ao atendimento desta demanda surge a idéia de estudar essa temática. O fato de recebermos muitos encaminhamentos no serviço especializado, de situações que na nossa concepção poderia ser manejada nas unidades de saúde, trouxe à tona um questionamento do que poderia estar suscitando tal situação. A falta de comunicação entre os serviços e o não estabelecimento de uma rede de assistência geravam certa animosidade entre os diferentes profissionais, porém nada era feito para propor uma mudança. Em uma tentativa de reencaminhar os pacientes já estabilizados para seus serviços de referência, uma nova resistência se apresentava e o “conflito” novamente se estabelecia. De um lado o serviço especializado alegando não conseguir atender a demanda crescente e do outro as unidades afirmando não estarem prontas para receber esses pacientes.

Como a população idosa também apresenta características próprias no que se refere ao atendimento de saúde e o tema envelhecimento vinha sendo estudado no Programa de Pós Graduação, a idéia foi agregar essas demandas.

Explorar a importância da capacitação dos profissionais que prestam assistência aos idosos, na questão da saúde mental, investigando o impacto na assistência a essa população instigam uma interrogação. Parece haver uma deficiência nessa área e não existe uma proposta ideal, única e específica para supri-la. Como poderia então se pensar uma qualificação e o que pensam os profissionais que atuam na rede de saúde sobre isso?

A qualidade do atendimento prestado a essa população parece estar relacionada com a condição das pessoas que prestam esse serviço. Um profissional que reconheça as

fragilidades e potencialidades dos idosos e pessoas com transtornos mentais, de uma forma mais abrangente, poderia contribuir melhor.

O trabalho tem por objetivo examinar a capacitação dos trabalhadores de saúde acerca da saúde mental dos idosos, Identificando como são os conhecimentos, recursos, meios, período, duração e características do atendimento aos idosos no aspecto saúde mental, e, a partir da formação, dos conhecimentos prévios e disposições, do contexto, da transdisciplinaridade e da idéia de modelo complexo tentar propor algumas formas de educação continuada.

A estrutura da dissertação está organizada: primeiro capítulo de Introdução; segundo capítulo de Revisão de Literatura que aborda os conceitos de saúde, saúde mental, saúde do idoso e formação e capacitação dos profissionais; terceiro capítulo descrevendo a Metodologia e a Análise dos Dados; quarto capítulo com os Resultados Finais; quinto capítulo apresentando as Considerações Finais; e o sexto capítulo de Referências Bibliográficas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O CONCEITO DE SAÚDE

O conceito de saúde vem sofrendo mudanças ao longo da história e acompanha o desenvolvimento das ciências e da política (NUNES, 1998).

A Organização Mundial de Saúde, criada após a Segunda Guerra Mundial, preocupava-se com uma definição positiva de saúde, em vista do contexto mundial da época. Surge nesse momento uma preocupação com o bem estar social sinérgico a necessidade deste momento de reconstrução.

A partir disso, a definição mais difundida é a encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde: *saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças* (OMS, 2002).

Definir a saúde como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível, e distante da realidade.

Talvez a dificuldade de conviver com situações não passíveis de controle, da aceitação de imperfeições e da constante exposição a frustrações sejam situações de difícil assimilação que evoquem um mecanismo de negação e deslocamento nos sujeitos.

Então, como suportar conflitos inconciliáveis que tensionam o indivíduo em relação aos da coletividade. Uma vez que civilização exige renúncia e conseqüente insatisfação de instintos poderosos, produzindo grande frustração cultural nos relacionamentos sociais entre os homens (CZERESNIA, 2004).

Por outro lado, a definição utópica de saúde é útil como um horizonte para os serviços de saúde na busca de novas ações que busquem se aproximar deste. A definição pouco restritiva dá liberdade necessária para ações de mobilização em todos os níveis da organização social.

Acompanhando o contexto histórico, o conceito de saúde veio sofrendo modificações e, a segunda definição mais citada também é da OMS, mais especificamente do Escritório Regional Europeu: A medida em que um indivíduo ou

grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo.

Hoje, portanto o conceito de saúde irá englobar características que terão como fim a qualidade de vida do indivíduo. Para que esses aspectos sejam contemplados, serão necessárias avaliações que englobem rede social e familiar, para maior abrangência do conceito.

Fala-se então em qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida talvez seja outra questão de difícil de consenso. Como definir esse aspecto subjetivo do indivíduo e como mensurar, a partir dessa definição, indicadores externos ao sujeito, com vias de “medir” saúde.

Buscando ajuda na Bioética, do conceito de autonomia, entende-se que “qualidade de vida” seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito. Não há rótulos de boa ou má qualidade de vida (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Como escreve Segre (1997), poderíamos entender Saúde como um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade.

A questão da definição do conceito não acaba em si, as respostas dadas pela sociedade aos problemas de saúde devem decorrer do conceito de saúde vigente, ou seja, do paradigma que institui esse conceito o qual, por sua vez, responde ao contexto sócio-econômico político vigente (NUNES, 1998).

Acompanhando a evolução do conceito, modificam-se as práticas em saúde passando de um conceito curativista para a vigilância sanitária mais atual.

Se remetermos à história, no século XIX, havia um predomínio de doenças infecciosas sobre as demais, porém o ensino médico ainda era muito empírico e algumas disciplinas eram muito incipientes. Na Europa e América do Norte cresce o movimento sanitário nas grandes cidades, na época, para diminuir a tuberculose e tratar os surtos de cólera. Com a conquista desses marcos, se estabelece a era dourada da saúde pública, uma vez que políticas coletivas conseguem dar conta de problemas de saúde.

Coincidente a esses acontecimentos, surgem as primeiras instituições universitárias e as primeiras sociedades científicas.

Alguns progressos no campo médico, como a vacinação da varíola (depois de 1800), a descoberta do patógeno da cólera (1883) e a teoria dos germes de Pasteur, repercutiram na delimitação do conceito de saúde da época. Agora então a doença seria causada por elementos concretos (SANTOS; WESTPHAL, 1997).

Decorre dessa noção que saúde era a ausência de doença, isto é, ausência de um agravo causado por um germe (SANTOS; WESTPHAL, 1997).

O Relatório Flexner¹¹, de 1910, consolida a visão da época e que perdurou até pouco tempo. O impacto no modelo de educação médica, e conseqüente reflexo na prática médica, marcam uma mudança de paradigma na saúde.

Com os progressos médicos alcançados no ensino, na pesquisa e na prática essa nova visão foi se consolidando. Elementos desse referencial são o curativismo, o mecanicismo, a unicausalidade, o biologicismo, o individualismo e a especialização. A prática sanitária passa a ser a busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Como consequência, esse período transformaria dramaticamente a medicina de uma profissão orientada para a pessoa para orientada para a doença (NUNES, 1997).

Essa nova era terapêutica, consolidada no século XX, com o aumento de recursos públicos, levou ao moderno “*Estado de bem estar*”. A saúde pública, perdendo seu espaço de atenção ao coletivo, passa a se ocupar da organização das cidades, assumindo um caráter higienista. Entra a ambivalência prevenção/cura e a alocação num caráter paternalista, vertical e pouco democrático do Estado, para qual a saúde pública se volta.

No transcorrer do século XX, com o aumento das doenças degenerativas, devido a melhora nas condições de vida, alterou a morbi-mortalidade, levando a uma crise no mecanicismo, uma vez que a idéia de uma causa atuando sobre um corpo não

¹¹O Relatório Flexner foi um estudo publicado em 1910 chamado *Medical Education in the United States and Canada- A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Foi considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos Nos Estados Unidos, com profundas implicações para a formação médica e medicina mundial (PAGLIOSA, 2008).

bastava como explicação causal, levando o biologicismo e a unicausalidade a uma posição de questionamento também.

A insuficiência desse modelo pode ser atribuída ao fato de um lado ele então não dar conta de explicar as doenças crônicas e de outro, com o advento da psiquiatria, colocava-se que muitas doenças tinham causas psicológicas (NUNES, 1998).

Surge a idéia de multicausalidade e com ela a conceituação de fator de risco nas doenças degenerativas, quase sempre associado ao meio físico e/ou social (DARDET, 1994).

Ocorre o que se pode identificar como crise no curativismo, que se dá inicialmente em nível teórico. É também nesse nível que se inicia a crítica ao papel central e hegemônico do ato médico, discussão, aliás, presente e compapel de destaque nos dias atuais e que talvez merecesse uma discussão a parte.

A medicina preventiva, mesmo ampliando a atuação do profissional de saúde, não dá conta de todo o processo saúde/doença e apesar da identificação dos riscos e, não alcança a gênese desses riscos. De fato a medicina preventiva deu origem a um novo paradigma, mas não chegou a romper com o antigo (NOACK, 1994).

Acompanhando a evolução do conceito de saúde supra-citado, a saúde dependem de coisas que o homem criou e faz, das interações dos grupos sociais, das políticas públicas, dos mecanismos de atenção à doença, do ensino nas áreas da saúde e das intervenções sobre o meio ambiente.

Diversos encontros, conferências e espaços para discussão foram fomentados por essa nova visão do processo saúde-doença ao longo das décadas de 70, 80 e 90. Não se pode perder de vista as idéias universais de campo, porém existem, em cada país, peculiaridades marcadas pela sua história.

No Brasil, já se anunciava a emergência de um projeto de medicina social para o começo do século XIX, relacionado coma higiene urbana e a medicalização do espaço urbano, no momento de tansformações políticas e sociaiscom a transfrência da corte portuguesa para o país.

Coma crise do modelo escravagista e a redefinição da hegemonia do capitalismo, nas décadas que antecedem à República, surgem outras propostas na saúde e os médicos se organizam em associações propondo modelos de cura da sociedade, instituindo o modelo experimental.

No início do século XX, o projeto das Academias de medicina não é uma medicina de massa, mas de luta da universalização da atenção de caráter clínico. Já o projeto do Estado é o da saúde pública, visando o combate das endemias e epidemias, denominado modelo bacteriológico-campanhista (NUNES, 1998).

No início dos anos trinta há uma reformulação propondo um modelo médico-sanitário incipiente, com medidas educativas instituídas através dos Centros de Saúde e com políticas sociais, especialmente na classe trabalhista. A partir daí, começa realmente a se pensar em uma política nacional de saúde. Segue-se coma criação de instituições e leis importantes que vão pautar as políticas públicas vigentes.

Em 1988, a criada Constituição Federal Brasileira, inspirada na Conferência Nacional de Saúde de 1986, instituiu o Sistema Único de Saúde, o SUS, marcado pela orientação de produção social de saúde (BRASIL, 1988). A Atenção Básica aparece como eixo estruturante do sistema. Pois além de ser “porta de entrada”, gerencia os encaminhamentos, coordena e integra o trabalho realizado por outros níveis de atenção, outros equipamentos ou por terceiros e acompanha de maneira longitudinal a saúde do sujeito durante a vida. É importante destacarmos que a construção de um sistema de saúde da magnitude do SUS está sujeito a influências do sistema político-social-econômico vigente no país. Desta forma, a construção de um modelo requer articulação entre diferentes fatores, tais como concepção saúde-doença, concepção de mundo dos formuladores da política, conjunto de práticas e tecnologia disponíveis (GAMA;CAMPOS; 2009).

A Atenção Primária vem sendo implementada no país por meio de Unidades Básicas de saúde, que representaram o início da verdadeira descentralização e universalização. No entanto, as práticas de saúde nestas unidades de saúde permaneciam bastante médico-centradas, curativas e descontextualizadas, estabelecendo relações hierarquizadas com a população. A partir de 1994, o Ministério da Saúde adota o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para a atenção básica. O PSF

torna-se o eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando reordenar e promover a transformação do modelo tradicional de atenção à saúde, visando reordenar e promover a transformação do modelo tradicional de atenção à saúde, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais. Tal programa é operacionalizado por meio de implantação de equipes multidisciplinares- em Unidades Básicas- que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma área geográfica delimitada (GAMA;CAMPOS, 2009).

A implantação desse modelo encontra desafios e dificuldades realcioandas principalmente à capacitação do profissionalque atua no território. É importante salientar que o profissional de Saúde Mental não faz parte da equipe mínima do PSF (GAMA;CAMPOS, 2009).

Há uma mudança de que ser saudável não é apenas não estar doente. Ser saudável significa a possibilidade de atuar, de produzir sua própria saúde, por cuidados tradicionais ou ações que influenciem seu meio, ações políticas para redução de desigualdades, educação, cooperação intersetorial, cooperação na sociedade civil e exercício da cidadania (OMS, 2003).

Voltamos a pensar em qualidade de vida, mas apartir desse referencial, não como algo vertical, mas que possa surgir a partir das demandas da própria população. Porém como toda a teoria não apresenta um correspondente prático imediato, essa necessidade de novas relações do Estado com a sociedade civil e dos profissionais com os usuários exigem demandas ainda não bem estabelecidas, resultando em uma certa dificuldade de responder às peculiaridades que cada situação singular exige.

Surge aqui a vigilância em saúde que atua sobre os processos e todos os determinantes que possam estar envolvidos nele e não apenas sobre o resultado final (SANTOS; WESTPHAL, 1999). Para atender a essas expectativas, alguns elementos se tornam importantes: promoção da saúde, com ações inter e intrasetorias que visem provocar impacto favorável na qualidade de vida das populações, prevenção de enfermidades e acidentes, com ações preventivas de caráter não médico e a atenção curativa e de reabilitação.

Além de produzir saúde, cabe também ao sisistema de saúde contribuir para o garu e ampliação de autonomia das pessoas. Desta forma a busca da construção da

autonomia é necessária tanto para usuários quanto para profissionais da saúde, pois toda a autonomia é construída na história pessoal ou social: é fruto de um processo (CAMPOS, 2007).

Embora esse conceito em formação já seja amplamente discutido, as ações em saúde têm se mostrado muitas vezes excludentes. Um dos setores que vai de encontro a essa tendência, nas práticas aplicadas é o da saúde mental.

Uma questão que surge como os profissionais são comunicados e educados para essas novas práticas, uma vez que muitos tiveram suas formações embasadas em paradigmas, senão opostos, diferentes. O presente trabalho se propõe a uma discussão inicial acerca dessa problemática a seguir.

2.2. A SAÚDE MENTAL

Saúde mental é um termo usado para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de uma doença mental. A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida (DOLL, 2007).

Dentro do conceito de saúde mental, não se pode deixar de falar da loucura. O conceito de loucura vem se transformando ao longo do tempo de um modo semelhante à evolução do conceito de saúde, mas guardando algumas peculiaridades próprias de uma patologia que resistiu em ser instituída como entidade nosológica.

Na Grécia antiga o conceito de doença mental estava ligado a explicações mágico-religiosas, que atribuíam a uma força sobrenatural sua origem. Os loucos eram considerados detentores de poderes divinos, logo, o tratamento visava controlar, apaziguar ou expulsar as forças “demoníacas”.

No Império Romano, o tratamento adquiriu novo foco, que defendia uma relação mais individual entre o paciente e o médico. Todo conhecimento que antes era voltado para o misticismo, passa de uma transição do pensamento mágico para causas naturais, aproximando a loucura da doença.

Já no período medieval, houve um retrocesso do pensamento científico, a “feitiçaria” justificava a Inquisição e os doentes mentais eram levados para prisão e para a fogueira com os criminosos e as bruxas.

A partir do século XVI, houve o movimento de fundação dos hospitais e casas de saúde psiquiátricos e o reconhecimento do doente mental como objeto de estudo da psiquiatria (GAUER, 2003)

Na Europa, no século XIX, a doença mental já era vista, por um lado, como assunto para pesquisa científica: a psiquiatria germinou como uma disciplina médica e os portadores de perturbações mentais passaram a ser considerados pacientes da medicina. Por outro lado, os portadores dessas perturbações, que muitas vezes também apresentavam comportamentos indesejáveis, eram isolados da sociedade em grandes instituições carcerárias, os manicômios ou hospitais psiquiátricos (OMS, 2002).

Somente a partir do século XX, houve uma mudança no paradigma dos cuidados em saúde mental, que acompanharam o momento de avanços importantes no que diz respeito aos conhecimentos científicos.

No campo saúde mental, se atribuem essas mudanças a diversos fatores, destacando primeiro o progresso dos psicofármacos, com a descoberta de novas drogas, especialmente neurolépticos e antidepressivos; o movimento dos direitos humanos como fenômeno internacional, sob comando da recém criada Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002); e a inclusão do mental no conceito de saúde da OMS como já citado anteriormente.

Vasconcelos aponta condições históricas que propiciaram, em diversas partes do mundo, mudanças na maneira de se conceber o tratamento da loucura e o início de um processo de desinstitucionalização: Os contextos de guerra, com o aumento da solidariedade e reabilitação dos soldados; momentos de escassez de mão-de-obra e revalorização do trabalho humano; processos de transição demográfica, com aumento da população idosa; conjunturas políticas de democratização e processos sociais de afirmação dos direito civis e políticos; desenvolvimento de problemas maciços de bem-estar social; em políticas públicas que políticas neoliberais de desinvestimento que induzem a desospitalização em função do custo; mudanças teóricas e práticas no campo “psi”; desenvolvimento de terapias farmacológicas a partir dos anos 50; modernização e

humanização de setores da corporação médica. Todos esses fatores foram contribuindo para a criação de uma atmosfera favorável a mudanças (GAMA, 2009).

No plano internacional, podemos destacar, a partir da II Guerra Mundial, alguns movimentos que, com diferentes intensidades, buscam um ressignificação da Psiquiatria e uma transformação do modelo asilar tradicional. Na Inglaterra, temos a proposta das Comunidades Terapêuticas e o movimento das Psicoterapias de Grupo: na França, o movimento de Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor: as Psiquiatrias Comunitária e Preventiva nos EUA; na Itália, o Movimento de Desinstitucionalização.

No Brasil, este movimento envolve diversos atores e instituições, constituindo-se comum processo político e social complexo que provoca transformações das práticas, dos saberes e dos valores relacionados ao tratamento dos problemas mentais (GAMA, 2009).

Segundo Rosa (2003), o processo de Reforma psiquiátrica passou por períodos distintos anteriores: os movimentos de crítica à estrutura asilar, considerada patologizante e cronificadora, que buscavam a reestruturação do hospital, sendo ele ainda concebido como local de cura. Entretanto é a Psiquiatria Democrática Italiana, através de Franco Basaglia, que expressa a ruptura das propostas de reformas apresentadas até então, por questionar a exclusão imposta indo além da natureza médico-psicológica da “loucura”.

Rotelliet al. (2001) ressaltam que as reformas psiquiátricas na Europa buscavam superar gradualmente a internação nos manicômios e criar novos serviços substitutivos na comunidade: porém o processo enviesado de desinstitucionalizar acabou tendo a desospitalização como resultado, reduzindo sua abrangência. Eles apontam que nessa proposta as internações psiquiátricas continuam a existir como recurso terapêutico, que os serviços territoriais ou de comunidade convivem com a internação, não a substituem, mas confirmam sua necessidade, pulverizando o atendimento entre diversos serviços, que acabam fragmentados e especializados.

No Brasil, no período da ditadura militar, há uma enorme expansão do número de leitos psiquiátricos contratados com hospitais privados, a ponto de 90% do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ser destinado a tais

leitos no ano de 1978 (CESARINO, 1989). A partir daí se viu uma preocupação dos gestores a respeito da necessidade de ampliar a atenção ambulatorial em saúde mental. Porém, isso não representou uma mudança práticas, na medida em que o INAMPS mantinha a política de contratação de leitos psiquiátricos em hospitais privados para atender a população assegurada, e um parque manicomial público para atender os não-assegurados (ROSA, 2003).

A reforma psiquiátrica brasileira inicia-se na década de 70 e insere-se em um ambiente mais amplo – de diversos países – de mudanças e superação do modelo asilar, isto é, a desinstitucionalização da psiquiatria, que muda a ênfase do modelo de saúde mental: do hospital psiquiátrico para formas mais comunitárias de atenção à saúde mental.

No início da década de 80, várias cidades começaram a implantar Ambulatórios de Saúde Mental para atender diversas demandas. No entanto a própria Reforma Psiquiátrica critica este modelo que é desterritorializado, estruturado em especialidades, oferecendo tratamento muito tradicional. Uma parte desses ambulatórios foi substituída pelos CAPS e o restante continua operando tendo como característica longas filas de espera para consultas e terapia individual (GAMA, 2009).

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado", ficando assegurado, pelo menos no papel, o direito de acesso universal à saúde. Bases que vão levar à criação do Sistema único de Saúde, o SUS.

A implantação do Sistema Único de Saúde foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS, que pertencia ao Ministério da Previdência Social e contemplava apenas aqueles trabalhadores que possuíam vínculo empregatício e contribuía, ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) que fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O SUS então propõe e determina novas políticas e intervenções na saúde e conseqüentemente na saúde mental e psiquiatria (BRASIL, 1997).

Aos poucos, a partir da década de 90, começa a implantação dos equipamentos substitutivos, que são os centros de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, as Oficinas de Trabalho e as Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral. Observa-se uma inversão dos gastos que eram destinados ao financiamento dos hospitais (GAMA, 2009).

A partir da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, se oficializa o processo da Reforma Psiquiátrica iniciado da década de 70 no Brasil. Como esse movimento nasce na Reforma Sanitária, ele tenta manter muitos de seus princípios e diretrizes como a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (NUNES, 2007).

No entanto, a Reforma Psiquiátrica e sua contemporânea Reforma Sanitária, não caminham juntas. No momento em que a segunda inclui novos conceitos e é feita gradativamente ao longo de cinquenta anos, a primeira desconstrói os conceitos já existentes e exige uma adequação em poucos anos.

As análises históricas desse processo em curso no Brasil podem ser encontradas em seus variados matizes e paradigmas, porém os autores são unânimes em afirmar sua complexidade, diversidade, confrontos e conflitos teóricos e políticos (BUENO; CAPONI, 2009).

Para alguns autores e atores sociais, a reforma é entendida como sinônimo de reestruturação ou modernização de serviços, ou seja, simples reformulação técnico-assistencial, “capsização” do modelo assistencial e “inampsização” do modelo de financiamento, o que Amarante (2003) denuncia como desvios graves de descaracterização do processo social complexo.

Esse novo campo, saúde mental é representado na assistência pelos serviços substitutivos. Esses serviços substitutivos, segundo a Política Nacional de Saúde Mental de 2007, seriam os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Hospitais Dia e Ambulatório. Como todo movimento social que se caracteriza pela incessante construção e reconstrução, a mais recente aposta do campo da saúde mental é incluir-se no nível primário de atenção (BARONI; FONTANA, 2009).

Tenório (2002) destaca a busca da cidadania do louco como pedra fundamental da reforma afirmando que a importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundamental e organizador desse processo, está em que a reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo. Que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de muitos atores diferentes entre si.

Houve também com a reforma, principalmente a partir dos anos 90, uma ressignificação do papel desempenhado pelos familiares no cuidado em saúde mental. Se na perspectiva asilar, a família era afastada do tratamento por entender-se que as relações familiares poderiam ser patogênicas, depois se observa um recrudescimento das políticas neoliberais que impelem a família a encargos no cuidado (VECCHIA, 2009; ROSA, 2003).

Mesmo com essa mudança de concepção o *locus* da saúde mental nas políticas públicas não parece estar bem estabelecido.

Segundo dados adotados pelo Ministério da Saúde, 3% da população apresentam transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos, e mais 9 a 12% (totalizando 12 a 15% da população geral do país, em todas as faixas etárias) apresentam transtornos mentais leves que necessitam de cuidados eventuais (Ministério da Saúde, 2010).

Segundo estimativas, embora os problemas de saúde mental correspondam a 12% do “peso” mundial de doenças, o orçamento destinado representa, na maioria dos países, menos de 1% dos seus gastos totais com saúde (OMS, 2002).

Provavelmente haverá um aumento no número de doentes, devido ao envelhecimento da população, ao agravamento de problemas sociais e à desestabilização civil (OMS, 2002).

Em uma instância, a alteração mundial na carga global de doenças em direção às doenças crônicas requer uma mudança do modelo “ache e conserte” para um sistema amplo, coordenado e contínuo de cuidados. Esta mudança irá demandar uma reorientação dos sistemas de saúde que estão atualmente calcados na prática do tratamento de experiências agudas e episódicas de doença (OMS, 2005).

Em números totais, esse universo de demanda necessita de atendimento que não tem suas necessidades sanadas por um serviço especializado de difícil acesso. Nunes et al (2007) afirmam que já nos de 1970 e 1980, a OMS reconhece a magnitude dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade do cuidado ficar a cargo exclusivo dos especialistas. Preconiza a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade.

Além disso, as condições crônicas compartilham algumas características preocupantes: estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas; representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes; causam sérias conseqüências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam recursos da saúde em cada país e podem ser minimizadas somente quando os líderes do governo e de saúde adotarem mudanças (OMS, 2003).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao considerar a família como unidade de cuidado, tem o desafio de manter no horizonte tais questões, no que se refere, inclusive, ao cuidado de pessoas com transtorno mentais.

Ao analisar essas ações e seu impacto no processo do adoecer psíquico, destaca-se a responsabilidade da atenção primária no papel de grande promotora da saúde dentro da rede, pois é neste contexto, das situações corriqueiras do dia-a-dia, que se desenrolam e se enfrentam as dificuldades que acompanham a experiência de muitos. É nesse local que emerge o sofrimento que ele deve ser considerado, abordado, sentido (BARONI; FONTANA, 2009).

Pela mesma proposta que cria os serviços substitutivos, haveria a necessidade da rede especializada em saúde mental dar suporte para a rede básica de saúde, o que muitas vezes não acontece.

Na atual política social, os serviços de saúde mental têm se dedicado prioritariamente à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados; ao tratamento de casos graves e às crises. Parte da população com sofrimento mental com

características menos graves ou urgentes vem a ser atendida em ambulatórios e na atenção básica, o que põe em pauta a articulação entre saúde mental e atenção básica.

Baroni e Fontana (2009) observaram que a ausência de parceria entre os dois serviços (CAPS e UBS), refletiu-se também nos relatos sobre a inexistência de acompanhamento aos pacientes durante o tratamento em outros serviços, o que denota a interrupção de sua seqüência no momento do paciente voltar a sua unidade.

No mesmo sentido, Onocko-Campos et al (2007) apontaram que a experiência do atendimento e acolhimento das demandas de saúde mental na rede básica foi constatada em 56% das equipes de saúde da família. Entretanto, as experiências relatadas não se direcionam ao sofrimento subjetivo relacionado a outras circunstâncias, como o próprio adoecer, ou de situação sócio-econômica agravada pela desigualdade, ou às situações corriqueiras do cotidiano; somente ao transtorno psíquico instalado.

É interessante ressaltar nesses relatos (dos coordenadores das unidades) como o contato entre a equipe de apoio matricial e a equipe da unidade pareceu se voltar com maior exclusividade para a figura do médico clínico geral, excluindo dessas discussões os demais profissionais de saúde também responsáveis pelo acolhimento e as práticas de promoção e prevenção, ações-chave de atuação no nível primário (BARONI; FONTANA, 2009).

Porém este modelo parece apresentar algumas limitações, principalmente relacionadas à capacitação dos profissionais que atuam no território (GAMA, 2009).

Muitos profissionais acreditam que a assistência em saúde mental está associada com assistência especializada, e que, portanto cabe a eles resolver (BUCHELE et al., 2006).

A visão do problema se amplia quando se percebe que as competências de médicos generalistas em detectar e tratar transtornos mentais está mais ligada a habilidades de comunicação médico-paciente do que a conhecimentos teóricos de psiquiatria (BALLESTER; FLIPPON; BRAGA, 2005).

O relatório da OMS e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) destaca que “muitas vezes os profissionais da atenção primária de saúde vêm (mas nem sempre

reconhecem) angústia emocional” e que o “reconhecimento e manejo precoce de transtornos mentais podem reduzir a institucionalização e melhor saúde mental dos usuários (OMS/OPAS, 2001).

Para que essas orientações se tornem realidade e, de fato, possam se tornar práticas é necessário que se faça uma adaptação à realidade local e permita a participação dos envolvidos na assistência no processo de implantação.

Os serviços já existentes e o amadurecimento do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) se consolidam também como referência para entrada de pacientes com demanda de Saúde Mental na rede de atendimento, além dos Centros de Atenção Psicossocial.

Essas limitações em relação ao entendimento do doente mental parecem vir desde a base, como ilustra a história. Por maior que tenham sido os avanços nesse campo, e que são muitos, ainda existem ressalvas na compreensão e abordagem do indivíduo acometido de transtorno mental. Um exemplo disso é o espaço sobre saúde mental na maioria dos cursos de graduação. Os profissionais que optam por essa área muitas vezes necessitam buscar esses conhecimentos a partir de iniciativas individuais.

Orlandi (2000) coloca que “a incompletude é a condição de linguagem: nem sujeitos nem os sentidos, logo, nem o discurso, já estão prontos e acabados. Eles estão sempre se fazendo, havendo um trabalho contínuo, um movimento do simbólico e da história.”

É a partir dessa reflexão e de explorar a evolução da história, do contexto e de aspectos tão mais importantes do que aqueles que apenas ficam sobrenadando na superfície, que se pode reconhecer a riqueza de uma discussão importante que altera o paradigma da saúde mental e da loucura.

Neste sentido, lembramos de Bauman (1998) quando fala sobre os estranhos e de Foucault (1961) quando se refere aos loucos. Este primeiro identifica, no pensamento moderno, o grande esforço de se alcançar e manter, a todo custo, a pureza, a limpeza, a ordem, de modo que qualquer coisa que ameace esse ideal seja considerada um estranho, devendo ser imediatamente detectado, isolado, controlado eliminado. Bauman faz referência os estudos de Foucault (1995), quando ressalta que os loucos, já no início

da idade moderna, eram arrebanhados pelas autoridades cidadinas, amontoados em narrenschiffen (nau dos loucos) e jogados ao mar, posto que representavam “uma obscura desordem, um caos movediço (...) que se opõe à estabilidade adulta luminosa da mente; e o mar representava a água, que leva deste mundo, mas faz mais: purifica” (FOUCAULT, 1961 apud BAUMAN, 1998).

Essa população, entendida à margem da sociedade nos remete a outra população que com características próprias vem se mostrando e suscitando posições e posicionamento ambivalentes.

2.3. A SAÚDE DO IDOSO E A VELHICE

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um grande desafio. Na entrada do século XXI, o envelhecimento global causará aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto, as pessoas da terceira idade são, geralmente, ignoradas como recurso quando, na verdade, constituem recurso importante para a estrutura das nossas sociedades (OMS, 2005).

A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, quando a queda das taxas de fecundidade começou a alterar sua estrutura etária, estreitando progressivamente a pirâmide populacional e se deparando com uma demanda de serviços médicos e sociais de países industrializados (CHAIMOWICZ, 1997).

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223% ou em torno de 694 milhões no número de pessoas mais velhas (OMS, 2005).

Uma redução nas taxas de fertilidade e um aumento da longevidade irão assegurar o contínuo “agrisalhamento” da população mundial, apesar da diminuição da expectativa de vida em alguns países africanos e estados recém-independentes (OMS, 2005).

No Brasil, por outro lado, o declínio da mortalidade que deu início a transição demográfica foi determinado pela ação médico-sanitária do Estado e por transformações

estruturais que pudessem se traduzir em melhora da qualidade de vida da população: nas primeiras décadas do século XX, através de políticas urbanas de saúde pública como a vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias, e a partir da década de 40 pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública (YAZACHI, 1990 apud CHAIMOWICZ, 1997).

O envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde. Isto geralmente implica em custos elevados para o sistema da saúde.

Nos Estados Unidos um terço dos recursos destinados aos cuidados individuais com a saúde em 1989 foram “consumidos” pelos 12% de idosos (BUTLER, 1993). Na Inglaterra, onde o dispêndio estatal per capita com idosos é o triplo daquele com o restante da população, já na década de 80 a população acima de 60 anos (17% do total) utilizava 60% do Departamento Nacional da Saúde e Cuidados Sociais (GRAY, 1987).

Em relação aos gastos públicos cada vez maiores com a assistência médica, alguns dados disponíveis indicam que a velhice em si não está associada ao aumento de despesas médicas. O que encarece os gastos são as deficiências e a saúde precária freqüentemente associadas à velhice. Se as pessoas envelhecerem com uma saúde melhor, as despesas médicas, provavelmente não aumentarão de modo tão rápido (OMS, 2005).

Os legisladores precisam prestar atenção ao panorama completo e considerar a economia alcançada com a queda nas taxas de deficiências. Nos Estados Unidos, por exemplo, tais quedas podem reduzir as despesas médicas em aproximadamente 20% nos próximos 50 anos (OMS, 2005).

O investimento na saúde e educação da atual população de jovens e a compressão da morbidade são apresentadas como alternativas capazes de minimizar, em um país com recursos financeiros escassos, o impacto de envelhecimento populacional sobre a qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997).

Segundo Chaimowicz (1997) existem duas linhas de ação que podem minimizar o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde e

assistência social: a) o incremento dos sistemas de apoio formal e informal ao idoso e b) a redução da demanda, ou compressão da morbidade.

A promoção de saúde e a profilaxia primária e secundária de doenças, inclusive após os 65 anos, são alternativas que apresentam o melhor custo-benefício para que se alcance a compressão da morbidade (OMENN, 1992).

Em termos de políticas públicas no Brasil, parecem priorizadas as intervenções que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças, em detrimento às ações de recuperação da saúde, que, particularmente na população idosa, podem implicar em condições irreversíveis ou que exijam um tipo de assistência com alto nível de capacitação, longa duração e altos custos (TAVARES, 2009).

Pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde em doze países da América Latina, que concluiu serem a situação econômica e a falta de acesso aos serviços de saúde os principais problemas enfrentados pelos indivíduos idosos (LITVAK, 1990).

As disparidades entre as condições socioeconômicas e de saúde dos idosos indicam que, para o adequado planejamento das ações, é fundamental identificar as demandas específicas de idosos residentes em regiões diversas e pertencentes a diferentes classes sociais (VERAS, 1994; OMS, 2005).

Cabe à sociedade ampliar o debate sobre a transição demográfica e suas conseqüências para o sistema de saúde, avaliando alternativas que possibilitem minimizar seu impacto sobre a qualidade de vida da população, e cobrando do Estado o cumprimento de seu papel na implementação de políticas públicas direcionadas à manutenção da saúde da população idosa.

Um dos desafios das políticas de saúde é alcançar um equilíbrio entre o apoio ao ‘autocuidado’ (pessoas que cuidam de si mesmas), apoio informal (cuidado por familiares e amigos) e cuidado formal (serviço social e de saúde). Os cuidados de saúde formais incluem cuidados de saúde primários (prestados principalmente na comunidade) e cuidados institucionais (hospitais ou casas de repouso). Uma boa parte dos cuidados pode ser proporcionada por eles mesmos ou cuidadores informais e a maioria dos países

aplica seus recursos financeiros de uma forma inversa, utilizando a maior parcela para cuidados institucionais (OMS, 2005).

Deve-se investir, de maneira efetiva, em programas de suporte aos idosos e cuidadores, seja através do aumento real do valor dos salários, aposentadorias e pensões, de subsídios financeiros ou redução de taxas, do oferecimento de serviços como centros-dia, ou do apoio em áreas indispensáveis como alimentação, transporte, assistência médica, serviços de orientação e atividades sócio-culturais. Se a institucionalização é um mal necessário, o número de asilos e a qualidade dos serviços oferecidos não necessariamente devem ser inadequados, desde que o Estado realize seu papel de financiador e fiscalizador dessas atividades.

A designada “compressão da morbidade” se refere à possibilidade de adiar o surgimento de doenças e seqüelas, mantendo fixa a expectativa de vida, e reduzindo assim o intervalo de tempo vivido e o início das doenças ou incapacidades e a morte. Porém, como assinala Litvak (1990) “o envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interação de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a vida”.

Uma das características marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza. Em consequência do baixo valor dos benefícios, 1/3 dos brasileiros com 60 anos ou mais se mantinham em atividades produtivas em 1995 (IBGE, 1997). O retorno ou a permanência no mercado de trabalho, no entanto, se dá, sobretudo no mercado informal, em atividades mal remuneradas e com jornadas de trabalho extensas (CHAIMOWICZ, 1997).

Um número maior de pessoas mais velhas saudáveis aumenta sua participação na força de trabalho e sua contribuição para as receitas públicas também aumenta (OMS, 2005).

Kalache (1987) alerta para o conceito de “envelhecimento funcional”, que “nos países de Terceiro Mundo pode ocorrer muito antes da barreira artificial dos sessenta ou sessenta e cinco anos devido às condições de vida precárias”.

Nos países menos desenvolvidos, os idosos tendem a se manter economicamente ativos na velhice pela necessidade. No entanto, a industrialização,

adoção de novas tecnologias e mobilidade no mercado de trabalho estão ameaçando muito do trabalho tradicional dos idosos, especialmente nas áreas rurais (OMS, 2005).

Tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, os idosos algumas vezes responsabilizam-se pela administração do lar e pelo cuidado das crianças, de forma que os adultos jovens possam trabalhar fora de casa (OMS, 2005).

A renda é um recurso importante para o cuidado dos idosos, pois 84,9% dos homens idoso com dificuldades para atividades de vida diária (AVDs) e 80,5% das mulheres recebiam algum tipo de benefício social. Isso confere a esses indivíduos algum empoderamento, mesmo quando eles vivenciam uma situação de fragilidade. Cabe inserir as diversas dificuldades que enfrentam os jovens brasileiros no seu processo de transição para vida adulta, como a inserção no mercado de trabalho e saída da casa dos pais. Pergunta-se: quem é dependente desse tipo de arranjo? (CAMARANO;KANSO, 2010).

No Brasil, o suporte informal provido pela família parece ser a base principal do apoio potencialmente oferecido ao idoso pelo tripé família-comunidade-Estado. Três dificuldades principais deverão surgir, na medida em que se consolidar a tendência de dependência dos idosos: 1) não existem políticas sociais de suporte aos cuidadores em setores como alimentação, auxílio domiciliar, assistência médica e serviços de orientação entre outros; 2) o tamanho das famílias vem diminuindo no Brasil devido à queda da fecundidade; e 3) mais da metade dos idosos que residem em famílias no Brasil pertencem a domicílios cuja renda total não ultrapasse três salários-mínimos (CHAIMOWICZ, 1997).

O rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como no padrão de trabalho e na migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores, e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar das pessoas mais velhas quando necessário (OMS, 2005).

Os problemas sociais, econômicos e de saúde dos idosos são, em grande parte, os das mulheres idosas que apresentam menores níveis de instrução e renda e maior frequência de queixas de saúde (LITVAK, 1990; OMS, 2005).

As mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os lugares. Este fato reflete-se na maior taxa de mulheres em grupos etários mais velhos. As mulheres têm a vantagem da longevidade, mas são vítimas freqüentes da violência doméstica e discriminação no acesso à educação, salário, alimentação, trabalho significativo, assistência à saúde, heranças, medidas de seguro social e poder político, tendendo a ser mais pobres e apresentar mais deficiência em idades mais avançadas (OMS, 2005).

Por causa de sua posição de segunda classe, a saúde das mulheres mais idosas é geralmente negligenciada ou ignorada. Além disso, muitas mulheres possuem pouca ou nenhuma renda devido aos anos de trabalho não remunerado (OMS, 2005).

As mulheres tendem, a viver mais do que os homens, até idades mais avançadas, quando as deficiências e outros múltiplos problemas de saúde são mais comuns. A partir da idade de 80 anos, a média mundial é de menos de 600 homens para cada 1000 mulheres. Devido à maior expectativa de vida das mulheres e a tendência dos homens casarem com mulheres mais jovens e contraírem novo matrimônio se as esposas falecerem, o número de viúvas é significativamente maior do que o de homens nesta situação em todos os países (OMS, 2005).

A idade avançada frequentemente exacerba outras desigualdades pré-existentes associadas à raça, etnia ou gênero. As mulheres sofrem universalmente a desvantagem em termos de pobreza, porém os homens têm menor expectativa de vida (OMS, 2005).

Esses fatores como modificações na composição das famílias e na nupcialidade, além da mudança no papel da mulher, vista como principal cuidadora, ocorreram em paralelo com mudanças no sistema de valores. Isso significa um aumento do individualismo e da valorização da vida independente, o que resulta entre outras coisas, no aumento do número de pessoas que vivem sozinhas. Essas modificações podem enfraquecer os laços de solidariedade intergeracionais e afetam a economia de cuidado (CAMARANO; KANSO, 2010).

As mudanças na nupcialidade e nos arranjos familiares podem afetar a oferta de cuidado familiar. Estima-se que um maior número de casamentos resulte em uma menor atenção familiar e, dadas transformações mais expressivas em curso atualmente, se pode esperar um impacto ainda maior para os futuros idosos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Assume-se que os cuidadores potenciais são as mulheres entre 20 e 69 anos que declararam não dificuldades para realizar AVDs e que não participam do mercado de trabalho. São esposas, filhas, ou outros parentes que vivem no mesmo domicílio. Mas até quando as mulheres continuarão a ser as principais cuidadoras formais, com ônus para vida pessoal e profissional. Elas são as principais cuidadoras, mas são menos propensas a receber cuidados familiares (CAMARANO; KANSO, 2010).

Há uma tendência no aumento de idosos que necessitam cuidados mais prolongados e que o número de cuidadores não acompanhe. Esse cuidado poderás ser oferecido pelas famílias? E se não for, que fornecerá?

Em 2006, a maioria dos idosos com dificuldades nas AVDs (52,6%) vivia em arranjos familiares “não continentais”, ou seja, formado por casais, apenas idosos corresidentes, idosos com netos ou moravam sós. Embora o número de idosos demandantes de cuidados tenha diminuído para ambos os sexos, aproximadamente 21% da população idosa ainda exigia algum tipo de atendimento, principalmente devido à falta de capacidade funcional (CAMARANO; KANSO, 2010).

Supões-se que os demandantes de cuidados de longa duração são aqueles que experimentam algum tipo de dificuldade para realizar as atividades da vida diária como comer, ir ao banheiro e tomar banho sozinhos, que levam a uma perda da autonomia e requerem cuidador em tempo integral (CAMARANO; KANSO, 2010).

Denominado “fragilidade”, o estado de redução de reserva dos diversos sistemas fisiológicos determinada pelo efeito combinado do envelhecimento biológico, condições crônicas e abuso (tabagismo, alcoolismo) ou desuso (sedentarismo), priva os idosos de uma “margem de segurança” e aumenta a susceptibilidade às doenças e à incapacidade (BUCHNER; WAGNER, 1992 apud CHAIMOWICZ, 1997).

As condições sociais dos idosos no Brasil, associadas aos limites psicofísicos decorrentes do processo de envelhecimento, configuram uma situação de saúde psíquica comprometida. Porém esta situação vai de encontro a uma maior dificuldade de acesso a bens e serviços, desta população (TAVARES, 2009).

Embora a maioria das pessoas idosas possam ser consideradas mentalmente saudáveis, elas são tão vulneráveis aos distúrbios psiquiátricos quanto os mais jovens. A

depressão é mais freqüente nos anos que precedem à aposentadoria, diminui na década seguinte e, outra vez, sua prevalência aumenta após os 75 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum que leva ao suicídio e os idosos formam o grupo etário, que com maior frequência se suicida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%, dependendo do instrumento utilizado. É um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas e sua presença necessita ser avaliada. A presença de depressão entre as pessoas idosas tem impacto negativo em sua vida. Quanto mais grave o quadro inicial, aliado a não existência de tratamento adequado, pior o prognóstico. As pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional, afetando sua qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Entra em questão o conceito de qualidade de vida. Segundo a OMS (2005), qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

O conceito de qualidade de vida é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (DALLA VECCHIA, 2005). À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência (OMS, 2005).

A literatura refere que os instrumentos utilizados para análise da qualidade de vida de um modo geral não se adaptam aos idosos, seja porque têm uma abordagem unidimensional ou porque os idosos que se autodenominaram com boa qualidade de vida não a teriam segundo a interpretação dos instrumentos mencionados. Existem aspectos característicos e multidimensionais que definem a qualidade de vida na faixa etária idosa (HIGGS, 2003).

Pesquisas qualitativas sobre o conceito de qualidade de vida encontraram como resultados a valorização pelos idosos do bom relacionamento com a família, com os

amigos e da participação em organizações sociais; da saúde; de hábitos saudáveis; de possuir bem-estar, alegria e amor; de uma condição financeira estável; do trabalho; da espiritualidade; de se praticar trabalhos voluntários e de se poder aprender mais (FLECK, 2003).

Dalla Vecchia (2009) identificou três perfis de idosos na definição que deram sobre o que era qualidade de vida: o primeiro mencionou situações referentes a relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional e boa saúde, priorizando a questão afetiva e a família; o segundo grupo mencionou hábitos saudáveis, lazer e bens materiais, valorizando o prazer e o conforto; o terceiro grupo mencionou espiritualidade, trabalho, retidão e caridade, priorizando conseguir colocar em prática seu ideário de vida. Isto reforça que na avaliação de qualidade de vida do idoso deve ser considerado o que ele mesmo acha sobre qualidade de vida e bem-estar.

Os valores culturais e as tradições determinam muito como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. Quando as sociedades atribuem sintomas de doença ao processo de envelhecimento, elas têm menor probabilidade de oferecer serviços de prevenção, detecção precoce e tratamento apropriado. A cultura é um fator chave para que a convivência com as gerações mais novas na mesma residência seja ou não o estilo de vida preferido (OMS, 2005).

A população idosa possui características e necessidades singulares, com situações que transpõem a visão biomédica. Devido a essa complexidade de demandas, as deficiências da assistência se tornam mais evidentes (DOLL, 2007).

Os desafios de uma população em processo de envelhecimento são globais, nacionais e locais. Superar esses desafios requer um planejamento inovador e reformas políticas substanciais (OMS, 2005).

A velhice está associada a uma perda de autonomia, característica básica para participação social no mundo capitalista. Se associarmos a valorização do indivíduo a sua capacidade de produção, então se entende em parte porque o idoso permanece historicamente à margem da sociedade. Com as questões ligadas a saúde, isso não seria diferente.

Groisman (2002) discute que no campo da Gerontologia, os grandes esforços para se medir o grau de envelhecimento de uma pessoa parecem derivar da dificuldade de se estabelecer as fronteiras entre saúde e doença na velhice. Ainda aponta uma contradição no discurso da Geriatria/Gerontologia: ao mesmo tempo em que pregam o entendimento do envelhecimento enquanto uma fase “normal” da vida, a função dessas ciências consiste em identificar e combater patologias que possam vir a ocorrer na velhice, com o intuito de prolongar a vida humana. A partir dessa lógica, procuram, então, estabelecer parâmetros/normas do que seria saudável em cada estágio da vida dos indivíduos. Assim, a idade seria uma medida de saúde do indivíduo, uma quantificação do que ainda lhe restaria de vida, representando um ambicioso projeto de medição da ‘idade real’.

Numa perspectiva canguilhemiana, pode-se dizer que se tem criado formas artificiais de se normatizar o envelhecimento e, por meio dessas normas sociais, gerir a velhice (GROISMAN, 2002).

A partir desses conceitos como seria então a formação de opiniões, da formação e da capacitação dos profissionais que atendem essas populações?

2.4. A CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

O relacionamento do profissional de saúde com o paciente é, sabidamente, uma parceria entre duas pessoas, das quais uma delas possui o conhecimento técnico-científico, que põe à disposição de outra, que o aceitará, ou não, contrariamente ao que pensam muitos médicos que percebem esse relacionamento como uma subjugação, suspendendo-o diante de dúvidas, críticas ou “desobediências” do paciente. É nessas condições, de pleno exercício da autonomia de duas pessoas, que o tratamento pode ter sucesso, a menos que uma delas – o paciente – renuncie a sua própria autonomia, optando pela sujeição a uma postura mais paternalista do profissional de saúde, o que é freqüente nessa condição de “regressão” que o mal estar produz no cliente (SEGRE, 1997).

Os profissionais que julgam o bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos são preparados a partir da visão reducionista e mecanicista adotada pela educação

biomédica ocidental, que centra suas atenções no estudo detalhado dos órgãos, tecidos, células e ignora o aspecto psíquico e social da realidade humana (FONTES, 2001).

Contextualizando sócio-historicamente esse processo de questionamento e reação ao modelo tradicional de saúde, pode-se dizer que as aceleradas e profundas transformações verificadas nos últimos anos, nos mais variados campos, como o econômico, político, social e cultural, bem como tecnológico e comunicacional, repercutiram de forma contundente, em diversos setores da vida, dentre eles, a saúde (PAULINO, 2009).

Nas décadas de 60 e 70, pautada pela lógica neoliberal, instaura-se a chamada ‘nova ordem mundial’ e com esta a fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. A opção pelo ‘Estado mínimo’ e o corte de gastos públicos como resposta a chamada ‘crise fiscal do Estado’ em muito comprometem o âmbito institucional conhecido como ‘saúde pública’ (PAULINO, 2009).

A modernidade, acrescenta Baumann (2008), busca e defende a harmonia, a limpeza, a ordem, a segurança, de modo que qualquer movimento que contrarie ou ameace tais intentos justifica a indignação, a lamentação e a resistência. O interesse pela higiene tem relação direta com a fragilidade da ordem e para que esta não seja abalada, tal processo deve ser permanente, incondicional.

O pensamento pós-moderno, assim chamado por alguns autores, liberta os indivíduos de seus pensamentos estáveis, pautados nas tradições/estruturas fixas, permanentes, puras, verdadeira, universais. Essas contribuições no campo da saúde, assim como na educação, ao apresentarem uma nova possibilidade, de um novo olhar, mais aberto, mais plural, de reconstrução de pensamentos, saberes e fazeres por parte dos profissionais e estudiosos do campo, bem como a própria população (PAULINO, 2009).

Gallo (2008) conclui que este “repensar a Educação, em seus domínios epistemológicos, políticos e ético-estéticos”, possibilita “uma descolonização do pensamento, tornando o pensamento uma vez mais possível nesse território”.

Cabe então discutir sua conceituação de saúde-patologia-normalidade de forma mais detalhada. Canguilhem (2009) se opõe à perspectiva da diferença quantitativa entre

o normal e o patológico. Afirma uma diferença de natureza qualitativa entre esses fenômenos, rompendo com a visão de saúde enquanto adequação a uma norma, a um modelo pré-definido, a uma média de valores de taxas fisiológicas.

A saúde implica a forma pela qual o sujeito interage com os eventos da vida, sendo construída ao longo da existência. Não implica o completo bem-estar, nem a ausência de anormalidades, mas se constitui em sua realidade concreta (PAULINO, 2009).

Segundo a perspectiva canguilhemiana, o próprio limiar entre saúde e doença é singular. O homem, acrescenta Caponi (2003), ao inventar formas de vida, inventa, também, modos de ser fisiológicos.

O que se considera patológico, então, é a perda da capacidade normativa, a impossibilidade de mudança, a fixação e obediência restrita à norma (PAULINO, 2009).

A anomalia, seja ou não genética, só é considerada patológica se vinculada a um sentimento direto e concreto de sofrimento; um sentimento de vida contrariado; somente nestes casos se justificam as intervenções no código genético com sentido terapêutico (PAULINO, 2009).

Caponi (2003), em lógica semelhante, ressalta os diferentes significados possíveis para o termo doença, designados pela literatura científica, na língua inglesa expressa por *disease*, *sickness* e *illness*. *Disease*: conceitualização do médico (via exames); *sickness*: percepção da doença pelo contorno não médico da pessoa; *illness*: experiência subjetiva de doença. O conceito operativo de saúde, segundo esta perspectiva, deve integrar esses aspectos, sem reduzir-se a uma definição negativa.

A terapêutica adotada deve respeitar o novo modo de vida instaurado pela doença, ao invés de forçar um retorno ao normal. Assim, a prática clínica ligada à saúde não deve se reduzir a mera eliminação de sintomas (PAULINO, 2009).

Entendendo-se que não se reproduz a dicotomia cartesiana corpo e mente como se um funcionasse independente do outro, a superação parece ser algo banal a ser discutido, uma vez que, em meios acadêmicos, acredita-se estar superada. Porém, vê-se que não está (BARONI, 2009).

A saúde mental e a saúde física são dois, ou melhor, um elemento da vida estreitamente entrelaçado e profundamente interdependente. Avanços na neurociência e medicina do comportamento comprovam que, como muitas doenças ditas físicas, as ditas mentais e comportamentais resultam de uma interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2002).

As novas tendências epistêmicas apontam que a maior parte da natureza não se enquadra no fenômeno causa-efeito. A compreensão desses fenômenos como complexos procuram analisar acontecimentos e situações que não são passíveis de conclusões pelo simples somatório (FONTES, 2001).

A carência de espaços de discussão e reflexão aumenta a probabilidade de manter essa visão compartimentada e, na população idosa principalmente, manter as políticas de assistência distantes da realidade, assim como historicamente o conceito de saúde se situa.

O tema formação é uma das principais preocupações relacionadas à saúde mental na atenção básica. A primeira questão está nos próprios cursos técnicos e de graduação, que tendem a propor predominantemente conteúdos descontextualizados (GAMA, 2009).

Logo, se sabe da importância da capacitação dos profissionais que prestam assistência aos idosos, em termos de saúde mental. A deficiência nessa área é de senso comum e não existe uma proposta ideal, única e específica para supri-la. A idéia do trabalho é, a partir da formação, dos conhecimentos prévios e disposições, do contexto, da transdisciplinaridade e da idéia de modelo complexo tentar propor algumas formas de educação continuada.

Uma das formas que tem sido apontada para busca de uma melhora na qualidade de assistência ao idoso seria a capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento dessa população. Porém, algumas formas de proposição desta qualificação mantêm o paradigma do modelo dicotômico de mente-corpo e traz consigo uma dificuldade de compreensão mais global do indivíduo.

Onocko Campos (2006) afirma que: “os conhecimentos técnicos teriam, duas funções produtoras de eficácia: uma específica na produção de saúde dos usuários, e outra importante na produção de saúde dos trabalhadores”.

Amarante fala da capacitação em duas dimensões: a técnico-assistencial e a epistemológica, para que possa atingir um campo sócio-cultural mais vasto (AMARANTE, 2003). Essas propostas devem se adaptar as características e necessidades locais para que possam ser efetivas, e não projetos engessados que desconsideram as diferenças de cada região.

O Ministério da Saúde apresenta ações de avaliação do processo e proposição de alternativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Uma delas seria a capacitação dos profissionais que atuam nos serviços. Para isso, a Coordenação de Saúde Mental prevê a implantação de Núcleos Regionais de Capacitação, nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, com representantes de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e unidades acadêmicas envolvidas. As diretrizes orientam a forma de financiamento, através de projetos que podem ser encaminhados pelo município, porém de forma pouco clara.

A Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde vem indicando que a construção de processos de formação de equipes de saúde mental e da atenção básica deve ser prioridade na pauta de ações das políticas públicas nessa área (Brasil, 2007). Estudos têm indicado que processos de formação em saúde mental são ineficazes quando pontuais e pouco abrangentes (DALLA VECCHIA, 2009).

Muitas são as dificuldades, para a efetivação dessa proposta. A lógica capitalista, o individualismo, a competitividade e a segregação, tão evidentes na sociedade atual, contrapõem-se à lógica do trabalho em equipe, à corresponsabilização e à escuta qualificada, práticas essenciais para a execução da proposta do Apoio Matricial (DIMENSTEIN, 2009).

Dir-se-á que no mundo atual, com a medicina em grande parte socializada, estatal ou não, com o profissional de saúde mal ressarcido (não dispendo de tempo e espaço afetivo para dedicar-se seriamente a cada um de seus pacientes) a criação e preservação dessa ligação afetiva entre o profissional de saúde e o cliente é tão irreal quanto a expectativa de “perfeito” bem estar da OMS (SEGRE, 1997).

Há a necessidade de maior legibilidade entre generalistas da atenção básica e especialistas da saúde mental. Para além das disputas corporativas, há uma via de mão dupla requerida na articulação das ações entre esses operadores do cuidado: por parte dos primeiros, especialmente em equipes-agrupamento (PEDRUZZI, 2001), a ênfase biomédica no substrato anatomofisiopatológico do processo de adoecer produz uma abstração da dimensão da subjetividade no processo saúde-doença, cuja atenção requer estratégias para as quais profissionais não estão e/ou não se sentem preparados para adotar. Por parte dos segundos, encontra-se uma tendência a se aferrar ao núcleo específico de sua competência profissional, reforçada por um pré-julgamento de que a complexidade dos cuidados à saúde mental não autoriza o generalista a desenvolver quaisquer ações eficazes neste campo (DALLA VECCHIA, 2009).

Um dos dispositivos que podem ser utilizados, segundo o Ministério da Saúde, é o Apoio Matricial da Saúde Mental às equipes da atenção básica. Nesse cenário, a equipe de apoio, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local, produzindo uma forma de co-responsabilização. Essa responsabilização compartilhada, que minimiza a lógica do encaminhamento e se efetiva através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto à família e comunidade e atendimentos conjuntos, visa aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde pela equipe local (BRASIL, 2010).

Formulado por Campos (2007), com o objetivo de aumentar o grau de resolutividade das ações em saúde, este arranjo provoca uma reformulação nos organogramas dos serviços, de forma que as áreas especializadas (outrora verticais) passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica. A relação terapêutica, portanto, passaria a ser a linha reguladora do processo de trabalho, no qual as equipes de referencia são as responsáveis por realizar o acompanhamento longitudinal do processo saúde/doença/intervenção de cada paciente. Dessa forma, o Apoio Matricial seria a ferramenta para agenciara indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante, que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários às diversas especialidades.

Segundo Campos (2007), o apoio matricial seria uma metodologia que oferece tanto uma retaguarda assistencial quanto um suporte técnico-pedagógico às equipes de

referência. O modelo propõe uma rede de cuidados de base territorial e possibilidade de intervenções transversais de outras políticas públicas. Há um incentivo ao acolhimento, estabelecimento de vínculos e responsabilização compartilhada dos casos de um modo oposto ao do encaminhamento.

É necessária uma reorganização dos serviços de saúde a fim de que adotem uma educação em saúde como base para a capacitação das populações para que favoreça a organização das comunidades, com vistas a ampliar seu poder de negociação e controle para articular as mudanças necessárias nos determinantes do processo saúde-doença (SILVA, 2002 apud ARONA, 2009).

A necessidade de mais profissionais da área parece estar aliada não somente ao atendimento da enorme demanda da população, mas também à demanda de educação e suporte dos profissionais (BARONI, 2009).

Educação em saúde é definida por L'abbate (1994) como um campo de práticas que se dão nos níveis das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário no desenvolvimento cotidiano de suas atividades.

As bases para a promoção da saúde passaram a ser, então, a cooperação intersetorial e a participação popular que, para sua concretização, requerem apoio e estratégias educativas (KICKBUSCH, 1996 apud ARONA, 2009).

3. METODOLOGIA

3.1. DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

Pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa.

3.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL

A população desta pesquisa foi selecionada por amostragem não probabilística, entre profissionais de saúde que atuam nos programas de Estratégia de Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial do município de Passo Fundo– RS.

Passo Fundo é uma cidade localizada na região do Planalto Médio do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Possui cerca de 183 mil habitantes, com uma população predominantemente urbana. Pela localização e oferta de serviços, ocupa o local de referência em saúde na região (PMPF, 2011).

Passo Fundo possui a gestão plena da atenção básica na saúde, onde o município é responsável pela gestão dos recursos destinados a atenção primária em saúde e os demais serviços ofertados são subsidiados pelo Governo Federal.

O município possui 23 Unidades de Atendimento Básico, sendo que destes 16 possuem ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ainda são ofertados cinco Centros de Atenção Integrados à Saúde (CAIS) e um Posto de Atendimento Médico (PAM) (PMPF, 2011).

Foram selecionadas três unidades de saúde com a Estratégia de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial II. Optou-se por esses ambulatórios, por serem serviços vinculados à Universidade de Passo Fundo e pelo número abrangente de pacientes que cada unidade atende na tentativa de traçar um perfil do atendimento a saúde mental do idoso na rede básica.

A seleção das unidades foi intencional, sendo entrevistados todos os profissionais de nível superior dos ambulatórios pesquisados, totalizando dezesseis participantes.

De acordo com Turato (2003) a escolha proposital e intencional dos participantes no estudo qualitativo, está condicionada ao objetivo do estudo.

3.3. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O levantamento dos dados foi realizado por meio de entrevistas abertas guiadas por um roteiro pré-elaborado. Todas as entrevistas foram realizadas pela autora da pesquisa.

A pesquisadora fez inicialmente contato com os coordenadores das unidades e expor a proposta de trabalho se dispôs a ir ao local no momento em que não fosse atrapalhar o funcionamento do serviço. Nenhum dos locais se mostrou contrário, mas encontraram dificuldade em conseguir uma data. O prazo previsto para coleta dos dados não pôde ser cumprido em virtude desta dificuldade.

Quanto aos profissionais, a grande maioria se mostrou muito disponível. Alguns demonstraram uma postura mais colaborativa e interessada, inclusive solicitando um retorno dos resultados do trabalho.

Antes da aplicação da entrevista foi realizada uma breve apresentação da pesquisa, esclarecendo as possíveis dúvidas do entrevistado a cerca dos objetivos do trabalho. Foi solicitado, dentro das condições de cada estabelecimento, um local mais reservado, num horário previamente combinado, para o estabelecimento de um ambiente mais adequado para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas, usando gravador de voz e posteriormente transcritas. Ainda foi usado um diário de campo para anotações das percepções da entrevistadora sobre atitudes, forma de comunicação e observação de outros fatores subjetivos que pudessem advir da postura dos profissionais. Na transcrição, foi preservado o conteúdo essencial, identificando os participantes por letras itálicas, mantendo seu anonimato. As entrevistas foram depois desgravadas.

3.4. ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram analisadas e a seguir categorizadas de acordo a Análise Temática segundo Minayo (2004).

Assim, toda interpretação é regulada em suas possibilidades, em suas condições, não sendo mero gesto de decodificação, ou apreensão de sentidos. Deve-se considerar que “nem a linguagem, nem os sentidos, nem mesmo os sujeitos são transparentes: eles têm sua materialidade e se constituem em processo em que a língua, a história e a ideologia concorrem conjuntamente; por isso, optamos por analisar os discursos utilizando esse referencial (BUENO, 2009).

As categorias para as análises e discussões foram formuladas a partir da coleta dos dados. A autora sugere a operacionalização através de passos: 1º ordenação de dados, 2º classificação dos dados e 3º a análise final, cada fase com orientações específicas (MINAYO, 2004). Na terceira etapa é feita uma pré-análise, seguida de uma exploração do material para posterior tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, que foi realizada mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo e recebeu parecer favorável, CAAE n. 0023.0.398.000-11 (Anexo 2).

Atendendo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, nas diretrizes sobre estudos com a participação de seres humanos, ficou assegurado o anonimato e neste estudo as falas serão identificadas pelos códigos EX (E: entrevistado; X: número da unidade de saúde).

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Não houve amostra representativa, pois no estudo qualitativo não há como fazer uma generalização do dado.

Na questão das áreas de formação quatro profissionais possuíam graduação em Medicina, quatro em Enfermagem, dois em Farmácia, dois em Psicologia, um em Nutrição, um em Odontologia.

Quanto ao gênero, apenas dois entrevistados, são do sexo masculino.

Na questão das profissões, talvez coubesse a divisão por unidades como é feito nos quesitos a seguir, porém só uma das unidades possuía outros profissionais de nível superior que não o médico ou o enfermeiro. O CAPS, como determina a Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde, possui profissionais de outras áreas (BRASIL, 2002). O trabalho abrangeu apenas os profissionais de nível superior, mesmo assim cabe o questionamento de se falar em trabalho multi/inter/trans disciplinar com tão poucas disciplinas.

Em relação à idade, quatro entrevistados possuíam idade entre 20 e 29 anos, cinco tinham entre 30 e 39 anos, três entre quarenta e cinquenta anos e quatro entrevistados possuíam mais que cinquenta anos.

Na questão da idade pode-se observar uma distribuição mais homogênea. Novamente, com esse número de entrevistados não é possível estabelecer uma idade média para os trabalhadores em saúde do município de Passo Fundo. Talvez coubesse um levantamento desse dado para que se pudesse conhecer esse aspecto, que conjuntamente com o tempo de serviço, pudessem ajudar na elaboração de uma “reciclagem” na questão das capacitações.

Quanto ao vínculo empregatício estabelecido com o empregador, sete entrevistados eram estatutários e sete possuíam um contrato regido pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

O aspecto vínculo empregatício talvez seja um ponto a parte a ser discutido talvez em outro momento. Nenhuma das ESF possuía, naquelas que foram pesquisadas, profissionais de nível superior concursados. Essa é uma questão que foi levantada nas conversas com os profissionais e que acabam interferindo na qualidade do trabalho das unidades. Como a ESF trabalha a questão do vínculo, de conhecer as famílias, de estabelecer laços, como ficam as populações frente à constante possibilidade, e muitas vezes realidade, de troca de profissionais? O estudo não apresenta condições de responder esse questionamento, mas não por isso ele deixa de ser pertinente.

No quesito tempo de serviço, dois entrevistados estavam no emprego atual a menos de um ano, seis e estavam entre um e dois anos, cinco permaneciam entre três e quatro anos e cinco entrevistados estavam no trabalho atual a mais de cinco anos.

O tempo de serviço também mostra uma disposição mais homogênea, apresentando um número maior de profissionais que trabalham entre um e dois anos. Neste quesito foi questionado o tempo em que os profissionais estavam trabalhando na unidade pesquisada. O tempo de serviço em outro local, mesmo que já trabalhassem para o mesmo empregador não foi considerado.

Como as unidades pesquisadas, afora o CAPS, trabalham de uma forma territorializada, essa questão do tempo de trabalho se torna relevante, uma vez que o fato de conhecerem a população com a qual trabalham, possibilita que planejem intervenções mais adequadas às necessidades locais.

Quanto ao local de formação nove dos dezesseis entrevistados haviam feito a graduação em uma Universidade local; quatro graduaram em universidades do RS, sendo três em instituições privadas e; três entrevistados obtiveram sua graduação em Universidades localizadas fora do Estado do rio Grande do Sul, sendo dois em instituições públicas.

Na questão do local de formação, mais da metade dos entrevistados foi formado em uma instituição de ensino de Passo Fundo. Essa proximidade geográfica talvez pudesse ser mais estreitada, uma vez que o local de formação acaba agregando características das demandas locais no ensino.

4.2. CENÁRIOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL E À SAÚDE DO IDOSO

A análise e discussão das falas têm por objetivo a exposição das idéias centrais das entrevistas, sem a pretensão de que todas as questões a serem debatidas se esgotem.

A primeira parte do roteiro abrange questões relativas ao atendimento dos idosos e as patologias mentais que os acometem.

Sobre o fato de atender ou não idosos os relatos foram diversos. Em duas unidades foi referida uma demanda grande de idosos e no serviço de atendimento especializado as opiniões se dividiram.

Idoso, bah, nossa área é muito de idoso, estamos com 557 idosos cadastrados. A maioria são idosos aqui. Tem a área da T, por exemplo, que é uma área muito difícil para ela trabalhar, porque eles dormem até tarde, né, aí fica difícil de entrar nas casas.

[A3]

A gente atende quando aparece alguém, mas não existe atendimento específico para o idoso. No momento só me lembro de um paciente que nem está vindo, porque está sendo atendido em casa, está doente.

[A4]

Sobre estes posicionamentos alguns questionamentos se fazem importantes. A questão do aumento da população idosa é fato, como já foi argumentado no capítulo sobre o Idoso e o Envelhecimento. A partir disso, podemos inferir que existe uma demanda de idosos, mas que por algum motivo esses indivíduos não estão chegando até a unidade de referência. Talvez coubesse um levantamento dos idosos para corroborar essa observação, mas em relação ao objetivo do trabalho caberia questionar aqui se esses profissionais estão sensibilizados ou até capacitados para identificar esses pacientes e suas necessidades.

Sobre as patologias mentais que acometem os idosos, as opiniões também divergiram. Muitos profissionais entrevistados pareciam surpresos com a questão, ficando reflexivos no momento da resposta. Era visível a dificuldade de pensar em doenças psiquiátricas como um diagnóstico. Para muitos parecia difícil pensar a depressão, ou a tristeza e melancolia, como muitos referiram, como patologia.

A patologia mais referida foi a depressão, sendo referida por onze, dos dezesseis participantes. Esta foi seguida de demência, com certa dúvida dos

participantes se esta patologia seria uma doença mental, ou mais uma consequência do envelhecimento.

Eu acho que a maior delas é a depressão. Que muitas vezes é em função da suspensão do trabalho, que muitas vezes a pessoa não tem mais aquela atividade que ela estava habituada a fazer.

[B4]

É depressão. A depressão é o nosso carro chefe, que eu acho que numa certa idade bate em todos os idosos.

[A2]

Demência, por ter uma prevalência de idosos maior aqui na área, até pelo local, pelo bairro da cidade, temos muitos idosos.

[B3]

...demência, aquele negócio de não saber onde está, de espaço, de esquecer das coisas... É uma pena, é uma coisa que a gente está vendo no dia a dia e não tem o que fazer.

[B2]

Foram citadas outras patologias, referidas como iniciadas na idade adulta e que seguiram acompanhando os idosos como esquizofrenia, alcoolismo, transtorno afetivo bipolar. Essas respostas acabaram surgindo quando lhes foi questionado que patologias psiquiátricas observavam nos idosos.

Foi levantado por um entrevistado o uso, ou melhor, abuso de benzodiazepínicos.

... a dependência de benzodiazepínicos, que eu não sei se está no DSM, mas é endêmico assim, absurdamente endêmico a quantidade que existe aqui.

[B3]

O abuso de substâncias foi pouco levantado. Remetendo a literatura alguns fatores se mostram relevantes como o fato do não questionar aspectos que abordem essa questão. Parecem ser mais simples essas abordagens nos adultos. Isso pode ir ao encontro da idéia que a velhice “isenta” o indivíduo de manter características de sua personalidade e um funcionamento muito semelhante ao que apresentava na idade adulta.

Os medicamentos constituem importantes ferramentas terapêuticas para manutenção e recuperação da saúde da população, desde que respondam aos critérios de qualidade exigidos e sejam prescritos e utilizados adequadamente. Caso contrário podem ocasionar o desenvolvimento de reações adversas, interações com outros medicamentos e alimentos, redução da efetividade terapêutica, dependência e

intoxicações, sendo responsáveis por sérios danos à saúde. Segundo a OMS, cerca de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Alguns entrevistados ainda questionaram o fato dos idosos apresentarem transtornos mentais ou sua condição de velhice levar a sintomas que não seriam então considerados patológicos. A visão da velhice, que é abordada na seqüência, leva a esse possível viés na observação e diagnóstico desses pacientes, o que evidencia o despreparo do profissional e o desconhecimento das questões geronto-geriátricas.

Não seriam transtornos psiquiátricos, mas solidão. Solidão que pode levar à depressão, por todo esse processo de desvalorização deles (...)

[F4]

Eu acho que mais o idoso não é tanto transtorno mental. Eu acho assim que eles têm uma tristeza, né (...) aqui na minha área os filhos estão depositando muitas responsabilidades nos velhinhos.

[A3]

A OMS e a Associação Mundial de Psiquiatria (AMP) reconhecem que a estigmatização e a discriminação ligadas aos transtornos mentais estão fortemente associadas com sofrimento, as incapacidades e as perdas econômicas. Como a estigmatização na idade avançada- independente da estigmatização ligada à doença mental- está igualmente presente na maior parte das sociedades, há, então, um duplo prejuízo para as pessoas idosas com transtornos mentais, e ambos deveriam ser levados em conta no contexto das estratégias antiestigmatização (GRAHAM 2007).

Quanto à questão das demandas que os idosos apresentam a grande maioria dos entrevistados apontou um maior tempo destinado para o atendimento desses pacientes. Isso, dentro do contexto de serviços que apresentam a necessidade de atendimento de um grande volume de pacientes, acaba muitas vezes causando rechaço dos profissionais.

4.3. O OLHAR DO PROFISSIONAL SOBRE A PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL

Muitos entrevistados apontaram características importantes desses pacientes que os levavam a uma maior atenção também na questão afetiva. Alguns desses apontamentos das demandas dos pacientes idosos foram em:

- a) por desvalorização
- b) por labilidade humoral;
- c) apresentarem dificuldade cognitiva e;
- d) não aceitarem intervenções.

Eles requerem um cuidado, o idoso, apesar de todas as campanhas, não é muito valorizado na nossa cultura, né. Ele é deixado de lado.

[A4]

É um público bem mais, como posso te dizer, delicado (...) é mais depressivo. Tu vê que não, que muitas vezes a queixa é mais emocional, né.

[A2]

A maioria dos idosos a gente tem que dedicar um maior tempo. Às vezes pela dificuldade de compreensão, também, naquilo que a gente está tentando esclarecer (...) Muitas vezes é necessário atendê-los individualmente (...) Tipo, o que eu faço de diferente é escrever, botar etiquetinha.

[B1]

(...) já vêm na defensiva (...) às vezes, eles têm uma resistência maior em baixar essa guarda e estar escutando os conselhos da equipe.

[G4]

Diversos entrevistados conseguiram levantar algumas características próprias da população idosa e como isso refletia no manejo, porém parece que a compreensão de fatores associados ao processo do envelhecimento, características próprias desse processo e como manejar esses pacientes, nessa amostra, pareciam apresentar algumas limitações.

Segundo Motta (2008), a ESF seria responsável por acompanhar transformações físicas consideradas normais e identificar precocemente alterações patológicas nos idosos, alertar a comunidade sobre fatores de risco aos quais as pessoas idosas estão expostas, bem como identificar formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com os idosos e seus familiares (TAVARES, 2009).

Talvez a questão mais relevante a ser considerada seja a dificuldade do princípio de integralidade na atenção básica, particularmente no que se refere à saúde mental. Se há dificuldade de articulação e integração entre estratégias e profissionais de um mesmo serviço, o que dizer quanto à articulação entre diferentes níveis de atenção e gestão e saúde mental? (TAVARES, 2009).

Quando foi questionado sobre como era atender essa população, as respostas foram bastante variadas, demonstrando que quando trazemos à tona aspectos individuais subjetivos, se torna mais complexo o agrupamento dos dados.

Aqueles que apontaram como positivo atender idosos trouxeram aspectos como:

- a) A facilidade de manter o vínculo com esses pacientes

Eu consigo atender bem, sim. Até porque a gente já tem vínculo com eles.

[B2]

- b) O fato de ter a família como aliada no estabelecimento da terapêutica

Não sei se é mais difícil. Acho que até na prática não, porque eu acho que muitas vezes os idosos, por não serem tão independente para a decisão de muitas coisas, muitas vezes a gente consegue pactuar com os cuidadores essa troca, uma retirada ou um outro medicamento que possa auxiliar essa retirada.

[B3]

Aqueles que colocaram o atendimento do idoso como difícil apontaram:

- a) A falta de perspectiva de vida

Eu acho que é mais difícil, é mais difícil em função dessa questão do que aquilo que a gente pode trabalhar com o jovem, o adulto, na inserção, pra fazer um curso profissionalizante.

[B4]

- b) O fato da fragilidade da sua condição de idoso mobilizar sentimentos de compaixão difíceis de conviver

(...) mas eu me compadeço com os problemas deles e isso me dói bastante, principalmente com eles que são idosos.

[C4]

Tratar e cuidar da pessoa idosa desperta nos profissionais anseios e angústias, assim como sentimentos de compaixão e misericórdia. Esses fatos são corroborados por Ezequiel e Sonzogni (2006), que estudaram as representações sociais que estudantes de Medicina têm do idoso e da velhice.

- c) A confrontação com o próprio envelhecimento

(...) a minha postura inicialmente, eu não queria trabalhar com idosos, eu não queria - ri - Eu tive uma crise, eu tive que fazer atendimento psicológico, também, porque eu mesma não aceitava envelhecer. Então assim, eu olhava para os idosos e pensava assim, quando eu ficar velha eu não quero ficar assim.

[D4]

Nessa etapa das entrevistas começaram a surgir relatos de vivências com idosos e de experiências pessoais e profissionais. A questão da velhice como etapa de fragilidade, limitações acaba mobilizando muitos sentimentos nos profissionais. Identificar esses fatores e também pensar uma forma de oferecer algum tipo de suporte seria uma proposta válida, uma vez que isso viria a refletir num melhor atendimento desses pacientes.

Um objetivo importante dessa seção era estabelecer relações entre as vivências pessoais e como isso então poderia determinar a visão de idoso que o profissional estabelece. Optou-se por apresentar duas falas que demonstram isso.

A primeira, apresentada pelo trecho de uma entrevista, demonstra um padrão técnico preponderante, em vista da falta de vivências pessoais, evidenciando algumas dificuldades de relação.

Tu tens vivência pessoal com idoso?

[Entrevistadora]

Não. (silêncio). Nunca convivi muito, porque na minha família assim as duas pessoas... as pessoas idosas pelo lado do pai, por exemplo, ou faleceram cedo ou moravam longe e do lado de mãe não teve muito afeto assim, que permitisse o convívio. E hoje eu tenho menos ainda, porque eu fui morar longe da família.

Tu acha que isso influencia na tua prática?

[Entrevistadora]

Hoje em dia acho que não me atrapalha. Acho que me atrapalhou em termos formativos, porque eu acabei aprendendo algumas coisas mais de informação do que trazendo bagagem cultural e de casa, e pessoal. Hoje em dia não me atrapalha mais. Hoje em dia eu consegui inverter essa visão. Eu enxergo os idosos da minha família com olhar técnico. Mesmo sem ter o afeto, eu enxergo as fragilidades deles de longe, assim.

Como é hoje o perfil do idoso pra ti?

[Entrevistadora]

Ativo e independente. Eu vejo assim pelo avanço da idade. Claro que existe o idoso frágil, o idoso que não é independente, mas com a palavra idoso, considerando a idade que se considera idoso, 65 anos, eu enxergo assim, ativo e independente mesmo.

[B3]

Esta outra fala também corrobora o fato de que a forma como são vividas as relações com os idosos interferem robustamente em como esses profissionais pensam o idoso.

Eles são pessoas que estão se descobrindo de novo agora e isso é bom (...) eu estimulo eles a ler a usar o computador, a jogar baralho (...) eles têm a agenda cheia de coisas para fazer.

A palavra idoso é completamente 'demodé' para mim (...) eu , às vezes, tenho inveja da vida que a minha mãe leva. Para mim idoso, vendo a minha mãe hoje, assim ela está se descobrindo. Por exemplo, ela me disse que está descobrindo o sexo na vida dela agora. Ta descobrindo viver agora. Eu nunca vi a minha mãe tão feliz como ela vive agora (...) eu acho que não existe idoso, eu acho que existe a melhor idade.

[C4]

Com visões tão heterogêneas cabe se questionar como é a abordagem oferecida a esses pacientes a partir de referenciais diversos. Cabe um questionamento de como então se poderia organizar uma capacitação que pudesse englobar questões tão individuais, já que não partimos “do zero” frente a um processo educativo. Existem aspectos que podem contribuir de forma importante e que muitas vezes não são considerados quando tentamos que uma proposta fechada sirva para todos.

Aprendemos que não é possível nem correto generalizar as imagens e representações dos idosos a respeito do próprio envelhecimento para toda uma população, como a do Brasil. É preciso investigar cada população considerando-se a situação socioeconômica, a cultura a quem pertence, a religião que pratica, as atividades disponíveis, as regionalidades, principalmente, a individualidade de cada idoso (GUERRA, 2010).

Observa-se a necessidade da realização de mais trabalhos que valorizem a opinião do idoso e que apresentem informações mais quantitativas do benefício da participação social no processo de envelhecimento e percepção da velhice (GUERRA, 2010).

A questão da cronicidade das doenças dos idosos se mostrou ambivalente para os entrevistados, para alguns sendo positiva, no sentido de não depender atenção por lidar com o já sabido e em outros sendo negativa, por colocar o profissional numa postura de não conseguir modificar a situação.

Então eu acho que é mais tranquilo atender eles, porque já está uma coisa mais cronicada, então já está mais estável do que pacientes, por exemplo, tipo o R. Eles não tem tanta demanda assim.

[E4]

São pacientes que estão tomando a medicação é aquela vidinha, no meio familiar e problemas e mais problemas e cada vez vai ficando (...) Pra mim, às vezes me sinto impotente.

[A3]

Novamente, questões que expõe os profissionais às suas próprias limitações, acabam trazendo à tona sentimentos difíceis de controlar e que pode muitas vezes levar a uma resistência em prestar atendimento a essa população.

4.4. O (DES) PREPARO DOS PROFISSIONAIS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL DO IDOSO

Os dados indicam que a grande maioria dos entrevistados disse que não havia tido cadeira, disciplina ou módulo que abordasse como tema a saúde do idoso.

Sobre o idoso eu não lembro que tivesse nada específico. Já fazem vários anos de formação, mas eu não lembro que tivesse algo bem específico sobre isso.

[B4]

Não, nada. Na graduação, nada, nada, em momento nenhum.

[D1]

Esse fato vem reafirmar a necessidade que se aborde esses temas, uma vez que essa população apresenta crescimento em todas as regiões e classes sociais, uma vez que apresentam necessidades particulares no âmbito da saúde e nas demais esferas de assistência.

Alguns entrevistados que afirmaram ter contato, falaram de estágios ou visitas a locais de longa permanência.

Sim a gente teve, foi em asilos.

[A3]

Essas experiências a que foram expostos muitos dos entrevistados, não pareceram ter uma supervisão, um espaço para discussão ou até mesmo a possibilidade de observarem outras realidades. O fato de se basearem em alguns contatos que podem levar, muitas vezes, a impressões distorcidas, num momento de formação pode ser determinante.

Uma das entrevistadas falou que teve mais noção teórica porque um de seus professores trabalhava com a questão do idoso.

Teve um professor que trabalhava bastante sobre isso (...) E foi aí que eu gostei mais ainda. E o meu trabalho de conclusão de curso inclusive foi sobre isso.

[A4]

Os relatos que parecem mais qualificados foram aqueles em que os entrevistados acabaram tendo contato com professores/supervisores que tinham afinidade pelo tema. O modo como descreveram as experiências sensibilizaram e instigaram o interesse pelo tema. O viés é que o sistema não proporcione essa possibilidade e que isso fique na dependência de iniciativas individuais.

Quanto à questão de saúde mental, a maioria dos entrevistados referiu ter vivências com pacientes psiquiátricos, mas sem ter uma base teórica prévia.

Eu fiz o estágio de um ano no Bezerra, foi de Psicopatologia.
[A4]

Para alguns entrevistados foi um estágio difícil e que causou desconforto.

Tive, mas falo a pura verdade, foi o pior estágio que eu tive. Eu fui porque era obrigado, porque não me faz a cabeça (...) Até, por sinal a gente foi lá no Bezerra, e direto, né.
[A3]

(...) eu fiz um estágio num CAPS lá em Cruz Alta, mas era assim tipo saúde coletiva, não tinha uma cadeira específica de saúde mental (...) era assim tipo visitinhas para conhecer o serviço, não era estágio. Até eu lembro que a gente fazia massagem nos pacientes, assim. E teve episódios de alguns que quebraram cadeiras nos colegas, foi complicado.
[E4]

Alguns entrevistados referiram ter tido mais sobre saúde mental pelo local de formação ou por ter, como na questão do idoso, professores que se envolviam com a causa da saúde mental, expondo a possibilidade de ter vivências produtivas ao fator sorte.

Não sei se a gente teve o privilégio, um setor, uma psiquiatria que permeava muitos anos da faculdade, então eu pude ver várias instâncias diferentes de atendimento, Tanto atendimento primário, por exemplo, em clínicas, vamos dizer ambulatorios, quanto internação, quanto asilos e outras coisas assim.
[B3]

A gente teve duas professoras que fora, eram muito sensíveis a causa e inclusive hoje é a nossa supervisora (...) elas nos direcionavam a ter esse olhar assim, muito antimanicomial.
[G4]

Sobre as capacitações, em relação à saúde do idoso, foi unânime entre os profissionais entrevistados, o fato de nunca ter sido oferecida nenhuma capacitação que abordasse esse tema.

De idoso a gente não teve nada, nunca teve nada de saúde do idoso.
[B2]

Eu lembro de ter feito, mas não pela prefeitura de Passo Fundo. Eu fiz quando trabalhava em outro município. Porque essa é uma diferença que eu percebo, né. Eu trabalhei em um

município pequeno (...) o gestor fazia questão que a gente fosse participar de tudo que acontecesse de evento.

[A4]

Sobre saúde mental foram comentadas capacitações que foram oferecidas pela Coordenadoria Regional de Saúde, porém houve entrevistados que participaram e outros que não, já que a seleção para a inclusão era feita por sorteio. Parecem existir algumas iniciativas no sentido de capacitar os profissionais que atuam na rede de saúde, porém não apresentam uma continuidade e não contemplam todos os profissionais. Foi referido que os momentos de encontro foram válidos, mas poderiam ter uma seqüência, abrangendo mais temas e criando um espaço de discussão permanente.

De saúde mental, a gente teve capacitação agora ano passado, que a 6ª CRS promoveu (...) durou uns seis meses a capacitação, com módulos diferentes assim, bem interessante, bem bom (...) porque aí tu tem uma noção de pelo menos do que tu ta fazendo (...) mas eu acho que é bem necessário que todo mundo faça.

[E4]

Sobre saúde mental foi oferecida, no entanto eu não pude fazer, porque eram duas vagas e essas duas vagas tinham que ser sorteadas (...). Nunca tive oportunidade, não por falta de vontade.

[H4]

Alguns profissionais comentaram que até então não tinha sido oferecida nenhuma capacitação, mas agora estavam acontecendo encontros conjuntamente com a proposta do matriciamento.

A mudança na perspectiva do olhar sobre o “pensar e fazer” saúde em decorrência da implantação do SUS e da reforma psiquiátrica coloca questões semelhantes quanto à perspectiva de conceber a saúde e a doença, o lugar do usuário na relação com os profissionais, a busca por uma atenção focada na integralidade do sujeito e a importância do serviço estar fortemente inserido na comunidade, entre outros aspectos (MUNARI, 2008).

A proposta de matriciamento, já comentada no capítulo que fala sobre a capacitação dos profissionais, está iniciando no município. Alguns encontros foram realizados, e segundo a coordenação de saúde mental é um projeto que pretende ser aplicado neste ano.

De saúde mental, a gente está fazendo esse matriciamento que vocês estão proporcionando. (...) Porque eu preciso entender e compreender essa demanda, né. (...) A gente não pode tirar essas conclusões vazias, sem nenhum fundamento teórico, metodológico, fundamentado, científico, entende, comprovações.

[D4]

Muitos entrevistados trouxeram que não recebem qualquer tipo de incentivo dos gestores quanto à capacitação dos mesmos

A gente percebe que não existe muito incentivo, vontade assim, que a pessoa vá buscar conhecimento, vá se especializar. Para eles é meio que indiferente (...). A gente vê uma má vontade, um descaso em relação a isso.

[G4]

E dentro da saúde mental, o que eu fiz, foi o que eu fui buscar. Então nada que a Prefeitura tivesse feito (...) capacitação, mesmo, não.

[C4]

Foram diversas as manifestações de insatisfação com a questão do incentivo dos gestores na qualificação dos funcionários. Muitos chegaram a declarar que mesmo quando houve iniciativas particulares, tanto na busca quanto no financiamento, não houve receptividade por parte do poder público.

Há a necessidade de investimento em iniciativas que avancem na direção da qualificação dos profissionais em busca da compreensão da complexidade da saúde mental em um contexto de mudança, em particular, diante da subjetividade humana (MUNARI, 2008).

4.5. PERSPECTIVAS DE UMA CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E SUAS CONTROVÉRSIAS

Diante das respostas positivas foi solicitado que eles expusessem um modelo de capacitação. Diante da diversidade de respostas e de aspectos referidos, foram divididas as respostas acerca do modelo de capacitação em

- a) formato;
- b) participantes e;
- c) conteúdo.

Em relação ao formato, foram levantadas propostas:

- a.1) de ser realizado em módulos,
- a.2) de forma continuada e;

a.3) que pudesse haver algum tipo de fiscalização em relação à participação dos profissionais.

(...) então era tipo numa quinta e sexta um mês, depois numa outra quinta e sexta. Então eu acho que até poderia ser assim, que tu vai. Mas teria que ter muita capacitação, teria que ser realmente de forma continuada, teria que ter sempre.

[E4]

Eu montaria em módulos, né, primeiramente em módulos, para ter uma seqüência lógica (...) eu montaria módulos por vários ângulos, entendeu assim, aspecto saúde, aspecto social, aspecto educação, convivência familiar, aspecto do direito.

[D4]

Tinha que ter tipo um intervalo (...) só que tinha que ter alguém para controlar a questão da volta (...) alguém para controlar a volta e fazer assinar de novo. Infelizmente é assim, não adianta.

[A2]

Quanto a quem deveria participar das capacitações as opiniões se dividiram em

- a) todos e
- b) aqueles que têm afinidade pelo tema.

Mas também tem que ver as pessoas certas para ir. Tem que ser pessoas afetivas, que gostem. Se não são pessoas que gostem de tratar com idosos, não adianta forçar.

[F4]

Eu acho que aí poderia englobar mais gente, né, porque se tu faz só para alguns é complicada, né. Teria que todo mundo participar.

[E4]

Em relação ao conteúdo foram levantadas necessidades que contemplem questões teóricas, de manejo e de seleção de assuntos.

Em relação às questões teóricas foi apontada a necessidade de começar com a exposição de conceitos básicos que dêem uma idéia geral de todos os assuntos.

Sempre deve ter uma base teórica. A gente tem que ter um embasamento, eu acho. Não uma coisa muito profunda, mas alguma coisa onde se agarrasse para ir em frente a gente tem que ter. Não dá para fazer uma coisa de qualquer jeito.

[F4]

Na questão do manejo foram levantadas questões de como abordar os pacientes com essas demandas e como lidar com questões delicadas referentes à condição deles, como sexualidade e adesão ao tratamento.

(...) e como abordar o paciente enfim manejo, desde que ele está bem até quando ele está em surto, saber o que fazer.

[E4]

(...) a questão da sexualidade do idoso (...). Essa coisa deixou de ser um tabu para eles. Eu vejo que os meus pacientes vêm me pedir, que gostariam de arrumar namorada, gostariam de praticar, como eles usam camisinha. Eu me sinto despreparada para falar de sexualidade no idoso.

[C4]

(...) acho que teria que falar sobre todas essas dificuldades assim que o idoso tem do passado, do dia a dia dele, da aderência à medicação (...). E a questão também da família, né, da família, do vínculo, que a família do idoso sempre está junto.

[B2]

Em relação à seleção de assuntos a serem abordados são levantadas duas questões importantes:

Eu acho que o ideal é você construir junto com o grupo o que eles pensam, o que que eles gostariam (...) que assuntos eles gostariam de abordar, né, Porque não adianta você montar algo nos teus moldes, né. Porque não adianta pensar o que fazer, por exemplo, aonde as pessoas com poder aquisitivo maior do que outras de repente. Por exemplo, no Zacchia tu vai ter que planejar uma coisa, na Planaltina tu vai ter que preparar outra, né.

[B4]

Um dos entrevistados traz o modelo do matriciamento como adequado e que benefícios uma boa capacitação da rede pode trazer.

Pois é, eu já tive dois tipos de capacitação em saúde mental na vida profissional, assim, e posso quem sabe comparar (...) o que funcionou melhor assim, nas equipes que eu trabalhei, foi em forma de matriciamento (...) funcionava melhor do que simplesmente ter aulas de capacitação, por exemplo. Trazia o interesse para mais próximo do caso clínico, que estava ali na comunidade e ao mesmo tempo não tirava a responsabilidade do médico da comunidade.

[B3]

Eu acho relevante no sentido de resolutividade para as unidades básicas (...), por exemplo, evitar ou tentar diminuir institucionalizações, internações ou até consultas em CAPS (...) a gente percebe que existe pouca procura espontânea de pacientes com problemas psiquiátricos nas unidades de saúde, por falta justamente de haver, ter uma tradição de que eles não seriam avaliados aqui.

[C1]

O que se pode notar é que há um interesse dos entrevistados em se capacitar, saber mais sobre os temas expostos. Todas as iniciativas nesse sentido são válidas, mas muitas vezes os profissionais não são escutados nas suas necessidades. Propostas que pudessem entender as demandas locais e trabalhassem conjuntamente com os profissionais na formulação e aplicação, talvez tivessem um impacto maior nos resultados técnicos e na motivação.

Segundo os achados em seu trabalho sobre capacitação e saúde mental, Silva (2011) afirma que os trabalhadores em saúde mental precisam e devem ser especializados e capacitados sob nova ordem, com noção real do que seja a rede de atendimento em saúde mental e conhecimentos de natureza interdisciplinar que

possibilitem uma análise mais abrangente e integrativa do novo modelo, sempre acompanhados de uma ação mais comprometida e efetiva do Ministério da Saúde.

4.6. AS VIVÊNCIAS COM IDOSOS E SUAS INFLUÊNCIAS

A terceira etapa do roteiro questiona como os profissionais vêem o idoso de hoje. Para tentar examinar esses posicionamentos foi questionado acerca das vivências pessoais com idosos, se e como isso influenciaria nas suas práticas e foi solicitada uma descrição, caracterização do idoso nos dias de hoje.

Em relação às vivências com os idosos foram apontados mais aspectos negativos, porém aspectos positivos referidos foram: o fato de os idosos hoje estarem ocupando mais espaços e procurando atividades que até então não faziam, e as lembranças de momentos afetivos com os familiares idosos.

Eles são pessoas hiper-ativas. Minha mãe tem 63 anos joga carta, faz natação (...) eles têm a agenda cheia de coisas para fazer.

[C4]

Minha avó paterna (...) tenho recordações muito bonitas dela (...). Ela dizia que não sabia comprar presente para ninguém, então ela gostava de dar presentes com o que ela sabia fazer, que era doce. Ela tinha umas bandejas, assim, com azulejo, que enchia de merendinha, docinho de abóbora, rapadurinha cortadinha no formato de naipe de cartas, olho de sogra (...). Recordações doces.

[F4]

Os aspectos negativos² foram os mais variados. Optou-se por dividir em duas categorias: aspectos que influenciavam diretamente na vida dos idosos e aspectos que influenciavam na vida dos familiares ou pessoas que convivem com os idosos

Dos aspectos negativos que afetam os idosos foram levantados:

- a) solidão;
- b) doença;
- c) dependência e;
- d) a limitação para as atividades.

² Por aspectos negativos entenda-se situações de desconforto, de contrariedade na convivência com os idosos.

Então aquela avó que acolhia toda família na casa no Natal, né. e agora. E agora, o que aconteceu? Cada filho tem seus filhos longe, seus netos longe. E aí agora estão as duas se sentindo abandonadas, sozinhas.

[B4]

Então, o meu pai tem 64 anos, tem Ca de pulmão, mas também assim, trabalha e tal, mas está sempre com pneumonia.

[A2]

Vivem as duas naquele ambiente, que dependem de um filho para ir no mercado, elas dependem de um filho para sair no lado de fora e fechar as janelas, porque elas não conseguem, né (...) elas regridem ficam super dependentes.

[B4]

Daí ela começou a me contar tudo que ela fazia, tudo que ela fazia e que hoje não faz mais. Eu vejo que isso para eles é complicado e vai ser complicado pra gente também.

[E4]

Dos aspectos negativos que afetam familiares surgiram:

- a) a perda;
- b) o confronto com a questão da própria morte;
- c) ao aumento da demanda de atenção;
- d) a carga de aspectos negativos da convivência;
- e) dificuldade de aceitarem mudanças.

Minha mãe tem 91 anos. A minha dor é não ter mais a minha amiga. Minha mãe era aquela que me pegava no colo –lacrimeja- Eu estou naquela fase de vida da perda deles. (...) Ela tá bem, mas a cabecinha não ajuda (...) é muito ruim ver ela se indo.

[A4]

A gente nunca é preparado para a morte, a gente sabe que vai acontecer, mas não é preparado para aquilo. A mesma coisa o envelhecimento. A gente não está preparado, sabe que vai acontecer, torce para isso, porque tu quer viver bastante, mas tu não te prepara para isso (...). Eu faço associação entre o envelhecer e a morte.

[E4]

Mas o quanto é difícil para nós nos reorganizar enquanto família para ir lá, porque ela suga de uma forma em que ela cansa a família (...) às vezes é mais fácil pensar quando é o outro, né, do que quando é o seu próprio familiar.

[F4]

E aí tem os problemas da família, né, que a gente passa e assim tem que perdoar. Que a minha mãe sofreu muito e eu delegava a culpa para o meu pai. Ela sofreu e ela tava com aquele câncer por causa dele, porque eles tinham muitos problemas de convivência (...) Daí ele foi lá e pediu perdão para ela e, hoje, eu já perdoei o meu pai há muito tempo, mas não é fácil.

[D4]

Eu oriento: Vózinha tem que erguer os pés, não dá para ficar assim! Daí o que ela aceita é ficar com os pés de molho na água com sabão, que era o tratamento lá que se fazia e ponto. Então como é difícil para eles aceitarem as recomendações. Muitas vezes porque sempre fez assim, porque eu vou mudar agora.

[B4]

Este estereótipo do “negativo” compara a dependência do idoso com dependência na infância, o alocando numa posição regressiva.

O fato de eles não aceitarem, muitas vezes de uma forma passiva a autoridade do profissional também vai de encontro à questão da “autoridade” que o profissional se coloca, trazendo à tona outros conflitos que não envolvem apenas o paciente.

Foi questionado como essa convivência poderia na prática profissional, a grande maioria apontou como positivo o fato de trazer experiências de casa.

É muito mais fácil você ter uma vivência pessoal, uma prática pessoal assim, que você pode trazer para tua realidade, assim tudo. Como a gente ser mãe, lidar com crianças aqui. É tudo mais fácil.

[A2]

Alguns entrevistados apontaram que essa convivência com idosos fez mudar alguns posicionamentos e conseqüentemente influenciaram na prática clínica.

Eu vejo assim, de hoje não interferir, no desejo do idoso, nem da família, de respeitar. Às vezes a família quer levar, para não deixar sozinho. Eu acho que tem coisa que a gente não pode mudar, nem interferir (...). Talvez eu tivesse uma opinião diferente, mas hoje eu sei que não se deve interferir.

[D4]

Quanto ao perfil do idoso todos os entrevistados conseguem ver uma mudança na postura dos idosos ao longo do tempo, mas apontam que muitos deles não seguiram essa tendência.

Os idosos de hoje são mais ativos que os de antigamente. Eu acho que são mais independentes no sentido de que antigamente você era para cuidar dos netos (...). Acho isso mais legal deles.

[D1]

Mas a maioria deles eu vejo assim, com uma dificuldade de se relacionar, muitas vezes de circular pela cidade. Tipo o abandono da família porque está “caduca”.

[G4]

Mas por outro lado eu vejo que eles sofrem mais, porque ficam sem ter o que fazer. Isso é uma coisa que eu tenho notado: falta do que fazer mesmo.

[F4]

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre a questão da saúde pode-se observar na história, que as práticas, além da evolução técnico-científica, estiveram englobadas num contexto social, econômico e cultural, não podendo ser dissociada desse processo. A compreensão desses cenários que também influenciam na formação do cenário atual permitem uma visão mais ampla do contexto.

A saúde mental e a saúde do idoso também acompanharam essa evolução, mas guardam em si, marcas dessa história. O conceito de loucura e o locus dos indivíduos acometidos pelos transtornos mentais na sociedade e na saúde seguiram evoluções e conquistas, mas ainda guardam marcas.

A visão do idoso de hoje não é uma, são várias. Os estereótipos de velhice que marginalizam ou romantizam essa condição não dão conta de caracterizar esse processo tão complexo e que vão acabar refletindo no atendimento que essa população recebe.

A questão da formação também traz em si vestígios de visões acerca do binômio saúde/doença e do próprio envelhecimento. Apesar das novas discussões que propõem um entendimento mais global e interdisciplinar, muito do modelo cartesiano dicotômico se mantém, trazendo essa divisão de mente e corpo.

Mesmo compreendendo que essa fragmentação do indivíduo é insuficiente para dar conta de uma compreensão mais adequada da problemática do envelhecimento, e haja um consenso a respeito desse olhar mais integral tanto na formação quanto nas práticas, não se tem muito claro como isso poderia ser feito.

Diversas propostas surgem em meio à necessidade de oferecer um melhor atendimento a essa população e várias passam por desenvolver competências profissionais. Como isso vem sendo feito nas unidades pesquisadas e que visão os profissionais têm sobre isso era o intuito da pesquisa.

O que se pôde observar é que muito ainda precisa ser feito, que esses profissionais que também muitas vezes são estereotipados como “preguiçosos” têm motivações, idéias e vontades, mas que muitas vezes não são ouvidos.

Os profissionais manifestaram vontades, desejos e idéias coerentes com a realidade na qual convivem, mais próximos também da realidade da população a qual prestam assistência.

As vivências e experiências pessoais também influenciam as práticas e não parecem ser aproveitadas de forma produtiva e eficiente.

O trabalho também trouxe a tona que somente a formação não parece estar instrumentalizando esses profissionais e que isto irá se refletir na qualidade do atendimento que os idosos recebem.

O debate levanta muitas questões, mas não tem a pretensão de conseguir dar todas as respostas. O que fica é que talvez não haja um único modelo pronto e auto-aplicável e que a questão requer mais atenção em termos de investimento e pesquisa.

Para a pesquisadora fica a possibilidade de ver essas questões a partir de um novo prisma, que na sua própria formação havia ficado ausente.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M.; MACHADO, C. L. *Intervenção psicossocial na articulação entre saúde mental e atenção básica*. Texto preparado para o I Fórum Municipal de Saúde: O Matriciamento na Atenção Básica. Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Disponível em: <www.fafich.ufmg.br/prisma/images/stories/Docs/gt3/Intervencao.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2012.

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 2003.p. 45-65.

BALLESTER, D.A.; FLIPPON, A.P.; BRAGA, C. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 123, n. 2, p.72-76, Mar. 2005.

BARONI, D. P. M.; FONTANA, L. M. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. *Mental*, Barbacena, v. 7, n.12, p. 15-37, 2009.

BAUMAN, Z. *O mal estar da pós-modernidade*. [Trad. Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar Editor, 1998.

BETTINELLI, L. A.; SANTIN, J. R. Envelhecimento e Doenças Crônicas: Autonomia e Direitos Fundamentais. In: POMATTI, D. M.; BETTINELLI, L. A.; MATTE, M. M.; FORTES, V. L. F. (Org.). *Doenças crônicas: múltiplas abordagens*. Doenças crônicas: múltiplas abordagens. 1. ed., v. 1, Passo Fundo: Editora Berthier, 2009. p. 15-27.

BRASIL. *Legislação do SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS,2003. Disponível em: <www.aids.gov.br/incentivo/manual/legislacao_sus.pdf> Acesso em: 27 mar. 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 85p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica:ovínculo e o diálogo necessários.Inclusões das ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003. Disponível em: <www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=100995>. Acesso em: 24 jul. 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Diário Oficial de União, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-50. Disponível em: <www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=25/01/2008&jornal=1&pagina=47&totalArquivos=108>. Acesso em: 24 jul. 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Fundação Nacional de Saúde*. DATASUS. Informações de saúde.Disponívelem:<www.datasus.gov.br>. Acessoem: 24 jul.2012.

BROCKLEHURST, J. C. The geriatric service and the day hospital in the United Kingdom. In: *Textbook of geriatric medicine and gerontology*, 4th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1993.p.1000-15.

BUCHELE, F.et al. A interface da saúde coletiva na atenção básica de saúde,*Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 11, n. 3, fev. 2006.

BUCHNER, D. M.; WAGNER, E. H. Preventingfrailhealth. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 8, n. 1, p.1-17, Feb. 1992.

BUENO, M. L. S.; CAPONI, S. A construção dos discursos dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 137-150, jan./mar. 2009.

BUTLER, R. N. Care of aged in the United States of America. In: *Textbook of geriatric medicine and gerontology*, 4th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1993. p. 993-999.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com os idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, R. T. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, jul./set. 2005.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p.669-688. (Saúde em debate, 170).

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-347, 2007.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 55-78.

CARVALHO, J. A. M.; SAWYER, D. O.; RODRIGUES, R.N. *Conceitos básicos e medidas em demografia*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 1990.

CAVALCANTI, M. G. P. H.; SAAD, P. M. Os idosos no contexto da saúde pública. In: São Paulo. Diretoria Adjunta de Estudos Populacionais. *O idoso na grande São Paulo*. São Paulo: SEADE, 1990. p.181-206.

CAVALCANTI, M. L. T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 193-200, 1999.

CESARINO, A. C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Loucura I*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 3-32.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre riscos e práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 447-455, 2004.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtorno mentais na atenção básica: aporte para implementação de ações. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-64, 2009.

DIMENSTEIN, M. et al. Demandas em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*, Barbacena, v. 3, n. 5, nov. 2005.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

DOLL, J. et al. Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v.12, p. 7-33, 2007.

EZEQUIEL, M. C. D. G.; SONZOGNO, M. C. O idoso e a velhice sob a ótica de estudantes de Medicina: um estudo de representações sociais. *Psicologia da educação*, São Paulo, n. 23, p. 123-153, dez. 2006.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, dez. 2003.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FONTES, O. L. Educação nas ciências da saúde e novas configurações epistêmicas. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v.3, n. 5/6, p. 7-14, 2001.

FRIES, J.F. Aging, natural death and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, v. 303, n. 3, p.130-135, Jul. 1980.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *População idosa em Minas Gerais e políticas de atendimento: perfil da população idosa e políticas de atendimento na Região Metropolitana de Belo Horizonte*. v. 1. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1993.

FUNDAÇÃO SEADE. *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo, 1990.

GADAMER, H. G. A extensão da questão da verdade à compreensão nas ciências do espírito. In: Gadamer, H. G. *Verdade e método*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 273-556.

GALLO, S. Foucault: (re) pensar a educação. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Org.). *Figuras de Foucault*. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 253-260.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica- uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.1, n. 2, p. 112-131, out./dez. 2009.

GAUER, G. J. C. et al. Breve histórico: saúde mental e bioética. *Revista Eletrônica da Sociedade Rio-Grandense de Bioética*, Porto Alegre, v. 1, n. 5, jul. 2008. Disponível em: <www.sorbi.org.br/revista5/breve-historico.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2012.

GRAHAM, N. et al. Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, n. 34, n. 1, p. 39-49, 2007.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, jan./abr. 2002.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, set. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Informações estatísticas e geocientíficas*. 1997. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/pnad>>. Acesso em: 24 jul. 2012.

JORDÃO NETTO, A. A experiência de São Paulo na implantação de programas de atendimento integral à pessoa idosa. Seminário Nacional dos Especialistas Multidisciplinares em terceira idade, Belo Horizonte, 1992. *Anais...* Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1992. p. 173-182.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, p. 200-210, 1987.

L'ABBATE, S. Educação e saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, out./dez. 1994.

LITVAK, J. El envejecimiento de lapoblación: undesafío que va más alládel año 2000. *Boletín de la Oficina SanitariaPanamericana*, v. 109, n. 1, p.1-5, 1990.

MARI, J. J. et al. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resource. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.1, p. 161-169, 2006.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MUNARI, D. B. et al. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 784-795, 2008.

NETO, D. L. et al. Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p.23-37, out./dez. 2009.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: histórias e paradigmas. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 107-116, ago. 1998.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios da reforma psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.

OMENN, G.S. Health promotion and disease prevention. Preface. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 8, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, DF, 2003.

_____. *Relatório Mundial da Saúde*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1.ed. Lisboa: OMS, 2002. Disponível em: <www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2012.

ORLANDI, E. P. *A análise do discurso: princípios e procedimentos*. São Paulo: Ed. Pontes, 2000.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAULINO, L. F. et al. A temática da velhice no campo da educação: algumas reflexões a partir da análise de periódicos. Encontro Nacional de Pesquisa em Educação e Ciências, 7, 2009, Florianópolis, *Anais...Florianópolis: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências - ABRAPEC*, 2009. Disponível em: <www.foco.fae.ufmg.br/viiienpec/index.php/enpec/viiienpec/.../493>. Acesso em: 24 jul. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSO FUNDO. Disponível em: <<http://www.pmpf.rs.gov>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

RAMOS, L. R.; et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, p. 87-94, 1993.

RAMOS, R. L.; SAAD, P. M. Morbidade da população idosa. In: Fundação SEADE. *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo, 1990. p.161-72.

ROSA, L. *Transtorno mental e cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-59.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88, jan./abr. 1999.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SILVA, S. P.; OLIVEIRA, A. L.; KAMINURA, Q. P. *Capacitação em saúde mental: entre a realidade e as ofertas do Ministério da Saúde*. Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 7, 2011, Rio de Janeiro, Niterói. *Anais...Rio de Janeiro, Niterói:*

Universidade Federal Fluminense, Núcleo de Inovação e Tecnologia para a Sustentabilidade, 2011. Disponível em: <www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg7/anais/T11_0445_1818.pdf>.

Acesso em: 24 jul. 2012.

SOBRAL, B. O trabalho educativo na terceira idade: uma incursão teórico-metodológica. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v.3, n.5, p. 67-91, 2001.

SORDI, M. R. L. D.; BOGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. Ciência, técnica e cultura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 83-88, Apr. 1998.

TAVARES, S. M. G. A saúde mental do idoso brasileiro e sua autonomia. In: BIS-Boletim Instituto de Saúde, *Envelhecimento & Saúde*. n. 47, p. 87-89, abr. 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 25-59, 2002.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *SANARE*, Sobral, v. 6, n. 2, p. 34-42, jul./dez. 2005/2007.

TURATO, E. R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Rio de Janeiro:Ed. Vozes, 2003.

VASCONCELOS, E. M. *Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, set. 2005.

VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro:RelumeDumará, 1994. 224 p.

WIKIPÉDIA- *Enciclopédia Livre*. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org>>. Acesso em: 27 mar. 2011.

YAZAKI, L. M.; SAAD, P.M. Mortalidade da população idosa. In: Fundação SEADE. *O idoso na Grande São Paulo*, São Paulo, 1990. p. 125-159.

APÊNDICES

Apêndice A. Roteiro da entrevista



A capacitação profissional na assistência à saúde mental do idoso em unidades de atendimento

Roteiro

1. Identificação

Nome:

Data do nascimento:

Sexo:

Profissão:

Local de nascimento:

Instituição da formação:

Tipo de vínculo empregatício:

Tempo de serviço:

2. Questões relativas ao trabalho

Questionamentos abertos sobre o tipo de atendimento que prestam, se há e como é feito atendimento ao idoso, se existe uma demanda referente à saúde mental do idoso, como é feita esta abordagem e como se sentem em relação ao atendimento.

3. Questões relativas à formação

Onde, quando e por que procuraram a formação em saúde. Interrogações acerca da abordagem de assuntos referentes à saúde mental do idoso durante a formação ou após em algum outro curso. Questões abertas sobre como sentem sua preparação para atendimento desta demanda. Como são e se são feitas capacitações. Se estes programas abordam o assunto em questão. O que pensam que poderia ser feito a

respeito de uma melhor qualificação sobre o tema abordado na pesquisa e se entendem este como relevante.

4. Vivências pessoais com idosos

Como foram suas vivências com idosos. Que idéias têm da velhice e do envelhecer. Como pensam que esses fatores influenciariam em suas práticas.

Apêndice B. Termo de consentimento livre e esclarecido



Termo de consentimento livre e esclarecido TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre a Capacitação dos profissionais na assistência à saúde mental do idoso junto a unidades de atendimento de Passo Fundo, de responsabilidade da pesquisadora Bruna Chaves Lopes vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

IDENTIFICAÇÃO

NOME DA PESQUISA: Capacitação dos profissionais na assistência à saúdemental do idoso junto a unidades de atendimento de Passo Fundo

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Bruna Chaves Lopes

ENDEREÇO: Rua Paissandú 876/801 – Passo Fundo-RS

TELEFONE: (54) 36226257 e (54) 99654257

ORIENTADOR: Prof. Doutor Péricles Saremba Vieira

JUSTIFICATIVA:

A questão da saúde e do atendimento prestado vem sendo rediscutida em diversos aspectos que transitam por várias áreas do conhecimento. Observa-se que desde o conceito de saúde e do sub-setor da saúde mental tem sofrido modificações na tentativa de adequar as práticas aos novos tempos. Quando se fala sobre a saúde mental do idoso, se agrega características de uma população com demandas específicas e ainda pouco determinadas e complexas.

OBJETIVOS:

Os objetivos desta pesquisa são: Examinar a capacitação dos trabalhadores de saúde acerca da saúde mental dos idosos; identificar como são os conhecimentos,

recursos, meios, período, duração e características do atendimento aos idosos no aspecto saúde mental; propor medidas de educação continuada a partir dos dados levantados.

PROCEDIMENTOS, LOCAL, DIA, HORA DA PESQUISA:

A sua participação na pesquisa será através de respostas a uma entrevista semi-estruturada. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita na íntegra, identificando os participantes por letras, mantendo seu anonimato. As gravações serão somente utilizadas nesta pesquisa e que posteriormente as fitas serão desgravadas. As entrevistas serão agendadas previamente com os participantes.

POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS:

Se o estudo puder infringir qualquer tipo de constrangimento não mensurado, o entrevistado fica livre para desistir em qualquer momento.

Se for identificado algum sinal de desconforto psicológico da sua participação na pesquisa, a pesquisadora compromete-se em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área.

BENEFÍCIOS:

A participação da pesquisa poderá auxiliar a comunidade local e demais sujeitos que tiver acesso à dissertação na melhoria das práticas referentes à assistência à saúde do idoso.

ESCLARECIMENTOS:

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo.

LIBERDADE:

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento.

SEM GASTOS E REMUNERAÇÃO:

Caso tenha alguma despesa relacionada à pesquisa, você terá o direito de ser ressarcido (a) e você não receberá pagamento pela sua participação na pesquisa reembolso ou gratificação devido à participação na pesquisa.

SIGILO E PRIVACIDADE:

As suas informações serão gravadas e posteriormente desgravadas. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS:

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados.

Caso você tenha dúvidas e se considera prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com o a pesquisadora Bruna Chaves Lopes, pelos telefones (54) 36226257 e (54) 99654257, com o curso de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316 8370.

