

Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns

Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders

Venício Aurélio Onofri Júnior¹
Vinícius Spazzapan Martins¹
Maria José Sanches Marin²

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Neste estudo propôs-se caracterizar os motivos que levaram os idosos à consulta médica e as condutas adotadas na Estratégia Saúde da Família, com ênfase nos aspectos relacionados à saúde mental, bem como identificar a prevalência de transtornos mentais e comparar com a abordagem descrita nas condutas médicas. Estudo descritivo e transversal, realizado com 219 idosos, por meio de análise dos prontuários e aplicação do *Self Response Questionnaire* (SRQ-20). Os 219 idosos tiveram uma média de três consultas/ano, 42,3% dos motivos da consulta foram para obter receita médica e 70,9% das condutas foram de prescrições de medicamentos. Houve oito encaminhamentos para os serviços especializados em saúde mental. Os medicamentos psiquiátricos mais prescritos foram os ansiolíticos (55%) e antidepressivos (29,7%). Escores do SRQ-20 acima de sete estiveram presentes em 19,6% dos idosos. Grande parte dos problemas não é detectada e nem sempre se seguem medidas adequadas. Cabe maior investimento nos fluxos e na definição de critérios de atendimento a essa população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Idoso; Saúde da Família.

Abstract

The aims of the present study were to characterize the reasons for medical appointments and treatment procedures of elderly people in the Estratégia Saúde da Família (“Family Health Strategy”) (ESF), with emphasis on mental health, as well as to identify the prevalence of common mental disorders, and compare this with the approaches described in medical records. A descriptive and cross-sectional study of 219 elderly persons was performed by reviewing medical records and applying a Self-Response Questionnaire (SRQ-20). For this population the average number of appointments per year was three, 42.3% of appointments were to obtain a medical prescription, and 70.9% of medical procedures involved the provision of medical prescriptions. There were eight referrals to specialized mental health services. The most prescribed psychiatric drugs were anxiolytics (55%), and antidepressants (29.7%). A total of 19.6% of the elderly persons had scores above seven in the SRQ-20. It was observed that a large proportion of mental disorders were not detected, and there was a failure in the procedures adopted. More investment in patient flow and the definition of assistance criteria for this population is required.

Key words: Primary Health Care; Mental Health; Elderly; Family Health.

¹ Faculdade de Medicina de Marília, Curso de Medicina. Marília-SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina de Marília, Curso de Enfermagem. Marília-SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde do idoso reveste-se de grande preocupação, considerando que essa faixa etária apresenta necessidades específicas que se caracterizam pela sua cronicidade e complexidade, o que interfere fortemente na sua qualidade de vida e demanda cuidados adequados. Nesse contexto, os problemas de saúde mental têm merecido atenção.

A noção de saúde mental envolve tanto as doenças mentais como os problemas de ordem emocional, uma vez que também afetam a qualidade de vida. Entre os idosos, constata-se um aumento dos problemas de saúde mental, o que se atribui aos eventos estressantes, presença de doenças, incapacidades e isolamento social.¹

As pessoas idosas com transtornos mentais são consideradas portadoras de duplo fardo, o que justifica uma atenção particular.² No entanto, ainda que nas últimas décadas tenham ocorrido mudanças nos modelos de atenção à saúde, no sentido de se buscarem concepções mais vinculadas à qualidade de vida e produção social da saúde; no tocante à saúde mental, tais iniciativas pouco se converteram em resultados práticos.

Além disso, representações sociais dos profissionais de saúde e da comunidade contribuem para que problemas relacionados à saúde mental dos idosos sejam confundidos com o processo natural do envelhecimento, levando a atrasos no diagnóstico e no tratamento de tais condições.³

No Brasil, foram instituídas e regulamentadas políticas públicas, como a Política Nacional do Idoso (PNI), em 1996, a qual tem como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.⁴ O Estatuto do Idoso, aprovado pela Lei n.º 10.741/2003, prevê as prioridades às normas de proteção aos direitos do idoso.⁵

Em 2006, no “Pacto pela Saúde”, na dimensão sobre o “Pacto em defesa da vida”, a saúde do idoso surge como uma das seis prioridades pactuadas.

No mesmo ano, foi revista e estabelecida a Portaria n.º 2.528, que estabeleceu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos, recuperar, manter e promover a autonomia e independência, em consonância com os princípios do SUS.⁶ Cabe destacar que essa portaria define que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a Atenção Primária/Saúde da Família.⁷

Nesta perspectiva, ao considerar a atenção básica como porta de entrada ao sistema de saúde e como responsável pela resolução de grande parte dos problemas, por meio das tecnologias de menor densidade tecnológica, considerando o vínculo, a responsabilização e a longitudinalidade do cuidado, espera-se que a saúde do idoso seja acompanhada e considerada nas suas múltiplas dimensões.

Referindo-se às Políticas de Atenção à Saúde Mental, a partir de 1978, inicia-se um movimento de “reforma psiquiátrica”, orientada à desospitalização e à criação de uma rede de serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa de Volta para Casa e o apoio matricial da saúde mental às equipes de atenção básica. Entretanto, na prática, observa-se que suas ações estão direcionadas mais fortemente para o atendimento dos quadros graves, crônicos e incapacitantes. A atenção aos transtornos menos graves e mais prevalentes foi deixada em segundo plano.⁸

Referindo-se à atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), faz-se patente importante lacuna quanto à incapacidade das equipes em atender adequadamente às necessidades de saúde mental da população de seus territórios. Atribui-se a isso, o grau de complexidade dessa atenção, o que se soma à incipiência das políticas públicas para a área, ocasionado uma grande distância entre as propostas e a realidade dos serviços.⁹

A Portaria n.º 154/MS, em 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), equipes que trabalham na lógica do apoio matricial e que podem contar com profissionais da área de

saúde mental.¹⁰ No entanto, em alguns municípios se observa que nas equipes do NASF, embora conte com psicólogos, faltam médicos psiquiatras, tanto devido à baixa oferta do profissional como à falta de priorização do mesmo na composição da equipe.

Tendo em vista as necessidades postas à organização dos serviços de saúde, em 2010, o Ministério da Saúde lançou Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção a Saúde (RAS), com a finalidade de assegurar o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência. Nessas diretrizes, à atenção primária foi atribuída a responsabilidade de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; organização dos fluxos e contrafluxos e responsabilização pelos usuários nos diversos pontos de atenção à saúde. A rede de atenção psicossocial foi definida como uma prioridade, no entanto, com ênfase no controle do uso de álcool e drogas ilícitas.¹¹

Frente ao crescente aumento da população de idosos, da alta prevalência de doenças mentais entre os mesmos e da incipiência na efetivação das políticas públicas, com vistas à melhoria das condições de vida e saúde dessa população, considera-se relevante obter dados que possam desencadear novas reflexões e propostas de intervenções relacionadas à atenção ao idoso na ESF, principalmente no tocante à saúde mental. O presente estudo parte dos seguintes questionamentos: quais as motivos e as queixas que levam os idosos a buscarem atendimento na ESF? Qual a prevalência de transtornos mentais entre os idosos e a sua relação com as condutas médicas? Dessa forma, este estudo objetivou caracterizar os motivos que levaram os idosos à consulta médica e as condutas adotadas, com ênfase nos aspectos relacionados à saúde mental, bem como identificar a prevalência de transtornos mentais e comparar com a abordagem descrita nas condutas médicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório na modalidade quantitativa, transversal, realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) de um

município de médio porte do interior paulista que conta com uma população de, aproximadamente, 218.000 habitantes. No seu modelo de atenção primária foi gradativamente implantada a ESF, que, atualmente, conta com 32 Unidades, abrangendo cerca de 50% da população. Essas unidades contam com apoio de duas equipes multiprofissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Quanto aos serviços especializados, sobretudo na área da saúde mental, o município conta com um CAPS II, atendimento psiquiátrico ambulatorial realizado em unidade de atendimento especializado (Policlínica) e atendimento psiquiátrico em quatro Unidades Básicas de Saúde.

A rede de atendimento à saúde mental é composta ainda por um Ambulatório Regional de Saúde Mental, que oferece atendimento médico especializado, atendimento psicoterápico, terapia ocupacional e suporte de assistente social; uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral, com 18 leitos; um CAPS AD, para atendimento de dependentes químicos; um hospital psiquiátrico conveniado ao SUS, que atende maiores de 18 anos para tratamento de transtornos mentais graves e dependência química; e um hospital-dia, com 30 vagas para tratamento de adultos.¹²

Dos 218.000 habitantes, 27.800 são idosos (maiores de 60 anos), o que representa um total de 12,7% em relação à população geral. A amostra total estudada abrangeu 219 pessoas idosas, definida a partir da prevalência de transtornos mentais esperada para essa população de 30%¹³ e de uma proporção de 50% de detecção desses casos por parte dos profissionais que realizaram os atendimentos nas unidades¹⁴ ($p=15\%$), com intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram coletados em seis USF, o que representa aproximadamente 20% do total de unidades do município, selecionadas a partir de sorteio. As unidades foram identificadas com as letras A, B, C, D, E e F e contam com uma população de idosos de 444, 514, 361, 172, 264 e 218, respectivamente. A amostra foi proporcional ao tamanho da população de idosos de cada USF selecionada. Foram verificados 49 prontuários na

USF A, 57 na B, 39 na C, 19 na D, 29 na E e 26 na F, que também ocorreu por meio de sorteio, a partir da lista dos idosos, que foram fornecidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2012, em duas etapas: na primeira, os dados foram obtidos a partir dos prontuários dos idosos selecionados (n=219) e, para isso, contou-se com um roteiro elaborado pelo próprio pesquisador, incluindo dados de identificação; motivo das consultas, as quais foram classificadas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, designada pela sigla CID 10; conduta médica nas consultas que tais idosos tiveram no período de um ano. Na segunda etapa, foram realizadas visitas domiciliares aos 219 idosos que tiveram seus prontuários analisados para a aplicação do *Self Response Questionnaire* (SRQ-20) com a finalidade de detectar a prevalência dos transtornos mentais. Neste estudo, foi utilizada a versão SRQ-20, com 20 questões voltadas para identificação de transtornos mentais leves, excluindo quadros psicóticos, transtornos relacionados ao consumo de álcool e crises convulsivas. O questionário SRQ-20 é dividido em quatro grupos de sintomas:¹⁵ humor depressivo-ansioso, que corresponde aos itens 6, 4, 9 e 10; sintomas somáticos, itens 1, 2, 3, 5, 7 e 20; decréscimo de energia vital, itens 8, 11, 12, 13, 18 e 19; e pensamentos depressivos, itens 14, 15, 16 e 17, de acordo com a respectiva frequência de resposta. Vale ressaltar que o valor de referência, ou “nota de corte”, usada no presente estudo, assim como a maioria dos estudos que utilizaram o mesmo instrumento foi de oito ou mais para identificar população sob risco de transtorno mental comum.¹⁵

Além disso, na visita domiciliar, para aqueles que haviam sido encaminhados para algum serviço especializado em saúde mental, foram coletados dados referentes ao percurso desse atendimento e à conduta adotada.

Na segunda etapa, foram incluídos 183 idosos, os quais responderam ao SRQ-20, uma vez que 14 (6,4%) se recusaram a participar, 16 (7,3%) não foram localizados no domicílio e seis (2,7%) idosos foram considerados cognitivamente incapazes de fornecer as informações.

Os dados obtidos foram dispostos em planilha do programa *Microsoft Office Excel 2010*. As análises foram realizadas utilizando-se o *software Statistica* versão 7.0. Na verificação de correlação entre os escores totais do SRQ-20 e a prescrição de medicamentos psiquiátricos, foi aplicado o teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi 0,05. Para verificar se havia maior prevalência de um dos quatro grupos de sintomas nas respostas obtidas no SRQ-20, compararam-se os escores parciais obtidos no referido questionário para cada sexo separadamente, a partir do teste ANOVA de Friedman. Adotaram-se como variáveis dependentes os escores parciais do SRQ-20 relativos a: sintomas somáticos, humor depressivo-ansioso, pensamentos depressivos e decréscimo de energia vital.

Esta pesquisa contou com a autorização da Secretaria Municipal da Saúde, com a aprovação do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP), sob protocolo n.º 179/12-SS, e com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sob protocolo n.º 691/12. Os idosos que participaram da segunda etapa do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram avaliados 219 prontuários de usuários de unidades de saúde da família. Quanto ao sexo dos idosos, 141(64,4%) eram mulheres. A faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos, com 105 idosos (47,9%), e 39 (17,8%) tinham 80 anos ou mais. O total de indivíduos por unidade e o total de consultas realizadas estão descritos na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos 219 idosos de acordo com a unidade de saúde e o número de consultas médicas no período de um ano. Marília, SP, 2013.

N.º consultas	A		B		C		D		E		F		Total (%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	12	24,4	8	14,8	18	46,1	3	15,7	6	20,6	12	46,1	59	27,0
1 a 5	27	55,1	35	61,4	20	51,3	7	36,8	14	48,3	12	46,1	115	52,5
6 a 10	8	16,3	11	19,3	1	2,6	6	31,6	6	20,7	1	3,8	33	15,0
11 ou +	2	4,0	3	5,2	0	0	3	15,8	3	10,4	0	0	8	3,5
Total	49	22,3	57	26,0	39	17,8	19	8,6	29	13,2	26	11,9	219	100,0

Os 219 idosos tiveram um total de 661 consultas no período de um ano, o que resultou em uma média de três consultas/idoso/ano. No entanto, destaca-se que 59 (27,3%) não passaram por consulta médica na unidade da ESF à qual pertenciam, sendo que nas unidades C e F essa proporção foi de 18 (46,1%) e 12 (46,1%), respectivamente. A média de consultas por unidade variou de 0,97 consulta por paciente na unidade C a 5,73 consultas por paciente na unidade D (tabela 1).

Nas 661 consultas realizadas, foram discriminados nos prontuários 981 motivos para

as mesmas, sendo 415 (42,3%) para obter receita médica, 337 (34,5%) referiram-se a queixas (sinais e sintomas) de diferentes sistemas do organismo e 72 (7,3%) para saber resultado de exames (tabela 2).

As 337 queixas (sinais e sintomas) citadas encontram-se distribuídas na tabela 3. Destaca-se que os sinais e sintomas mais frequentes referiram-se ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, 82 (24,0%); digestivo e respiratório, ambos com 39 (11,5%), seguidos dos sinais e sintomas relacionados aos transtornos mentais e comportamentais, 33 (10,0%).

Tabela 2. Distribuição dos motivos descritos para as consultas realizadas aos 219 idosos no período de um ano. Marília, SP, 2013.

Motivos	n	%
Obter receita médica	415	42,3
Queixas (sinais/sintomas)	337	34,5
Consulta de rotina	131	13,3
Resultado de exames	72	7,3
Outros	26	2,6
Total	981	100,0

Tabela 3. Distribuição do número de sinais e sintomas apresentados nas consultas médicas pelos 219 idosos no período de um ano, classificado por sistemas/aparelhos. Marília, SP, 2013.

Queixa (sintoma)	Nº Ocorrências	%
Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	82	24,0
Aparelho digestivo	39	11,5
Aparelho respiratório	39	11,5
Transtornos mentais e comportamentais	34	10,0
Aparelho geniturinário	29	8,6
Sistema nervoso	17	5,0
Aparelho circulatório	12	3,5
Pele e tecido subcutâneo	10	2,9
Ouvido e apófise mastoide	8	2,3
Lesões	6	1,8
Olhos e anexos	4	1,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	0,9
Outras queixas	55	16,3
Total	337	100,0

A partir das 661 consultas médicas realizadas, foram prescritas 1.385 condutas, sendo 982 (70,9%) prescrições de medicamentos, 293 (21,2%) solicitações de exames complementares e 110 (7,9%) encaminhamentos para outros serviços de saúde. Dentre as prescrições de medicamentos, 280 (28,5%) foram para os transtornos mentais e do comportamento. Quanto aos encaminhamentos, houve maior número para serviços de pronto atendimento e oito (7,3%) para serviços especializados de saúde mental.

Na tabela 4 encontram-se distribuídos os medicamentos prescritos para os transtornos mentais e do comportamento de acordo com a classe medicamentosa: ansiolíticos, com 55% do total de prescrições; antidepressivos, com

29,7%; antipsicóticos, com 6,4%; estabilizadores do humor, com 7,8%; e antiparkinsonianos e anticonvulsivantes, ambos com 1,5% das prescrições. Os medicamentos mais prescritos foram diazepam (20,0%), clonazepam (19,6%), amitriptilina (15,0%) e fluoxetina (7,9%).

O questionário SRQ-20 foi aplicado em 183 idosos, sendo 115 (62,8%) do sexo feminino, e um total de 36 (19,6%) indivíduos apresentaram escores acima de sete pontos.

Na presente amostra, o aspecto que apresentou maior média de respostas afirmativas foi humor depressivo-ansioso, com 35,24%; seguido de decréscimo de energia vital, com 23,4%; sintomas somáticos, com 19,66%, e pensamentos depressivos, 15,56% (tabela 5).

Tabela 4. Distribuição dos medicamentos indicados para transtornos mentais e do comportamento receitados aos 219 idosos de acordo com a classe medicamentosa. Marília, SP, 2013.

Medicação	n	%
Ansiolíticos	154	55,0
Diazepam	56	20,0
Clonazepam	55	19,6
Bromazepam	22	7,9
Alprazolam	9	3,2
Nitrazepam	7	2,5
Flunitrazepam	5	1,8
Antidepressivos	78	29,7
Amitriptilina	42	15,0
Fluoxetina	22	7,9
Limbitrol (Amitrip/Clordiazepóxido)	5	1,8
Imipramina	3	1,1
Citalopram	2	0,7
Venlafaxina	2	0,7
Mirtazapina	1	0,4
Sertralina	1	0,4
Antipsicóticos	18	6,4
Clorpromazina	8	2,9
Sulpirida	7	2,5
Risperidona	2	0,7
Haloperidol	1	0,4
Estabilizador do humor	22	7,8
Carbamazepina	17	6,0
Carbonato de lítio	5	1,8
Antiparkinsoniano	4	1,5
Anticonvulsivante	4	1,5

Tabela 5. Distribuição das respostas às questões do questionário SRQ-20 aplicado aos 183 idosos. Marília, SP, 2013.

	Não		Sim	
	n	%	n	%
Sintomas somáticos				
1. Você tem dores de cabeça frequentes?	156	85,30	27	14,70
2. Tem falta de apetite?	147	80,33	36	19,67
3. Dorme mal?	131	71,59	52	28,41
5. Tem tremor nas mãos?	154	84,16	29	15,84
7. Tem má digestão?	147	80,33	36	19,67
20. Tem sensação desagradáveis no estômago?	147	80,33	36	19,67
Humor depressivo-ansioso				
4. Assusta-se com facilidade?	132	72,14	51	27,86
6. Sente-se nervoso(a) tenso(a) ou preocupado(a)?	86	47,00	97	53,00
9. Tem se sentido triste ultimamente?	114	62,30	69	37,70
10. Tem chorado mais do que de costume?	142	77,60	41	22,40
Pensamento depressivo				
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	160	87,44	23	12,56
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	130	71,59	52	28,41
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimos?	151	82,54	32	17,46
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	157	96,18	7	3,82
Decréscimo de energia vital				
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	156	85,25	27	14,75
11. Tem encontrado dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	160	87,44	23	12,56
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	122	66,67	61	33,33
13. Tem dificuldades no serviço? (seu serviço é penoso, causa-lhe sofrimento)	153	83,61	30	16,39
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	144	78,69	39	21,31
19. Você se cansa com facilidade?	106	57,93	77	42,07

Dentre os idosos que responderam ao questionário SRQ-20, 132 (72,1%) não receberam nenhuma prescrição de medicamentos psiquiátricos no período, 12 (6,6%) foram medicados apenas com medicamentos psiquiátricos e 39 (21,3%) tiveram prescrições de medicamentos psiquiátricos e de outras classes.

Tomando-se os grupos não medicados e medicados com drogas psiquiátricas, observou-se não haver correlação entre os escores totais do SRQ-20 e prescrição de psicofármacos, conforme tabela 6.

Tabela 6. Relação entre escore do SRQ-20 e prescrição de medicamentos psiquiátricos. Marília, SP, 2013.

	SRQ-20 >7	SRQ-20 ≤7	Total (%)
Receberam prescrição	9	42	51 (27,9)
Não receberam	27	105	132 (72,1)
Total	36 (19,6%)	147 (80,4%)	183 (100,0)

Quanto aos dados referentes aos idosos que foram encaminhados para atendimento especializado em saúde mental, observa-se que quatro (50,0%) receberam atendimento, enquanto os demais estavam aguardando. Além disso, em nenhum dos casos houve a contrarreferência e o tratamento instituído pautou-se principalmente pela medicação.

DISCUSSÃO

Os idosos estudados foram predominantemente do sexo feminino, assim como mostra o perfil demográfico brasileiro. Esse fato justifica-se pelas altas taxas de mortalidade relacionadas à violência, acidentes de trânsito e doenças crônicas entre os homens, enquanto as mulheres são mais propensas a prestar atenção nos sinais e sintomas e a procurar assistência à saúde quando comparadas com os homens.¹⁶

Quanto à faixa etária, observou-se elevada proporção de idosos acima de 80 anos, o que mostra o crescente aumento dessa faixa de idade, cujos membros tendem a apresentar mais problemas de saúde e limitações.^{17,18}

Referindo-se ao número de consultas, dados do DATASUS indicam que no estado de São Paulo, no ano de 2010, foram realizadas uma média de 3,4 consultas médicas/habitante/ano pelo SUS. Incluem-se nessa média as consultas da atenção primária, consultas por especialistas, atendimentos de urgência e emergência, bem como o atendimento às crianças e gestantes.¹⁹

Estudo realizado em uma capital brasileira com 13.701 participantes acima de 20 anos de idade

indica que o uso dos serviços de saúde aumenta com a idade. Entre os participantes com mais de 60 anos, 53,9% tiveram três consultas ou mais, e 11,3% não consultaram o médico no referido período.²⁰

Quanto à elevada proporção de idosos que não haviam passado por consulta médica na atenção básica no período de 12 meses e à diferença no número médio de consultas realizadas pelas unidades, é preciso considerar que esses idosos estão aquém de um atendimento em conformidade com os padrões estabelecidos como mínimos. Esse fato também indica a inexistência de um direcionamento na atenção à saúde do idoso nas USFs do município, uma vez que parece caber a cada uma delas organizar os fluxos e definir as prioridades de atendimento.

Estudo sobre a utilização dos serviços de saúde por idosos feito no interior do Paraná observou que 50,1% de idosos não haviam realizado nenhuma consulta médica nos últimos três meses anteriores à entrevista. No entanto, 11,7% haviam utilizado algum serviço de urgência e emergência do município. Os autores atribuem tal ocorrência aos riscos presentes na população idosa ou a uma possível falta de resolutividade das ações nas UBSs.²¹

Estudos^{20,21} que analisaram a frequência de consulta médica por idosos, no entanto, não se limitaram à atenção primária, o que provavelmente tenha contribuído para a maior proporção de consulta médica por idoso, quando comparado com o presente estudo. No entanto, ao se resgatar o papel da atenção primária como porta de entrada ao sistema de saúde, pautando-se pelo vínculo e pela longitudinalidade, pode se depreender que ainda é preciso avançar frente ao cuidado à saúde do idoso, uma vez que, devido à cronicidade dos

problemas, eles necessitam de acompanhamento sistemático. Em geral, a organização da atenção primária tem se caracterizado como pouco propícia ao acolhimento do idoso e, principalmente, para uma efetiva relação médico/paciente, o que se deve à alta rotatividade dos médicos e à inadequação da estrutura física, bem como à demora para o agendamento das consultas.²² Algumas dessas dificuldades também são observadas no município investigado.

Associa-se à indicação da falta de um atendimento sistemático aos idosos na atenção primária, o fato de poucas consultas médicas serem caracterizadas como de rotina, denotando uma lógica de atenção voltada para a demanda, com pouca ênfase ao acompanhamento das condições crônicas frequentes entre os idosos e que demandam controle e apoio, visando principalmente à prevenção de complicações e melhoria na funcionalidade e qualidade de vida. Os problemas de ordem mental também seriam facilmente detectados e controlados em uma lógica de atenção à saúde diferenciada.

Nesta perspectiva, destaca-se também que quase metade dos motivos para a consulta médica, segundo registro no prontuário, foi para obter receita de medicamentos. É possível que a falta de uma descrição mais detalhada do atendimento contribua para esse entendimento. No entanto, não se pode descartar que esse fato esteja essencialmente relacionado à medicalização da saúde, com pouco destaque para mudanças de estilo de vida, o que deve ser uma preocupação dos profissionais da atenção primária, por meio do reforço constante e pactuações possibilitadas pelo vínculo entre profissionais e usuários na ESF.

Confirmando o atendimento pautado pela doença, registrou-se que muitos dos motivos das consultas realizadas ocorreram para o atendimento de alguma queixa, sendo que, destas, 33 (10%), referiram-se a queixas relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais. No entanto, observou-se predomínio de queixas dolorosas, sobretudo quanto ao sistema osteomuscular e tecido

conjuntivo, muitas vezes isoladas e sem hipóteses diagnósticas que pudessem explicá-las segundo um raciocínio clínico, o que pode indicar a presença de sintomas somáticos. Dentre os transtornos mentais comuns, os sintomas somáticos estão entre os mais prevalentes, e as queixas dolorosas são, portanto, bastante frequentes. Não se pode afirmar em que proporção essas queixas poderiam ser identificadas como “somatizações”, ou seja, sintomas físicos relacionados a quadros emocionais, o que levaria a um incremento das queixas relacionadas a transtornos mentais comuns, reconhecidos como sintomas depressivos, ansiosos, somatoformes e dissociativos, sem necessariamente cumprirem todos os critérios diagnósticos para transtorno ou episódio de transtorno mental, segundo a CID 10.

Além disso, ao serem analisadas as classes de medicamentos prescritos para tais problemas, destacou-se a grande quantidade de prescrições de medicamentos psiquiátricos, superior à dos analgésicos, embora não se tenha feito correlação entre a presença de dor e uso de medicamentos psicotrópicos.

Referindo-se à prescrição de benzodiazepínicos, houve maior número de prescrições de diazepam e clonazepam, medicamentos de meia vida longa que podem promover sedação, comprometimento cognitivo e desenvolvimento de dependência química.²³ De modo geral, os benzodiazepínicos deveriam ser evitados, sendo mais segura a prescrição de substâncias sem metabolitos ativos e de meia vida mais curta.²⁴

Quanto aos antidepressivos, observou-se que duas substâncias foram responsáveis por mais de 80% das prescrições da classe: amitriptilina e fluoxetina. O uso de antidepressivos deve ser indicado quando há diagnóstico de episódio depressivo ou ansioso, neste caso restringindo-se aos inibidores da recaptura de serotonina. A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico que tem propriedades sedativas, mas com uma longa lista de efeitos colaterais que a torna contraindicada para os idosos.^{24,25}

A opção mais indicada para o tratamento de transtornos do humor e ansiosos em idosos é a dos inibidores seletivos de recaptura da serotonina (ISRS), como a fluoxetina, o citalopram e a sertralina. Observou-se que o ISRS mais prescrito neste estudo foi a fluoxetina, seguida de citalopram e sertralina. Uma vez que as três drogas são distribuídas pela rede pública, depreende-se que se deveria dar prioridade para as mesmas ao prescrever tais medicamentos aos idosos.²⁴

As demais classes de medicamentos psicotrópicos foram prescritas em menor proporção que as anteriores, mesmo assim é importante considerar os efeitos colaterais dos antipsicóticos, como os sintomas extrapiramidais (rigidez muscular, dificuldade para marcha, discinesias), que podem aumentar riscos de quedas, devendo, portanto, ser indicados nas menores doses possíveis.²⁴⁻²⁵

Referindo-se ao SRQ-20, outros estudos encontraram valores maiores. Em um município do Nordeste do Brasil que também se utilizou do SRQ, com nota de corte, encontrou-se a prevalência de 32,17% e os piores resultados relacionaram-se à idade avançada e à baixa renda.²⁶ Dos 1.432 idosos, com idade média de 69,9 anos, moradores da cidade de Campinas, estado de São Paulo, 29,7% tinham escores acima de sete, sendo que a associação positiva deu-se em relação ao sexo feminino, idade acima de 80 anos, baixa renda, presença de maior número de doenças e desfavorável autoavaliação da saúde. Com relação aos grupos de sinais e sintomas, humor depressivo-ansioso foi o mais prevalente, mostrando semelhança entre os dados obtidos no presente estudo e os descritos pela literatura.^{27,28}

A falta de relação entre pacientes com escores do SRQ-20 acima de sete e a prescrição de medicamentos psicotrópicos aponta para o não reconhecimento de situações clínicas que poderiam requerer uma abordagem na atenção primária. Por outro lado, houve pacientes que não foram identificados como portadores de sintomas psiquiátricos pelo questionário, mas que foram medicados, indicando uso crônico dos

medicamentos, que necessitariam de revisão de conduta, ou mesmo considerações a respeito da melhora clínica com o tratamento.

Em análise mais detalhada sobre os aspectos da saúde mental que o SRQ-20 permite verificar, os itens que se referem ao humor depressivo-ansioso foram os mais prevalentes. Considerando que tais itens questionam sobre “assusta com facilidade”, “sente-se nervoso, tenso ou preocupado”, “tem se sentido triste ultimamente”, “tem chorado mais do que de costume”, depreende-se que tal população vive sob sofrimento silencioso.

Além disso, a presença de sintomas depressivos constitui fatores de risco para o desenvolvimento de dependência para as atividades de vida diária. Pacientes com depressão menor e subsindrômica se tornaram mais depressivos do que o grupo de não depressivos.²⁹ Desta forma, identifica-se a importância de se detectar tais sinais e sintomas para que sejam instituídas intervenções precoces perante os fatores de risco modificáveis como suporte social e funcionamento psíquico.^{29,30}

No que se refere às condutas, houve apenas oito encaminhamentos de pacientes para serviços de saúde mental, e desses, quatro ainda aguardavam o atendimento. Este baixo número, associado à ocorrência de grande número de prescrições de medicamentos psiquiátricos, indica que boa parte dos pacientes portadores de transtornos ou sintomas mentais é minimamente assistido e medicado nas próprias unidades.

Frente ao exposto, mesmo que tenha sido possível captar alguns dados da saúde do idoso na atenção básica e realizar algumas correlações com a presença de transtornos mentais comuns, compreende-se a existência de limites, uma vez que os mesmos contemplam apenas o período de um ano e o que continha no registro das consultas médicas. Assim, é possível que alguns dos idosos da amostra tenham recebido atenção à saúde mental de outro profissional ou que alguma intervenção tenha se processado em atendimentos de períodos anteriores ao analisado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do presente estudo reiteram que a atenção à saúde do idoso na ESF é pautada essencialmente pelo atendimento às queixas e pelas condutas medicamentosas, portanto, com foco nos aspectos biológicos. Embora os idosos apresentem queixas e utilizem medicamentos para os transtornos mentais e comportamentais, não há relação significativa com a presença de transtornos mentais.

Por fim, pode ser depreendido que o cuidado à saúde mental do idoso é realizado essencialmente na

Estratégia Saúde da Família, visto que são poucos os indicativos de que esses usuários perpassem por outros níveis de atenção. A preocupação com esse fato parte da compreensão de que esses problemas não são detectados e, quando o são, nem sempre seguem medidas terapêuticas à luz das melhores evidências científicas. Assim, reafirma-se que à atenção primária cabe maior investimento nos fluxos de atendimento e na definição de critérios de atendimento a essa parcela da população, visando acesso igualitário, além de capacitação profissional, considerando ser a modalidade de cuidado que define e direciona o percurso dessas pessoas em todos os níveis de atendimento à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2013 [acesso em 24 jun. 2013];29(7):1415-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-
2. Graham N, Lindsay J, Katona C, Bertolote J M, Camus V, Copeland JRM, et al. Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 2007;34(1):39-49.
3. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(2):477-86.
4. Keinert TMM, Rosa TEC. Direitos humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. *BIS, Bol Inst Saúde*. 2009;(47):4-8.
5. Brasil. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá Providências. Brasília, DF, Diário Oficial da União. 3 out. 2003.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 23 fev. 2006. Seção 1:43.
7. Louvison MCP, Barros S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. *BIS, Bol Inst Saúde* 2009;(47):9-15.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF: OPAS; 2005.
9. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública* 2012;46(1):43-50.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 24 jun. 2013]. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS. *Saúde Legis*. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf
12. Marília. Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Programa Municipal de Saúde Mental. Marília: Prefeitura Municipal de Marília; 2010.
13. Vasconcelos-Rocha S, Almeida MMG, Araújo TM, Medeiros-Rodrigues WK, Barreto-Santos L, Virtuoso-Júnior J. Prevalência de transtornos mentais comuns em idosos residentes em município no nordeste do Brasil. *Rev Salud Pública* 2012;14(4):620-29.

14. Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depressivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública Méx* 2007;49(5):367-75.
15. Santos KOB, Araujo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência internado Self Response Questionnaire (SRQ 20) em uma população urbana. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):214-22.
16. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [Internet]. São Paulo: Fundação SEADE; 2013 [acesso em 10 out. 2013]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/perfil_estado/index.php
17. Eliopoulos C. *Enfermagem Gerontológica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. Cap 1, A população que envelhece; p. 29-38.
18. Zanchettin SP, Marin MJS, Rodrigues MR. Living and health conditions of elderly people over 80. *Rev Gaúcha Enferm* 2015;36(3):42-8.
19. DATASUS. Sistema de informações ambulatoriais do SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 10 out. 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f01.def>
20. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saúde Pública* 2007;23(10):2467-78.
21. Pilger C, Menon M U, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(1):213-20.
22. Vianna LG, Vianna C, Bezerra AJC. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Rev Bras Educ Med* 2010;34(1):150-9.
23. Schatzberg AF, Cole JO, Debattista C. *Manual de psicofarmacologia clínica*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
24. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107(31-32):543-51.
25. Cassoni TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública* 2014;30(8):1708-20.
26. Vasconcelos-Rocha S, Almeida MMG, Araújo TM, Medeiros-Rodrigues WK, Barreto-Santos L, Virtuoso-Júnior JS. Prevalencia de desórdenes mentales comunes en individuos de tercera edad, residentes en un municipio del Noreste de Brasil. *Rev Salud Pública* 2012;14 (4):620-29.
27. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4):734-6.
28. Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24 Suppl 1:42-7.
29. Lyness JM, Yu Q, Tang W, Tu X, Conwell Y. Risks for depression onset in primary care elderly patients: potential targets for preventive interventions. *Am J Psychiatr* 2009;166(12):1375-83.
30. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Cerchiari EAN, Amendola F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm* 2010;15(2):217-24.

Recebido: 13/1/2015

Revisado: 22/10/2015

Aprovado: 28/10/2015