Maiara Garcia Henrique

**Aceitação e viabilidade de uma intervenção psicossocial colaborativa
para idosos com depressão realizada por não especialistas da atenção
primária**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
a obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria
Orientadora: Prof. Dra. Marcia Scazufca

SÃO PAULO
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Henrique, Maiara Garcia

Aceitação e viabilidade de uma intervenção
psicossocial colaborativa para idosos com depressão
realizada por não especialistas da atenção primária
/ Maiara Garcia Henrique. -- São Paulo, 2020.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientadora: Marcia Sczufca.

Descritores: 1.Depressão 2.Idoso 3.Atenção
primária à saúde 4.Cuidado colaborativo 5.Alternância
de tarefas 6.Tratamento em etapas 7.Tecnologia
8.Metodologia qualitativa

USP/FM/DBD-312/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade de São Paulo e à Faculdade de Medicina.

À minha orientadora Prof. Dra. Marcia Scazufca por tantas oportunidades ao longo dessa trajetória de estudos e desenvolvimento da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado(*).

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da FMUSP, Eliza Fukushima e Isabel Ataíde, pelo apoio constante durante todas as etapas do trabalho.

À toda equipe PROACTIVE do Brasil e do Reino Unido que permitiu que o estudo acontecesse.

A todos os meus familiares que acreditaram e me apoiaram ao longo desses anos de estudo.

*O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

SUMÁRIO

Lista de figuras
Lista de quadros
Lista de tabelas
Lista de abreviaturas e siglas
Resumo
Abstract

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Envelhecimento populacional e prevalência de depressão em idosos	11
1.2. Atenção primária e intervenções complexas para o tratamento da depressão .	11
1.3. Estratégias de cuidado psicossociais para o tratamento de idosos com depressão na atenção primária	12
1.4. Contribuição de avaliações qualitativas no desenvolvimento de programas de intervenção complexas	15
1.5. Justificativa do estudo	20
2. OBJETIVOS.....	21
3. MÉTODO.....	21
3.1. Desenho do estudo	27
3.2. Local do Estudo	28
3.3. Participantes.....	28
3.4. Procedimentos.....	30
3.5. Aspectos Éticos.....	34
3.6. Análise	35
4. RESULTADOS	36
5. DISCUSSÃO.....	52
6. CONCLUSÃO	59
7. ANEXOS.....	60
8. REFERÊNCIAS	73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma dos encontros e semanas de intervenção.	25
Figura 2. Aplicativo PROACTIVE: Roda da melhora da depressão.	38
Figura 3. Aplicativo PROACTIVE: Roda da piora da depressão	38
Figura 4. Aplicativo PROACTIVE: Pergunta do PHQ-9.	40
Figura 5. Aplicativo PROACTIVE: Questionário de medicamentos.	40
Figura 6. Aplicativo PROACTIVE: Agendamento.	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Roteiro dos encontros da intervenção psicossocial	26
Quadro 2. Encontros observados nas observações não-participantes	31
Quadro 3. Procedimentos para a coleta de dados qualitativos	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos participantes idosos (referente ao ano de 2016)	42
Tabela 2. Características dos agentes de saúde (com base no ano de 2016)	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

AE: Auxiliares de Enfermagem

AI: Alta intensidade

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Uso de álcool)

BI: Baixa intensidade

COREQ: *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

EQ-5D-5 L: *European Quality of Life 5 Dimensions-5 levels version* (Avaliação de Qualidade de Vida)

ESF: Estratégia Saúde da família

ICECAP-O: *Investigating Choice Experiments for the Preferences of Older People-CAPability* (Avaliação de aptidão de idosos)

NICE: Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados: Diretrizes Clínicas

OMS: Organização Mundial da Saúde

PHQ-9: *Patient Health Questionnaire – 9 item* (Questionário de saúde do paciente – 9 itens)

SUS: Sistema Único de Saúde

TI: Tecnologia da informação

UBS: Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Henrique MG. *Aceitação e viabilidade de uma intervenção psicossocial colaborativa para idosos com depressão realizada por não especialistas da atenção primária* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2020.

Com o envelhecimento populacional crescente, a escassez de cuidados em saúde mental com o público idoso se tornou um grande problema. A depressão afeta muitos idosos no Brasil, que frequentemente não são identificados ou tratados no sistema de saúde. Para atender esta demanda, muitos países utilizam o cuidado colaborativo, a alternância de tarefas e o tratamento em etapas na atenção primária, de forma a melhorar a atenção à saúde, reduzir custos e suprir a falta de profissionais especializados. Essas estratégias já mostraram ser custo-efetivas, mas pouco se sabe sobre sua aplicação com idosos na atenção primária no Brasil. Portanto, foi realizado um estudo piloto, do qual o presente estudo é parte, para avaliar a exequibilidade de um programa de intervenção psicossocial complexo para idosos com depressão cadastrados na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. Os objetivos deste estudo são: (1) Verificar a fidelidade dos agentes de saúde na aplicação do protocolo da intervenção psicossocial; (2) Investigar a compreensão do conteúdo e a aceitação dos princípios norteadores da intervenção psicossocial pelos participantes idosos; e (3) Avaliar a aceitação dos princípios norteadores da intervenção psicossocial (alternância de tarefas, cuidado colaborativo, tratamento em etapas e suporte de tecnologia) pelos agentes de saúde. Foram utilizados métodos qualitativos de pesquisa para avaliar a aceitação e a viabilidade dos princípios da intervenção psicossocial com 11 agentes de saúde e 31 idosos que realizaram e receberam a intervenção, respectivamente. Os dados foram coletados através de observação não-participante, entrevista estruturada e grupo focal. Os resultados mostram que a intervenção foi bem aceita pelos agentes de saúde e idosos, e é viável na atenção primária. Os agentes de saúde se sentiram capacitados para realizar a intervenção e os idosos aceitaram e gostaram de ser atendidos por profissionais não especializados. O uso de tecnologia permitiu melhor comunicação entre a equipe, garantiu fidelidade ao protocolo e tornou a intervenção padronizada e atraente para os participantes. Os resultados do estudo também sugeriram algumas modificações na intervenção para facilitar sua implementação na atenção primária.

Descritores: depressão, idoso, atenção primária à saúde, cuidado colaborativo, alternância de tarefas, tratamento em etapas, tecnologia, metodologia qualitativa.

ABSTRACT

Henrique MG. *Acceptability and feasibility of a psychosocial and collaborative intervention for older adults with depression delivered by non-specialists from a primary care clinic* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”, 2020.

Population aging and the scarcity of mental health care for the elderly has become a major issue nowadays. Depression affects many older adults in Brazil and many cases are not identified nor treated. To meet this issue, many countries use collaborative care, task-shifting and stepped-care in primary care, in order to improve health care, reduce costs and cover the lack of specialized professionals. These strategies have proven to be cost-effective, but little is known about their implementation in primary care in Brazil. A pilot study was carried out, in which the present study is part of, to assess the feasibility of a complex psychosocial intervention program for the elderly with depression registered in the Family Health Strategy in the city of São Paulo. The aims of this study are: (1) Assess the fidelity of health workers when applying the protocol of the intervention, (2) Assess older adults' views of the psychosocial intervention, and (3) Assess the perceptions of health workers about the guiding principles of the psychosocial intervention (collaborative care, stepped-care, task-shifting and technology support). Qualitative research methods were used to assess the acceptance and feasibility of the guiding principles of the psychosocial with 11 health workers and 31 older adults who performed and received the intervention, respectively. Data were collected through non-participant observation, structured interview, and focus group. The results show that the intervention was well accepted by health workers and older adult, and it is feasible in primary care. Health workers felt empowered to carry out the intervention and the older adults accepted and liked to receive the intervention by non-specialized professionals. The use of technology allowed better communication between the team, guaranteed fidelity to the protocol and made the intervention standardized and attractive to participants. The study results also suggested some changes in the intervention to facilitate its implementation in primary care.

Descriptors: Depression, aged, primary health care, collaborative care, task-shifting, stepped-care, technology, qualitative methods.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento populacional e prevalência de depressão em idosos

O envelhecimento populacional traz desafios importantes para a saúde pública no mundo inteiro. As projeções indicam que a população com 60 anos ou mais, mundialmente, aumentará de 900 milhões para 2 bilhões de pessoas entre 2015 e 2050 (WHO, 2017). Essa mudança tem levado ao aumento da ocorrência de doenças crônicas características desta fase da vida (Campolina et al., 2013) como hipertensão, diabetes e depressão. Portanto, os serviços de saúde precisam se adaptar para atender à enorme demanda de cuidados de saúde da população idosa (WHO, 2017). Na América Latina, o Brasil é o país que tem a segunda maior prevalência de depressão, correspondendo a 5,8% da população (entre pessoas de todas as faixas etárias), ou seja 11,5 milhões de pessoas (WHO, 2017), sendo que os indivíduos entre 60 a 64 anos são os mais afetados, com prevalência de 11,1% (IBGE, 2013). O Estudo Epidemiológico de Transtornos Mentais (Megacity) aponta que, no município de São Paulo, a prevalência de depressão na população com 50 a 64 anos de idade é de 17,2% e nas pessoas com 65 anos ou mais chega a 11,8% (Viana, MC; Andrade, LH., 2012). Podemos ver que no Brasil, e especialmente em São Paulo, os desafios para oferecer cuidados de qualidade para idosos com depressão é grande.

1.2. Atenção primária e intervenções complexas para o tratamento da depressão

A principal porta de entrada dos idosos no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é a atenção primária (Caderno de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2006; Gilbody et al, 2006; Unutzer et al., 2000). No entanto, a integração da saúde mental na atenção primária no Brasil ainda é incipiente (Santana, 2013). Segundo a Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo de atenção primária no Brasil, é neste nível que a maioria dos idosos com depressão deveriam ser identificados e tratados (Junior et al., 2016). No entanto, estudos internacionais têm mostrado que o nível de identificação dos transtornos mentais na atenção primária é baixo e, mesmo quando são identificados, a população acaba não recebendo o tratamento adequado (Levav et al., 2005; Löppönen et al., 2003; Cooper & Fearn, 1998; Crawford et al., 1998). No Brasil, este quadro não é diferente. Um estudo realizado em São Paulo mostrou que menos de 10% dos idosos com

depressão eram identificados pelas equipes Saúde da Família das Unidades Básica de Saúde (Scazufca et al., 2016). O mesmo acontece em relação ao acesso ao tratamento. No Brasil, estima-se que entre 76% a 85% das pessoas com depressão (de todas as idades) ficam sem tratamento, sendo os principais motivos: falta de investimento em serviços de saúde mental, poucos profissionais treinados na atenção primária e o estigma relacionado à saúde mental (WHO, 2017).

Com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade do atendimento a idosos com depressão na atenção primária, foram desenvolvidos programas com intervenções complexas, adaptados à realidade de onde são aplicados. Estas intervenções complexas utilizam múltiplos componentes que interagem entre si (Craig et.al.) e procuram oferecer soluções viáveis para identificar e tratar idosos no nível da atenção primária, melhorando a identificação da depressão, a escassez de profissionais especialistas e a capacitação dos profissionais em saúde mental, entre outras questões. Algumas estratégias presentes nos programas de intervenção complexa para depressão são: o cuidado colaborativo, a alternância de tarefas, o cuidado em etapas e a incorporação do uso de tecnologia a estes programas. Abaixo será descrito como estas estratégias funcionam e os principais desafios para a sua implementação.

1.3. Estratégias de cuidado psicossociais para o tratamento de idosos com depressão na atenção primária

A) CUIDADO COLABORATIVO

Tratamentos eficazes para a depressão entre idosos na atenção primária têm utilizado modelos de cuidado colaborativo, que foram inicialmente desenvolvidos em países de alta renda (Unutzer et al., 2002; Hunkeler et al., 2006; Harter et al., 2018). O cuidado colaborativo implica que todos os agentes de saúde trabalhem conjuntamente para oferecer o melhor tratamento possível para os pacientes. De acordo com as diretrizes do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados: Diretrizes Clínicas (NICE) para o “Tratamento e controle da depressão em adultos (edição atualizada)”, o cuidado colaborativo é recomendado para melhorar o tratamento da depressão na atenção primária (Clark, 2011). Uma revisão sistemática de ensaios clínicos controlados e randomizados mostrou que o cuidado colaborativo para o tratamento de adultos com depressão na

atenção primária é mais eficaz e mais custo-efetivo do que os cuidados habituais (Gilbody et al., 2006; Lewis et al., 2017).

No entanto, a adoção de modelos colaborativos não é simples. São necessárias mudanças organizacionais no sistema de saúde para a implementação bem-sucedida desses modelos, de modo que uma equipe coordenada, composta por profissionais de saúde, gestores e especialistas em saúde mental, se comunique e maneje os casos conjuntamente (Thota et al., 2012).

B) ALTERNÂNCIA DE TAREFAS

Uma vez que a escassez de profissionais especializados em saúde mental é um problema enfrentado frequentemente na atenção primária, as recomendações e diretrizes globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) propõem a “alternância de tarefas” (*task-shifting*) como um método de fortalecimento e expansão da força de trabalho em saúde (WHO, 2008). A alternância de tarefas consiste na transferência de parte das tarefas realizadas tradicionalmente por médicos ou especialistas em saúde mental para profissionais não especializados (como agentes comunitários de saúde, auxiliares/técnico de enfermagem), o que diminui a sobrecarga nos médicos generalistas, psiquiatras e outros especialistas em saúde mental e permite que mais indivíduos com depressão recebam cuidados. Estes profissionais, quando bem treinados e supervisionados, apresentam resultados semelhantes a tratamentos conduzidos por especialistas (Martinez-Gonzalez et al., 2015).

Um exemplo de estudo no Brasil que utilizou a estratégia de alternância de tarefas é o estudo piloto realizado em São Paulo, que comparou o tratamento habitual (encaminhamento para especialistas) ao tratamento para adultos com depressão feito por agentes comunitários de saúde (ACS) (Matsuzaka et al., 2017). Os ACS foram treinados por psicólogos e depois realizaram 3 a 4 sessões com os pacientes, com auxílio de um manual de aconselhamento interpessoal e supervisões com especialistas. No tratamento de rotina deste serviço, os psicólogos encaminhavam os pacientes para serviços de saúde mental especializados, acompanhavam o andamento do tratamento através de 2 ou 3 telefonemas com os pacientes. Os resultados deste estudo piloto mostraram que os pacientes alocados para os dois grupos tiveram melhora significativa. No entanto, o treinamento de profissionais não especializados tem a vantagem de reduzir os custos para o sistema de saúde e qualificar mais profissionais para possibilitar atender de forma

efetiva a demanda de saúde mental na atenção primária (Matsuzaka et al., 2017). A autora do estudo sugere que seja realizado um ensaio clínico com a inclusão de mais participantes e com períodos mais longos de acompanhamento destes participantes para avaliar a efetividade deste tipo de intervenção.

C) TRATAMENTO EM ETAPAS

Uma estratégia utilizada nas intervenções complexas que incluem o cuidado colaborativo é o tratamento em etapas (*stepped-care*; Bower, 2005). Esta forma de cuidado tem como princípio a hierarquia de intervenções, assim, somente as pessoas que não apresentam melhora com os tratamentos breves ou conduzidos por não especialistas irão receber os tratamentos intensivos ou com profissionais especializados. O tratamento em etapas permite que os pacientes recebam cuidados efetivos e de qualidade já na atenção primária, e que apenas os casos mais graves sejam encaminhados para os serviços especializados (Bower, 2005).

Um estudo na China, “*COACH*” (Chen et al., 2018), utilizou as estratégias de alternância de tarefas e o tratamento em etapas conjuntamente. Neste estudo, a alternância de tarefas foi muito importante, uma vez que na rotina dos serviços de atenção primária onde o estudo foi realizado, os pacientes eram aconselhados a buscar especialistas, sem, no entanto, receberem um encaminhamento oficial para os serviços especializados em saúde mental na região. Como resultado deste encaminhamento, a maioria dos pacientes ficava sem tratamento adequado. Para melhorar esta situação, o estudo propôs que profissionais menos capacitados (em saúde mental) fossem treinados e se tornassem responsáveis por identificar e oferecer o tratamento inicial, através de um roteiro, para os idosos com depressão. Neste modelo de cuidado, o encaminhamento para psiquiatras só era feito quando realmente fosse necessário. Neste contexto, o tratamento em etapas mostrou-se mais efetivo do que a conduta habitual nessas clínicas, pois permitiu que os pacientes com sintomas mais graves tivessem acesso à medicação, por exemplo. O estudo “*COACH*” foi um dos poucos a aplicar o modelo de alternância de tarefas para o tratamento de idosos com depressão em serviços de atenção primária em países de renda média e baixa. Uma outra sugestão deste estudo foi aliar a tecnologia ao tratamento oferecido pelos profissionais não especializados para melhorar a comunicação com a equipe e permitir melhor acompanhamento e monitoramento dos casos (Chen et al., 2018).

1.4. Contribuição de avaliações qualitativas no desenvolvimento de programas de intervenção complexas

Abordagens múltiplas e integradas (métodos quantitativos e qualitativos) são comumente utilizadas para dar suporte no desenvolvimento de intervenções complexas (Shorten, A; Smith, J., 2017). Quando há múltiplos componentes envolvidos na intervenção, é difícil saber qual ou quais componentes específicos funcionam (ou não), sendo assim, muito importante a aplicação da metodologia qualitativa, que permite capturar melhor os processos sociais e comportamentais (Campbell et al., 2000) ao longo da intervenção e entender o papel de cada um de seus componentes. Antes do ensaio clínico, a utilização da metodologia qualitativa pode explorar questões relacionadas ao contexto da pesquisa, gerar hipóteses a serem examinadas, desenvolver e refinar uma intervenção e desenvolver ou selecionar medidas de resultados apropriadas. Durante o ensaio clínico, este método pode investigar se a intervenção foi realizada conforme o protocolo, sugerir mudanças no protocolo da pesquisa e da intervenção e explorar as percepções e reações dos participantes sobre a intervenção. Após o ensaio clínico, o método qualitativo pode colaborar para o entendimento dos resultados do estudo, explicar variações da efetividade da intervenção dentro da amostra, examinar a adequação dos procedimentos e gerar novas questões de pesquisa (Lewin et al., 2009)

Abaixo iremos mostrar exemplos de como a metodologia qualitativa contribuiu em identificar e apresentar soluções para os desafios da incorporação das estratégias: cuidado colaborativo, alternância de tarefas, cuidado em etapas e uso de tecnologia em intervenções complexas. Em sua maioria, estes estudos foram realizados em países de renda alta e com a população adulta, e não com idosos com depressões residentes em países de renda média e baixa, foco desta dissertação.

A) Cuidado Colaborativo

O cuidado colaborativo tem sido cada vez mais incorporado nos programas de intervenções em saúde mental realizadas na atenção primária, mas, conforme exposto anteriormente, são necessárias adaptações no sistema de saúde e no modo de trabalho para que os profissionais possam trabalhar efetivamente de forma colaborativa. A utilização de métodos de pesquisa qualitativos colabora para entender os desafios para a

incorporação de intervenções colaborativas em um determinado local ou sistema de saúde e quais as mudanças necessárias para a sua implementação. Por exemplo, o estudo “CASPER” (Lewis et al., 2017) baseou-se no cuidado colaborativo entre médicos generalistas e enfermeiros com especialização em saúde mental (ou psicólogos) da atenção primária para o tratamento de idosos com depressão na Inglaterra. Os profissionais de saúde (psicólogos ou enfermeiros) monitoravam os sintomas de depressão dos pacientes e aplicavam um protocolo padronizado de ativação comportamental. A intervenção durou oito semanas, sendo uma sessão por semana, e era realizada por telefone, com exceção da primeira sessão que foi presencial. O estudo qualitativo mostrou que o cuidado colaborativo foi aceito pela maioria dos participantes profissionais e pacientes, mas que alguns pacientes não aderiram ao tratamento, uma vez que a intervenção não era presencial (Lewis et al., 2017). Outro estudo realizado com idosos com depressão no Reino Unido mostrou que o cuidado colaborativo é aceito e efetivo (Simpson et al., 2008). Os autores deste estudo apontam que para avaliar a efetividade de intervenções colaborativas é necessária a realização de estudos com avaliação de recaída da depressão a longo prazo.

A revisão sistemática, “*Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review*” (tradução literal: “Facilitadores e barreiras para a implementação de cuidados colaborativos para ansiedade e depressão: uma revisão qualitativa sistemática”), teve o objetivo de avaliar a melhor forma de implementar o cuidado colaborativo para que seja efetivo. Foi realizada a revisão de 17 estudos qualitativos sobre o cuidado colaborativo para o tratamento de adultos com depressão e/ou outros problemas de saúde mental. O estudo avaliou as barreiras e possíveis facilitadores encontrados nos estudos incluídos na revisão sistemática, que foram realizados nos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido. A conclusão foi que para uma intervenção colaborativa ser bem-sucedida é necessário ter programas educacionais efetivos (treinamento e supervisão), sistemas eficientes de comunicação, de monitoramento e promover a interação entre os profissionais (Overbeck et al., 2016). A incorporação de um sistema tecnológico foi mencionada em um dos estudos incluídos na revisão sistemática, como uma possibilidade futura, servindo de facilitador para a comunicação entre os profissionais da equipe (Coupe et al., 2014). Portanto, sabe-se que o cuidado colaborativo pode ser efetivo para o tratamento da ansiedade e depressão, principalmente quando a sua implementação é adequada. No

entanto, ainda é necessário explorar os desafios do cuidado colaborativo em países de renda média e baixa, onde estes estudos são quase inexistentes (Overbeck et al., 2016).

B) Alternância de tarefas

Um estudo realizado na Etiópia, *“Task sharing for the care of severe mental disorders in a low-income country (TaSCS): study protocol for a randomised, controlled, non-inferiority trial”* (tradução literal: “Alternância de tarefas para o cuidado de transtornos mentais graves em um país de baixa renda: protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado de não inferioridade”), desenvolveu uma intervenção em que enfermeiros e agentes de saúde faziam o manejo dos casos de adultos com depressão e outros problemas de saúde mental, treinados por psiquiatras (Hanlon et al., 2016). Concluiu-se que a alternância de tarefas foi tão efetiva quanto o tratamento habitual, atendimentos com psiquiatras. Os pesquisadores mostraram que é necessário implementar esta intervenção na população geral para saber se em uma escala maior, no dia a dia das clínicas de atenção primária na Etiópia, este resultado seria o mesmo. Além disso, os autores chamam atenção para a necessidade de observar com maior atenção pacientes que precisam de cuidados mais especializados do que os agentes de saúde podem proporcionar (Hanlon et al., 2016), pois é com estes pacientes que o cuidado oferecido através de alternância de tarefas precisa se alinhar ao cuidado em etapas para ser efetivo.

O estudo *“‘Opening up the mind’: problem-solving therapy delivered by female lay health workers to improve access to evidence-based care for depression and other common mental disorders through the Friendship Bench Project in Zimbabwe”* (tradução literal: “Abrindo a mente’: terapia de resolução de problemas fornecida por trabalhadoras de saúde leigas para melhorar o acesso a cuidados para depressão e outros transtornos mentais comuns por meio do projeto 'Banco da Amizade' em Zimbábue”), também mostrou-se efetivo para o tratamento de depressão e outros transtornos mentais (Abas et al., 2016). A intervenção em questão, conhecida como *“Friendship Bench”* (banco da amizade) foi realizada em uma clínica de atenção primária em Zimbábue. Para a intervenção, utiliza-se literalmente um banco de madeira, no qual agentes comunitários de saúde treinados e supervisionados se sentam junto a pacientes adultos que se sentiam estressados ou deprimidos para conversar sobre seus problemas utilizando técnicas da “solução de problemas”, abordagem da psicologia positiva. O estudo mostrou que a intervenção foi bem aceita pelos participantes, que descreveram sentir-se “aliviados e

relaxados" após a intervenção, no entanto, os agentes de saúde sentiram que precisavam de mais treinamento para lidar com os casos mais difíceis, além disso, reportaram que faltou registro e monitoramento das informações coletadas nos atendimentos (Abas et al., 2016). Outra observação sobre este estudo é em relação ao cuidado em etapas. Embora os pacientes tenham sido encaminhados para outros profissionais da clínica de atenção primária quando necessário, alguns destes profissionais mostraram que necessitavam maior suporte, pois não tinham conhecimento suficiente para prescrever medicação (Abas et al., 2016).

Os estudos apresentados acima mostram que a alternância de tarefas pode ser efetiva, mas há questões fundamentais que precisam ser consideradas para os resultados da sua implementação serem positivos, como oferecer supervisão constante e garantir melhor treinamento para todos os profissionais da atenção primária envolvidos no cuidado, buscar soluções para a questão dos registros e monitoramento dos casos e incorporar o cuidado em etapas de maneira adequada. Além disso, ainda existem poucos estudos sobre a aceitabilidade da alternância de tarefas do ponto de vista dos pacientes e dos próprios profissionais de saúde (Padmanathan et al., 2013).

C) Cuidado em etapas

O estudo *"Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study"* (tradução literal: "Implementação de uma abordagem de cuidado em etapas na atenção primária: resultados de um estudo qualitativo") usa metodologia qualitativa para avaliar o tratamento em etapas em um estudo realizado na Holanda, no qual os profissionais foram entrevistados depois de participarem de um ensaio clínico para tratamento de depressão com adultos na atenção primária (Franx et al., 2012). O modelo de intervenção deste estudo propunha que os profissionais identificassem os pacientes com depressão e os classificassem com depressão grave ou moderada. Os pacientes receberiam inicialmente um tratamento de baixa intensidade (psicoeducação, aconselhamento, psicoterapia breve e exercícios físicos) e, se não apresentassem melhora, receberiam o atendimento de alta intensidade (encaminhamento para a terapia cognitivo-comportamental e uso de medicamentos). As avaliações mostraram que o tratamento em etapas foi bem aceito (Franx et al., 2012), porém algumas equipes de saúde não conseguiram sustentar este tipo de tratamento durante os 15 meses de duração do estudo. O estudo aponta que os principais elementos para que o tratamento em etapas funcione e

colabore no tratamento da depressão na atenção primária são: o entendimento compartilhado dentro de equipes multidisciplinares sobre o que é depressão, conhecimento sobre cuidados adequados e uma boa divisão de tarefas (Franx et al., 2012). Os autores do estudo concluíram que a realização de avaliações qualitativas durante a realização do estudo poderia ter colaborado para a fase posterior, ou seja, sua implementação no sistema de saúde.

Em seus respectivos estudos, Franx et al. (2012) e Chen et al. (2018) apontam a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos nos cuidados dos pacientes, de organizar a equipe e facilitar a comunicação entre seus membros. No estudo “*COACH*” (Chen et al., 2018) foi sugerido que o uso de tecnologia poderia facilitar o monitoramento de casos e melhorar a comunicação entre os profissionais, importantes para a implementação do cuidado em etapas (Chen et al., 2018).

D) Uso de tecnologia

Para avaliar possíveis benefícios de integrar material digital ao tratamento da depressão em adultos, foi realizado um estudo qualitativo a partir dos resultados de uma pesquisa *online* “*E-COMPARED*” feita com agentes de saúde, usuários do sistema de saúde, pesquisadores e desenvolvedores de vários países da Europa, como França, Holanda, Espanha, Suíça, Alemanha, Polônia, Reino Unido e Suécia para avaliar suas opiniões acerca da implementação de um tratamento digital para depressão (Topooco et al., 2017). O estudo qualitativo avaliou através de 40 perguntas as percepções desses participantes e concluiu que há benefícios da intervenção digital, mas que existem variações entre países no que diz respeito ao nível de conhecimento sobre o uso da tecnologia. A alta aceitação de um tratamento combinado (tecnologia e outras estratégias) foi compreendida como uma possibilidade de integração gradual da tecnologia na prática clínica (Topooco et al., 2017).

Um ensaio clínico realizado na Holanda também utilizou tecnologia no tratamento de depressão e, embora não tenha sido um estudo com idosos, a conclusão da análise qualitativa sugere que para ter sucesso ao incorporar tecnologia em intervenções é necessário treinamento adequado, boas condições tecnológicas e mais suporte ou até um mediador (Graaf et al., 2011).

A incorporação de elementos tecnológicos pode contribuir com os princípios do cuidado colaborativo, alternância de tarefas e cuidado em etapas (Coupe et al., 2014;

Chen et al., 2018). Porém, não conhecemos, até o presente momento, estudos qualitativos sobre o uso de tecnologia em intervenções com idosos com depressão na atenção primária no Brasil.

O interesse em adicionar avaliações qualitativas em estudos piloto e ensaios clínicos vem aumentando (Hawe et al., 2004; Oakley et al., 2006). Estas avaliações, como pudemos ver nos estudos descritos acima, sugerem mudanças no desenvolvimento e implementação de uma intervenção (Franx et al., 2012; Parsons et al., 2016; Abas et al., 2016). Os estudos mostraram que há grande potencial em novas intervenções utilizando cuidados colaborativos, alternância de tarefas e cuidado em etapas, além disso, também foi apresentado que o uso de tecnologia pode auxiliar na aplicação desses modelos. Como apontado anteriormente, existem vários desafios para o desenvolvimento e implementação das intervenções complexas que podem ser superados através do uso de metodologias qualitativas em diferentes momentos do desenvolvimento da intervenção e da sua implementação.

1.5. Justificativa do estudo

No Brasil e em outros países de renda média e baixa, que experimentam transições demográficas semelhantes, é urgente o desenvolvimento de modelos para o tratamento de idosos com depressão na atenção primária que sejam viáveis, efetivos e de baixo custo (Chisholm et al., 2007). Gilbody e colaboradores (2006) sugerem a necessidade de testar o cuidado colaborativo para depressão em contextos diferentes do que os de países desenvolvidos. Da mesma forma, o tratamento em etapas, a alternância de tarefas e a integração do uso de tecnologia ainda são pouco utilizados na atenção primária no Brasil. Até onde sabemos, não existem programas com estas características para o tratamento de idosos com depressão na atenção primária no Brasil.

Diante destes desafios, um grupo de pesquisadores do Brasil e do Reino Unido, liderados pela Dra. Marcia Scazufca e o Professor Ricardo Araya, desenvolveu o estudo piloto: *“Avaliação da exequibilidade de um ensaio clínico controlado e randomizado por agrupamento para o manejo de depressão em idosos residentes em áreas socioeconomicamente desfavorecidas de São Paulo, Brasil: estudo piloto”* – PROACTIVE, para testar um programa de tratamento para idosos com depressão

cadastrados na ESF no município de São Paulo. Este programa de intervenção psicossocial complexo baseia-se nos princípios do cuidado colaborativo, tratamento em etapas, alternância de tarefas e suporte de tecnologia. A intervenção foi desenvolvida para atender a demanda de idosos com depressão na atenção primária. O estudo piloto utilizou métodos quantitativos (Van de Ven et al., 2019; Scazufca et al., 2019) e qualitativos para desenvolver e avaliar a intervenção psicossocial proposta. É neste cenário que se insere o presente estudo.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a aceitação e a viabilidade de uma intervenção psicossocial para o tratamento de idosos com depressão durante a realização de um estudo piloto.

Objetivos Específicos

- 1) Verificar a fidelidade dos agentes de saúde na aplicação do protocolo da intervenção psicossocial.
- 2) Investigar a compreensão do conteúdo e a aceitação dos princípios norteadores da intervenção psicossocial pelos participantes idosos.
- 3) Avaliar a aceitação dos princípios norteadores da intervenção psicossocial (alternância de tarefas, cuidado colaborativo, tratamento em etapas e uso de tecnologia) pelos agentes de saúde.

3. MÉTODO

Antes de descrever o método do presente estudo, será apresentado o protocolo da intervenção psicossocial (PROACTIVE) utilizado no estudo piloto e as etapas para o seu desenvolvimento. O estudo piloto foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF), que é um dos modelos de atenção básica existentes no Sistema Único de Saúde brasileiro. A ESF cobre cerca de 60% da população do país, principalmente em áreas carentes, para isso conta com as equipes de saúde da família que trabalham de forma colaborativa. As etapas de desenvolvimento do PROACTIVE descritas abaixo, foram realizadas com os idosos com depressão cadastrados na UBS selecionada para participar do grupo intervenção do estudo piloto e com profissionais não especializados desta UBS.

- a) Desenvolvimento da intervenção psicossocial - Reuniões com agentes de saúde da UBS: O objetivo das reuniões com Auxiliares de Enfermagem (AE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi conhecer a rotina do serviço em relação aos cuidados com idosos com depressão, suas visões sobre a necessidade de aperfeiçoar a atenção que era oferecida à estes idosos, suas impressões sobre os princípios do programa de intervenção que o grupo de pesquisa estava desenvolvendo, que incluiu o treinamento de profissionais não especializados em saúde mental para realizar visitas domiciliares a idosos com depressão e o uso de tecnologia durante estas vistas. Em outra ocasião, foi realizada uma reunião com os AE e ACS para apresentar, discutir e coletar sugestões sobre melhorias e adaptações no protótipo do aplicativo, instalado em um *Tablet*, que seria utilizado pelos AE e ACS durante as visitas domiciliares. Ainda durante esta etapa, foi realizado um pré-teste do protocolo completo da intervenção psicossocial, que teve o objetivo de aperfeiçoar e finalizar o protocolo que seria utilizado durante a aplicação piloto da intervenção.
- b) Desenvolvimento da intervenção psicossocial - Pré-teste do protocolo completo da intervenção psicossocial: Foram selecionadas quatro idosas com depressão para participar do pré-teste. Duas idosas foram atendidas pelos pesquisadores nas suas casas enquanto dois ACS observavam os respectivos atendimentos. Após esta etapa, duas idosas foram atendidas por ACS enquanto pesquisadores observavam os atendimentos. Com o objetivo de aprimorar o protocolo da intervenção psicossocial, os pesquisadores e os ACS discutiam as visitas domiciliares realizadas após cada atendimento. Após o último atendimento de cada idosa, foi perguntado a elas suas opiniões sobre a intervenção psicossocial e sugestões de mudanças. Foram apresentados a elas diferentes vídeos de animações para explorar quais tipos de imagens, traços, estilo de desenhos, tamanhos, linguagem e qualidade de áudio elas identificavam com maior facilidade, para então, guiar a criação dos vídeos e animações do aplicativo que seriam utilizados no estudo piloto. As principais mudanças sugeridas pelos ACS e idosos foram adaptações na linguagem utilizada, número de encontros do programa e ajustes de áudio e tamanho de tela no caso do uso de recursos multimídia. Também percebemos que quanto mais estímulos no vídeo, maior a dificuldade de interpretação da imagem apresentada. Após o pré-teste, o

protocolo da intervenção psicossocial, já finalizado, foi aplicado por AE e ACS aos participantes do grupo intervenção do estudo piloto. Durante a realização do pré-teste foi desenvolvido o aplicativo, e os 23 vídeos inseridos neste aplicativo, que foram utilizados no estudo piloto (Van de Ven et al., 2019). Para mais detalhes sobre o estudo piloto ver o documentário ‘Depressão em idosos’ produzido pela FAPESP em colaboração com o Canal Futura (encurtador.com.br/fDGM6 e encurtador.com.br/jMOX4). Apresentação na TV Brasil: <https://tvbrasil.ebc.com.br/reportersaopaulo/episodio/8-em-cada-10-idosos-que-tem-depressao-e-participaram-do-grupo-de>

- c) Estudo piloto: O protocolo final da intervenção psicossocial utilizado no estudo piloto tem como princípios centrais: o cuidado colaborativo, alternância de tarefas, tratamento em etapas e uso de tecnologia. A intervenção psicossocial é fundamentada em cuidados baseados em avaliação dos sintomas de depressão (em todos os encontros), psicoeducação (informação sobre depressão, estratégias simples de enfrentamento dos problemas da depressão e prevenção de recaída) e técnicas de ativação comportamental (Ekers, 2008). Os atendimentos foram realizados através de visitas no domicílio do idoso, por agentes de saúde treinados e supervisionados durante todo o período da intervenção. Durante os atendimentos, os agentes de saúde tiveram o suporte de um aplicativo instalado em *Tablets*, desenvolvido durante a etapa inicial do estudo (Van de Ven et al., 2019). O aplicativo foi usado em todos os atendimentos e permitia realizar avaliações de sintomas de depressão, humor e saúde em geral, assim como realizar atividades durante os encontros e planejar atividades para serem realizadas durante os encontros. Em cada encontro, os idosos assistem vídeos, nos quais as animações explicam e ilustram como os atendimentos serão realizados, quais são os principais sintomas da depressão (psicoeducação) e, também, ensinam a técnica de ativação comportamental. Este aplicativo também auxilia a gerenciar os atendimentos domiciliares, isto é, através do aplicativo são feitos os agendamentos, registros das atividades e planejamento das atividades entre os encontros. Todas as informações coletadas são armazenadas no servidor, que gera o banco de dados. Além disso, o aplicativo possui um sistema automático de notificação, que informa os supervisores e gerentes da UBS sobre os casos mais graves, permitindo que a equipe de saúde da UBS saiba o que está ocorrendo no

atendimento do paciente e possa fazer os encaminhamentos necessários o mais rápido possível.

A intervenção é composta por duas fases. Na primeira fase, todos os participantes recebem três encontros domiciliares e os conteúdos são baseados em psicoeducação (informação sobre depressão e desenvolvimento de estratégias simples para lidar com sintomas de depressão). Na segunda fase, os participantes são encaminhados a regimes de baixa intensidade (BI) ou alta intensidade (AI) conforme seus sintomas de depressão até o terceiro encontro. Em todos os encontros, os sintomas de depressão dos participantes são avaliados com o Questionário de Saúde do Paciente (“Patient Health Questionnaire”, PHQ-9) (Kronke et al., 2001) (ANEXO A). Se nos encontros 2 e 3 da primeira fase o participante apresenta escore inferior a 10 no PHQ-9, ele é encaminhado para o regime de BI, caso contrário, o idoso é encaminhado para o regime de AI. Na segunda fase da intervenção, os participantes da BI recebem cinco encontros adicionais (três quinzenais e dois mensais) e na AI, oito encontros adicionais (seis semanais e dois mensais). A duração total da intervenção é de 17 semanas para ambos os idosos encaminhados para os regimes de baixa e alta intensidade (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma dos encontros e semanas de intervenção.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Cada encontro tem um objetivo específico, mas são padronizados em relação a sua estrutura: início do encontro, obter informações, dar informações, atividades do encontro, atividades durante os encontros e revisão do encontro (Quadro 1). Os idosos participantes da BI recebem oito encontros totais e os da AI 11 encontros, mas os conteúdos recebidos pelos dois grupos são os mesmos. No grupo de AI, os conteúdos dos encontros 6, 7 e 8 são do grupo BI são repetidos nos encontros 9, 10 e 11, respectivamente.

Quadro 1. Roteiro dos encontros da intervenção psicossocial.

ENCONTROS	1	2	3	4	5	6 (repetir na AI)	7 (repetir na AI)	8 (repetir na AI)
Início do encontro	Estabelecer vínculo e explicar sobre o funcionamento do atendimento	Estabelecer vínculo e revisar atividade entre encontros						
Obter informação	PHQ-9, humor, avaliação de outros problemas de saúde	PHQ-9, humor, revisar avaliação de outros problemas de saúde						
Dar informação	Psicoeducação Depressão	Razões para engajar em atividades simples	Prevenção de quedas	Ativação de comportamento		Importância de fazer atividades que gostaria de fazer	Comportamentos que se tem feito muito ou que são negligenciados	Apresentar estratégias de prevenção de recaída
Atividade durante o encontro	Escolha de um problema do PHQ-9			Preencher lista de atividades prazerosas e escolher DUAS atividades que JÁ FAZ	Escolher duas NOVAS atividades que gosta e já faz	Escolher DUAS atividades que GOSTARIA de COMEÇAR a fazer	Preencher lista de COMPORTAMENTOS e escolher um comportamento	Atividade quando tem sinal de alerta
	Roda da Piora e da Melhora da Depressão							
Atividade entre os encontros	Leitura do folheto de depressão	Planejar uma atividade simples para lidar com o problema escolhido		Planejar as atividades escolhidas			Planejar até duas atividades para melhorar o comportamento escolhido	Despedida
Revisão e agendamento	Resumo do encontro							
	Rever agendamento do próximo encontro		Combinar quantidade e frequência dos próximos encontros (alta ou baixa intensidade)	Rever agendamento do próximo encontro				

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Antes de iniciarem os atendimentos domiciliares para a realização da intervenção psicossocial, os ACS e AE receberam um treinamento de 3 dias (24 horas). O conteúdo deste treinamento será descrito abaixo. Após o início dos atendimentos, estes agentes de saúde receberam supervisão semanal de uma psicóloga integrante do grupo de pesquisa, com duração aproximada de 90 minutos, para a discussão de casos, dificuldades para seguir o protocolo de intervenção e/ou usar o aplicativo. Foram organizados dois grupos para supervisão, com até 6 participantes cada, que aconteceu durante todo o período da

intervenção na própria UBS. Nas supervisões, os tópicos abordados no treinamento foram retomados e os agentes de saúde foram auxiliados pelo supervisor quando necessário.

Os tópicos descritos abaixo foram abordados durante o treinamento de 3 dias. Iremos considerar estes mesmos tópicos para avaliar a fidelidade dos agentes de saúde durante a aplicação do protocolo da intervenção psicossocial:

1. Interação do agente de saúde com o idoso durante o encontro: empatia para/com as necessidades dos idosos, capacidade de conduzir a intervenção (por exemplo, falar naturalmente vs. ler o roteiro no aplicativo; explicação compreensível da intervenção), abertura para discutir questões emocionais levantadas pelo idoso durante o encontro.
2. Psicoeducação sobre depressão e ativação comportamental: ajudar os idosos a identificar e entender os principais problemas da depressão e engajar-se em atividades prazerosas e significativas, colaborar no planejamento destas atividades e motivar os participantes e realizá-las entre os encontros.
3. Uso do aplicativo (e suas funções) instalado no *Tablet* e da caderneta: revisão das sessões anteriores, avaliação da depressão e da saúde, reproduzir os vídeos, planejar atividades e agendar sessões no *Tablet*. Usar a caderneta durante o encontro para anotação do planejamento de atividades e para o agendamento do próximo encontro.
4. Gestão do tempo e estrutura do encontro: realizar o encontro em aproximadamente 50 minutos, seguir a estrutura do encontro (6 partes) e focar as conversas nos principais tópicos e conteúdo de cada encontro para cobrir todas as atividades do encontro dentro do tempo previsto.

Estes tópicos foram retomados durante as supervisões semanais ao longo da intervenção. A coleta de dados para o presente estudo qualitativo foi realizada durante intervenção psicossocial (PROACTIVE) descrita acima.

3.1. Desenho do estudo

O presente estudo utilizou metodologia qualitativa de pesquisa. Este método foi escolhido porque é apropriado para investigações durante estudos pilotos que antecedem a realização definitiva de ensaios clínicos (Terence et al., 2006). Segundo Maria Cecília

de Souza Minayo (2008), os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa permitem relacionar a teoria com a realidade empírica, isto é, é possível explorar as percepções dos participantes em relação à proposta inicial do estudo e, a partir daí, gerar mudanças, aperfeiçoar e corrigir certas falhas (Minayo, 2008).

As técnicas de coleta de dados qualitativos utilizadas no presente estudo foram observações não-participante, entrevista estruturada e grupo focal. As observações não-participantes dos encontros (entre agentes de saúde e idosos participantes do estudo) foram realizadas no período da realização da intervenção psicossocial, as entrevistas estruturadas com os idosos foram realizadas após a entrevista de seguimento (26 semanas após a inclusão no estudo) e o grupo focal com os agentes de saúde, após a finalização de todas as etapas anteriores.

3.2. Local do Estudo

O presente estudo foi realizado em uma UBS situada na Zona Norte do município de São Paulo, alocada para o grupo de intervenção do estudo piloto. Esta é uma das UBS na qual foi implantado o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) do SUS. A ESF é organizada por equipes de saúde da família que possuem estrutura semelhante em todo o país (um médico de família, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde). Cada equipe de saúde da família é responsável por uma área de abrangência de cerca de 4.000 indivíduos. A UBS em questão conta com sete equipes compostas pelos agentes de saúde descritos acima. As observações não-participantes e entrevistas estruturadas com os idosos participantes foram realizadas no domicílio dos idosos, já as o grupo focal foi realizado na própria UBS.

3.3. Participantes

Os critérios para inclusão dos ACS e AE que realizaram a intervenção psicossocial e dos idosos incluídos no estudo piloto foram:

- A. Agentes de saúde: Foi solicitado à gerente da UBS para selecionar oito ACS (dois de quatro equipes da UBS) e três auxiliares de enfermagem (um de cada uma das outras 3 equipes da UBS). Os pesquisadores não interferiram na escolha dos agentes de saúde, mas solicitaram que a gerente conversasse com as equipes para

escolher os agentes de saúde, utilizando critérios como: querer participar do estudo, se sentir confortável para conversar com idosos e falar sobre saúde mental. Todos os agentes de saúde selecionados pela gerente assinaram um termo de consentimento.

- B. Idosos: Foi solicitado a todos os ACS das sete equipes da UBS uma lista com o nome e informações de contato de todos os idosos (60 anos ou mais) cadastrados em sua área de cobertura. A partir dessas listas, um sistema de computador gerou uma sequência de números aleatórios que foi seguida para fazer o recrutamento dos participantes. O recrutamento dos participantes foi realizado em duas etapas: a entrevista de triagem e a entrevista inicial. Para realizar a entrevista de triagem, os auxiliares de pesquisa contatavam os participantes por telefone (três tentativas) e, quando não era possível encontrá-los, fazia até três tentativas de visita domiciliar. Os entrevistadores não foram informados sobre a alocação dos participantes. Nesta entrevista, foram coletadas informações sobre escolaridade e renda dos participantes, além de uma avaliação dos sintomas da depressão, realizado com o PHQ-9. Todos os participantes que pontuaram 10 ou mais no PHQ-9 (ponto de corte para depressão) na entrevista de triagem foram convidados para uma entrevista em suas casas. Nesta avaliação, foram coletados os seguintes dados: 1) Informações sociodemográficas incluindo sexo, cidade / estado / país de origem, raça, estado civil, condição socioeconômico, atividades religiosas. 2) O histórico de saúde autorreferido: hipertensão, diabetes, câncer e derrame. 3) Qualidade de vida, através do *"European Quality of Life 5 Dimensions-5 levels"* - EQ-5D-5 L (Herdman et al., 2011). 4) Capacidade (aptidão) dos idosos, *"Investigating Choice Experiments for the Preferences of Older People-CAPability"* - ICECAP-O (Grewal et al., 2006) e dificuldades físicas (uso de bengala, cadeira de rodas, fraldas e estar acamado). 5) Apoio social e eventos de vida estressantes. 6) Consumo de álcool utilizando o *"Alcohol Use Disorders Identification Test"* – AUDIT (Saunders et al., 1993) e uso de tabaco.

Os seguintes critérios de exclusão foram avaliados nas entrevistas de recrutamento: risco de suicídio (conforme PHQ-9), sinais de declínio cognitivo que impossibilitasse as avaliações do estudo e a participação na intervenção psicossocial

(avaliados na hora da entrevista, conforme auto relato de demência, AVC com sequelas graves ou dificuldade aparente de se comunicar ou compreender), doença terminal, transtorno mental grave ou impossibilidade de se comunicar. O consentimento informado por escrito foi obtido de todos os participantes nas duas entrevistas de recrutamento.

3.4. Procedimentos

A coleta de dados para o presente estudo foi feita através de observações não-participantes, entrevistas estruturadas e entrevistas em grupo (grupo focal). Observações não-participantes foram realizadas durante 14 atendimentos domiciliares do estudo piloto, com o objetivo de verificar a fidelidade do trabalho dos agentes de saúde em relação ao protocolo dos atendimentos. Após o final do estudo, foram realizadas entrevistas estruturadas com todos os idosos que receberam a intervenção para avaliar suas percepções a respeito da intervenção. O grupo focal com os agentes de saúde buscou avaliar a viabilidade e aceitação do protocolo de intervenção por parte dos agentes de saúde.

A. Observações não-participantes durante os encontros entre agentes de saúde e idosos

As observações não-participantes foram realizadas pela pesquisadora (Maiara Garcia Henrique - MGH, psicóloga, mestranda, treinada pela equipe de pesquisadores do estudo piloto) durante os atendimentos domiciliares do estudo piloto, com o objetivo de verificar a fidelidade do trabalho dos agentes de saúde em relação ao protocolo dos atendimentos. A pesquisadora conhecia os agentes de saúde observados, uma vez que participaram juntos dos treinamentos e supervisões. Os pacientes idosos, por sua vez, não conheciam a pesquisadora. Foram observados 14 encontros, constituindo três da fase inicial da intervenção, e 11 da segunda fase, sendo cinco de encontros realizados com participantes encaminhados para o regime de baixa intensidade (BI) e seis com participantes encaminhados para o regime de alta intensidade (AI). Os encontros 4 e 6 do regime de AI e BI têm o mesmo conteúdo, por isso observamos esses encontros apenas uma vez (Quadro 2). Foi estabelecido que seria observado um encontro por semana, cada semana em um dia diferente, e seguindo o fluxo da intervenção (do primeiro ao último encontro). Os seguintes critérios foram usados para selecionar o encontro a ser observado cada

semana: identificação dos agentes de saúde que teriam encontro marcado naquela semana, escolher o profissional que fosse realizar o encontro programado para a semana (número de encontro) e verificar se a díade profissional/idoso ainda não tivesse sido observada. Desta forma, todos os agentes de saúde foram observados pelo menos uma vez, e três deles foram observados duas vezes para cobrir todos os 14 encontros diferentes. A pesquisadora acompanhava o agente de saúde até o domicílio do idoso e, antes de iniciar a observação, explicava que iria observar todo o encontro, fazer anotações e fazer uma gravação de áudio da conversa usando um smartphone. O encontro e a observação iniciaram após o consentimento escrito do idoso participante e do agente de saúde e teve duração média de 50 minutos (duração do encontro). Durante todo o encontro, a pesquisadora observava, fazia anotações e utilizava um roteiro para a observação. Este roteiro era composto pelo protocolo de cada encontro, mostrava os aspectos mais importantes a serem observados segundo o treinamento dado aos agentes de saúde (ANEXO B).

Quadro 2. Encontros observados nas observações não-participantes.

	<u>Fase Inicial</u> Encontro 1- ACS 4 Encontro 2 - AE 3 Encontro 3 - ACS 2	
<u>Baixa intensidade</u>		<u>Alta intensidade</u>
Encontro 4 – ACS 1	Equivalente	Encontro 4 – Não observado
Encontro 5 – ACS 8		Encontro 5 – ACS 8
Encontro 6 – AE 1	Equivalente	Encontro 6 – Não observado
Encontro 7 – ACS 7		Encontro 7 – ACS 5
Encontro 8 – AE 2		Encontro 8 – ACS 3
		Encontro 9 – ACS 6
		Encontro 10 – ACS 3
		Encontro 11 – ACS 2

Fonte: Elaboração própria, 2019.

B. Entrevista estruturada com os idosos após a avaliação de seguimento

Foi elaborado um questionário com perguntas abertas e fechadas para a entrevista que foi feita pela pesquisadora (MGH) com os idosos em seus domicílios na 26ª semana após a inclusão no estudo piloto (isto é, um mês após concluírem a intervenção). Neste tipo de entrevista, são utilizadas as mesmas perguntas para todos, sem adaptações ou criação de novas perguntas (Minayo, 1992). O questionário foi composto por 22 questões,

que investigam a opinião dos participantes sobre os atendimentos feitos pelos agentes de saúde, sobre a utilização do *Tablet* durante os encontros, o que lembram sobre as informações e o que aprenderam durante os encontros, suas opiniões sobre o número de encontros que receberam, por que desistiram de receber todos os encontros (se este fosse o caso), uso da caderneta, se durante o período dos encontros foram encaminhados para o médico de família ou outro profissional especialista em saúde mental e a importância destes atendimentos. Esta entrevista teve duração média de 30 minutos e examinou os pontos de vista dos participantes sobre os princípios centrais do protocolo de intervenção, tais como cuidado colaborativo, alternância de tarefas, tratamento em etapas e uso da tecnologia. As respostas foram anotadas no questionário. (ANEXO C)

C. Grupo focal com os agentes de saúde responsáveis pelos atendimentos dos idosos

Para avaliar a viabilidade e aceitação dos princípios centrais da intervenção psicossocial pelos agentes de saúde, foi realizada uma entrevista em grupo (grupo focal), com aproximadamente duas horas de duração, com os ACS e AE que realizaram os atendimentos dos idosos. Antes de iniciar o grupo, foi solicitado de todos os participantes o consentimento por escrito para a gravar a discussão do grupo. O grupo focal é amplamente usado em pesquisas qualitativas e pode ser considerado um tipo de entrevista em profundidade que é realizada com um grupo que discute um tema investigado (Oliveira e Freitas, 1998, p.83), seu uso é indicado quando se busca explicar como os participantes consideram, pensam ou sentem em relação à uma determinada experiência (Vergara, 2004). Neste estudo, o grupo focal não focou em avaliar as interações entre as pessoas do grupo durante a discussão, mas suas experiências individuais e coletivas ao realizarem uma intervenção colaborativa da qual haviam participado. O grupo focal foi realizado por um facilitador (Marcia Scazufca, PhD, investigadora principal do estudo piloto) que conduziu a discussão e duas moderadoras (Maria Clara P de Paula Couto, PhD, pesquisadora do estudo piloto e MGH) que faziam anotações durante a discussão. O roteiro utilizado pelo facilitador foi baseado nas seguintes categorias: expectativa em relação à intervenção, demanda do programa (sobre o tempo dedicado ao programa), apoio institucional (colaboração da gerência e demais profissionais da equipe e da UBS durante a realização da intervenção), atendimento de saúde mental (suas percepções sobre os atendimentos à idosos com depressão, relação com os idosos e desafios), efetividade

do trabalho, cuidado colaborativo (comunicação com a equipe e envolvimento de todos), treinamento e supervisão (se eles consideram que o treinamento foi suficiente para eles se sentirem habilitados para realizar a intervenção e amparados para realizar os atendimentos), uso de tecnologia - *Tablet* (como se organizaram para dividir os *Tablets* e sobre a segurança de andar com eles no território da UBS), impacto pessoal e profissional por terem participado do estudo e sugestões (ANEXO D).

Abaixo apresentamos um quadro (Quadro 3) que ilustra todos os procedimentos para a coleta de dados do presente estudo:

Quadro 3. Procedimentos para a coleta de dados qualitativos.

O quê?	Quem?	Objetivo	Quando/onde?	Forma de coleta de dados
Observação não- participante	ACS/AE	Verificar a fidelidade ao protocolo de intervenção	Durante os encontros da intervenção/ casa do idoso	Diário de campo com anotação das observações
Entrevista estruturada	Idosos participantes da intervenção	Avaliar a aceitabilidade da intervenção pelos idosos	Ao final da entrevista de seguimento/ casa do idoso	Anotação das respostas das entrevistas
Grupo Focal	ACS/AE	Avaliar a viabilidade e a aceitação do protocolo da intervenção psicossocial por parte dos agentes de saúde	Após o período de intervenção/ UBS	Gravação do grupo focal e posterior transcrição

Fonte: Elaboração própria, 2017.

O relato do presente trabalho seguiu o roteiro de critérios para apresentação de pesquisa qualitativa: “*Consolidated criteria for Reporting Qualitative research checklist*” – COREQ (Tong et al., 2007) (ANEXO E). A autora (MGH) desta dissertação participou de todas as etapas da coleta dos dados qualitativos e atuou como auxiliar de pesquisa em

todas as etapas do estudo piloto. Durante a intervenção, realizou as observações não-participantes dos encontros entre os agentes de saúde e idosos com depressão e conduziu as entrevistas estruturadas realizadas durante as avaliações de seguimento dos idosos. Participou como uma das mediadoras do grupo focal realizado com os agentes de saúde. Realizou as análises dos dados coletados para o presente estudo juntamente com outros membros do grupo de pesquisa. Antes de realizar cada etapa, recebeu treinamento da Dra. Marcia Scazufca.

3.5. Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em 14/12/2017 (CAAE: 39574414.3.0000.0065, número do parecer: 2.437.392). Os objetivos, coleta de dados e análises do presente estudo estavam contemplados no projeto do estudo piloto *“Avaliação da exequibilidade de um ensaio clínico controlado e randomizado por agrupamento para o manejo de depressão em idosos residentes em áreas socioeconomicamente desfavorecidas de São Paulo, Brasil: estudo piloto”* aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e pela Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 11/03/2015 (CAAE: 39574414.3.3001.0086, número do parecer: 2.471.331). Durante a inclusão dos participantes no estudo piloto, foi obtido o Consentimento Informado de todos os participantes. Este Termo de Consentimento incluía a informação sobre coleta de dados qualitativos, que foram utilizadas no presente estudo. Durante as etapas de avaliação qualitativa, foi utilizado um Termo de Imagem e Som, que autorizava a gravação de áudio e fotografia ou filmagem dos envolvidos (ANEXO F). Este termo foi assinado pelos idosos e agentes de saúde para autorizar a gravação das observações não-participantes e dos agentes de saúde no grupo focal. A autora da dissertação recebeu bolsa de mestrado, portanto o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. O estudo piloto recebeu financiamento da FAPESP (Processo número: 2013/50953-4) e do *Medical Research Council* – Reino Unido (MRC-UK, ML/I016702/1).

3.6. Análise

A. Observação não-participante

A pesquisadora responsável pelas observações utilizou um roteiro durante os encontros para conferir se o AE ou ACS que realizava o encontro com o idoso era fiel ao protocolo da intervenção psicossocial (ANEXO B) e compatível com o treinamento dado. Além do uso do roteiro durante os encontros, a pesquisadora fez anotações em um diário de campo com a descrição detalhada sobre cada um dos encontros observados, que depois foi utilizado para escrever o relatório sobre cada encontro observado. Após o término da observação-participante, a pesquisadora ouviu os áudios gravados durante os encontros, apoiado pelo roteiro e relatório dos encontros, para finalizar a análise sobre a fidelidade do AE ou ACS na condução do encontro.

B. Entrevista estruturada

As respostas das entrevistas estruturadas realizadas com os idosos foram anotadas durante a entrevista. Três pesquisadores leram as respostas e separadamente, as categorizaram em temas, sendo alguns pré-determinados e outros emergentes nas respostas dos participantes. Os temas foram comparados e discutidos entre os pesquisadores até criarem categorias finais. O conteúdo das categorias criadas foi analisado através da análise temática do conteúdo (Bardin, 2010).

C. Grupo Focal

A discussão do grupo focal foi gravada. A partir deste áudio, foi feita a transcrição literal da gravação. Para a análise do conteúdo do grupo focal, três pesquisadores seguiram algumas etapas separadamente: 1. Impregnação, que se trata de uma leitura atenta e compreensiva (Minayo, 1992; Schraiber, 2015) do conteúdo da transcrição; 2. Identificação das ideias investigadas (conforme roteiro da discussão, temas investigados: efetividade, apoio institucional, cuidado colaborativo, uso da tecnologia); 3. Identificação dos temas emergentes no discurso dos participantes. Durante essas etapas, os pesquisadores categorizaram o conteúdo do grupo focal em temas que foram utilizados nas análises finais. A categorização e seus conteúdos foram transferidos para uma planilha (Excel) para serem analisados.

4. RESULTADOS

1) Fidelidade dos agentes de saúde na aplicação do protocolo da intervenção psicossocial.

Em geral, as etapas dos encontros foram seguidas adequadamente. No entanto, foram observadas algumas inconsistências sobre a fidelidade ao roteiro dos encontros. No início do encontro, o agente de saúde verifica as atividades planejadas no encontro anterior e registra no aplicativo se o idoso fez ou não a atividade combinada. Em uma ocasião, a agente de saúde esqueceu de planejar a atividade que o idoso deveria fazer durante a semana e, por isso, o aplicativo não mostrou esta etapa do encontro. Outro apontamento feito foi que a caderneta foi esquecida por quatro agentes de saúde, portanto deixaram de anotar as atividades planejadas e a data do próximo encontro.

Além das comparações com o roteiro, a observação buscou comparar a atuação dos agentes de saúde conforme o que era esperado dos mesmos após o treinamento que receberam. Abaixo estão os resultados observados sobre a atuação dos agentes de saúde com base em quatro categorias (do treinamento): 1. Interação entre profissional e idoso; 2. Psicoeducação da depressão e ativação comportamental; 3. Habilidade para usar o aplicativo no *Tablet*; 4. Gestão de tempo:

- Interação entre agente de saúde e idoso: a maior parte dos agentes de saúde interagiu com os idosos de acordo com o treinamento, demonstrando empatia, procurando atender as necessidades dos idosos e explicando adequadamente o fluxo do encontro. Nos primeiros encontros (1, 2, 3 da primeira fase e 4 da segunda fase) observados, os agentes de saúde demonstraram algumas dificuldades na interação com o idoso, por exemplo, leram as informações no aplicativo em vez de conversar de maneira natural. Em um encontro (Encontro 1), o agente de saúde parecia ansioso, falava muito rápido e fazia pouco contato visual com o idoso. A falta de contato visual também foi observado em um encontro que o idoso demonstrou através de expressões faciais e gestos que não havia entendido o vídeo que tinha assistido, mas o profissional da saúde não percebeu, pois estava focado no *Tablet* e não olhou para o paciente, seguindo com a intervenção após o vídeo. Na segunda fase da intervenção (a partir do 4º encontro), os agentes de saúde gradualmente passaram a conversar com o idoso mais naturalmente, enquanto seguiam o protocolo instalado no *Tablet*. Durante a observação, em algumas ocasiões, os idosos estavam acompanhados de familiares, que não interferiram na condução da intervenção.

- Psicoeducação da depressão e ativação comportamental: O conteúdo de psicoeducação sobre a depressão foi apresentado aos idosos através de vídeos com animações e, também, em textos na caderneta que todos os idosos receberam. Portanto, os agentes de saúde não tiveram dificuldade ou problemas ao apresentar esses conteúdos, uma vez que tinham o suporte dos vídeos, e, quando necessário, explicavam ou contavam o que aconteceu no vídeo. As etapas da técnica de ativação comportamental são apresentadas aos idosos em diferentes estágios da intervenção. Durante os três primeiros encontros (primeira fase), os agentes de saúde explicavam e mostravam aos idosos, no aplicativo, a “Roda da melhora da depressão” (um ciclo gráfico que ensinava que quando estamos deprimidos e fazemos alguma atividade, melhoramos) (Figura 2) e a “Roda da piora” (quando estamos deprimidos e não fazemos nada, pioramos) (Figura 3). Nessas sessões, o participante era convidado a interagir com o aplicativo e preencher no aplicativo algumas lacunas com atividades que o ajudavam a entender o que faz melhorar (ou não) seu humor. Alguns agentes de saúde apenas deram a explicação oral aos pacientes, sem mostrar a “roda” no aplicativo. Porém, observamos que a explicação verbal foi adequada, resultando no entendimento sobre o princípio básico da ativação do comportamento. A partir do 4º encontro (segunda fase), os agentes de saúde foram treinados a motivar os pacientes a aumentar a frequência das atividades prazerosas e significativas que realizavam durante a semana. Os agentes de saúde foram treinados para mostrar aos pacientes, no aplicativo, uma lista de atividades e pedir a eles que escolhessem as atividades que gostariam de fazer entre os encontros, sem interferir em suas escolhas. Apenas em uma ocasião (observada no 4º encontro), o agente de saúde sugeriu a atividade ao invés de perguntar o que o paciente queria fazer. Os agentes de saúde também foram treinados para discutir com os pacientes, no início de todos os atendimentos, se as atividades planejadas foram realizadas ou se houve alguma dificuldade para realizá-las.

Figura 2. Aplicativo PROACTIVE: Roda da melhora da depressão.

Fonte: Aplicativo PROACTIVE (Van de Ven, P. et al., 2019).

Figura 3. Aplicativo PROACTIVE: Roda da piora da depressão

Fonte: Aplicativo PROACTIVE (Van de Ven, P. et al., 2019).

- Habilidade para usar o aplicativo no Tablet: Todos os agentes de saúde seguiram o roteiro no aplicativo de forma adequada. Os agentes de saúde foram capazes de fazer o *login* no aplicativo, iniciar o encontro e interagir com as funções do aplicativo. Em todos

os encontros, foi feita uma avaliação dos sintomas da depressão utilizando um questionário (PHQ-9) interativo no aplicativo (Figura 4). Para responder este questionário, o participante podia ler e responder as questões sozinho, ou solicitar ajuda do agente de saúde para a ler as perguntas e as opções de respostas. Observamos que ambas as formas de aplicação deste questionário funcionaram bem e que o uso do *Tablet* facilitou a aplicação do questionário. A única ocasião em que um agente de saúde mostrou dificuldade com o *Tablet* foi no primeiro encontro, ao completar a avaliação das condições de saúde (Figura 5), uma vez que não sabia onde clicar no aplicativo para adicionar a dosagem do medicamento tomado pelo idoso. Nenhum dos agentes de saúde apresentou problemas para mostrar os vídeos para os idosos durante os encontros. Atividades realizadas durante os encontros, como preencher listas, fazer a “Roda da melhora” e planejar atividade foram bem executadas no aplicativo. Quanto à finalização do encontro e agendamento do próximo, uma profissional teve dificuldade na hora de selecionar a data e hora (Figura 6), mas conseguiu realizar sozinha depois de algumas tentativas. Nenhuma outra agente de saúde apresentou dificuldade no agendamento final e todos souberam sincronizar o aplicativo ao final do encontro. É importante ressaltar que finalizar e sincronizar as sessões corretamente permite o armazenamento das informações coletadas em um servidor seguro e, consequentemente, disponibilizando os dados para os pesquisadores e supervisores clínicos. Não houve falha no sistema de informação do estudo durante os encontros observados, portanto não pudemos observar os agentes de saúde nesta situação, apesar destas situações terem sido simuladas durante o treinamento.

Figura 4. Aplicativo PROACTIVE: Pergunta do PHQ-9.

-17: Encontro 111 00:49 EXCLUIR DO ESTUDO

Vídeo 2.2 Lembrete PHQ-9

PHQ1

PHQ2

PHQ3

PHQ4

PHQ5

PHQ6

PHQ7

PHQ8

PHQ9

PHQ10

Avaliação do humor

Vídeo: Cuidados com a Saúde

Questionário Médico

Limitações Físicas

Durante a ÚLTIMA SEMANA, quantos dias você se sentiu INCOMODADO(A) por:

Ter pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?

0 A 1 DIA 2 A 3 DIAS 4 A 5 DIAS 6 A 7 DIAS

Fonte: Aplicativo PROACTIVE (Van de Ven, P. et al., 2019).

Figura 5. Aplicativo PROACTIVE: Questionário de medicamentos.

-17: Encontro 111 02:21 EXCLUIR DO ESTUDO

Vídeo 2.2 Lembrete PHQ-9

PHQ1

PHQ2

PHQ3

PHQ4

PHQ5

PHQ6

PHQ7

PHQ8

PHQ9

PHQ10

Avaliação do humor

Vídeo: Cuidados com a Saúde

Questionário Médico

Limitações Físicas

Agora eu quero **revisar** com você os seus problemas de saúde. Eu quero saber se alguma coisa mudou desde o nosso último encontro.

Condições Médicas	Medicação	Dose	Dificuldade
Hipertensão ☒	Atenolol	50mg	Às vezes esqueço de tomar
Diabetes ☒	Insulina NPH	100UI / ml	Não, sem dificuldade
Colesterol Alto ☐			
Faz tratamento para depressão ☒	Sem medicação		

+ Adicionar

Fonte: Aplicativo PROACTIVE (Van de Ven, P. et al., 2019).

Figura 6. Aplicativo PROACTIVE: Agendamento.

The screenshot shows the PROACTIVE application interface. At the top, there is a blue header bar with icons for navigation and a clock showing 06:38. Below the header, on the left, is a sidebar with options: 'Fase do atendimento', 'Instruções', and 'Próximo agendamento'. The main area displays a table of meetings with columns: Encontro, Data, Hora, Local, and Motivo. The table contains five rows of data. Below the table, there is a form to add a new meeting with fields for 'Encontro', 'Data', 'Hora', and 'Local', followed by 'ADICIONAR' and 'CONFIRMAR' buttons.

Encontro	Data	Hora	Local	Motivo
1	21/01/2019	13:32	Domicili.	Completed
2	22/01/2019	13:32	Domicili.	Completed
101	23/01/2019	13:32	Domicili.	Completed
102	24/01/2019	13:32	Domicili.	Completed
103	14/09/2020		Domicili.	Em andamento
104	21/09/2020	09:00	Domicili.	Agendado

Below the table, the form shows: 104, 21/09/2020, 09:00, Domiciliar, and buttons ADICIONAR and CONFIRMAR.

Fonte: Aplicativo PROACTIVE (Van de Ven, P. et al., 2019).

- Gestão do tempo do encontro: os agentes de saúde conseguiram completar os encontros no tempo previsto (aproximadamente 50 minutos). O tempo dos encontros foi suficiente para contemplar todas as etapas e discutir outros problemas trazidos pelos idosos. Nos dois primeiros encontros observados, as agentes de saúde pareciam preocupadas em cumprir o roteiro do *Tablet* dentro do tempo previsto para o encontro. Para isso, evitaram conversar com os idosos e seguiram exatamente o que dizia o roteiro. Estes agentes de saúde terminaram os encontros dentro do tempo previsto, mas ficaram um pouco distantes dos idosos. Somente em uma ocasião o encontro ultrapassou o tempo previsto devido a dificuldades da agente de saúde para focar a conversa com o idoso nas atividades planejadas.

2) Compreensão do conteúdo e a aceitação dos princípios norteadores da intervenção psicossocial pelos participantes idosos.

Trinta e três participantes foram incluídos no estudo. Destes, 31 participaram do presente estudo, um faleceu e o outro foi excluído porque mudou para um endereço fora da área de abrangência da UBS. A tabela 1 apresenta as características dos idosos participantes. Vinte e três (74%) eram mulheres, 15 (48%) tinham entre 70 e 79 anos, 24

(77%) não tinham renda ou recebiam até um salário-mínimo, 22 (70%) tinham até quatro anos de escolaridade e 3 (10%) mais de 9 anos de escolaridade.

Tabela 1. Características dos participantes idosos.

Identificação do Participante	Idade	Sexo	Escolaridade (anos)	Renda mensal (salários*)	PHQ-9 na inclusão
P1	64	Masculino	0	1	13
P2	64	Feminino	4	1	13
P3	65	Feminino	0	sem renda	11
P4	71	Masculino	4	2-3 Salários (R\$1576-2364)	14
P5	70	Feminino	6	1	10
P6	61	Feminino	4	1	15
P7	65	Feminino	4	sem renda	16
P8	64	Feminino	12	1	12
P9	66	Masculino	7	1	19
P10	78	Feminino	4	1	16
P11	70	Masculino	11	1	13
P12	69	Feminino	5	1	13
P13	63	Feminino	5	1-2	15
P14	81	Feminino	0	1	15
P15	75	Feminino	2	1	12
P16	72	Masculino	0	1	16
P17	78	Feminino	4	1-2	18
P18	70	Feminino	4	1	16
P19	88	Masculino	0	1-2	12
P20	66	Feminino	11	1	13
P21	68	Feminino	8	2-3	17
P22	72	Feminino	4	1	25
P23	71	Feminino	7	1	18
P24	76	Feminino	2	1	19
P25	83	Feminino	4	1-2	20
P26	76	Masculino	4	1	13
P27	71	Feminino	4	1	16
P28	72	Masculino	0	1-2	13
P29	80	Feminino	0	1	12
P30	76	Feminino	0	1	13
P31	67	Feminino	0	1	19

*1 salário mínimo (em 2016) = R\$788,00)

Os participantes serão identificados no texto abaixo conforme apresentados nesta tabela (por exemplo, P1, P2, etc.).

As respostas das entrevistas estruturadas com os idosos foram categorizadas de acordo com quatro temas pré-determinados (alternância de tarefas, cuidado colaborativo, tratamento em etapas e uso de tecnologia) e dois temas que emergiram durante as entrevistas (protocolo padronizado e comentários gerais). Abaixo descrevemos as respostas dos idosos categorizadas de acordo com estes seis temas.

Alternância de tarefas

A maioria dos idosos participantes (94%) relatou que ser atendido por agentes de saúde (profissionais não especializados) foi uma boa experiência, pois se sentiam bem com elas (todas eram mulheres) e o atendimento foi de qualidade:

P14 - “Ela [ACS] é um doce, eu amo aquela menina. Era só ela chegar que já alegrava meu coração”, P8 - “Achei que não tem problema [ser atendida por alguém não especialista]. Foi bom porque ela [ACS] só tinha que seguir as perguntas do Tablet”; P30 – “Muito Legal, ela [ACS] atendeu bem e explicava bem”; P22 - “Sim, como se fossemos íntimas, parece que a gente [ACS e idosa] se conhecia há muito tempo”.”; P13 – “Adorava ela [AE], tenho afinidade, ficava mais à vontade com ela”; P25 – “Achei boa, ela fazia direitinho”.

Dois idosos (6%) expressaram que, em casos menos complexos, é aceitável que o atendimento seja feito por um não-especialista, porém casos mais complexos deveriam ser conduzidos por um profissional especializado:

P5 - “... acho que em casos mais graves tem que ser um profissional mais capacitado, para saber puxar conversas e auxiliar as pessoas mais dependentes”; P6 - “Ser conhecida dela me fez sentir acolhida e as conversas eram boas. Era bom ter acompanhamento de algum profissional [supervisão], mas coisas mais profundas, ela não saberia, só psicólogo”.

Cuidados colaborativos

Os idosos reconheceram que a participação nos atendimentos domiciliares teve um impacto positivo nos atendimentos que recebiam na Unidade de Saúde. A equipe teve melhor compreensão dos casos, possivelmente devido a comunicação entre agentes de saúde e os outros profissionais da equipe:

P18 - “Eles me convidaram para fazer parte dos grupos e fazer artesanato lá no posto. Eles são muito carinhosos”, P8 - “Sim, meu ACS falou com a equipe sobre meu sono e agora tomo Amitriptilina”, P22 - “Mudou, conversavam com o médico sobre os atendimentos e eles me tratavam com mais consideração”.

Tratamento em etapas

A colaboração entre os agentes de saúde e os outros membros da equipe foi importante na identificação dos pacientes que precisavam de mais atenção, encaminhamento médico e/ou medicação. Seis participantes (19%) do estudo precisaram e foram atendidos pelo médico de família durante o período da intervenção psicossocial como resultado dessa colaboração.

P22- “Isso [os encontros] me ajudou muito, fui atendida pelo médico e agora tomo Sertralina”; P23- “O ACS pediu para o médico me atender, eu fui na consulta e o médico trocou meu medicamento, me ajudou”; P8- “Pedi uma consulta e consegui. Foi bom, o médico falou sobre problemas de sono e agora comecei a tomar Amitriptilina”.

Uso de tecnologia

O uso do *Tablet* nos encontros foi bem recebido por todos os idosos participantes. Foram oferecidos fones de ouvido para os idosos em todos os encontros, porém nenhum quis utilizá-los.

P25 - “Achei bom, servia para animar a gente e explicar os assuntos”, P18 - “Eu não entendo muito disso, mas como a ACS que mexe, não tem problema nenhum”; P10 – “Acho que o Tablet ajuda muito, nos faz focar no que está sendo discutido.”, P14 - “é bacana, melhor com o Tablet porque tem toda a explicação”.

Os vídeos e as animações apresentados nos encontros foram bem aceitos pelos idosos. Em geral, os idosos gostaram e entenderam o conteúdo dos vídeos, mesmo idosos que tiveram dificuldade para enxergar os vídeos:

P13 - “A animação é uma imitação minha e da agente de saúde, ela me diz o que fazer para se sentir melhor”; P21 - “você pode entender, é simples, Sum, Sani e outro colega querem que a gente entenda a situação e nos ensina soluções para os problemas”; P6 - “Às vezes eu não conseguia ver os vídeos, mas dá pra entender”; P10 - “Eu consigo ouvir os vídeos, mas às vezes eu vejo tudo borrado”.

Protocolo padronizado

Os idosos perceberam que os encontros seguiam uma estrutura e era dividido em etapas diferentes. Eles relataram que a estrutura do protocolo dos encontros foi importante para a adesão ao tratamento:

P9 - “Achei bom, porque se fosse aberto [sem estrutura], não saberíamos do que falar”, “Achei bom e mesmo com a estrutura, tinha espaço para falar”, P6 - “Foi bom saber que não tem uma coisa só, mas sim várias coisas para fazer. Foi interessante”, P20 - “Achei bom e interessante. Quando tem vários assuntos, ajuda a manter o interesse”, P23 - “Nunca foi cansativo, foi bom ter tantas atividades diferentes e aprender algo novo toda vez”; P13 - “Eu gosto de responder perguntas, conversar e fazer atividades no Tablet”.

No entanto, um idoso disse que não gostou muito da estrutura padronizada, principalmente por ter que responder muitas perguntas:

P17 - “Roteiro meio cansativo. Toda vez que vem é a mesma coisa. Não conseguia fazer as atividades, ficava sem resposta”.

Comentários gerais sobre a intervenção psicossocial

Quando indagados se o número de encontros domiciliares que receberam durante a intervenção PROACTIVE havia sido suficiente, 25 responderam que sim, cinco expressaram que gostariam que os encontros continuassem e um idoso achou que foram mais encontros do que ele precisava. A maior parte (71%) dos idosos (n=22) completaram todos os encontros da intervenção psicossocial, nove (29%) interromperam a intervenção antes do final, sendo cinco na fase inicial e quatro na segunda fase. Alguns comentários e arrependimentos explicam o motivo de algumas destas interrupções:

P5 - “Se eu pudesse pegar um ônibus e ir até a UBS eu faria esse tratamento, mas também fiquei na dúvida porque a ACS não é psicóloga”; P9 - “Nem sei por que eu fui falar para ela não vir mais. Eu achava que eu estava dando trabalho e que não assimilei as perguntas. Me arrependi e queria voltar. Agora comecei a fazer as atividades que ela me falava”; P17- “Não precisava de tratamento e achei que ia tirar a oportunidade de outra pessoa”; P21 - “A ACS disse que eu tinha um problema de saúde mental e não gostei, então pedi para ela parar de vir, ela achou que eu precisava ir ao psiquiatra”; P23 - “Achava que já tinha melhorado e não ia adiantar mais. A ACS era muito atenciosa e ia atrapalhar ela, comigo não ia adiantar muita coisa”; P27 - “Eu tinha medo de fofoca, daí não sei se a ACS estava disposta a vir aqui toda semana, então saí dessa”; P28 - “Eu saía muito e quando ela vinha, eu não estava. Agora ela poderia vir, pois parei de sair tanto”.

Os participantes fizeram poucas sugestões sobre a intervenção psicossocial. Dois idosos fizeram comentários específicos:

P1 - “O vídeo podia ter mais cor, mas tudo foi muito bom”, P17 - “Tinha assuntos repetitivos, mas não sei o que fazer para melhorar. Não mudaria nada”.

3) Avaliar a aceitação dos princípios norteadores da intervenção psicossocial (alternância de tarefas, cuidado colaborativo, tratamento em etapas e uso de tecnologia) pelos agentes de saúde.

Oito agentes comunitários de saúde (ACS) e três auxiliares de enfermagem (AE) participaram do grupo focal. Todas as agentes de saúde eram mulheres, tinham ensino médio completo e trabalhavam na UBS há mais de dois anos. Quanto a idade das agentes de saúde, seis (55%) tinham entre 29 e 34 anos, três (27%) entre 35 e 45 anos e duas (18%) entre 50 e 60 anos de idade (Tabela 2).

Tabela 2. Características dos agentes de saúde (com base no ano de 2016)

Tipo de profissional da saúde	Idade	Tempo de experiência na UBS em questão (anos)
ACS1	29	7
ACS2	33	2
ACS3	52	15
ACS4	42	9
ACS5	34	5
ACS6	39	3
ACS7	31	Não informado
ACS8	33	3
AE1	33	Não informado
AE2	37	9
AE3	60	Não informado

Fonte: Elaboração própria, 2017.

No texto abaixo, iremos indicar as agentes de saúde conforme a identificação apresentada nesta tabela (por exemplo ACS 1, ACS2, AE 1, etc).

Os resultados apresentados abaixo foram organizados conforme as categorias do roteiro utilizado no grupo focal, que inclui alternância de tarefas, cuidado colaborativo, impacto da intervenção na rotina das agentes de saúde e uso de tecnologia. Estas categorias gerais foram subdivididas com os temas que emergiram das falas das agentes

de saúde durante a discussão do grupo focal. As novas categorias emergentes foram codificadas da seguinte maneira:

Alternância de tarefas: Sentir-se capaz de conduzir a intervenção; Ser aceito pelos idosos participantes; Apoio (treinamento e supervisão).

Cuidado colaborativo: Envolvimento dos membros das equipes com os idosos que receberam a intervenção psicossocial.

Impacto da intervenção na rotina de trabalho das agentes de saúde: Impacto profissional; Impacto pessoal; Impacto institucional.

Uso de tecnologia e organização do *Tablet*

Em geral, as participantes do grupo concordaram sobre os assuntos discutidos e as suas falas foram convergindo e se complementando conforme a discussão do grupo focal progrediu. Por este motivo, serão apresentadas as falas mais relevantes para representar a opinião do grupo sobre cada tema discutido.

Alternância de tarefas

Sobre o tema ‘alternância de tarefas’, as três principais categorias que emergiram da discussão em grupo foram:

- Sentir-se capaz de conduzir a intervenção: As agentes de saúde se sentiram capazes, principalmente por terem sido treinadas anteriormente:

ACS1 - "Claro! Tenho certeza [que um ACS poderia realizar a intervenção], a gente foi preparada com argumentos para abordar o paciente nesse sentido.”; ACS3 - “Fomos treinados para fazer isso [realizar intervenção]”. ACS6 - “Nós tínhamos autonomia para trabalhar”.

- Ser aceito pelos idosos participantes: Apenas um ACS disse que um idoso não aceitou participar da intervenção, uma vez que ela não era especialista. Neste caso, a intervenção foi interrompida. Os outros mencionaram que foram bem recebidos pelos idosos participantes.

- Apoio (treinamento e supervisão): As agentes de saúde perceberam o treinamento e a supervisão como apoio ao seu trabalho:

ACS8 - “Então, foi um apoio para nós, porque a gente tinha medo do que poderia acontecer nos encontros... E agora? Então, tivemos a supervisão para conversar, eles [supervisores] estavam lá para ajudar com as nossas dúvidas”. ACS5 – “É, então...foi um apoio [a supervisão], porque a gente ficava desesperada se ia acontecer isso ou aquilo [com o Tablet],

aí chegava e conversava [supervisão], tirava todas as dúvidas. Eu tive dificuldade com uma paciente e ela [supervisora] deu umas dicas pra gente, bem legais.”.

Além de ser uma fonte de apoio, a supervisão também foi compreendida como um espaço de compartilhamento de experiências em que as agentes de saúde poderiam aprender umas com as outras:

AE2 - “E então, na supervisão, todos contavam suas experiências, o que eles estavam passando”; “Foi bom, pudemos ter um pouco de todas as experiências, sabe?”. ACS3 – “Às vezes eu tirava umas dúvidas com minhas colegas, como elas fizeram um encontro, o que dizer pro paciente, daí a gente discutia as ideias na supervisão”.

Cuidado colaborativo

Na discussão entre as agentes de saúde, todas concordaram que a melhora na comunicação com a equipe gerou maior envolvimento de todos os membros da equipe com os idosos que estavam recebendo as visitas domiciliares. A colaboração entre os membros da equipe permitiu que o cuidado em etapas fosse efetivado, dando oportunidade para os idosos que estavam recebendo as visitas domiciliares, mas também necessitavam de consultas, fossem encaminhados para os médicos de família.

- Envolvimento dos membros das equipes com os idosos que receberam a intervenção psicossocial: As agentes de saúde relataram que tiveram oportunidade de discutir os casos de depressão dos idosos atendidos no PROACTIVE com os outros membros da equipe. Contaram que, apesar da discussão dos casos durante as reuniões de equipe fazer parte da sua rotina de trabalho, a participação na intervenção facilitou a comunicação com os membros da equipe e as ajudou a identificar melhor os casos que deveriam abordar durante as reuniões.

ACS4 - “Falei com a ACS - ‘Você notou isso e aquilo?’ E ela diz - ‘Não, mas um dia notei essa outra coisa, e você?’”, então começamos a juntar as peças até decidirmos nos reunir com a equipe para dar uma olhada diferente nesse idoso; havia algo diferente, sabe?”; ACS3 – “Na minha equipe o médico e a enfermeira que interferiu. Fomos encaminhando, até da outra equipe, né. Conversamos várias vezes, né, o médico foi até a casa do paciente, a paciente veio aqui colher os exames. Por causa do PROACTIVE, a gente percebeu que o paciente tava tendo uma dificuldade ali e a gente levou pra equipe e acabou.”.

Outro aspecto referido pelas agentes de saúde foi que os médicos e enfermeiros se envolveram no cuidado de seus idosos e colaboraram quando eles precisavam de atenção médica:

ACS3 - “Sim, os médicos, enfermeiros colaboraram, envolveram-se, encaminharam idosos, seguiram de perto os idosos; um médico foi até a casa do idoso para uma consulta e depois o idoso foi à unidade para fazer exames de saúde”. ACS5 – “É o doutor foi muito atencioso com ela, tanto que ela...o marido não conseguia trazer ela de carro, mas ele fez a visita na casa, né. Deu bastante atenção, deu umas medicações, deu uns antidepressivos pra ela tomar, que ela tava só na Fluoxetina, pra ela conseguir dormir. Então foi uma atenção mais...”

Impacto da intervenção na rotina de trabalho das agentes de saúde

- Impacto profissional: Alguns agentes de saúde relataram que a participação na intervenção teve um impacto importante em seu trabalho, sendo uma oportunidade de aprendizado e que o conhecimento adquirido passou a ser usado com outros idosos que elas visitavam:

ACS8 - “Hoje, mesmo sem o Tablet e sem fazer mais parte do programa de intervenção, ainda podemos oferecer algumas orientações às pessoas”; ACS6 - “Tudo o que aprendemos, que abriu nossa mente, que ajudou no nosso trabalho, foi válido. Todos os dias aprendemos alguma coisa, mudamos nosso ponto de vista... Esse [o programa de intervenção] veio para intensificá-lo, para mudar nossa visão”. ACS4 – “A gente conhece essa gente, mas tem coisas que nunca percebemos, com as perguntas da intervenção, a minha paciente acabou me falando que estava muito deprimida, sofrendo mesmo. Se ela não tivesse aberto nada pra mim, eu ia falar a mesma coisa de sempre e ir embora. Mas agora já tem outras coisas pra falar pra essa pessoa. Foi porque ela se abriu, porque eu mesmo não tinha reparado nada antes.”.

- Impacto pessoal: Algumas falaram que a participação na intervenção psicossocial teve impacto em suas vidas, conseguiram aplicar o que aprenderam em suas vidas e com suas famílias:

ACS2 - “Vamos dizer assim, eu não sabia aquelas coisas, né? Então você vê que quando você tá assim meio pra baixo, já penso que eu não posso ficar assim, já sei o que fazer. Então isso te ajuda também, você aprende da mesma forma que você ajuda a pessoa, né?; ACS8 – “Lá na frente, quando a gente estiver idoso, acho que isso é uma coisa que vai trazer pra nós, creio eu que vai, que a gente vai pensar ‘Não, eu fazia isso que eu deixei de fazer, vou começar a fazer de novo’”.

- Impacto institucional: A sobrecarga foi um tópico emergente durante a discussão do grupo focal e alguns agentes de saúde queixaram-se da falta de apoio dos colegas e da dificuldade em gerir o tempo no trabalho. A participação na intervenção foi considerada uma tarefa adicional na rotina de trabalho e, às vezes, pouco compreendida pelos outros membros da equipe. Eles relataram que nenhuma de suas tarefas habituais de trabalho foi ajustada para que tivessem tempo de atuar na intervenção:

ACS1 - “Sim, foi um trabalho a mais, né? Nossas tarefas habituais nunca pararam, mas o programa foi algo que deixou um gostinho bom”; AE3 - “Muito mais, muito mais tempo do que imaginávamos, mas foi bom”; ACS7 - “Não sabia que ia ser tanto tempo”; ACS4 - “Teve atrito, sabe? Porque a gente não fez algumas das outras coisas que tínhamos, usamos o tempo para fazer essas outras coisas [PROACTIVE] que não planejamos ... Então, teve conflito com algumas colegas”.

Outros mencionaram que o tempo necessário para os encontros da intervenção era maior do que imaginavam. Apesar do fardo extra, eles acharam que foi uma experiência positiva participar do programa de intervenção.

Uso de tecnologia e organização do *Tablet*

A utilização do *Tablet* durante as visitas, a princípio, assustou as agentes de saúde, algumas tinham mais facilidade que outras e elas se ajudaram entre si. Além disso, o treinamento e a supervisão ofereceram suporte para o manejo do *Tablet* e elas puderam utilizá-lo sem grandes problemas. Alguns problemas técnicos aconteceram durante a intervenção, mas estes foram rapidamente contornados pela equipe de suporte tecnológico do estudo.

*ACS4 – “Acho que o programa, assim, a expectativa, né, fiquei meia com medo, né. Essa questão que eu tenho muita dificuldade com o aparelho, né, com a tecnologia. Aí, mas aí eu fui indo e fui... com o tempo a gente vai gostando, né?”; ACS1 – “Eu acho que tirando alguns probleminhas técnicos que tivemos no decorrer da coisa, todo o restante do programa com o aplicativo, foi muito simples, muito objetivo e fácil.”; ACS8 – “É uma ferramenta boa, porém, também tem os seus problemas. Pra nós seria uma coisa excelente ter um *Tablet* pra gente colocar os dados, é tudo bem mais fácil, né?”; AE2 – “Eu demorei um pouco pra pegar o jeito, assim, eu não sou muito de tecnologia, né, é difícil, até pra mandar um e-mail pros outro é difícil, mas aí eu pedi ajuda aqui e já ia mexendo um pouco mais...é que nem um livro que você vai virando as páginas, pra minha paciente era demais, ela adorava ver as coisas nele [*Tablet*].”.ACS6 – “Eu*

acho que fez toda a diferença ter o Tablet.. Então, porque é o que eu tô te dizendo... você chega lá no paciente, você pega uma folha, você começa a ler, é diferente de você tá mostrando uma figura pra ele, ele pode apontar, poder responder, é diferente...”.

Seis *Tablets* numerados foram deixados na UBS para serem utilizados pelas agentes de saúde. Cada *Tablet* foi usado por dois agentes. Cada vez que uma agente de saúde pegava um *Tablet*, ela precisava anotar em um livro o dia e a hora que pegava e devolvia o *Tablet* na UBS. Esta organização funcionou, todos os *Tablets* foram usados e devolvidos para a supervisora no final do programa de intervenção. A única queixa sobre a organização do uso dos *Tablets* foi que, algumas vezes, a bateria estava descarregada.

ACS4 – “No começo, uma vez eu fui pegar o Tablet e tava zero de bateria, usaram de manhã, largaram aí...mas depois, também acho que a gente foi ouvindo uma a conversa da outra, aí todo mundo ficou atento, já acabava de usar, já carregava pra colega usar à tarde.”; ACS8 – “Um dia eu não percebi, tava sem o carregador e o Tablet tava descarregado e era o último encontro meu”.

Muitas agentes de saúde relataram que sentiam medo de perder ou quebrar o *Tablet* ou de serem roubadas, mas se acostumaram com a novidade de carregá-lo durante as visitas. As agentes de saúde contaram que criaram o hábito de esconder o *Tablet* na bolsa/mochila.

ACS4 – “Eu tinha medo de sair mostrando o Tablet na rua”; ACS8 – “O medo de todas nós foi perder esse Tablet”; ACS2 – “A gente escondia na mochila e ia”.

Ao final da discussão, as agentes de saúde fizeram alguns comentários positivos sobre o PROACTIVE, sobre o atendimento ter funcionado, os pacientes terem gostado e elas terem aprendido com o programa. Ressaltaram a importância de receber suporte, no caso a supervisão em grupo, e sugeriram que todos os ACS fossem treinados para fazer este tipo de encontro/intervenção (PROACTIVE).

ACS8 - “Acho que a gente tem que ter um alguém por trás para dar esse suporte para gente, né, porque não adianta, né, é o que eu tô falando. Todo mundo sai com um Tablet por aí, não dá, porque a gente tem dúvidas, dúvidas existem e acho que nem sempre todas as pessoas estão preparada aqui dentro para tirar essas dúvidas”; ACS1 – “Oh, o que acho que a maioria esperaria que acontecesse, olha, reunião geral é um dia que tá todo mundo, daí todo mundo se organiza, combina as visitas com os enfermeiros [as visitas regulares fora do programa de

intervenção] e combina as visitas com os idosos [PROACTIVE]”; ACS3 – “Eu acho que todos os ACS tinham que entender, ser treinados, também”.

Além destas sugestões, as agentes de saúde mostraram que estavam satisfeitas de ter participado da intervenção psicossocial e agradeceram a oportunidade.

5. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que os princípios norteadores da intervenção psicossocial PROACTIVE - cuidado colaborativo, a alternância de tarefas, o cuidado em etapas e o uso de tecnologia - foram bem aceitos e compreendidos pelas agentes de saúde que conduziram e pelos idosos que receberam a intervenção. Estes resultados apontam que programas de intervenção como o PROACTIVE podem ser viáveis no tratamento de idosos com depressão no contexto da atenção primária brasileira.

Em geral, o treinamento e a supervisão fornecidos às agentes de saúde antes e depois do início dos encontros do PROACTIVE alcançaram seus objetivos. Foi interessante observar que as agentes de saúde, que são profissionais não especialistas em saúde mental, foram capacitadas para realizar a intervenção com um treinamento de apenas 3 dias, e que, com o passar dos atendimentos e as supervisões semanais, elas se tornaram cada vez mais capazes e autônomas para realizar os encontros com os idosos. Observamos que as agentes de saúde foram fiéis ao protocolo da intervenção psicossocial, isto é, elas seguiram o protocolo durante os encontros com os idosos de maneira a oferecer um tratamento adequado e padronizado. A utilização do protocolo de atendimento padronizado foi bem aceita pelos idosos e foi um apoio importante para as agentes de saúde realizarem a intervenção psicossocial. Embora a maioria das agentes de saúde tenha se queixado da sobrecarga causada pela participação no programa, elas valorizaram a experiência e relataram que os atendimentos foram efetivos para os idosos. As agentes de saúde também comentaram que este tipo de atendimento poderia ser incorporado na prática em suas rotinas de trabalho.

Para garantir que os idosos recebessem um tratamento para a depressão adequado e efetivo, a intervenção PROACTIVE foi baseada no modelo de cuidado colaborativo (Butler et al., 2008). É importante ressaltar que a colaboração entre os membros das equipes de saúde é um dos princípios da rotina habitual de trabalho da ESF. As equipes

de saúde, que são compostas por diferentes profissionais, realizam reuniões semanais para discussão de casos, decidir estratégias para ajudar os usuários do sistema de saúde e fazer os devidos encaminhamentos quando necessário. Possivelmente, esse é um dos motivos da boa aceitação e do bom funcionamento da intervenção colaborativa proposta, pois não levou a grandes mudanças na rotina dos profissionais envolvidos. Podemos afirmar que o PROACTIVE é um programa de intervenção que se adapta bem à estratégia de trabalho já existente. A ESF funciona da mesma forma em todo o Brasil, ou seja, todas as UBS que estão cadastradas na ESF possui equipes de saúde que devem ser formadas por médicos, enfermeiras, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde que cooperam entre si no atendimento aos idosos de sua área de abrangência, portanto, o estudo piloto sugere que o PROACTIVE seria provavelmente aceito e viável em todo o país. Entendemos que o cuidado colaborativo não foi um problema e já é uma prática habitual para estes agentes de saúde, no entanto, não é apenas da perspectiva das agentes de saúde que esta estratégia deve ser avaliada. Sabemos que o cuidado colaborativo por si só pode não ser suficiente, não basta ter uma equipe integrada se não há informação sobre saúde mental, se não há agentes de saúde suficientes ou capacitados para atender esses pacientes ou quando, por qualquer outra razão, não há encaminhamento adequado.

Quando uma intervenção em saúde é conduzida principalmente por não especialistas, é crucial que os pacientes tenham cuidados extras quando necessitarem (Franx et al., 2012). Por isso, a importância de incorporar, a este tipo de intervenção, o cuidado em etapas (Hanlon et al., 2016), conforme feito no PROACTIVE. As agentes de saúde foram treinadas para discutir com suas equipes os idosos que não melhoravam durante os atendimentos e a necessidade da realização de consultas com o médico de família e, quando necessário, com o especialista. Estas discussões basearam-se nas avaliações de depressão que as agentes de saúde faziam durante os encontros, cujos resultados eram discutidos nas supervisões semanais do PROACTIVE e, posteriormente, nas reuniões de equipe. Desta forma, os encaminhamentos para outros profissionais, que fazem parte do cuidado em etapas, foi facilitado e baseado em ações realizadas pelas agentes de saúde durante os encontros e nas atividades fora dos encontros psicossociais.

No que diz respeito à alternância de tarefas, foram levantadas três questões principais: 1. Se os profissionais não especializados em saúde mental seriam competentes para realizar a intervenção; 2. Sobrecarga de tarefas; 3. Se os idosos aceitariam este tipo

de intervenção realizada por um profissional não especializado.

1. Competência das agentes de saúde: Alguns estudos na África, que também fizeram intervenções na atenção primária com profissionais não especializados, demonstraram que a falta de competência em tarefas específicas era um grande desafio e oferecia riscos aos pacientes (Ferrinho et al., 2012; Baine et al., 2018). No entanto, esses estudos incluíram tarefas simples (que poderiam ser realizadas por agentes de saúde com mínimo treinamento) e procedimentos que exigiam conhecimentos especializados, como intervenções médicas, diferente do estudo presente. Um outro estudo, também realizado na África, usou a alternância de tarefas para o tratamento de saúde mental em adultos e provou ser viável quando há treinamento e apoio suficiente durante toda a intervenção (Wall et al., 2020). Da mesma forma que no último estudo citado, o PROACTIVE, também mostrou que os não-especialistas em saúde mental (agentes de saúde ou auxiliares de enfermagem) são capazes de realizar uma intervenção de qualidade, uma vez que recebem treinamento e supervisão suficientes. Embora as agentes de saúde se mostraram preocupadas ou tensas durante os primeiros encontros do PROACTIVE, conforme visto na observação não-participante, é interessante ressaltar que, nas últimas sessões observadas, elas se mostraram mais seguras e capazes de ter uma conversa “mais natural” com os idosos.

2. Sobrecarga de tarefas: Outro desafio apontado anteriormente, foi a sobrecarga por sobreposição de tarefas, sendo esta questão comumente relatada quando se utiliza alternância de tarefas (Ferrinho et al., 2012; Wall et al., 2020). No PROACTIVE não foi diferente. As agentes de saúde assumiram um novo papel, mas suas outras atribuições não foram aliviadas, e a sobrecarga foi apontada por quase todas que conduziram os encontros domiciliares. Elas também relataram não se sentirem apoiadas por suas equipes para incluir nas suas atividades rotineiras os encontros do PROACTIVE. Este problema provavelmente não aconteceria num contexto “real” (fora de um estudo), uma vez que as agentes de saúde poderiam adaptar suas rotinas, de modo a incluir este tipo de intervenção de maneira factível. Contudo, a alternância de tarefas teve impactos positivos, sendo o principal a melhoria de conhecimento e capacitação das agentes de saúde.

3. Alternância de tarefas: Do ponto de vista do paciente, a intervenção realizada principalmente por agentes de saúde não especialistas em saúde mental não foi associada

à problemas de confiança, vínculo ou aceitação da intervenção. Antes de iniciar o estudo, achamos que os auxiliares de enfermagem (AE) seriam aceitos mais facilmente para conduzir a intervenção do que agentes comunitários de saúde (ACS), pois ACS são os membros das equipes saúde da família com menor especialização. Não foi isto que observamos. Os pacientes aceitaram igualmente os atendimentos domiciliares realizados por AE e ACS, ambos foram bem recebidos e elogiados pelos idosos. Além disso, um aspecto positivo que os idosos relataram sobre os ACS foi que podiam se relacionar melhor, visto que moram no mesmo bairro e têm realidades semelhantes. Todas as ACS que participaram do estudo trabalham na UBS há mais de dois anos, tendo algumas mais de cinco anos de experiência, o que pode ter sido outro fator que contribuiu para o desempenho delas na intervenção. Assim, a nossa terceira questão sobre a aceitação da alternância de tarefa foi respondida positivamente pelo estudo.

No estudo “*CASPER*”, os participantes relataram preferir sessões presenciais em vez de sessões por telefone (Gilbody et al., 2017; Taylor et al., 2018; Simpson et al., 2008). Embora só possamos ter uma ideia melhor sobre a adesão à intervenção em um ensaio clínico, é provável que as sessões domiciliares (presenciais) adotadas pela intervenção PROACTIVE tenham colaborado para a boa adesão dos idosos à intervenção psicossocial (71%) do estudo piloto. Além disso, o protocolo da intervenção foi desenvolvido para ser atraente para os idosos participantes, com vídeos e muitos elementos diferentes, o que também deve ser colaborado para a boa adesão. A intervenção foi baseada na ativação comportamental focada em mostrar aos pacientes sua condição e ensinar maneiras de mudá-la (Ekers et al., 2008); assim, quanto mais eles entenderem todo o processo de depressão, mais eles podem ser ativos em seu próprio processo de melhoria. Essa abordagem é bem aceita, pois os idosos podem se sentir capacitados na autogestão dos sintomas (Simpson et al, 2008) e ativos nas mudanças. No PROACTIVE, os idosos foram capazes de entender que os encontros seguiam um padrão, sendo essa estrutura e repetição facilitadores na compreensão. Um fato curioso foi que dois idosos (P9 e P23), que interromperam o tratamento antes do final dos encontros domiciliares, elogiaram a intervenção, particularmente por ter um protocolo estruturado e com atividades diferentes. Estes idosos relataram que se arrependeram de ter interrompido a intervenção.

Além dos princípios do cuidado colaborativo, alternância de tarefas e cuidado em etapas, o estudo PROACTIVE incorporou mais um elemento: o uso de tecnologia. Aprendemos com o estudo piloto que a tecnologia também contribui para a incorporação dos princípios descritos acima como, por exemplo, fornecendo novas formas de monitoramento e registro dos casos atendidos e facilitando a comunicação entre os membros da equipe (Coupe et al., 2014; Overbeck et al., 2016). No entanto, o uso de tecnologia é conhecido por ser desafiador, principalmente em países de renda média e baixa, onde muitos profissionais ou pacientes não têm habilidade ou conhecimento para lidar com os dispositivos eletrônicos ou até falta de acesso à internet (Topooco et al., 2017). O presente estudo foi realizado em uma área periférica do município de São Paulo e, os idosos que participaram tinham, na sua maioria, baixa renda e pouca ou nenhuma escolaridade. A vulnerabilidade social da população estudada e da maioria dos idosos brasileiros foi uma das nossas preocupações ao desenvolver o protocolo desta intervenção para o tratamento de depressão. Durante os encontros do PROACTIVE, os ACS gerenciam o *Tablet*, portanto isso não foi um problema para os idosos participantes. Pelo contrário, os idosos se beneficiaram com o uso da tecnologia, assistindo vídeos educativos e informativos sobre depressão, mostrado a eles pelos ACS nos *Tablets*. O uso de folhetos não seria possível com esta população, pois a maioria dos idosos eram analfabetos. Outro ponto importante a ser mencionado é o estigma relacionado aos problemas de saúde mental. O estigma é uma barreira importante para os pacientes aceitarem o diagnóstico de depressão e buscarem por cuidado no sistema de saúde (Barney et al., 2006). Muitas vezes, os pacientes não entendem suas necessidade e acabam desistindo do tratamento (Stein-Shvachman et al., 2013; Gilbody et al., 2017), como foi o caso dos idosos P9 e P23. Na primeira etapa do PROACTIVE, foi utilizada a psicoeducação, aliada ao uso de tecnologia, para facilitar a adesão dos pacientes ao tratamento. Através de vídeos, as informações chegaram aos idosos de forma ilustrada, permitindo que eles se identificassem e aprendessem com os personagens e, assim, se sentiram motivados a aderir ao tratamento.

Também não tínhamos certeza se as agentes de saúde iriam conseguir utilizar os *Tablets* durante os encontros com os idosos. Contrário ao que se imaginava, elas (ACS), mesmo não tendo experiência com este dispositivo e com o aplicativo PROACTIVE, não tiveram dificuldades para utilizar todas as funções do aplicativo necessárias para conduzir os atendimentos. Parece que o treinamento de três dias foi suficiente para ensiná-las a

manusear o *Tablet* e utilizar as funções do aplicativo. Após o treinamento, as agentes de saúde puderam tirar dúvidas sobre o aplicativo e o manuseio do *Tablet*. Além de não apresentarem dificuldades significativas com o uso da tecnologia, esta nova ferramenta contribuiu para que os princípios do cuidado colaborativo e cuidado em etapas funcionasse conforme esperado, melhorando o monitoramento dos casos e auxiliando na comunicação entre os membros da equipe (Coupe et al., 2014; Overbeck et al., 2016; Chen et al., 2018).

Durante o desenvolvimento da intervenção, percebemos que era importante oferecer uma plataforma segura para as agentes de saúde realizarem os encontros domiciliares. O aplicativo PROACTIVE tem um roteiro que deve ser seguido em cada encontro. As agentes de saúde seguiram passo a passo esses roteiros, permitindo oferecer a todos os pacientes uma intervenção estruturada, além de garantir fidelidade ao protocolo. Conforme sugerido por Graaf et al. (2011), observamos que o treinamento e suporte dado às agentes de saúde foi fundamental para o uso de tecnologia ser efetivo na intervenção. Além disso, as supervisões semanais foram cruciais para dar suporte contínuo tanto no que diz respeito ao uso de tecnologia, mas também, e principalmente, para o manejo dos casos dos idosos com depressão. O estudo que realizou a intervenção “*Friendship Bench*” já havia apontado a necessidade de supervisões para garantir apoio aos profissionais que passam a desempenhar atividades mais especializadas do que suas atividades habituais. O mesmo estudo também sugere que registros e monitoramento seriam de grande utilidade para acompanhar os casos (Abas et al., 2016). No PROACTIVE, o suporte às agentes de saúde foi oferecido através de supervisões semanais e os registros e monitoramento (Chen et al., 2018) dos encontros foi possível com o auxílio do *Tablet*. Todas as atividades realizadas durante os encontros eram registradas no *Tablet*. O aplicativo PROACTIVE tem uma função específica para notificar supervisores e gerentes de UBS para algumas situações específicas, como por exemplo o paciente não estar melhorando dos sintomas da depressão ou apresentar tentativa de suicídio.

Os resultados qualitativos de estudos prévios contribuíram para anteciparmos e superarmos alguns desafios e confirmarmos a importância de alguns elementos, como: comunicação, monitoramento, supervisão e treinamento. A partir destes resultados, podemos sugerir modificações para melhorar ainda mais a aceitação de uma intervenção

como esta. Os resultados referentes à fidelidade ao protocolo podem ajudar a sugerir temas a serem discutidos em futuras supervisões, por exemplo: ressaltar para os ACS a importância de motivar os idosos a engajarem em atividades prazerosas (ativação comportamental), assim como dar autonomia para eles escolherem suas próprias atividades. Com o grupo focal, percebemos que a falta de apoio e o excesso de tarefas teriam sido os únicos pontos negativos na percepção das agentes de saúde. Portanto, treinamento periódicos com as equipes de saúde poderiam abordar a sobreposição de tarefas para não especialistas e sugerir ajustes às novas tarefas diárias. Percebeu-se que os textos de psicoeducação da caderneta não eram interessantes para serem usados com idosos analfabetos, por isso o uso da caderneta será considerado como ferramenta útil para o agendamento e planejamento de atividades e seu uso deve ser lembrado durante as supervisões.

Dentre as limitações do estudo, podemos citar que: 1. As observações não-participantes foram realizadas em apenas um encontro específico com a díade (idoso/profissional) observada, não permitindo avaliar a evolução do desempenho dos profissionais de saúde ao longo do tempo. Uma possível solução para este problema seria acompanhar o profissional em diferentes encontros com os mesmos ou outros pacientes. Mesmo não tendo sido possível acompanhá-los em diferentes encontros, os resultados encontrados nas observações das agentes de saúde que realizaram os últimos encontros da intervenção e seus relatos durante o grupo focal indicam que essas agentes de saúde aperfeiçoaram seu trabalho conforme foram realizando mais encontros com os idosos. 2. A presença da pesquisadora qualitativa durante as sessões pode ter influenciado o comportamento das agentes de saúde, como por exemplo, fazendo com que elas seguissem o protocolo mais fielmente ou as deixando mais ansiosas por estarem sendo observadas. A pesquisadora não observou a maioria dos encontros e, ainda assim, a intervenção funcionou bem, segundo o relato dos idosos nas entrevistas realizadas após o final da intervenção. Assim, a influência da presença da pesquisadora durante alguns encontros parece que não foi decisiva para o resultado do estudo. 3. Os resultados deste estudo qualitativo, que foi realizado durante a fase piloto do PROACTIVE, não são definitivos. Novos estudos utilizando métodos qualitativos devem ser realizados em outras etapas de investigação, por exemplo durante o ensaio clínico que irá testar a efetividade do PROACTIVE.

6. CONCLUSÃO

Os dados qualitativos obtidos no estudo piloto indicaram que o programa de intervenção psicossocial PROACTIVE foi bem aceito pelos idosos e agentes de saúde. O treinamento e a supervisão foram essenciais para garantir fidelidade ao protocolo, confiança e melhor desempenho das agentes de saúde, além de fornecer suporte quanto ao uso de tecnologia. A tecnologia, por sua vez, serviu como uma ferramenta importante para fornecer informações e notificações, permitindo que o cuidado colaborativo e o cuidado em etapas funcionassem como esperado. O protocolo estruturado e a ativação comportamental alcançaram os objetivos e atenderam às expectativas, uma vez que os pacientes conseguiram aprender sobre depressão e ter autonomia para realizar as atividades que colaboram para a melhora dos sintomas da depressão. Outros ajustes na intervenção serão feitos para adequar o protocolo de acordo com os achados deste estudo. As sugestões feitas por este estudo serão incorporadas na realização do ensaio clínico controlado e randomizado que irá testar o custo-efetividade do PROACTIVE. Finalmente, a utilização de métodos qualitativos e quantitativos foi importante para avaliar adequadamente a aceitação e viabilidade do programa de intervenção psicossocial PROACTIVE para o tratamento de idosos com depressão na atenção primária.

7. ANEXOS

ANEXO A

PHQ-9 (Questionário da saúde do paciente)

Toda vez que a resposta (frequência) para a questão 9 for 2 a 6 dias ("Vários dias" ou mais), é obrigatório a aplicação do Protocolo de Risco de Suicídio Imediato (PRSI). Se for confirmada uma tentativa de suicídio recente, é necessário seguir as instruções do PRSI sobre o que fazer ao final do encontro.

Instrução: Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu incomodado	1. dia (Nenhuma vez)	2-6 dias (Vários dias)	7-11 dias (Mais da metade dos dias)	12-14 dias (Quase todos os dias)
1. Por ter pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas				
2. Por se sentir "para baixo", deprimido ou sem perspectiva				
3. Por ter dificuldade para pegar no sono ou para permanecer dormindo ou dormir mais do que de costume				
4. Por se sentir cansado ou com pouca energia				
5. Por ter falta de apetite ou por comer demais				
6. Por se sentir mal consigo mesmo ou achar que é um fracasso ou que decepcionou sua família a si mesmo				
7. Por ter dificuldade de se concentrar nas coisas, tais como ler o jornal, revista ou ver televisão				
8. Por ter lentidão para se movimentar ou falar a ponto de outras pessoas perceberem? Ou o oposto, estar tão agitado ou inquieto que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que o de costume				
9. Por pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto*				

Kroenke, 2001.

ANEXO B

Encontros PROACTIVE (programa de tratamento para depressão em idosos)

Avaliar se as etapas de cada encontro foram contempladas conforme treinamento e observar atuação do agente de saúde durante o encontro, interação com o idoso, habilidade para usar o *Tablet* e aplicativo e manejo de tempo.

Preencher no roteiro dos encontros abaixo, se cada etapa foi realizada adequadamente:
(Responder SIM ou NÃO)

Fase inicial	
Encontro 1	
	1) Início (vínculo)
	2) obter informações (avaliação dos sintomas de depressão, humor e questões médicas)
	3) dar informações (psicoeducação sobre depressão e formas de tratá-la)
	4) atividades durante o encontro
	5) atividades para casa (planejar as atividades que serão realizadas entre os encontros)
	6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo encontro.

Encontro 2	
	1) Início (vínculo)
	2) obter informações
	3) dar informações (psicoeducação sobre depressão e formas de tratá-la)
	4) atividades durante o encontro (estratégias simples de enfrentamento)
	5) atividades para casa (planejar as atividades que serão realizadas entre os encontros)
	6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo encontro.

Encontro 3	
	1) Início (vínculo)
	2) obter informações
	3) dar informações (psicoeducação sobre depressão e formas de tratá-la)
	4) atividades durante o encontro (estratégias simples de enfrentamento)
	5) atividades para casa (planejar as atividades que serão realizadas entre os encontros)
	6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo encontro. Explicar a segunda fase

SEGUNDA FASE			
	Baixa Intensidade (PHQ-9 < 10 nos encontros 2 e 3)		Alta intensidade
	Encontro 4		Encontro 4
	1) Início (vínculo)		1) Início (vínculo)
	2) obter informações		2) obter informações
	3) dar informações (ativação comportamental)		3) dar informações (ativação comportamental)
	4) atividades durante o encontro		4) atividades durante o encontro
	5) atividades para casa (Fácil: atividades que gosto e faço, fazer mais)		5) atividades para casa (Fácil: atividades que gosto e faço, fazer mais)
	6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo		6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo

	Encontro 5		Encontro 5
	1) Início (vínculo)		1) Início (vínculo)
	2) obter informações		2) obter informações
	3) dar informações (ativação comportamental)		3) dar informações (ativação comportamental)
	4) atividades durante o encontro		4) atividades durante o encontro
	5) atividades para casa (Fácil: atividades que gosto e faço, fazer mais)		5) atividades para casa (Fácil: atividades que gosto e faço, fazer mais)
	6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo		6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo

	Encontro 6		Encontro 6
	1) Início (vínculo)		1) Início (vínculo)
	2) obter informações		2) obter informações
	3) dar informações (ativação comportamental)		3) dar informações (ativação comportamental)
	4) atividades durante o encontro		4) atividades durante o encontro
	5) atividades para casa (Médio: atividades que gostaria de fazer, começar a fazer)		5) atividades para casa (Médio: atividades que gostaria de fazer, começar a fazer)
	6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo		6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo

	Encontro 7		Encontro 7
	1) Início (vínculo)		1) Início (vínculo)
	2) obter informações		2) obter informações
	3) dar informações (ativação comportamental)		3) dar informações (ativação comportamental)
	4) atividades durante o encontro		4) atividades durante o encontro
	5) atividades para casa (Difícil: comportamentos que gostaria de mudar)		5) atividades para casa (Médio: atividades que gostaria de fazer, começar a fazer)
	6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo		6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo

	Baixa Intensidade		Alta intensidade
	Encontro 8		Encontro 8
	1) Início (vínculo)		1) Início (vínculo)
	2) obter informações		2) obter informações
	3) dar informações (ativação comportamental)		3) dar informações (ativação comportamental)
	4) atividades durante o encontro		4) atividades durante o encontro
	5) apresentar estratégias de prevenção de recaída		5) atividades para casa (Difícil: comportamentos que gostaria de mudar)
	6) término do encontro e despedida.		6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo

	Encontro 9
	1) Início (vínculo)
	2) obter informações
	3) dar informações (ativação comportamental)
	4) atividades durante o encontro
	5) atividades para casa (Difícil: comportamentos que gostaria de mudar)
	6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo

	Encontro 10
	1) Início (vínculo)
	2) obter informações
	3) dar informações (ativação comportamental)
	4) atividades durante o encontro
	5) apresentar estratégias de prevenção de recaída
	6) término do encontro (revisão das atividades do encontro) e agendamento do próximo

	Encontro 11
	1) Início (vínculo)
	2) obter informações
	3) dar informações (ativação comportamental)
	4) atividades durante o encontro
	5) apresentar estratégias de prevenção de recaída
	6) término do encontro e despedida.

ANEXO C**Entrevista de Seguimento (parte qualitativa)**

Agora eu quero conversar com você sobre os atendimentos que você recebeu em casa. Eu gostaria de saber o que você achou, como foi sua experiência e se tem alguma sugestão para melhorar o atendimento. Você gostaria de falar alguma coisa?

- 1) Você se lembra do nome da profissional do Posto de Saúde que veio na sua casa fazer o atendimento?

(Perguntas sobre Identificação da depressão)

Antes de começar o atendimento que recebeu durante os últimos meses, você sabia que tinha depressão?

( ) Sim ( ) Não

Se sim:

- 1.1) Há quanto tempo?
1.2) Quem identificou a depressão?
1.3) Você já havia feito algum outro tratamento (por exemplo: uso de medicação ou terapia)?

(Perguntas sobre a Intervenção)**(a. Task shifting)**

- 2) Você sabe me dizer qual é o cargo do (nome do agente de saúde) na equipe do Posto de Saúde?
3) O que você achou de ser atendido por ela?
4) Em algum momento você ficou em dúvida se esta profissional, que é (falar Agente comunitário de Saúde ou Auxiliar de enfermagem), seria capaz de fazer o atendimento?

( ) Sim ( ) Não

Se sim:

- 4.1) Esta insegurança mudou depois que o atendimento começou?

( ) Sim ( ) Não

(b. Colabrative care)

- 5) Durante o atendimento, você foi à alguma consulta com o seu médico no posto de saúde? Você conversou sobre os problemas da depressão?

( ) Sim ( ) Não

Se sim:

- 5.1) Foi você que pediu a consulta ou foi a _____ (ACS/AE) que sugeriu marcar esta consulta?
5.2) Esta consulta ajudou no seu tratamento para depressão?

5.3) Você percebeu alguma diferença no tratamento que você recebe no Posto de Saúde depois que iniciou o seu atendimento para depressão com a _____ (ACS/AE)? Se sim, poderia me dar um exemplo?

(c. Protocolo Padronizado)

Nos últimos meses, você teve ____ encontros com a _____ (ACS/AE). Em cada encontro, a _____ (ACS/AE) conversou com você e mostrou vídeos sobre assuntos diferentes.

- 6) Para você, o número de encontros foi:
- ( ) Mais do que precisava ( ) Menos do que precisava ( ) O suficiente
- 7) O que você achou deste tipo de atendimento que a ACS/AE segue os assuntos do *Tablet* para cada encontro?
- 8) Quando você sentiu necessidade de discutir outros assuntos com a ACS/AE, você conseguiu? O que você gostava de conversar?
- 9) No início, os encontros eram toda semana. Depois a cada quinze dias e no final, uma vez por mês. O tempo entre os encontros teve algum impacto no seu atendimento?
- 10) Se você pudesse escolher, como você gostaria que fosse o tempo entre os encontros?

(d. Intervenção complexa)

No atendimento que você recebeu para a depressão, você e a _____ (ACS/AE) fizeram muitas coisas juntos. Em todos os encontros, você respondeu perguntas sobre como estava se sentindo na última semana e sobre outros tratamentos de saúde que você faz. No início, você assistiu vídeos sobre o que é depressão, sobre a roda da piora e da melhora da depressão e sobre como prevenir acidentes em casa. Depois, em vários encontros, vocês conversaram e assistiram vídeos sobre atividades prazerosas que podem ajudar a melhorar os problemas da depressão. Vocês sempre planejaram atividades para você fazer entre os encontros. Vocês também conversaram sobre os comportamentos que as pessoas fazem muito ou deixam de fazer. No final, você aprendeu sobre como prevenir que a depressão volte. Nossa, eu acho que foram muitas coisas! Você também acha?

- 11) O que você achou de fazer tantas coisas diferentes no *Tablet* e com a ACS/AE durante o atendimento? Responder questionário sobre depressão, ver vídeos, fazer as atividades como a roda da melhora
- 12) Qual destas atividades você gostava mais de fazer? (Quer que eu repita as atividades?)
- 13) Você se lembra que em um encontro a ACS/AE falou da Roda da Piora e da Melhora da Depressão?
- ( ) Sim ( ) Não

Se sim:

De que você se lembra?

13.1) A Roda da Piora e da Melhora da depressão, aquela que os bonequinhos mostram o que fazer para se sentir melhor, ajudou você a aprender o que fazer para se sentir melhor?

☐ Sim ☐ Não

14) Nos encontros com a _____ (ACS/AE), você sempre escolhia e planejava atividades para você fazer entre os encontros. Você lembra?

☐ Sim ☐ Não

Se sim:

14.1) O que você achou de ter que fazer essas atividades entre os encontros?

14.2) Você conseguia fazer as atividades combinadas?

☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

14.3) Quando você **não** conseguia, qual era o principal **motivo** que lhe impedia de realizar as atividades combinadas nos encontros?

☐ Financeiro (falta de dinheiro)

☐ Dificuldade de mobilidade

☐ Problemas familiares

☐ Problemas relacionados à saúde física

☐ Outro. Qual?

15) Você lembra que em todos os encontros você respondeu algumas perguntas sobre como estava se sentindo na última semana? Dar exemplo de alguma pergunta

☐ Sim ☐ Não

Se sim:

15.1) Estas perguntas ajudaram você a saber como você estava se sentindo?

15.2) O que você achou de responder em todos os encontros, estas perguntas sobre como você estava se sentindo?

16) Durante o atendimento, você assistiu muitos vídeos. Teve algum vídeo que você gostou mais ou que ficou marcado na sua memória?

16.1) O que você achou dos personagens dos vídeos?

16.2) Você se lembra daquela moça que falava nos vídeos? Dava para entender o que ela falava?

16.3) No final do atendimento, você ganhou um DVD com os vídeos que você assistiu nos encontros. Você sabia que neste DVD tinham estes vídeos? Estes vídeos vão poder ajudar você mais para frente? Como?

No primeiro encontro com a agente de saúde, você recebeu uma caderneta. Agora vamos conversar sobre esta caderneta, você poderia mostrá-la para mim?

17) Você usou a caderneta? ( ) Sim ( ) Não

17.1) Você entendeu para o quê a caderneta servia?

Observar caderneta:

17.2) Os planejamentos de atividades estão preenchidos?

( ) Sim, totalmente ( ) Sim, parcialmente ( ) Não

17.3) Os agendamentos estão anotados?

( ) Sim, totalmente ( ) Sim, parcialmente ( ) Não

17.4) Outros comentários

Para terminar, quero fazer algumas perguntas sobre a sua opinião a respeito do atendimento que recebeu para a depressão. Vamos lá?

18. Você acha que o atendimento foi importante para você? Por quê?

19. O que foi a coisa mais importante que você aprendeu nestes encontros?

20. Pensando como você estava antes deste atendimento e em como você está agora, você se sente melhor dos sintomas da depressão?

I) Apenas para quem não fez nenhum encontro: Alguns meses atrás um pesquisador da nossa equipe veio na sua casa para fazer uma entrevista, lhe avaliou e lhe convidou para participar de um atendimento para depressão, feito por um profissional da UBS. Nessa ocasião, você aceitou participar do atendimento. O que fez você mudar de ideia e não querer participar do atendimento quando a ACS/AE veio à sua casa?

II) Apenas para quem interrompeu o atendimento: Você interrompeu o atendimento antes de ele terminar. Você poderia me dizer o motivo para interromper o atendimento com a profissional do Posto de Saúde?

21) O que você achou de receber os atendimentos em casa/UBS?

22) Você acha que no futuro poderá usar o que aprendeu nos encontros?

Você tem alguma dúvida, comentário, reclamação ou sugestão sobre este atendimento que recebeu?

ANEXO D

Roteiro - Grupo Focal com os agentes de saúde (ACS/AE)

“Há dois anos iniciamos os preparativos para realizar o PROACTIVE nesta UBS. Fizemos reuniões com os agentes de saúde (ACS, AE, gerente, enfermeiros) para desenvolver o programa, depois os idosos foram atendidos por vocês, e agora gostaríamos de conversar sobre esta experiência. A experiência com a PROACTIVE começou no momento que vocês ficaram sabendo que iriam participar e terminou com a finalização os atendimentos”.

Os tópicos abaixo serviram de roteiro para conduzir a discussão, não foram feitas perguntas conforme abaixo, apenas nas situações que era necessário redirecionar a conversa ou investigar algum tópico específico que não tenha sido falado espontaneamente.

(Expectativa)

1. Como vocês souberam que iriam participar do PROACTIVE? Como vocês receberam esta notícia? Quais eram suas expectativas antes de iniciar o trabalho? Estas expectativas iniciais se modificaram com o tempo? Quais experiências durante o PROACTIVE colaboraram para a mudança de expectativas?

(Demanda do programa)

2. O tempo que vocês precisaram dedicar ao PROACTIVE foi o que vocês imaginaram durante o treinamento? Como foi conciliar as suas tarefas na UBS com o PROACTIVE, vocês precisaram mudar a sua rotina? Em algum momento vocês se sentiram sobrecarregadas por participar do PROACTIVE?

(Apoio institucional)

3. Vocês receberam suporte dos outros membros da equipe e gerente da UBS para participar do PROACTIVE? Vocês se sentiram reconhecidas pelas equipes e gerente da UBS por terem participado do PROACTIVE? Quais incentivos vocês gostariam de ter recebido da sua equipe e da gerência?

(Atendimento de saúde mental)

4. Durante o PROACTIVE vocês atenderam idosos com depressão. Vocês se sentiram à vontade fazendo este trabalho? O que as motivava ou desmotivava mais nos atendimentos? Vocês se sentiram acolhidas/reconhecidas pelos idosos? Quais foram os maiores desafios deste trabalho?

(Efetividade do trabalho)

5. Vocês acham que o PROACTIVE ajudou os idosos? Por quê? Vocês acham que os conteúdos dos atendimentos foram efetivos?
Vocês acham que os conteúdos apresentados nos atendimentos ajudaram a motivar os idosos? Nas nossas conversas anteriores vocês falaram que apesar de vocês sugerirem atividades (antes do PROACTIVE) era muito difícil que os idosos seguissem as suas sugestões “Fazer é a parte mais difícil”. O PROACTIVE ajudou de alguma forma a diminuir esta dificuldade?

Vocês também contaram que os idosos consideravam que a “Depressão é algo normal da idade”. Vocês acham que esta ideia mudou com o atendimento (idosos e famílias)? Vocês acham que a duração de cada atendimento e o número de atendimentos foram suficientes para a melhora da depressão?

(Cuidado colaborativo)

6. Como foi a comunicação com a equipe durante os atendimentos? Vocês acham que as equipes se interessaram pelos casos (problemas da depressão e problemas físicos)? Vocês conseguiram discutir os casos quando precisaram?

(Treinamento e supervisão)

7. Antes de iniciar os atendimentos vocês receberam um treinamento de 3 dias e depois supervisão durante todo o período dos atendimentos. Vocês se sentiram amparadas com o apoio oferecido? Quando vocês precisaram tirar dúvidas, vocês conseguiram? Quais eram suas dúvidas mais comuns?

(Uso de tecnologia)

8. Uma parte importante do PROACTIVE foi o uso de tecnologia. Durante os atendimentos, vocês usaram um *Tablet* com o aplicativo do PROACTIVE. Vocês já usaram tecnologia (*Tablets*, computadores, aplicativos) em algum outro programa de atendimento aqui na UBS? O que vocês acharam de trabalhar com o auxílio do *Tablet* e do aplicativo? Vocês tiveram dificuldade para usar o *Tablet* e o aplicativo? Quais?

(*Tablet*)

9. Como vocês se organizaram para usar os *Tablets* (mais de uma pessoa)? Foi importante ter um livro de entrada e saída dos *Tablets*? Como foi para se organizar para carregar e guardar os *Tablets* na UBS? Teve algum problema de segurança com os *Tablets* (rua, casas, etc)?

(Finalização)

10. O PROACTIVE teve algum impacto na sua vida no trabalho ou pessoal? O que mais vocês gostaram ou não gostaram?

(Sugestões)

11. Vocês gostariam de falar alguma coisa que nós não conversamos? Sugestões para melhorar o PROACTIVE?

ANEXO E

COREQ-32

Domínio 1- Equipe de pesquisa e flexibilidade		
Características pessoais		Reportado na página:
1. Entrevistador/facilitador	Quem conduziu a entrevista ou o grupo focal?	30, 32
2. Credenciais-	Quais as credenciais do pesquisador. Exemplo: PhD, Mestre, etc.	30, 32
3. Ocupação	Qual era a sua ocupação na época?	30, 32
4. Gênero	O pesquisador era homem ou mulher?	30, 32
5. Experiência e treinamento	Que experiências ou treinamento o pesquisador teve?	30, 33, 34
Relacionamento com os participantes		
6. Relacionamento anterior	Foi estabelecida uma relação antes do início do estudo?	22
7. Conhecimento do entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o entrevistador	30, 31
8. Características do entrevistador	Quais as características que foram relatadas sobre o entrevistador? Razões e interesses.	31
Domínio 2- Projeto de estudo		
Estrutura teórica		
9. Orientação metodológica e teoria	Que orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo?	27, 28, 30-35
Seleção dos participantes		
10. Amostragem exemplo	Como foram selecionados os participantes? Proposital, conveniência, bola de neve?	28, 29
11. Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Encontros pessoais, correio, e-mail?	29
12. Tamanho da amostragem	Quantos participantes estavam no estudo?	28, 29
13. Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Razões?	41, 45
Configuração		
14. Coleta de dados	Onde foram coletados os dados? Casa, clínica, hospital, local de trabalho.	30, 31, 32
15. Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos pesquisadores e participantes?	36, 37
16. Descrição da amostra	Quais as características importantes da amostra? Dados demográficos e data.	42, 46
Coleta de dados		
17. Guia de entrevista	Perguntas, instruções, guias foram fornecidos pelos autores? Foi testado o piloto?	22
18. Repetição de entrevistas	As entrevistas foram repetidas? Se sim, quantas?	n/a

19. Gravação de áudio/visual	Foi utilizada gravação de áudio na coleta?	31-33, 35
20. Notas de campo- anotações	Foram feitas anotações durante e/ ou após a entrevista ou grupo focal?	31-33, 35
21. Duração	Qual foi a duração das entrevistas ou grupo focal?	31, 32
22. Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	
23. Transcrição retomada	Transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	33, 36
Domínio 3- Análise e conclusões		
Análise de dados		
24. Número de codificadores de dados	Quanto codificadores codificaram os dados?	36, 43, 47
25. Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	36, 43, 47
26. Derivação de temas	Os temas foram identificados com antecedência ou derivados dos dados?	35, 43, 46, 47, 49
27. Software	Se necessário, qual software, foi usado para gerenciar os dados.	n/a
28. Feedback aos participantes	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	n/a
Emissão de relatórios		
29. Cotações apresentadas	Falas dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas / descobertas? Cada fala foi identificada? Número de participantes.	43 - 51
30. Dados e conclusões consistentes	Houve coerência entre os dados apresentados e as conclusões?	36-51
31. Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	36-51
32. Clareza de temas menores	Houve uma descrição de diversos casos ou a discussão de temas menores?	43 - 51

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357
 Traduzido por: Deborah Mendes Oliveira, SCRIBD, 2019.

ANEXO F**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**

Estudo: Ensaio clínico controlado e randomizado por agrupamento para depressão em idosos residentes em áreas socioeconomicamente desfavorecidas de São Paulo, Brasil: Estudo Piloto.

Pesquisadores Responsáveis: Dra. Marcia Scazufca (Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) e Prof. Dr. Ricardo Araya (London School of Hygiene and Tropical Medicine)

Prezada participante,

Somos pesquisadores do Laboratório de Investigação Médica 23 do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Recentemente você foi convidada a participar de uma conversa em grupo para discutir suas impressões sobre nosso estudo sobre depressão em idosos. Neste estudo, é importante que sejam registradas imagens por meio de fotografias, de vídeos e áudios. Este material deve ser usado exclusivamente para fins de pesquisas, ou seja, será utilizado apenas com fins científicos e não comerciais. Por isso, solicitamos a sua autorização para tirarmos fotografias, gravarmos vídeos e áudios durante as reuniões. Se desejar, você poderá obter mais informações com a Dra. Marcia Scazufca, pelo telefone (11) 2661-6978.

Depois de conhecer os objetivos da atividade proposta, AUTORIZO, por meio deste termo, a realização de fotografias e vídeos sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização dessas fotografias e vídeos para fins exclusivamente científicos e de estudos em favor dos pesquisadores acima especificados.

São Paulo, _____ de _____ de 2016.

_____
Pesquisador responsável

_____
Participante

Este termo possui duas vias de igual teor (idênticas), uma para posse do(a) participante e a outra para os pesquisadores.

8. REFERÊNCIAS

- Abas, M., Bowers, T., Manda, E., Cooper, S., Machando, D., Verhey, R., Lamech, N., Araya, R., & Chibanda, D. (2016). 'Opening up the mind': problem-solving therapy delivered by female lay health workers to improve access to evidence-based care for depression and other common mental disorders through the Friendship Bench Project in Zimbabwe. *International journal of mental health systems*, 10, 39.
- Almeida O, Forlenza, OV, Lima NKC et al. 1997. Psychiatric morbidity among elderly in a primary care setting – report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*. 12: 728-36.
- Andersson G. Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:157-179. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006
- Baine SO, Kasangaki A, Baine EMM. Task shifting in health service delivery from a decision and policy makers' perspective: a case of Uganda. *Hum Resour Health*. 2018;16(1):20. Published 2018 May 2. doi:10.1186/s12960-018-0282-z
- Bardin, L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010. p.126.
- Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:51–4. pmid:16403038
- Beck CLC, Gonzales RMB, Leopardi MT. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na Saúde. Santa Maria: Palotti; 2001. p. 223-44
- Björkelund C, Svenningsson I, Hange D et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):28. Published 2018 Feb 9. doi:10.1186/s12875-018-0711-z
- Boruch, R. (1997). Randomized experiments for planning and evaluation: A practical guide. Thousand Oaks: Sage.
- Bosi, Maria Lúcia Magalhães; MACEDO, Marcos Aurélio. **Anotações sobre a análise crítica de discurso em pesquisas qualitativas no campo de saúde**. VER. Bras. Saude Mater. Infant., 2014, vol. 14, no. 4, p. 423-432.
- Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *Br J Psychiatry*. 2005; 186:11-17. doi:10.1192/bjp.186.1.11
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Sage Publications, Inc

Bradley F, Wiles R, Kinmonth AL, Mant D, Gantley M. *BMJ*. 1999 Mar 13; 318(7185):711-5.

Brannen J. Mixing methods: the entry of qualitative and quantitative approaches into the research process. *Int J Soc Res Methodol* 2005;8:173–184.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887

Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol, RG, Fu SS, Hagedorn H, Wilt TJ. Integration of Mental Health/Substance Abuse and Primary Care No. 173 (Prepared by the Minnesota Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0009.) AHRQ Publication No. 09-E003. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. October 2008.

Cahachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist* 2008;48:593–602.

Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. *BMJ*. 2000 Sep 16; 321(7262):694-6.

Campolina, A.G, et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1218-20, 2013.

Chen S, Conwell Y, Xue J et al. Protocol of an ongoing randomized controlled trial of care management for comorbid depression and hypertension: the Chinese Older Adult Collaborations in Health (COACH) study. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):124. Published 2018 May 29. doi:10.1186/s12877-018-0808-1

Chisholm D et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *The Lancet*. Volume 370 , Issue 9594 , 1241 – 1252, 2007. doi:10.1016/S0140-6736(07)61242-2

Cooper B, Fearn R. 1998. Dementia care needs in an area population: case register data and morbidity survey estimates. *Int J Geriatr Psychiatry* 13: 550-5.

Coupe N, Anderson E, Gask L, Sykes P, Richards DA, Chew-Graham C. Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care: a qualitative study utilising normalisation process theory. *BMC Fam Pract.* 2014;15:78. doi: 10.1186/1471-2296-15-78

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: new guidance. Medical Research Council.

Crawford MJ, Prince M, Menezes PR et al. 1998. The recognition and treatment of depression in older people in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 13: 172-6.

David M. Clark (2011) Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience, *International Review of Psychiatry*, 23:4, 318-327, DOI: 10.3109/09540261.2011.606803

Donavan J, Sanders C. Key issues in the analysis of qualitative data in health services research. In: Bowling A, Ebrahim S, editors. *Handbook of Health Research Methods*. Berkshire: Open University Press; 2005. p. 515–32.

Downs M. The role of general practice and the primary care team in dementia diagnosis and management. 1996. *Int J Geriatr Psychiatry* 11: 937-42.

Eghaneyan BH, Sanchez K, Mitschke DB. Implementation of a collaborative care model for the treatment of depression and anxiety in a community health center: results from a qualitative case study. *J Multidiscip Health.* 2014; 7:503–13

Ekers D, Richards D, Gilbody S. A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychol Med.* 2008; 38(5):611-23

Ekers DM, Richards D, McMillan D, Bland JM, Gilbody S. Behavioural activation delivered by the non-specialist: Phase II randomised controlled trial. 2011. *The British Journal of Psychiatry.* 198: 66-72.

Ekers DM, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; An updated meta-analysis of effectiveness and sub-group analysis. *PLoS ONE.* 2014; 9(6): e100100.

Ferrinho, P., Sidat, M., Goma, F. *et al.* Task-shifting: experiences and opinions of health workers in Mozambique and Zambia. *Hum Resour Health* 10, 34 (2012). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-34>.

Franx G, Oud M, de Lange J, Wensing M, Grol R. Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. *Implement Sci.* 2012;7:8. Published 2012 Jan 31. doi:10.1186/1748-5908-7-8

Gask L, Bower P, Lovell K, Escott D, Archer J, Gilbody S et al. What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the normalization process model. *Implement Sci.* 2010;5:15. doi: 10.1186/1748-5908-5-15.

Geertz, Clifford. **Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura.** In: A interpretação das culturas. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, p. 13-41; 1998.

Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med.* 2006 Nov 27;166(21):2314-21

Gilbody S, Lewis H, Adamson J et al. Effect of Collaborative Care vs Usual Care on Depressive Symptoms in Older Adults With Subthreshold Depression: The CASPER Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2017;317(7):728-737. doi:10.1001/jama.2017.0130

Gondim, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, v. 12, n. 24, 149-161, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2018

Grewal I, Lewis J, Flynn T, Brown J, Bond J, Coast J. Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities? *Sis Sci Med.* 2006;62(8):1891–1901.

Hall CA, Reynolds-Iii CF. Late-life depression in the primary care setting: challenges, collaborative care, and prevention. *Maturitas.* 2014;79(2):147-152. doi:10.1016/j.maturitas.2014.05.026

Hanlon C, Alem A, Medhin G et al. Task sharing for the care of severe mental disorders in a low-income country (TaSCS): study protocol for a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Trials.* 2016;17:76. Published 2016 Feb 11. doi:10.1186/s13063-016-1191-x

Härter M, Klesse C, Bermejo I, Schneider F, Berger M. Unipolar depression: diagnostic and therapeutic recommendations from the current S3/National Clinical Practice Guideline. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(40):700-708. doi:10.3238/arztebl.2010.0700

Härter M, Watzke B, Daubmann A et al. Guideline-based stepped and collaborative care for patients with depression in a cluster-randomised trial. *Sci Rep.* 2018;8(1):9389. Published 2018 Jun 20. doi:10.1038/s41598-018-27470-6

Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how "out of control" can a randomised controlled trial be. *BMJ*. 2004;328(7455):1561-1563. doi:10.1136/bmj.328.7455.1561

Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L) Qual Life Res. 2011;20(10):1727–1736

Huang H, Menezes PR, da Silva SA, Tabb K, Barkil-Oteo A, Scazufca M. The association between depressive disorders and health care utilization: results from the Sao Paulo ageing and health study (SPAH). *General hospital psychiatry*. 2014; 36(2):199–202. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.11.003

Huang H, Russo J, Von Korff M, Ciechanowski P, Lin E, Ludman E et al. The effect of changes in depressive symptoms on disability status in patients with diabetes. *Psychosomatics*. 2012; 53(1):21–9. doi: 10.1016/j.psych.2011.07.001 PMID: 22221718

Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, Lin EHB et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006;332: 259-62.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2004, *Projeção da População do Brasil: 1980-2050*. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao. Acesso em: 22 mai. 2018

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sinopse do Censo Demográfico 2011*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acesso em: 25 jan. 2019.

Júnior, V. O. et al. “Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders.” *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 19 (2016): 21-33.

Kalache, A; Veras, R P & Ramos, L R. 1987. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev. Saúde Públ*, 21:200-210.

Katon W, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60:897–903. PMID: 12963671

Katon, W, M. Schoenbaum, M.Y. Fan, C.M. Callahan, J.W. Williams Jr., E. Hunkeler et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (2005), pp. 1313-1320

Knowles SE, Chew-Graham C, Coupe N, Adeyemi I, Keyworth C, Thampy H et al. Better together? A naturalistic qualitative study of inter-professional working in collaborative care for co-morbid depression and physical health problems. *Implement Sci*. 2013;8:110.

doi: 10.1186/1748-5908-8-110.

Kosik K. **Dialética do concreto**. 7 ed. Tradução de Célia Beves e Aderico Tóribio. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.

Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606–13.

Graaf, LE, Gerhards, SAH et al. One-year follow-up results of unsupported online computerized cognitive behavioural therapy for depression in primary care: A randomized trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Volume 42, Issue 1, March 2011. p. 89-95.

Lakatos, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Levav I, Kohn R, Montoya I et al. 2004. Training Latin American primary care physicians in the WPA module on depression: results of a multicenter trial. *Psychol Med* 35: 35-45.

Lewin S, Glenton C, Oxman AD. Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. *BMJ*. 2009;339:b3496. Published 2009 Sep 10. doi:10.1136/bmj.b3496

Lewis H, Gilbody S, Adamson J et al. Effect of Collaborative Care vs Usual Care on Depressive Symptoms in Older Adults With Subthreshold Depression: The CASPER Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017;317(7):728-737. doi:10.1001/jama.2017.0130

Löppönen M, Raia I, Isoaho R et al. 2003. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care – a more active approach is needed. *Age Ageing* 32: 606-612.

Mari JJ, Iaconi E, Williams P et al. 1987. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev Saude Publ*. 21(6): 501-7.

Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T. The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2015;13:55. Published 2015 Jul 7. doi:10.1186/s12960-015-0049-8

Matsuzaka CT, Wainberg M, Norcini Pala A et al. Task shifting interpersonal counseling for depression: a pragmatic randomized controlled trial in primary care. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):225. Published 2017 Jun 21. doi:10.1186/s12888-017-1379-y

Minayo, M. C. de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**, São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1992.

Minayo, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Minayo, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008

Mitchell N, Hewitt C, Adamson J, Parrott S, Torgerson D, Ekers DM, Holmes J, Lester H, McMillan D, Richards D, Spilsbury K, Godfrey C, Gilbody S. A randomised evaluation of CollABorative care and active surveillance for Screen-Positive EldeRs with sub-threshold depression (CASPER): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2011; 12:225. doi: 10.1186/1745-6215-12-225

Murtagh M J, Thomson R G , May C R, Rapley T, Heaven B R, Graham R H, Kaner E F, Stobbart L, Eccles M P. Qualitative methods in a randomised controlled trial: the role of an integrated qualitative process evaluation in providing evidence to discontinue the intervention in one arm of a trial of a decision support tool. *Qual Saf Health Care*. 2007 Jun; 16(3): 224–229

Nações Unidas. 2004, World Population Prospects. The 2004 Revision. Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlights_finalrevised.pdf. Acesso em: 19 jan. 2019.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010.

Nunes, Edson de Oliveira (Org.). **A aventura sociológica – Objetividade, paixão, imprevisto e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978. 331 p.

Nutting PA, Gallagher KM, Riley K, White S, Dietrich AJ, Dickinson WP. Implementing a depression improvement intervention in five health care organizations: experience from the RESPECT-depression trial. *Adm Policy Ment Health*. 2007;34(2):127–37. doi: 10.1007/s10488-006-0090-y.

Oakley, A., Strange, V., Bonell, C., Allen, E., Stephenson, J., & Team, R. S. (2006). Process evaluation in randomised controlled trials of complex interventions. *British Medical Journal*, 332, 413-416

O'Cathain A, Goode J, Drabble SJ, Thomas KJ, Rudolph A, Hewison J. Getting added value from using qualitative research with randomized controlled trials: a qualitative interview study. *Trials*. 2014;15:215. Published 2014 Jun 9. doi:10.1186/1745-6215-15-215;

Oishi SM, Shoai R, Katon W, Callahan C, Unutzer J, Inv I. Impacting late life depression: integrating a depression intervention into primary care. *Psychiat Quart*. 2003;74(1):75–89. doi: 10.1023/A:1021197807029.

Olafsdottir M; Marcusson J & Skoog I. 2001. Mental disorders among elderly in primary care: the Linköping study. *Acta Psychiatr Scand*, 104: 12-18.

Oliveira, M; Freitas, H.M.R. Focus Group – pesquisa qualitativa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento. *Revista de Administração, São Paulo*. V. 33, n. 3, p. 83-91, julho/setembro, 1998.

Overbeck G, Davidsen AS, Kousgaard MB. Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review. *Implement Sci*. 2016;11(1):165. Published 2016 Dec 28. doi:10.1186/s13012-016-0519-y

Overend K, Lewis H, Bailey D et al. CASPER plus (Collaborative care in Screen-Positive EldeRs with major depressive disorder): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2014 Nov;15:451. DOI: 10.1186/1745-6215-15-451.

Padmanathan P, De Silva MJ. The acceptability and feasibility of task-sharing for mental healthcare in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2013;97:82-86. doi:10.1016/j.socscimed.2013.08.004

Parsons JA, Yu CH, Baker NA et al. Practice Doesn't Always Make Perfect: A Qualitative Study Explaining Why a Trial of an Educational Toolkit Did Not Improve Quality of Care. *PLoS One*. 2016;11(12):e0167878. Published 2016 Dec 28. doi:10.1371/journal.pone.0167878

Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;376(9758):2086-2095. doi:10.1016/S0140-6736(10)61508-5

Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012

Prince M, Acosta D, Chiu H et al. 2003. Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *Lancet* 361(9361): 909-17

Queiroz, Maria Isaura P. Relatos orais: do 'indizível' ao 'dizível'. **Ciência e cultura**, São Paulo, 39 (3): 272-286, mar., 1987.

Richards, L. and Morse, J.M. (2007) *Readme First for a User's Guide to Qualitative Methods*. Sage Publications, Thousand Oaks.

Sander M, Oxlund B, Jespersen A et al. The challenges of human population ageing. *Age Ageing*. 2015;44(2):185-187. doi:10.1093/ageing/afu189

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early

detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993;88(6):791–804.

Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370(9590):878-889. doi:10.1016/S0140-6736(07)61239-2

Scazufca M et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(9): 416-22.

Scazufca M et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44(3): 247-54.

Scazufca M, de Paula Couto MCP, Henrique MG et al. Pilot study of a two-arm non-randomized controlled cluster trial of a psychosocial intervention to improve late life depression in socioeconomically deprived areas of São Paulo, Brazil (PROACTIVE): feasibility study of a psychosocial intervention for late life depression in São Paulo. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1152. Published 2019 Aug 22. doi:10.1186/s12889-019-7495-5

Scazufca M, Menezes P, Tabb K, Kester R, Rössler W, Huang H. Identification and treatment of depression of older adults in primary care: Findings from the São Paulo Ageing and Health Study. *Family Practice*. 2016; 33:233-237.

Scazufca M, Menezes PR, Vallada HP et al. 2007. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr* (no prelo).

Scazufca, M; Couto, de Paula Couto MCP; Huang, Hsiang; *et al*. Public Stigma towards Older Adults with Depression: Findings from the São Paulo-Manaus Elderly in Primary Care Study. *PLOS ONE*, San Francisco, v. 11, n. 16, p. 16 , 2016. doi: 10.1371/journal.pone.0157719.

Schraiber, L. B. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em Saúde Coletiva In: BAPTISTA TWF; AZEVEDO CS; MACHADO CV; organizadores. (Org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. 1 ed. Rio de Janeiro – RJ: Editora Fiocruz, 2015, v. 1, p. 33-57

Shinde S, Andrew G, Bangash O, Cohen A, Kirkwood B, Patel V. The impact of a lay counselor led collaborative care intervention for common mental disorders in public and private primary care: a qualitative evaluation nested in the MANAS trial in Goa, India. *Soc Sci Med*. 2013;88:48-55. doi:10.1016/j.socscimed.2013.04.002

Shorten A, Smith J. Mixed methods research: expanding the evidence base. *Evid Based Nurs*. 2017;20(3):74-75. doi:10.1136/eb-2017-102699

Simpson A, Richards D, Gask L, Hennessy S, Escott D. Patients' experiences of receiving collaborative care for the treatment of depression in the UK: a qualitative

investigation. *Ment Health Fam Med*. 2008;5(2):95-104.

Stein-Shvachman I, Karpas DS, Werner P. Depression Treatment Non-adherence and its Psychosocial Predictors: Differences between Young and Older Adults?. *Aging Dis*. 2013;4(6):329-336. Published 2013 Sep 20. doi:10.14336/AD.2013.0400329

Taylor AK, Gilbody S, Bosanquet K et al. How should we implement collaborative care for older people with depression? A qualitative study using normalisation process theory within the CASPER plus trial. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):116. Published 2018 Jul 18. doi:10.1186/s12875-018-0813-7

Terence, ACF; ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. Anais. Fortaleza, CE[s.n.], 2006.

Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, et al. Collaborative Care to Improve the Management of Depressive Disorders, A Community Guide Systematic Review and Meta-Analysis. Guide to community preventive services, volume 42, issue 5, P525-538, May 01, 2012

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357.

Topooco N, Riper H, Araya R, et al. (2017) Attitudes towards digital treatment for depression: a European stakeholder survey. *Internet Interv* 8:1–9

Unützer J, Katon W, Callahan CM et al. Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2002;288(22):2836–2845. doi:10.1001/jama.288.22.2836

Unützer J, Katon W, Sullivan M et al. 1999. Treating depressed older adults in Primary Care: narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *Milbank Q* 77(2): 225-56

Van de Ven P, Araya R, P de Paula Couto MC et al. Investigating Software Requirements for Systems Supporting Task-Shifted Interventions: Usability Study. *J Med Internet Res*. 2019;21(11):e11346. Published 2019 Nov 12. doi:10.2196/11346

Van den Berg P, Kendal S, Alderson HV, Body R. An exploration of patients' experiences of participation in a randomised controlled trial of the Manchester Acute Coronary Syndromes (MACS) decision rule. *Emerg Med J*. 2017;34(9):593-598. doi:10.1136/emered-2016-206073

Vergara, Sylvia Constant. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

Viana MC, Andrade LH. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the

São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Braz J Psychiatry* 2012; 34:249-60

Victora, C.; Knauth, D.; Hassen, M. N. Método etnográfico de pesquisa In: **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo editora, 2000. cap. 5, p. 53-59

Wall JT, Kaiser BN, Friis-Healy EA, Ayuku D, Puffer ES. What about lay counselors' experiences of task-shifting mental health interventions? Example from a family-based intervention in Kenya. *Int J Ment Health Syst.* 2020; 14:9. Published 2020 Feb 20. doi:10.1186/s13033-020-00343-0

Whitebird RR, Solberg LI, Jaekels NA, Pietruszewski PB, Hadzic S, Unutzer J et al. Effective implementation of collaborative care for depression: what is needed? *Am J Manag Care.* 2014;20(9):699–707.

World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017. Licence: CC BY –NC-SA 3.0 IGO. Disponível em:

http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en. Acesso em: 15 fev. 2020.

World Health Organization: Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines. 2008, Geneva: World Health Organization. [Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>]Return to ref 55 in article. Acessado em: 15 nov. 2018