



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO
CURSO DE ENFERMAGEM**

**ISABEL CARLA VIEIRA PEREIRA
SAMARA VIEIRA DE SOUSA**

**O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DIANTE DO SOFRIMENTO
PSÍQUICO DO IDOSO: barreiras em cena**

**FORTALEZA
2020**

ISABEL CARLA VIEIRA PEREIRA
SAMARA VIEIRA DE SOUSA

O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DIANTE DO SOFRIMENTO
PSÍQUICO DO IDOSO: barreiras em cena

Artigo TCC apresentado ao curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO – como requisito para a obtenção do grau de bacharel, sob a orientação do Prof.º Dr. Francisco Paiva Filho.

FORTALEZA
2020

ISABEL CARLA VIEIRA PEREIRA
SAMARA VIEIRA DE SOUSA

O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DIANTE DO SOFRIMENTO
PSÍQUICO DO IDOSO: barreiras em cena

Artigo TCC apresentado no dia 18 de Junho de 2020 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO – tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Francisco Paiva Filho
Orientador – Centro Universitário Fametro

Prof^a. M^a. Ana Carolina de Oliveira e Silva
Membro - Centro Universitário Fametro

Prof^a. Dra. Juliana Freitas Marques
Membro - Centro Universitário Fametro

Ao professor Francisco Paiva Filho, que com seu conhecimento, solicitude, paciência e afabilidade, nos orientou na produção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus Todo Poderoso pela vida e aos familiares e amigos que, de forma direta ou indireta, nos ajudaram a iniciar, prosseguir e concluir essa etapa de nossas vidas.

O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DIANTE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DO IDOSO: barreiras em cena

Isabel Carla Vieira Pereira e Samara Vieira Sousa¹

Francisco Paiva Filho²

RESUMO

O envelhecimento populacional já é uma realidade no Brasil e demonstra a necessidade de reorientação das ações em saúde para atender as novas demandas desse público, entre elas, a saúde mental. Ainda não são facilmente encontrados estudos com Agentes Comunitários de Saúde relacionados ao sofrimento psíquico do idoso, formando, assim, uma lacuna de conhecimento neste campo. Dessa forma, o objetivo geral desta pesquisa foi compreender a partir da construção de uma cena fictícia o papel dos ACS diante do sofrimento psíquico do idoso. Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo bibliográfica realizado a partir de publicações acerca da temática em questão resgatadas em bases de dados eletrônicas. A análise dos dados deu-se através da análise de uma cena fictícia construída a partir dos principais achados na revisão e na experiência das autoras em serviços de atenção primária à saúde. Refletiu-se acerca da importância do papel do ACS ao idoso, e, também, as barreiras para prestação de serviço adequado ao usuário. Assim, diante das pesquisas e reflexões publicadas, verificou-se a deficiência na assistência do ACS e dos outros profissionais da ESF ao idoso em sofrimento psíquico por dificuldade de identificação dos sinais e sintomas, adoção de assistência à distância e a medicalização constante como forma de sanar as questões problema. Por isso, acredita-se, firmemente, na pertinência e relevância em novas pesquisas voltadas a essa problemática, para que, assim, mais ações de capacitação do ACS sejam desenvolvidas e, conseqüentemente, aperfeiçoem as estratégias de cuidado ao idoso em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Idoso; Sofrimento Psíquico.

¹Graduandas do curso de Enfermagem pelo Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO.

²Profº. Dr. Orientador do curso de Enfermagem do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO.

RESUMEN

El envejecimiento de la población ya es una realidad en Brasil y demuestra la necesidad de reorientar las acciones de salud para satisfacer las nuevas demandas de este público, incluida la salud mental. Todavía, los estudios con Agentes Comunitários de Salud relacionados a la salud mental de los mejores no son fácilmente encontrados, dejando así un enorme hueco para los conocimientos en este área. Entonces, el objetivo general de este estudio es comprender a partir de una escena ficcional el rol de los ACS delante del sufrimiento psicológico del anciano. Se trata de un estudio de revisión de una literatura del tipo bibliográfica realizado a partir de publicaciones sobre el tema en cuestión, recuperado de bases de datos electrónicas. El análisis de los datos se dio a través del análisis de una escena ficcional construida a partir de los principales hallazgos en la revisión y en la experiencia de las autoras en servicios de atención primaria a la salud. Reflexionó sobre la importancia del papel de los ACS para los ancianos y también sobre las barreras para proporcionar un servicio adecuado al usuario. Por lo tanto, frente a las investigaciones y reflexiones publicadas, hubo una deficiencia en la asistencia de los ACS y otros profesionales de la ESF a los ancianos en problemas psicológicos debido a la dificultad para identificar signos y síntomas, la adopción de asistencia a distancia y la medicalización constante como una forma de resolver los problemas. Por esta razón, se cree firmemente en la relevancia de nuevas investigaciones dirigidas a este tema, de modo que se desarrollen más acciones de capacitación para el ACS y, en consecuencia, se mejoren las estrategias de atención a los ancianos en sufrimiento psicológico.

Palabras-clave: Agente Comunitário de Salud; Anciano; Sufrimiento Psicológico.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil cresce rapidamente. Esse crescimento reflete uma melhoria na condição de vida por meio do aumento da escolaridade, renda, cobertura de saneamento básico e aperfeiçoamento e avanço dos serviços de saúde. No entanto, em algum momento, os idosos podem ser afetados por problemas de saúde mental, trazendo um impacto negativo em sua vida. Sem o tratamento adequado, quanto mais grave o quadro inicial, pior o prognóstico, visto que é comum o comprometimento físico, social e funcional da pessoa idosa em sofrimento psíquico, afetando assim, sua qualidade de vida. Essas evidências mostram a necessidade de estabelecer um tratamento precoce (BRASIL, 2007).

Nos vários contextos em que se desenvolve a saúde do idoso no Brasil, a atenção primária tem mostrado ser importante para esse tratamento, pois é nela onde se planeja e coordena o cuidado da população considerando suas especificidades. Contudo, para planejar o cuidado da população idosa, é necessário, primeiramente, conhecer a quantidade de idosos que moram no território de abrangência da unidade básica de saúde e classificá-los de acordo com sua capacidade funcional para conhecer suas necessidades. Esses dados são coletados pelos agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais estratégicos inseridos na Atenção Primária à Saúde (APS), durante as visitas domiciliares (BRASIL, 2014).

Deste modo, o ACS tem um papel muito importante no acolhimento da pessoa idosa, pois, além dele estar diretamente vinculado a comunidade exercendo um elo de aproximação entre a unidade de saúde e os usuários (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018), este profissional tem como atribuições, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, bem como, desenvolver atividades de promoção da saúde e de prevenção das doenças (BRASIL, 2017). Com isso, a aproximação do agente comunitário de saúde com os usuários torna-os importantes instrumentos para a

saúde mental visto que, através de suas ações, eles podem identificar pessoas com sofrimento psíquico (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).

Entretanto, em uma pesquisa realizada com profissionais integrantes de uma equipe de saúde da família, percebeu-se que os ACS, antes de sua inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF), não recebem formação nem têm experiência (MOURA; SILVA, 2015). Assim, para que esses profissionais possam contribuir de maneira efetiva para o cuidado da pessoa em sofrimento mental, faz-se necessário que os ACS recebam o preparo adequado, por meio de programas de capacitação, para conseguirem abordar e atender usuários que se encontram nessa situação, já que esses profissionais são o elo entre o paciente e a equipe de APS por manterem maior contato com a comunidade (WAIDMAN, 2012).

Pelo fato de o ACS estar sob supervisão do profissional de enfermagem, pois, conforme a PNAB, é atribuído à este o planejamento, gerenciamento e avaliação as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe, faz-se necessário a promoção de estratégias pelo enfermeiro ou outro membro qualificado da Atenção Primária para em preparar esses profissionais para atuar na saúde mental e reduzir, assim, esses problemas encontrados na assistência (BRASIL, 2017).

Então, visto que o ACS potencializa a integração entre a comunidade e o serviço primário à saúde, nota-se a sua fundamental importância na captação e cuidado de idosos em sofrimento psíquico. Mediante isso, consideramos relevante lançar um olhar investigativo sobre o papel dos ACS diante da saúde mental comprometida do idoso, bem como identificar como estes aparecem na literatura científica diante do sofrimento psíquico do idoso. Assim, emergiu o seguinte questionamento: quais as evidências científicas acerca da atuação do ACS frente ao idoso em sofrimento psíquico.

Escolhemos este tema pelas experiências pessoais com familiares idosos onde percebemos a necessidade do conhecimento teórico dos cuidadores para lidar com as reações advindas do sofrimento mental. Além disso, também podemos referir as vivências de estágio no contexto de atenção primária onde vimos as dificuldades no cuidado e atenção, principalmente à população idosa, e percebemos insegurança e sentimento de despreparo dos agentes comunitários de saúde frente a esse público.

Visto que esses profissionais são importantes como mediadores entre o serviço e o usuário, percebemos a necessidade da capacitação destes para a captação adequada do idoso em sofrimento psíquico, e, assim, proporcionar o cuidado necessário para o manejo da saúde mental.

Percebe-se que a saúde mental na atenção primária à saúde tem sido foco de várias pesquisas nos últimos anos. Porém, ainda não são facilmente encontrados estudos com Agentes Comunitários de Saúde relacionados à saúde mental do idoso, formando, assim, uma lacuna de conhecimento neste campo. Como esse profissional é aquele que tem maior contato com a comunidade, incluindo os idosos, por realizar visitas regulares às famílias, propusemo-nos a realizar este estudo, por acreditarmos que através do conhecimento das dificuldades e barreiras desses profissionais, seja possível prepará-los para assistir as pessoas idosas em sofrimento psíquico de acordo com suas necessidades.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a partir da construção de uma cena fictícia o papel dos ACS diante do sofrimento psíquico do idoso.

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar como os ACS aparecem na literatura científica diante do sofrimento psíquico do idoso.
2. Elaborar uma cena fictícia sobre o papel dos ACS diante do sofrimento psíquico do idoso no contexto da APS com base na literatura e na experiência das autoras.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo bibliográfica em que visa analisar de forma “ampla, crítica e detalhada as publicações de uma determinada área de conhecimento” (BARBOSA; MORAIS, 2018, p. 16). Essa busca na literatura teve por finalidade auxiliar na elaboração posterior de uma cena fictícia, articulada à experiência das autoras na área.

3.2 Seleção, Coleta e Análise dos Dados

No primeiro momento, para a seleção de material bibliográfico, dividimos a busca em dois momentos. Primeiramente a busca de trabalhos em bases de dados científicas. E, em seguida, o acréscimo de outros textos de referência, incluindo materiais de referência produzidos pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Em um primeiro momento, esta revisão foi realizada a partir de busca online de estudos nas bibliotecas científicas virtuais Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), tendo como critérios de inclusão trabalhos completos publicados nos idiomas português, espanhol e inglês no período de 2011 a 2019, tendo como descritores ‘agentes comunitários de saúde’, ‘sofrimento psíquico’ e ‘idoso’. Os descritores foram cruzados em pares, visto que a quantidade de trabalhos quando eram cruzadas as três palavras era muito baixa. Para os critérios de exclusão, aqueles trabalhos que não respondiam à questão norteadora da pesquisa e os duplicados.

Após aplicarmos os critérios de exclusão, identificamos nessa etapa doze publicações. Dessas, seis definiram o envelhecimento e diretrizes para o cuidado do idoso e relataram as concepções, representações de fragilidade, tentativas de suicídio e tratamento para idosos com transtornos mentais. Em três artigos identificaram percepções e sentidos atribuídos em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde na atenção básica. Em outros três artigos identificaram percepções e práticas de cuidados do agente comunitário de saúde ao idoso e avaliaram da satisfação dos idosos com o serviço da atenção primária.

Quadro 1 - Trabalhos com os critérios de inclusão

	BVS	SciELO
ACS + Sofrimento Psíquico	3	6
ACS + Idoso	0	2
Idoso + Sofrimento Psíquico	2	3
TOTAL	5	11

Fonte: Produzido pelas autoras

Os demais artigos eram dedicados a informar dados epidemiológicos e discutir temas ligados à organização do trabalho. A essas publicações, acrescentamos outras de referência, como: Caderno de Atenção Básica, Diário oficial da União e Política Nacional de Atenção Básica. Houve dificuldade de encontrarmos publicações que abordassem os três descritores, tornando essa ausência de literatura, um impulso para elaborarmos essa temática.

Optamos utilizar uma cena fictícia, através da ficção para a Psicanálise, construída a partir dos principais achados na revisão e na experiência das autoras em serviços de atenção primária à saúde.

3.3 Pesquisa em Psicanálise

Freud demonstrou a potencialidade do uso da narrativa juntamente com a ficção quando ele se utilizou de um texto autobiográfico para pesquisar um caso de

paranóia. A narrativa pessoal é uma construção de um processo simbólico vivido pelo narrador, a contextualização da experiência juntamente com imagens e metáforas que constituem o campo de produção subjetiva (VIEIRA, 2016).

Então, esta pesquisa propõe a psicanálise para a compreensão de situações no campo da saúde. Com isso, a cena fictícia foi construída com personagens desempenhando papéis com base na experiência vivida dos autores, sem configurar, assim, um detalhamento fiel dos acontecimentos.

Por meio da narrativa temos o acesso ao que foi vivido pelo narrador e suas relações com outros sujeitos. Essas narrativas escolhidas englobam fatos e ficções de suas vivências. Contudo, não deve ser encarada como uma produção falsa ou menos científica, mas sim como uma verdade dita de outro modo fora das margens da racionalidade, pois, segundo Lacan, falta palavras para se conseguir dizer toda a verdade, tornando este indizível uma ficção (VIEIRA, 2016).

Com isso, o uso da cena fictícia para a psicanálise tem como finalidade a busca da realidade. Assim, nos utilizamos deste método para construção desse estudo acerca da percepção do agente comunitário de saúde sobre o sofrimento psíquico do idoso.

3.4 Aspectos Éticos

Por se tratar de um estudo de revisão de literatura do tipo bibliográfica, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) não é necessária, pois não há pesquisa direta com seres humanos conforme regulamenta a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Salientamos, também, que a ficção presente não menciona qualquer identidade real de sujeito.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta pesquisa serão apresentados em 4 etapas: 1ª - 4.1) Revisão Bibliográfica, 2ª – 4.2) Relato de Experiência, 3ª – 4.3) Cena Fictícia e 4ª – 4.4) Análise da Cena.

4.1 Revisão Bibliográfica

Para fundamentar esta pesquisa o levantamento bibliográfico foi subdividido em tópicos, sendo estes: 4.1.1) Saúde do Idoso na APS; 4.1.2) Os ACS como mediadores de cuidado entre idosos e APS e 4.1.3) A abordagem do sofrimento psíquico em idosos na APS e os desafios para os ACS.

4.1.1 Saúde do Idoso na APS

O envelhecimento pode ser considerado como maior triunfo da humanidade, embora também acarrete em um grande desafio para a sociedade. O envelhecer traz consigo maiores demandas sociais e econômicas em todo o mundo. Contudo, apesar de muitas vezes os idosos serem menosprezados, vale ressaltar que estes deveriam ser reconhecidos como peças essenciais para a formação da estrutura da sociedade (MIRANDA, 2016).

Os idosos diferenciam-se de acordo com a sua história de vida, contexto familiar, e dependências funcionais. Por isso necessitam de serviços e demandas específicas com o foco no processo do conhecimento do envelhecer e suas peculiaridades a fim de se adaptar à realidade sociocultural de cada um (BRASIL, 2006).

Em 2003 foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República o Estatuto do Idoso, elaborado diretamente por entidades que defendem seus interesses. Esse estatuto veio como resposta para o estado e a sociedade, sobre as necessidades da população idosa. Tendo como meta final uma atenção à saúde digna, principalmente para grande parte dos idosos que tiverem o processo de envelhecer demarcados por enfermidades que podem comprometer seu bem-estar e suas atividades do dia a dia (BRASIL, 2006).

Assim, a luta pela ampliação e respeito aos direitos do idoso, passa também por questões que envolvem a saúde. Dessa forma, vêm se organizando ações e planejando estratégias para as demandas emergenciais em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs em 2002 um projeto onde tinha como finalidade a adaptação dos serviços de atenção básica para um atendimento

adequado e apropriado para o idoso (OMS, 2002) priorizando a educação e sensibilização quanto às necessidades dessa população (BRASIL, 2006).

Em 2005 o Ministério da Saúde definiu a agenda de compromisso pela saúde que agrega três eixos, entre ele destaca-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), onde foi definido que a saúde dessa população terá como porta de entrada a atenção primária, podendo referenciar posteriormente para média ou alta complexidade, se for o caso (BRASIL, 2005). Além disso, a ESF deve atuar em todo o seu território, através de visitas domiciliares, buscando o cuidado do indivíduo e da família.

Mesmo com a ênfase nas políticas nacionais de atendimento ao idoso no âmbito domiciliar, ainda observamos um déficit no serviço de atenção básica nesse aspecto. Oliveira e Menezes (2011), após entrevistarem alguns idosos do Município de Natal/RN, identificaram uma dificuldade na realização das visitas por parte da ESF. Alguns destes idosos reconheceram o grande volume de trabalho nessas instituições, levando assim, a uma diminuição na procura pelo serviço (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

Outra pesquisa, realizada no município de João Pessoa, utilizando escalas e questionários compostos de questões fechadas nas quais solicitavam a opinião sobre as expectativas da qualidade e a percepção deles diante os atributos dos serviços das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e ESF, identificou lacunas na qualidade da assistência como falhas no cumprimento das datas agendadas para realização das consultas médicas, dificuldades para realizar os exames solicitados e consulta a médicos especialistas, dificuldades de acesso e falta de material para a prestação de atenção e cuidados ao idoso, onde mostraram ser determinante para a insatisfação da população idosa usuária dos serviços (ANDRADE et al., 2019).

Ao avaliar a integralidade do cuidado foi possível identificar que existem problemas significativos e que algumas explicações podem estar relacionadas como: a assistência da UAPS ainda funciona sob a lógica biomédica, onde foca-se na enfermidade e no ser adoecido (MARTINS et al., 2014).

Por isso faz-se necessário a criação e investimento contínuo em políticas públicas que promovam atividades educativas sobre práticas de vida saudável, trazendo para o seu cotidiano a prática de atividades físicas, a prevenção de violências

no contexto familiar e social, a redução das bebidas alcoólicas, tabagismo e outras drogas ilícitas, além da ingestão de alimentos saudáveis. Com essas medidas podemos ter um envelhecimento mais equilibrado, reduzindo os riscos de doenças e morbidades, trazendo para si maior qualidade de vida. O que no contexto da integralidade pode proporcionar um enfrentamento melhor às questões que envolvem o sofrimento psíquico.

4.1.2 Os ACS como Mediadores de Cuidado entre Idosos

Além de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a ESF conta ainda com os ACS, que tem como principal função as visitas domiciliares (VD), classificando-os como grandes mediadores da população com o serviço de saúde. Um dos pré-requisitos estabelecido para o exercício da atividade era que os ACS deviam residir no mesmo território no qual iria trabalhar, possibilitando assim a vivência da mesma dinâmica e realidade das pessoas das quais cuidam. Dessa forma pode se entender que por morar e vivenciar dos problemas dessa comunidade, os ACS servirão de interlocutores para o serviço de saúde, possibilitando uma ligação e um diferencial no manejo do cuidar (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018).

A VD vem sendo um importante instrumento de cuidado na APS, pois é a partir dela que o ACS pode estabelecer um vínculo com as famílias atendidas. Visto que o cuidado por meio das VD fornece subsídios para o aprofundamento do conhecimento da realidade dessa população, do contexto social e condições de habitação, fazendo com que haja um fortalecimento dos profissionais com os usuários do serviço (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018).

Um estudo realizado no município de Florianópolis conclui que existe uma necessidade de investimentos frequentes na capacitação e formação dos ACS nas mais distintas áreas do cuidado, para que possam garantir a integralidade do cuidado de acordo com as mudanças demográficas e epidemiológicas que vem acontecendo. Visto que a formação destes é de grande importância para se ter maiores chances resolutivas de problemas que a comunidade apresenta (PAIVA et al., 2019).

Assis e Castro-Silva (2018) consideraram que as práticas do ACS se caracterizam principalmente pelo acolhimento e escuta, os quais formam a base para uma boa relação com os idosos. Embora saber que as VD têm de início a solicitação

de preenchimentos de fichas de cadastramento, seguida de dados sociodemográfico e rastreamento de doenças prevalentes no território, este contato dá abertura para o planejamento de estratégias de cuidado. Possibilitando ainda grandes vantagens na obtenção de informações sobre esta experiência, que envolve acima de tudo a comunicação e o vínculo, que formam uma sensação de solidariedade e confiança entre idoso e ACS.

Essa experiência do ACS no cuidado do idoso faz parte da PNSPI onde define a atenção básica de saúde como porta de entrada para o cuidado da pessoa idosa, estabelecendo atenção integral à saúde, valorizando a formação dos profissionais do SUS para a área da pessoa idosa (Brasil, 2006).

Assim, evidencia-se a importância da VD por esta proporcionar um vínculo entre o idoso e o ACS, possibilitando assim, a continuação do cuidado e a precoce identificação de problemas que atingem essa população.

4.1.3 A Abordagem do Sofrimento Psíquico em Idosos na APS e os Desafios para os ACS

Diante dos problemas de saúde comuns da terceira idade, destacam-se os transtornos mentais, onde um terço acomete a população idosa. Clemente et al. (2010) refere que os diagnósticos psiquiátricos de depressão e demências se destacam como mais frequentes para essa idade. Acerca disso, este estudo aponta ainda um decréscimo na procura de serviço de atendimento de saúde mental, visto que alguns fatores estão associados como: crença, religião e até mesmo conhecimento do que é saúde mental. O sofrimento, assim, fica reduzido ou à crença religiosa ou ao diagnóstico psiquiátrico, o que faz com que os idosos tenham uma resistência em procurar os serviços de saúde (CLEMENTE et al., 2010).

Do ponto de vista social, o ideal é que sejam evitados o isolamento e o abandono dos idosos para que tenham uma interação com a comunidade e que cheguem ao final da vida com dignidade. Do ponto de vista médico, é importante dar acesso a tratamentos que possam vir a diminuir o sofrimento e as dependências. E do ponto de vista psicológico, é urgente que os mesmos passem por atendimentos psicoterápicos que visam às energias e que possam estar sendo combinados com tratamentos psiquiátricos (MINAYO et al., 2019).

O despreparo dos profissionais em diagnosticar principalmente a depressão na terceira idade contribui para o baixo índice de reconhecimento em relação aos sintomas depressivos, tais como, insônia, desamparo, ansiedade e solidão, onde seria possível a resolução do problema ainda na APS. Nesse sentido destaca-se a atuação do enfermeiro na APS, que, durante a consulta, pode favorecer a identificação desses sintomas e possíveis fatores causais de agravos de saúde ocasionado por essa morbidade (SOARES, 2017).

Um estudo realizado na região metropolitana de Recife observou que os ACS relatam pouco ou nenhuma preparação, formação ou treinamento para que possam intervir junto as demandas de saúde mental advindas da comunidade. Ao mesmo tempo, referem o interesse em receber a formação necessária para atender essas demandas (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2019).

Assim, como o ACS costuma ser o primeiro profissional a ter contato com a comunidade, incluindo idosos que estão em sofrimento psíquico, é importante que lhe forneçam a capacitação adequada para que esteja preparado em fazer a abordagem correta para aquele determinado paciente.

4.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ESTUDANTE DE ENFERMAGEM EM UM CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Para elaborar a cena fictícia, além do levantamento bibliográfico, lançamos mão também de nossa experiência prática na área. Essa experiência se deu no contexto do estágio curricular supervisionado, realizado em uma UAPS da cidade de Fortaleza/Ce, no período de agosto a dezembro de 2019. Realizávamos uma série de atividades próprias do tipo de serviço: visitas domiciliares, planejamento familiar, acolhimento, dentre outras. O contato com os ACS se dava a partir das reuniões que o enfermeiro supervisor realizava semanalmente com eles. Esses encontros eram pautados pela entrega das demandas comunitárias dos ACS para o enfermeiro. Essas demandas eram variadas e se constituíam de agendamento de consultas, atualização do cartão de vacina, planejamento de eventos comunitários, informes sobre os

nascimentos e mortes na comunidade, educação em saúde e agendamento de consultas de prevenção ao câncer de colo de útero.

Na equipe de saúde de uma das autoras havia um total de sete ACS: todas mulheres e mães. Estas também tinham idades acima de 30 anos e algumas já próximas da aposentadoria. Não havia nessa equipe profissional novato. Todos tinham pelo menos alguns anos no serviço. O relacionamento entre o enfermeiro e estas profissionais parecia muito produtivo. Frequentemente, os profissionais promoviam por conta própria, festas em datas comemorativas entre eles e a comunidade.

Na equipe de saúde da outra autora havia 10 ACS, sendo uma pessoa do sexo masculino e as demais do sexo feminino. A maioria dessas mulheres eram mães. Todos tinham idade acima de 30 anos e não havia nenhum profissional novato na equipe. O relacionamento entre o enfermeiro e os ACS era de companheirismo, onde se notava um vínculo de confiança e trabalho em equipe. Os encontros eram feitos mensalmente no qual eram tratados assuntos sobre a população adstrita no serviço.

Apesar do bom relacionamento entre os profissionais, no que concerne à atenção ao idoso em sofrimento psíquico, percebíamos algumas peculiaridades. Tendo um papel importante de inserção dos serviços de saúde na comunidade, os ACS tinham ações específicas com a população idosa. Porém, essas ações nos chamaram a atenção, pois nem sempre contribuíam para um acesso mais direto desse idoso ao serviço. Identificamos a existência de uma barreira entre o idoso e o serviço de saúde. Apesar do ACS possuir potencial para diminuir essa distância, nem sempre era possível.

Uma das características dessa barreira era a dificuldade de agendamento de consultas. Essa dificuldade se dava pela variação na frequência dos atendimentos médicos, tanto pela falta de profissionais, como pelas constantes ausências do médico da unidade. Isso fazia com que houvesse muitas demandas de “reagendamentos” de consultas por parte dos ACS. Um trabalho que ocorria não por uma demanda da comunidade, mas por uma deficiência do serviço. A marcação de consultas era feita no início da semana, e, para garantir uma vaga, as pessoas tinham que ir ao início da manhã enfrentar uma fila grande. As vagas se limitavam de acordo com a agenda estabelecida pelos profissionais e, quando se esgotava, alguém da coordenação ia

comunicar que o número de vagas já tinha sido preenchido e que as pessoas deveriam voltar na próxima semana para tentar marcar novamente.

Outra característica dessa barreira era o fato da frequência de idosos ser maior nos programas de controle de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitos. Não era tão frequente a procura por parte dos idosos para consultas em relação a questões envolvendo o sofrimento psíquico, embora houvesse alta procura por parte da população mais jovem para este tipo de atendimento. Podemos nos perguntar se as demandas de saúde mental aparecem mais na população jovem do que na idosa. Porém, como sabemos que os idosos apresentam alta demanda de questões psiquiátricas, nos chamou a atenção do porquê não havia essa procura à UAPS.

Durante as reuniões dos enfermeiros com os ACS, foi percebido que muitos idosos recorriam aos ACS somente para solicitar troca de receita psiquiátrica. Isso significa que as demandas de saúde mental eram reduzidas à renovação de receita psiquiátrica. Sempre que precisavam renovar, eles precisavam ir 15 dias antes para conseguir marcar consulta e garantir os medicamentos por mais um período.

Também, observamos a preferência de alguns ACS em dirigir a conversa ao cuidador em vez do idoso. Isso nos evidenciou que o idoso era colocado em uma posição sem possibilidade de ser escutado. O diálogo era feito diretamente com o cuidador onde este relatava como o idoso estava. Isso de acordo com a visão do cuidador sobre o idoso.

Presenciamos, também, a prática de visitas remotas por ligação. Isso indica que havia um afastamento no contato dos ACS com os idosos, porque estes, em sua maioria, não tinham acesso à tecnologia. Isso aponta para um desvio da lógica comunitária, pois, se o ACS está geograficamente perto da população, por que fazer atendimentos online?

A abordagem de alguns idosos para com os ACS era regada de queixas repetitivas referentes a dores e doenças. Então, para que o atendimento evoluísse de forma mais rápida, as perguntas eram feitas diretamente para o cuidador, visto que os idosos somente reclamavam.

Essa reclamação é justamente o ponto de onde as demandas em torno do sofrimento psíquico do idoso poderiam ser acolhidas. Em vez de encontrarem um lugar na saúde comunitária, as demandas subjetivas dos idosos são rejeitadas, seja

pela desvalorização de suas queixas, seja por práticas que priorizem a medicalização do sofrimento. Esses pontos acabam por cronificar ainda mais o sofrimento do idoso, promovendo um silenciamento e uma objetificação desses que deveriam assumir a centralidade do cuidado.

Sabemos que esse processo de trabalho não é exclusividade dos ACS. De fato, algo que tem relação com a lógica do modelo biomédico acaba ressoando nestes profissionais que teriam a oportunidade de ampliar as possibilidades de cuidado, mas acabam deixando isso à margem diante de um cuidado que prioriza a rapidez, a objetividade e o silenciamento como ideal de cura.

A potencialidade do trabalho do ACS, que deveria ter na lógica comunitária uma aproximação em termos de cuidado, acaba por reproduzir uma lógica em que os corpos. Em vez de serem cuidados, são controlados a partir da priorização das práticas medicalizantes.

A experiência foi significativa, sinalizando que devemos destacar a importância do cuidado do ACS com o idoso em sofrimento psíquico e a integração dele com o serviço de saúde.

4.3 CENA FICTÍCIA: O DIA DE UM ACS E SUAS BARREIRAS AO CUIDADO DO IDOSO

Mais um dia de sol. O trabalho me chama. Há 12 anos eu, Maria, sirvo a comunidade na UAPS do meu bairro. E entre um serviço e outro, me dedico também a meus filhos e minha mãe. Como mãe solteira que sou e com 55 anos de idade, não é fácil conciliar família e trabalho, mas, dou meu máximo na medida do possível. Gosto do que faço. Gosto da minha comunidade. Como moradora antiga, todos me conhecem e sempre que precisam não me nego a ajudar. São muitos dias de luta, mas também temos nossos dias de glória. Semana passada, por exemplo, tivemos a festinha que nós da unidade organizamos para os pacientes. Muita comida e até educação em saúde, quando dava tempo. Dias assim amenizam o estresse da multidão que fica horas na fila esperando atendimento. São consultas, marcações de novas consultas e, sim, remarcações também. Isso porque, vez por outra, contamos

com a ausência médica, e como as vagas são limitadas de acordo com a agenda do profissional, quando estas se esgotam, os pacientes são solicitados a retornar em outra semana para tentar uma marcação. Me pergunto se terá médico hoje.

Ao chegar à unidade, me deparo com a típica fila grande. Ao passar pelas pessoas pedindo licença, percebo um movimento diferente na sala do enfermeiro. Era uma voz exaltada e, me aproximando da técnica de enfermagem, perguntei de quem era a voz, na qual ela me respondeu: “da Dona Úrsula”. Me impressionei quando soube que era ela. Pensei até que fosse outra paciente conhecida por seus “barracos”. Mas Dona Úrsula era só uma idosa quieta com histórico de hipertensão, onde, sempre em suas visitas, ela dificilmente falava. Sempre calada “no canto dela”, eu acabava falando com a cuidadora que me passava todas as informações necessárias. Assim, nunca foi preciso que trocássemos muitas palavras. E estava surpresa com aquele comportamento.

Sua voz ecoava por todo o posto de saúde, mas por mais que eu tentasse, não conseguia entender o assunto que ela esbravejava. As palavras eram rápidas e sem coerência. “Nem tente entender”, disse a técnica. “Ela está aí dentro a um bom tempo e Dona Úrsula não tá falando nada com nada”, concluiu. Outra técnica me disse que ela veio procurando um atendimento médico porque não estava dormindo há vários dias e, ao receber a notícia na recepção de que havia acabado as fichas de atendimento, ela começou a se exaltar e foi preciso encaminhá-la para a sala do enfermeiro.

Pouco tempo depois a porta se abre e vejo Dona Úrsula sair de lá junto com sua cuidadora. Ela já não gritava, mas parecia agitada, inquieta. Nunca a tinha visto assim. “Aiai”, disse o enfermeiro, “Complicado... um dia lotado desse. Mas tive que falar com o médico porque ela estava muito exaltada querendo um remédio para dormir. Não tinha o que fazer, a não ser esperar que o médico lhe prescreva uma medicação”, concluiu.

Aproveitando a deixa, perguntei a ele se a reunião de hoje com os ACS estava de pé. “Sim, sim. Vou agilizar mais do que nunca esses atendimentos pra dar tempo fazer nossa reunião”, respondeu. Pensei também que pra mim o tempo estava um pouco apertado, devido ao grande número de visitas que teria que fazer naquele dia. Estava com medo de não retornar a tempo para a reunião que só aconteceria no

final da tarde. Então, peguei minhas fichas e segui meu caminho para as visitas domiciliares daquele dia.

Depois de algumas visitas correndo, chego à casa da dona Conceição, uma senhora de 65 anos, viúva, mãe de uma filha. Há dez anos havia perdido o marido e a cerca de um ano, o filho havia morrido envolvido em dívidas com o tráfico de drogas. A filha dela me atendeu, como de costume. Dona Conceição estava sentada no sofá com o olhar perdido. Fiquei incomodada com aquela cena enquanto a filha me relatava: “Ela agora só tá assim... lenta, cansada, sem energia pra nada. Mas, também, ela não ta dormindo direito! Fica acordando no meio da noite. Ai não tem mais ânimo nem pra fazer o que ela gosta que é tricotar. Ela começa, mas logo depois para. Sempre assim, não se concentra mais no que faz. Coisas da idade, né?! E também dessa depressão dela... Mas o médico disse que é leve, então essas coisas devem fazer parte”. Nesse momento olhei para Dona Conceição, acanhada no sofá com sua camisola e semblante triste. Sua filha continuou: “Ah, inclusive tem a receita dela pra renovar. Tu leva pra mim, né? Esse meu trabalho costurando aqui em casa não me dá uma folga!” Eu entendia a rotina puxada dela. Por isso eu costumava levar as receitas para renovar e não ia ser dessa vez eu iria negar. Porém, fiquei me perguntando se Dona Conceição não estaria de fato piorando, uma vez que ela parecia completamente alheia à minha presença ali. Pensei em tentar conversar com ela, mas algo me deteve. O que iria dizer pra ela caso ela me pedisse ajuda? Eu é que fiquei sem palavras. Como o enfermeiro havia dito, renovar a receita era a única coisa que nos restava. Será? Ao terminar o diálogo com a filha, me despedi, e segui para a próxima visita.

A próxima visita era na casa da dona Neila, uma senhora de 87 anos com Alzheimer que mora com o filho e a nora. Sempre que chego, dona Neila costuma perguntar quem eu sou e, depois de cinco minutos, ela faz a mesma pergunta. Confesso que é uma das visitas mais dolorosa de fazer, pois sempre percebo que dona Neila está com alguma mancha no corpo. Eu até tento fazer algumas perguntas pra nora, mas ela sempre foge do assunto. Também noto que ela fica dando desculpas para que a visita não seja realizada. Após uma rápida caminhada, chego à casa de dona Neila. Fui recebida por sua nora Fabiana. A porta já estava aberta, então me direcionei até a cama da dona Neila que fica na sala. Meus olhos estavam focados naqueles braços finos com algumas manchas roxas. Em um determinado momento

percebi uma caixa cheia de remédios. Minha vontade era pegar aquele depósito e ver quais os remédios estavam sendo administrados em dona Neila, pois, hoje, diferente dos outros dias, percebi que Neila não me fez pergunta nenhuma. Estranhei, claro, pois ela sempre repetia as mesmas coisas. A mesma estava sonolenta e nem sequer olhou pra mim. Antes que eu tentasse buscar alguma explicação para as manchas nos braços dela, a nora começou a falar que não estava mais aguentando a teimosia da dona Neila. "Qualquer dia ela vai me matar do coração! Vive tentando se levantar sozinha e sempre acaba caindo! Esses dias eu tive que sair e ela ficou com o filho dela... Acho que ela tentou se levantar e, como ele tem um pouquinho de força, acabou deixando essas manchinhas nos braços dela", concluiu a nora. Eu, um pouco assustada, resolvi finalizar a visita. Mas alertei que voltaria depois pra conversar com o marido de Fabiana. Ao sair da casa dela eu estava convencida que algo muito sério estava se passando e que dona Neila estava muito abatida e calada. Vou falar com o enfermeiro sobre isso.

O horário do almoço se aproximava e a fome já batia a porta. Meu intervalo tão aguardado!

Naquela parte da tarde ainda faltavam muitas visitas para fazer. O sol estava desgastante. Então, aproveitando que muitas pessoas já estavam conversando comigo por mensagens de celular, decidi concluir meu trabalho utilizando a internet. Enviei uma mensagem de voz para a cuidadora do Sr. João, um idoso de 75 anos com diabetes. Ele costumava ir ao posto com a cuidadora, mas depois da queda há alguns meses, ele tem ficado em casa se locomovendo com o "andador". Perguntei como ele estava. "Ele anda muito rabugento esses dias", disse a cuidadora. "Se irrita com praticamente tudo! Ele não relaxa um minuto e fica procurando coisa pra se preocupar. Na verdade, desde que ele passou a ter dificuldade de se locomover, ele reduziu o uso da bebida. Antes, ele estava bebendo quase todo dia. Mas agora, sem a bebida, ele tem ficado muito irritado e grosseiro", concluiu ela. Perguntei a ela como ela estava fazendo para lidar com isso e ela respondeu: "Às vezes, sou eu quem perco a cabeça. Quando preciso resolver alguma coisa no centro, para que ele não volte a beber, acabo deixando ele trancado em casa. Mas não tenho outra saída. Já peguei até briga com os vizinhos que não entendem a minha situação e me acusam de maltratá-lo". Eu escutava ela falando e sabia que não era certo deixa-lo em casa trancado. Pensei em dizer a ela que tentasse se organizar

ou pedir ajuda aos vizinhos, mas percebi que ela estava irritada com todos eles. Então me comprometi a levar o caso dele para a avaliação da equipe do posto, talvez para uma possível visita. Mas que tinha a impressão de que o resultado seria introduzir mais um medicamento no tratamento de Sr. João.

Com o horário da reunião se aproximando, voltei para a unidade. No caminho de volta, fui tomada por vários pensamentos. Tive a real sensação de que não havia conseguido fazer muita coisa pelas pessoas naquele dia. O grande número de pessoas que tinha para visitar naquele dia impediu que eu pudesse atender todos os que eu deveria. Pensava se o que a gente do posto fazia estava ajudando ou piorando a situação dos idosos. Uma imagem de eu mesmo na minha velhice me veio à mente. E eu temi viver aqueles mesmos conflitos que aquelas pessoas estavam passando. Acho que talvez por isso, não conseguia falar direito com eles. Como fazer para melhorar isso? Como fazer para ultrapassar as barreiras que separam esses idosos de um cuidado mais digno? Como fazer para ultrapassar as minhas próprias barreiras que me impedem de me aproximar mais deles?

Ao chegar no serviço, encontrei o médico comentando com o enfermeiro sobre a lotação rotineira do serviço: “Estressante”, disse ele. Os outros funcionários estavam falando sobre o “barraco” ocorrido pela manhã. Não consegui comentar nada e apenas esperei o início da reunião onde eu mostraria as receitas a serem renovadas.

4.4 ANÁLISE DA CENA

Aqui discutiremos os achados no trabalho do ACS sobre o desenvolvimento psíquico do idoso com base na literatura coletada e na cena fictícia apresentada.

Como vimos na cena abordada, Dona Socorro se apresenta como uma personagem que traz um tipo muito comum entre os ACS, sendo mulher, com filhos e tendo sua rotina de trabalho entrelaçada com a rotina pessoal. Porém, seu dia de trabalho, como apresentado na cena, indicou várias barreiras quanto à assistência adequada ao idoso.

Do ponto de vista das autoras, houve uma deficiência na assistência não só da ACS como também dos outros profissionais da ESF. Os pontos observados

foram dificuldade de identificação do sofrimento psíquico de alguns idosos, a adoção de uma assistência ao idoso à distância e a medicalização constante como forma de sanar as questões problema.

A cena mostrou em vários momentos do dia a falha na percepção da ACS e dos outros profissionais de saúde com relação aos sinais e sintomas iniciais ou agravantes do sofrimento psíquico apresentados pelos idosos. Relatos como: insônia, discurso rápido e incoerente, agitação, euforia, dificuldade de concentração, cansaço, tristeza, irritação, preocupação excessiva e, dentre outros, passaram despercebidos como sinais e sintomas para depressão ou ansiedade, que, conforme Barbosa et al. (2019), acometem a população idosa, principalmente as mulheres.

Um estudo observou que essa dificuldade de intervenção frente às demandas de saúde mental devia-se ao fato dos ACS relatarem pouca ou nenhuma preparação, formação ou treinamento (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2019). Outro estudo em Recife também relatou a falta de formação e experiência dos ACS antes de sua inserção na ESF (MOURA; SILVA, 2015). Essa dificuldade foi vista também em outros profissionais da UAPS, incluindo enfermeiros, onde se observou o despreparo em diagnosticar depressão na terceira idade por não identificar os sintomas (SOARES, 2017).

Para uma chance de resolução, Waidman (2012) relatou ser necessário a realização de programas de capacitação dos ACS para receberem o preparo adequado em conseguir abordar e atender de maneira efetiva usuários que se encontram em sofrimento psíquico. Para as autoras, a importância de capacitação e formação dos ACS mostra-se necessária para que garantam a integralidade do cuidado da pessoa idosa em sofrimento mental, visto que, como são um elo entre o paciente e a ESF, poderão identificar e orientar quanto a utilização dos serviços disponíveis para manutenção da saúde do usuário.

Ao decorrer da cena, outra barreira para a assistência adequada ao idoso foi identificada: a utilização de um atendimento à distância por meio de ligação.

Várias situações adversas podem levar a necessidade da utilização de outros meios para a assistência ao paciente, como a consulta remota. Quando o atendimento presencial não é possível, essa estratégia tecnológica de atenção a saúde pode se mostrar eficaz em atender algumas necessidades da população, como

a oferta de informação e educação em saúde e também certo nível de acompanhamento em alguns processos de cuidado.

Porém, o estudo de Romero et al. (2012) destacou como desvantagens desse serviço o fato do profissional não conseguir ver o rosto e não ter contato físico com o paciente para a prestação dos cuidados.

Logo, para as autoras, esse tipo de tecnologia impossibilita a observação do profissional sobre real situação do paciente, fazendo assim, com que detalhes importantes da condição de saúde da pessoa idosa passem despercebidos. Conseqüentemente, isso impossibilitaria a identificação e prestação de serviço adequado ao sofrimento do idoso.

Sendo assim, é de grande importância o ACS priorizar a visita domiciliar como forma de atendimento, pois isso possibilita ao ACS o aprofundamento do vínculo e conhecimento da realidade desses usuários por meio da obtenção de informações que foram observadas por ele durante a visita. Dessa maneira o profissional conseguirá identificar precocemente os problemas dessa população idosa.

Outra barreira para prestação de serviço adequado identificada na cena foi medicalização constante como forma de sanar as questões problema.

Essa tendência a medicalização foi abordada por Silveira et al. (2016) onde, em seu estudo, relatou que os psicofármacos são usados como recursos terapêuticos de forma central ou única, chamando atenção a grande adesão do uso no tratamento do sofrimento mental. Em seu estudo, com uma amostra em torno de 12% da população de uma cidade, os antiepiléticos foram os mais prescritos no período (37,6%), seguidos de ansiolíticos (33,8%) e antipsicóticos (17,3%) onde as mulheres receberam a maior parte das prescrições (67,6%), sendo estas prescrições concentradas nas faixas etárias de 40-49 anos (17%), 50-59 (20,8%) e 60-69 (18,5%), mostrando assim uma relevante adesão desses psicofármacos pelos idosos, e, em sua maioria, mulheres.

Outra pesquisa realizada no ano de 2015 revela “um número expressivo de medicação psicotrópica entre os idosos pesquisados, inclusive com a utilização de mais de um psicofármaco para a mesma pessoa” (SILVA; HERZOG, 2015). Esse grande número de utilização de psicofármacos na sociedade pode ser preocupante, frente a seus efeitos colaterais apresentados.

Uma das coisas que pode contribuir para a adoção de uma cultura medicalizante no serviço de saúde é a prescrição compulsiva desses psicofármacos (SILVEIRA et al., 2016). Isso pôde ser visto na cena fictícia quando, tanto o ACS como os outros profissionais, acabava sempre por optar pela renovação de receita como forma de solucionar o problema. Além disso, também foi visto na cena a insistência de alguns pacientes em requerer renovação ou prescrição de recita com até mesmo uso de ameaças aos profissionais da saúde (SILVEIRA et al., 2019).

Não estamos dizendo aqui que a utilização dos psicotrópicos deve ser rejeitada, pois eles têm suma importância em determinadas circunstâncias. O questionamento é a prescrição indiscriminada desses medicamentos (SILVA; HERZOG, 2015). Com a pressa relatada na cena em querer finalizar todos os atendimentos do dia, o profissional acaba adotando uma cultura imediatista e pragmática afetando, assim, a qualidade da assistência prestada ao idoso.

Em somatória a isso, Barbosa et al. (2019), em seu estudo, também identificou a prescrição e renovação massiva de psicofármacos como fator de causa do uso contínuo de medicamentos, bem como a assistência ineficaz dos profissionais da ESF em ações frente à saúde psíquica do idoso.

A dignidade foi citada por Silveira et al. (2016) como a forma em que a pessoa em sofrimento psíquico deve ser tratada durante o atendimento. A adoção de uma assistência que envolva o espaço para a escuta onde haja a possibilidade de interrogar ao sujeito sobre o que o faz sofrer, abre a oportunidade para o paciente entender sobre seu mal estar e saber lidar com aquilo que o acomete (SILVEIRA et al., 2019). Isso será possível pelo fato da escuta possibilitar ao profissional identificar as causas que afetam a saúde mental do idoso e, assim, poder ajudá-lo a entender e saber como lidar com seu sofrimento.

O estudo de Silva e Herzog (2015) aponta casos de idosos que utilizavam medicação sem necessidade, visto que os diagnósticos só diziam respeito a problemas familiares. Assim, nessas circunstâncias, a medicação poderia ter sido evitada se houvesse uma prestação assistencial de qualidade.

Mas em situações em que o medicamento deve ser considerado para o tratamento, visto que também faz parte do plano de cuidado disponível, incentiva-se o uso racional destes, e nunca de maneira indiscriminada (SILVEIRA et al., 2016).

Diante desse cenário, sente-se a necessidade de um olhar mais reflexivo do ACS juntamente com sua equipe de ESF para com os sinais que rodeiam o idoso em sofrimento psíquico. "Tive a real sensação de que não havia conseguido fazer muita coisa pelas pessoas naquele dia"; "como fazer para melhorar isso?". Frases como essa dita pela ACS Maria, da cena fictícia, refletem o interesse dos ACS em receber treinamento necessário para uma intervenção eficaz frente às demandas de saúde mental (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2019).

Então, além do espaço para escuta e do uso racional de psicofármacos para evitar o modelo medicalocêntrico, a capacitação do ACS mostrou-se importante para que, em suas visitas domiciliares, consiga identificar, abordar e conduzir de maneira eficaz o idoso que apresente algum sofrimento psíquico.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das várias enfermidades existentes, os idosos podem ser afetados em algum momento de suas vidas por problemas de saúde mental. Os achados literários mostraram a importância do ACS para o tratamento desses idosos, visto que o papel desses agentes gira em torno do acolhimento, rastreamento de doenças e orientação ao serviço de saúde.

Dessa forma, o ACS tem o potencial de ligar o idoso ao serviço de saúde. Porém, como identificado, os ACS relatam não ter treinamento e preparo para intervir em demandas, incluindo as de saúde mental, mostrando, assim, a necessidade investir na capacitação desses profissionais, afim de que eles possam abordar e atender adequadamente idosos que se encontram nessa situação. Em vista disso, por meio de referenciais teóricos, procuramos ampliar nesse estudo o olhar para importância desses profissionais, apresentando o seu papel frente ao sofrimento psíquico.

Foi possível refletir na importância da visita domiciliar realizada pelo ACS, dado ao fato de que nela há a possibilidade de identificar problemas que acometem a saúde do idoso. Na cena fictícia apresentada, por exemplo, pôde ser visto a ACS Maria em um dia de trabalho vivenciando várias situações à medida que o tempo

passava. Em algumas ela não foi capaz de identificar os sinais para o sofrimento psíquico nos idosos. Em outras, ela conseguiu perceber o sofrimento, mas, como não sabia como abordar e intervir, se manteve restrita apenas a ajudar com a viabilização das receitas de medicação.

O silêncio da ACS Maria, diante das situações que ela presenciou durante as visitas domiciliares, nos mostra o quanto é importante que esses profissionais compreendam o que é sofrimento psíquico, para que, junto com a equipe de ESF, possam abordar estratégias adequadas para uma boa assistência.

Nossos achados mostraram que, mesmo com a ênfase nas políticas nacionais de atendimento ao idoso no âmbito domiciliar, ainda observamos um déficit no serviço de atenção básica nesse aspecto. A integralidade do cuidado identifica que existem problemas significativos e que algumas explicações podem estar relacionadas como à assistência da UAPS ainda funcionar sob a lógica biomédica.

Acreditamos que os ACS têm grande potencial em desenvolverem um trabalho de qualidade frente aos idosos que estão em sofrimento psíquico. Porém, sem o investimento em uma capacitação adequada, estes profissionais acabam por também reproduzir o modelo medicalocêntrico. Assim, é importante que o enfermeiro volte sua atenção a essa problemática e promova estratégias em preparar o ACS para saber atuar na saúde mental.

Desse modo, diante da importância desse tema e da escassez de estudos com agentes comunitários de saúde relacionados à saúde mental do idoso, sugerimos novas pesquisas voltadas a essa problemática, bem como estudos exploratórios que visem compreender a percepção do ACS sobre o sofrimento psíquico do idoso para que, assim, mais ações de capacitação do ACS sejam desenvolvidas, conforme as informações captadas nesses estudos. Tais ações, conseqüentemente, aperfeiçoarão as estratégias de cuidado aos idosos em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiza Amélia Freitas de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde segundo o nível de satisfação dos idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, e20180389, 2019 .

ASSIS, Audrey Silva de; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto de. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280308, 2018.

BARBOSA, Isabelle Canuto Rabelo; SOUZA, Jardany Miranda; OLIVEIRA, Henrique Marcelino Ovídio de; SANTOS, Waleria Vieira de Oliveira; BONFADA, Diego. O pensar local para agir global: medicalização do sofrimento psíquico do idoso, In: **VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**, Campina Grande, 2019.

BARBOSA, Maria Jaisse Pereira; MORAIS, PriscillaJaíne Dias. Tecendo a subjetividade da maternidade no trabalho de parto humanizado: contribuições da psicanálise. **Unifametro**, Fortaleza, p. 16, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: **caderno de atenção básica** nº 19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário oficial da União** 2006; 20.

CABRAL, Thamiris Maria Nascimento; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 159-171, Mar. 2015.

CLEMENTE, Adauto Silva; LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 555-564, Mar. 2011.

MARTINS, Aline Blaya et al . Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, Aug. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1751-1762, Junho 2015.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, jun. 2016.

MOURA, Raul Franklin Sarabando de; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 199-210, Mar. 2015.

OLIVEIRA, LPBA; MENEZES MP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, 2011.

PAIVA, Karina Mary de; HILLESHEIM, Danúbia; HAAS, Patrícia. Atenção ao idoso: percepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em uma capital do sul do Brasil. **CoDAS**, São Paulo, v. 31, n. 1, e20180069, 2019.

ROMERO, Yocelyn Margaret Price; ANGELO, Margareth; MUNOZ GONZALEZ, Luz Angelica. Imaginative construction of care: the nursing professional experience in a remote care service. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 4, p. 693-700, Aug. 2012 .

SILVA, Jerto Cardoso da; HERZOG, Lísia Mânica. PSICOFÁRMACOS E PSICOTERAPIA COM IDOSOS. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 27, n. 2, p. 438-448, Aug. 2015 .

SILVEIRA, Lia Carneiro; ALMEIDA, Arisa Nara; CARRILHO, Camila. Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo. **Saude soc.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 107-120, Mar. 2019 .

SILVEIRA, Suely Teodora da et al . A Dispensação de Psicofármacos em um Município de Pequeno Porte: Considerações Acerca da Medicalização da Vida. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora , v. 10, n. 1, p. 17-25, jun. 2016 .

VIEIRA, Alcivan Nunes. Tecendo o cuidado clínico de enfermagem abordando as sobras da racionalidade científica. **UFC**, Fortaleza, p. 40-42, 2016.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; COSTA, Bruna da; PAIANO, Marcelle. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 5, p. 1170-1177, Oct. 2012 .