

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

VENÍCIO AURÉLIO ONOFRI JÚNIOR

**SAÚDE MENTAL DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA**

MARILIA

2013

Venício Aurélio Onofri Júnior

Saúde mental do idoso na Estratégia de Saúde da Família em um município do interior paulista

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Sanches Marin

Marília

2013

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

ONOFRI JÚNIOR, Venício Aurélio

Saúde mental do idoso na estratégia de saúde da família em um município do interior paulista / Venício Aurélio Onofri Júnior. -- Marília, 2013.

63 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde e envelhecimento) - Faculdade de Medicina de Marília.

1. Atenção primária a saúde. 2. Saúde mental. 3. Idoso. 4. Saúde da família.

Venício Aurélio Onofri Júnior

Saúde mental do idoso na Estratégia de Saúde da Família em um município do interior paulista

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre.

Comissão Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Maria José Sanches Marin
Faculdade de Medicina de Marília – Famema

Prof.^a Dr.^a Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo
Faculdade de Ciências e Filosofia de Marília – FFC – UNESP

Prof.^a Dr.^a Valéria Garcia Caputo
Faculdade de Medicina de Marília – Famema

Data da aprovação: _____

A meus familiares, especialmente minha mulher Suely e meu filho Fabrício, pelo apoio estimulante e pela compreensão carinhosa.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria José Sanches Marin, minha orientadora, pela postura compreensiva, acolhedora e competente, fundamental para a conclusão deste trabalho.

Ao acadêmico do curso de medicina Vinicius Spazzapan Martins, pela disposição e seriedade como participou da coleta e organização dos dados.

À acadêmica de enfermagem Débora Lorenzetti pela indispensável contribuição no trabalho realizado nas Unidades de Saúde da Família e coleta de dados.

Aos agentes comunitários de saúde que tiveram participação fundamental na realização deste estudo, ao abrirem o caminho para nosso contato com os pacientes.

À Professora Doutora Lucieni de Oliveira Conterno, docente da Faculdade de Medicina de Marília, pela colaboração no desenvolvimento do projeto de pesquisa que originou este trabalho.

A Professora Doutora Larissa Cristina Berti, docente do Departamento de Fonoaudiologia da UNESP-Marília, pelo auxílio nas análises estatísticas.

À Elide Maria Féres Borges, pela revisão e pelas valorosas sugestões na redação deste trabalho.

À Aline Redigolo Silva, pelo trabalho de organização e formatação final desta dissertação.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O envelhecimento da população é motivo de preocupação em virtude da complexidade dos problemas de saúde apresentados por essa faixa etária, destacando-se que, aproximadamente, 30% dos idosos são portadores de sintomas psiquiátricos ou algum transtorno mental, e essa condição nem sempre recebe a atenção necessária dos serviços de atenção primária. **OBJETIVOS:** Descrever a assistência à saúde mental prestada aos idosos no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). **MÉTODOS:** Estudo descritivo, de corte transversal, realizado com idosos usuários da ESF de um município do interior paulista, em duas etapas: na primeira, foram revisados os prontuários de 219 idosos e identificadas as condutas médicas dos últimos 12 meses que antecederam à pesquisa; na segunda etapa, por meio de visitas domiciliares, os idosos foram avaliados quanto à presença de transtornos mentais, utilizando-se o questionário Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20). **RESULTADOS:** Os 219 idosos passaram por 661 consultas médicas no período. Quanto aos motivos para consultas: 42,3% destinaram-se a obter receita médica; 34,5% referiram-se a queixas de diferentes sistemas; e 7,3% foram em busca de resultados de exames. As queixas principais relacionaram-se ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, com 24%, seguidas das relacionadas aos sistemas digestivo e respiratório, ambos com 11,5%, e aos transtornos mentais, com 10%. As condutas mais prevalentes referiram-se a prescrições de medicamentos (70%), solicitações de exames (13%) e encaminhamentos para outros serviços (7,9%). Apenas sete idosos haviam recebido encaminhamento para serviços especializados em saúde mental. Os medicamentos psiquiátricos mais prescritos foram os ansiolíticos (55%) e antidepressivos (29,7%). O SRQ 20 foi aplicado em 183 idosos, dos quais 19,6% apresentaram escores acima de 7, o que sugere a presença de transtornos mentais. Os valores encontrados no gênero feminino foram estatisticamente superiores ($X^2=4,01$, $p=0,04$). Dos idosos que responderam ao SRQ 20, 51 (27,9%) receberam prescrição de medicamentos psiquiátricos e não houve correlação entre ter ou não recebido prescrições e os escores encontrados no SRQ 20 (r de Spearman=0,11, $p=0,12$). O grupo de sintomas mais prevalente nas mulheres foi aquele relacionado a humor depressivo e ansioso, e nos homens, decréscimo de energia vital. **DISCUSSÃO:** Os motivos mais prevalentes das consultas revelam uma lógica de atendimento por demanda, pautada na queixa principal e em condutas

essencialmente medicamentosas. Entre os medicamentos psiquiátricos mais prescritos, houve predomínio daqueles com risco para efeitos colaterais, como quedas e prejuízo cognitivo. Além disso, foram poucos os encaminhamentos para os serviços especializados em saúde mental, o que indica que os cuidados a tal especificidade são realizados essencialmente na ESF. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O atendimento à saúde mental do idoso necessita ser revisto. Medidas como avaliação por meio de instrumentos de rastreamento e melhor capacitação das equipes de atenção primária são necessárias.

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

ABSTRACT

INTRODUCTION: The population is aging and there is concern about the complicated health problems presented by the elderly, highlighting that approximately 30% of the elderly have some psychiatric symptoms or mental disorder and often do not receive the necessary attention of primary care services. **OBJECTIVES:** To describe the mental health care provided to the elderly in the context of the Family Health Strategy (FHS). **METHODS:** A descriptive, cross-sectional study conducted in elderly patients attended at the FHS in a city in the state of São Paulo. The survey was carried out in two steps. First, we reviewed the medical records of 219 elderly and identified the medical procedures done in the last 12 months. In the second step, through home visits, the elderly were evaluated for the presence of mental disorders using the Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20). **OUTCOMES:** 661 medical consultations were conducted in the period, with an average of three visits per patient in the 12 months. Regarding the reasons for consultations, 42.3% were to get a prescription, 34.5% referred to complaints from different systems and 7.3% to receive test results. The most prevalent complaints were related to the musculoskeletal system and connective tissue, with 24%, followed by those related to the digestive system, with 11.5% and the respiratory system, with 10%. The most prevalent medical procedures were: drug prescriptions (70%), test requests (13%) and referrals to other services (7.9%). Only seven subjects had received referral to mental health services. The most prescribed psychiatric drugs were anxiolytic (55%) and antidepressants (29.7%). The SRQ-20 was applied in 183 elderly people, of which 19.6% had scores greater than seven, which suggests the presence of mental disorders. The values found in females were significantly higher ($\chi^2=4.01$, $p=0.04$) and, with respect to age, the highest scores were obtained for subjects younger than 70 years ($\chi^2=4.70$, $p=0.03$). Among the subjects who were evaluated by SRQ 20, 51 (27.9%) had prescriptions for psychiatric drugs, and there was no relationship between having or not received prescriptions and the scores found in SRQ (Spearman's $r=0.11$, $p=0.12$). **DISCUSSION:** The most prevalent reasons for consultations reveal a logic of service demand, based on the chief complaint and conducts essentially drug therapy. The predominate prescribed psychiatric medications were those that potential side effects and other risks such as falls and cognitive impairment. In addition, there were few referrals to specialist mental health services, which indicates that care for such specificity are performed mainly in

the FHS. CONCLUSION: The mental health care of the elderly needs to be revised, as evaluation measures by screening instruments and better training of primary care teams are needed.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Aged. Family Health.

LISTA DE TABELAS

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, 2013

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

Tabela 3 - Distribuição dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes classificados por sistemas/aparelhos, de acordo com a CID 10. Marília, 2013

Tabela 4 - Distribuição das condutas médicas realizadas nas 661 consultas aos 219 idosos, no período de um ano. Marília, 2013

Tabela 5 - Distribuição dos medicamentos indicados para transtornos mentais e do comportamento receitados aos 219 idosos, de acordo com a classe medicamentosa. Marília, 2013

Tabela 6 - Distribuição do escore obtido por meio SRQ 20 (acima de 7 ou até 7) de acordo com a idade e gênero. Marília, 2013

Tabela 7 - Distribuição das respostas às questões do questionário SRQ aplicado aos 183 idosos. Marília, 2013

Tabela 8 - Relação entre escore do SRQ e prescrição de medicamentos psiquiátricos

Tabela 9 - Distribuição dos sete idosos que foram encaminhados aos serviços especializados em saúde mental. Marília, 2013

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BOAS	Brazil Old Age Schedule
CES-DR	Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
COMAP	Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde da Família
GDS	Geriatric Depression Scale
GDS-15	Geriatric Depression Scale
Ham-D	Hamilton Depression Rating Scale
MEEM	Mini-Mental State Examination
MGMH	Movement for Global Mental Health
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNI	Política Nacional do Idoso
RAS	Redes de Atenção a Saúde
SRQ	Self Response Questionnaire
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Revisão da Literatura: saúde mental do idoso na atenção primária	18
2 OBJETIVOS	25
2.1 Geral	25
2.2 Específicos	25
3 MÉTODO	26
3.1 Tipo de estudo	26
3.2 Campo do estudo	26
3.3 População e amostra do estudo	27
3.4 Procedimento de coleta de dados	28
3.5 Análise dos dados	29
3.6 Aspectos éticos	29
4 RESULTADOS	31
5 DISCUSSÃO	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
ANEXOS	59
ANEXO A – Roteiro de coleta de dados do prontuário	59
ANEXO B - Instrumento de prevalência SRQ-20	60
ANEXO C – Roteiro de coleta de dados da visita domiciliar	61
ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido	62
ANEXO E – Fluxograma de acompanhamento de usuários portadores de transtornos mentais na atenção básica de Marília	

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde do idoso reveste-se de grande preocupação para todos os setores da sociedade, considerando que esta população apresenta necessidades específicas que se caracterizam pela sua cronicidade e complexidade, uma vez que a agregação de fatores biológicos, emocionais, sociais e econômicos do processo de envelhecimento leva a fragilidades e ao surgimento de múltiplas doenças.

Assim, cabe aos serviços de saúde, especialmente àqueles voltados para a atenção primária à saúde, o reconhecimento de que, na atualidade, é preciso investir no atendimento aos idosos, visto que, nas últimas décadas, se vivencia um crescente aumento dessa parcela da população com implicações diretas à sua organização, principalmente pelo fato de que por muitos anos foi priorizado o atendimento materno infantil, com ênfase na prevenção e tratamento das doenças infecto-contagiosas.

No que diz respeito ao do crescente aumento da população de idosos, no Brasil, constata-se que as pessoas com sessenta anos e mais de idade passaram de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1970, e 14 milhões, em 2002, com uma expectativa de que em 2020 chegarão a 32 milhões.¹ Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) realizada em 2009, o país contava com cerca de 21 milhões de pessoas idosas.²

Dada a importância do envelhecimento populacional, foram instituídas e regulamentadas políticas públicas, como a Política Nacional do Idoso (PNI), em 1996, que tem por finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.³ O Estatuto do Idoso, aprovado pela Lei n.º 10741/2013, prevê prioridades às normas de proteção aos direitos do idoso, que vão desde o atendimento permanente, o aprimoramento de suas condições de vida até a inviolabilidade física, psíquica e moral. Em seu artigo 18 determina que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como a orientação aos cuidadores e familiares e grupos de auto-ajuda”.⁴

Além disso, no “Pacto pela Saúde”, em 2006, 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, por meio da Portaria nº 2528 do Ministério da Saúde, 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 dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e de saúde para esse fim, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).⁵ Cabe destacar que essa portaria define que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a Atenção Primária/Saúde da Família.⁶

Nesta perspectiva, ao considerar a atenção primária 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, com vistas à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Entende-se, portanto, que as políticas estão direcionando a atenção à saúde do idoso de forma a aumentar e facilitar o acesso a todos os níveis de atenção, com estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado. No entanto, num momento de rápidas mudanças sociais, mesmo que existam diretrizes legais que apontem para o atendimento às necessidades de saúde dos idosos e para a organização do fluxo de atendimento no diferentes níveis de atenção, visando à racionalização e à distribuição equitativa dos recursos, na prática se observa que são muitas as dificuldades enfrentadas por essas pessoas.

Ao considerar as deficiências no cuidado ao idoso⁷, destaca-se que, no Brasil, o sistema de informação em saúde não atende às particularidades da população idosa, sendo que os dados disponíveis sobre as condições de saúde e de uso dos serviços são baseados na mortalidade, nas hospitalizações e nas doenças de notificação compulsória, o que se revela insuficiente para sua compreensão e, conseqüentemente, para a gestão e organização dos serviços.

Assim, parece que muitas condições que acometem o estado de saúde dessas pessoas e que necessitam de identificação e condução adequada não recebem a atenção necessária, além de interferirem fortemente na qualidade de vida dessa faixa etária.

Algumas 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 tratamento de tais condições. Estudo que se utilizou de análise qualitativa, entrevistando profissionais de saúde, identificou uma desvalorização do

papel do idoso e tendência a associar os quadros mentais a processo de envelhecimento normal.⁸ Existe também o pessimismo terapêutico inadequado quanto a esses problemas nas pessoas idosas, além de condições como depressão e ansiedade, que são considerados como marcas de fraqueza pessoal, portanto, pouco valorizadas.⁹

Atualmente, a noção de saúde mental envolve tanto os transtornos psiquiátricos quanto os problemas de ordem psicológica e social, uma vez que também afetam a qualidade de vida. Entre os idosos, constata-se um aumento dos problemas de saúde mental decorrentes tanto da elevação da expectativa de vida das pessoas com transtorno mental como pelo próprio processo de envelhecimento. Em estudo realizado na Cidade do México (2008), com idosos institucionalizados, identificaram-se 40% com algum sintoma psiquiátrico e 30% com transtorno mental detectável. Entre os transtornos mentais destacam-se a esquizofrenia, depressão, demência, transtornos afetivos e ansiedade.¹⁰

Os idosos vivenciam a transformação das relações do indivíduo com o meio social que pode levar à perda da auto-estima, à inversão de papéis na família, no trabalho e na sociedade. Além das múltiplas perdas, que vão desde o aspecto financeiro ao poder de decisão, passando pela ausência de entes queridos e de amigos, pela perda da independência e da autonomia, até a redução dos contatos sociais, muitas vezes desencadeada pela aposentadoria.¹¹

Estudo realizado em cidade do Centro-Oeste brasileiro identificou prevalência de 29,3% de doenças mentais entre os idosos, o que se aproxima dos resultados encontrados em outras regiões e mesmo em estudos internacionais. Muitos fatores associados ao envelhecimento predis põem o desenvolvimento de doença mental, tendo sido encontradas associações estatisticamente significantes em relação ao sexo feminino, número de doenças e a capacidade funcional.¹² Em estudo⁹ conduzido no município de São Paulo, a prevalência de transtornos mentais comuns entre usuários do programa de saúde da família foi de 33,6%, sendo mais frequente entre mulheres, idosos, pessoas com menor renda e mais baixa escolaridade.

As pessoas idosas com transtornos mentais são consideradas portadoras de duplo fardo, o que justifica uma atenção particular.¹³ No entanto, ainda que nas últimas décadas tenham ocorrido mudanças nos modelos de atendimento 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.

Referindo-se às Políticas de Atenção à Saúde Mental, a partir de 1978, existe um movimento de “reforma psiquiátrica”, orientado à desospitalização e redução de leitos em hospitais psiquiátricos e à criação de uma rede de serviços comunitários, que passou a centralizar toda a política pública de saúde mental, por meio da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa de Volta para Casa e o apoio matricial da saúde mental às equipes de atenção básica. Tais serviços receberam a missão de atendimento das pessoas com transtornos mentais, entretanto, na prática, se observa que suas ações estão direcionadas mais para o atendimento dos quadros graves, crônicos e incapacitantes. A assistência aos transtornos menos graves e mais prevalentes foi deixada em segundo plano.

Na atual Política Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, os CAPS, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Devem pertencer a um território circunscrito ao espaço de convívio social dos seus usuários e prestar serviços que resgatem as potencialidades dos recursos comunitários, como inerentes aos cuidados em saúde mental, com vistas à reinserção social do portador de transtornos mentais.¹⁴

A Lei n.º 10708, de 31 de junho de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, o que parece não ter causado impacto direcionado à especificidade que envolve a saúde mental dos idosos.¹⁵

O apoio matricial da saúde mental às equipes de atenção básica constitui outra proposta do Ministério da Saúde para o atendimento dessa especificidade, além de um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Tal proposta, ao ser implantada em alguns municípios, caminha entre avanços e desafios.¹⁶

Referindo-se a atenção à saúde mental na atenção básica, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF) que foi escolhida estrategicamente como via de entrada aos serviços de saúde, se faz patente importante lacuna quanto a incapacidade das equipes de atenção básica em atender adequadamente as necessidades de saúde mental da população de seus territórios. Atribui-se a isso, o grau de complexidade desse cuidado, o que se soma à incipiência das políticas

públicas para a área, ocasionado uma grande distância entre as propostas e a realidade dos serviços.¹⁷

Em 2008, a Portaria 154/MS 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, além de outras áreas de saúde e assistência. Dentre as ações do NASF, destacam-se as *de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço dos profissionais da atenção primária*. Não há proposta de criação de agendas de atendimento para estes profissionais, mas que contribuam para o atendimento da população do território de maneira integral, como consultores, supervisores, orientadores do processo.¹⁸

No entanto, em alguns municípios se observa que nas equipes do NASF, embora existam psicólogos, faltam médicos psiquiatras, tanto pela baixa oferta do profissional como pela falta de priorização do mesmo na composição da equipe.

A alta prevalência de transtornos mentais em contraponto com a escassez de serviços, especialmente nos países em desenvolvimento, fazem com que aqueles que necessitam não sejam adequadamente tratados. Dada a dimensão dos problemas relacionados à saúde mental e à ênfase dada ao sistema com base comunitária, a Organização Mundial de Saúde e o *Movement for Global Mental Health* (MGMH) defendem a ideia de serviços de saúde mental incluso na Atenção Primária à Saúde (APS).¹⁹ Essa articulação, no entanto, vem sendo realizada nas Unidades Básicas de Saúde, por meio da implantação de ambulatórios especializados e CAPS, o que continua se constituindo como um espaço de referência com abordagem por especialistas e não atinge a ESF.²⁰

Na ESF, por sua vez, indica-se que as equipes devem ser compostas majoritariamente por profissionais generalistas, com o propósito de facilitar uma visão e atenção abrangente, voltada para a melhoria das condições de saúde e não no atendimento especializado.²¹

Salientam-se, no entanto, muitos desafios para a implantação de um novo modelo de atenção, tais como: a inexistência de adequada participação social; o trabalho em equipe; a falta de preparação dos profissionais para atuarem em conformidade com a nova lógica; as dificuldades para encaminhamentos aos níveis de atenção de maior densidade tecnológica e para definição de diretrizes da macropolítica na reorganização da atenção básica.²²

Depreende-se que a principal dificuldade para que ocorra o cuidado com qualidade está relacionada com a forma de organização dos serviços e sistemas, o que interfere na interdisciplinaridade, integração e acessibilidade ao sistema, produzindo um cuidado fragmentado e sem resolutividade.²³

Tendo em vista as necessidades ainda 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 ao usuário o conjunto de ações e serviços necessários, com efetividade e eficiência, por meio da superação da intensa fragmentação dos mesmos. Nestas diretrizes, os atributos da atenção primária são reforçados, sendo eles: Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade, Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.²⁴ À Atenção Primária foram destinados, ainda: a responsabilidade de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; a organização dos fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção a saúde; e a responsabilização pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.²⁴

Diante do cenário de mudanças, de baixo investimento, é esperado que a atenção à saúde mental do idoso perpassa por dificuldade de identificação e valorização, acrescida da falta de organização dos serviços de saúde para atender a tal demanda, bem como de capacitação profissional. Sendo assim, estudos das condições do atendimento à saúde mental dos idosos na Atenção Primária, mais especificamente na ESF, que vêm se configurando como investimento principal na busca de se atender aos problemas de saúde da população, são fundamentais para o planejamento das ações que favoreçam a promoção da saúde e a qualidade de vida. Embora se identifiquem estudos que abordam essa temática, a maioria deles está voltada para a detecção de demência/déficit cognitivo e depressão, com pouco enfoque na rede de cuidados à saúde mental do idoso, de forma que se torne evidente o percurso dos mesmos para obter tal atendimento.

1.1 Revisão da Literatura: saúde mental do idoso na atenção primária

A partir de uma busca na literatura nacional e internacional a respeito da saúde mental do idoso na atenção primária, constatou-se que a maioria dos estudos aborda a prevalência de condições específicas utilizando-se de escalas validadas tanto no âmbito nacional como internacional, tais como: *Mini-Mental State Examination* (MEEM), *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) e *Hamilton Depression Rating Scale* (Ham-D).

Os estudos relacionados à depressão propõem-se a verificar a sua prevalência, evolução e fatores associados, sendo que para a avaliação da prevalência são utilizados diferentes instrumentos, além de população com diferentes características e formas de definir a amostragem. O fato de o problema ser apresentado sob distintas perspectivas não possibilita a comparação entre si, no entanto permite uma visão ampla do que o problema representa no cotidiano dos idosos e para os serviços de saúde.

Referindo-se à prevalência de depressão e sua associação com variáveis sociais e clínicas em idosos com 75 anos e mais, Weyerer et al.²⁵ constataram sua presença em 9,7% dos idosos avaliados, e as variáveis significativamente associadas com a mesma foram: sexo feminino, aumento da idade, viver sozinho, menor escolaridade, comprometimento funcional, transtorno somático comorbidade, comprometimento cognitivo leve, tabagismo e abstinência de álcool.

Na identificação de sintomas depressivos em 100 idosos inscritos no programa de controle de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* de unidades básicas de saúde localizadas em um município da região Sul do Brasil, utilizando-se da seção de saúde mental do questionário *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), Sass et al.²⁶ encontraram sintomas depressivos em 30% deles, sendo que 20% foram classificados como depressão maior.

Estudo norte-americano conduzido por Lyness et al.²⁷ — considerando que a depressão menor e a subsindrômica são problemas pouco valorizados entre os idosos atendidos pela atenção primária e levando em conta a existência de poucos dados que identificam os riscos de resultados insatisfatórios — mostrou o acompanhamento de 484 idosos atendidos na atenção primária, no período de um ano, com a finalidade de caracterizar a evolução de idosos com depressão menor, subsindrômica e não deprimidos. Foi constatado que os idosos com depressão menor e subsindrômica apresentaram risco sete vezes maior de desenvolver depressão mais grave quando comparados aos não deprimidos.

Na associação entre indicadores sociodemográficos, condições e auto-avaliação de saúde, estado cognitivo e presença de sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Dourados, Estado do Mato Grosso do Sul, Alvarenga et al.,²⁸ descreveram, dentre os 503 idosos entrevistados, que 34,4% apresentaram tais sintomas, além de forte associação dos mesmos com autoavaliação ruim da saúde, sequelas de acidente vascular cerebral, inatividade econômica, déficit cognitivo, não participação em atividades sociais e renda *per capita* de até meio salário mínimo.

Ao acompanhar idosos com sintomas depressivos, durante dois anos, um estudo realizado no México por Ávila-Funes et al.²⁹ concluiu que os mesmos foram fator de risco para dependência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Dada a preocupação com os sinais e sintomas de depressão, um estudo realizado por Ávila-Funes et al.³⁰ que determinou a associação dos mesmos com hábitos alimentares, detectou que o consumo de produtos lácteos -- carne, pescado, aves, frutas e verduras -- foram significativamente menores no grupo que apresentava sintomas depressivos. Além disso, constatou-se uma correlação inversa entre a pontuação obtida na escala de depressão utilizada e o número de refeições realizadas, depreendendo-se que, no cuidado ao idoso com sinais e sintomas de depressão, esse é um aspecto a ser considerado.

A partir do reconhecimento da inadequação da atenção à saúde aos idosos com depressão atendidos na atenção primária, Luppá et al.³¹ realizaram um estudo do impacto sobre os custos com a mesma em seis centros da Alemanha, em 2008. Inicialmente, constataram que 60% dos pacientes com sintomas depressivos não foram reconhecidos no atendimento clínico geral, sendo que para tais pacientes o custo anual com a saúde foi de 5.582 euros, enquanto que naqueles que tiveram a depressão diagnosticada foi de 4.722 euros. Embora esse dado não tenha sido estatisticamente significativo, os custos com a saúde de pacientes deprimidos foram maiores comparativamente aos custos com pacientes não deprimidos.

Outro estudo realizado, no México, por Sánches-García et al.,³² determinou as propriedades psicométricas das escalas *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale* (CES-DR) e *Geriatric Depression Scale* (GDS) para depressão em pessoas idosas, comparadamente com o diagnóstico clínico psiquiátrico. Concluiu-se

que as duas escalas tem consistência e adequada validade, porém a CES-DR apresenta maior sensibilidade.

Diante dos estudos que tratam da depressão no idoso, pode-se considerar que se trata de uma condição bastante prevalente, que sua presença pode ser desencadeada por fatores internos e externos, incluindo o contexto social, e se agrava sob condições físicas e emocionais. Por outro lado, sua presença também pode desencadear piora, especialmente na autonomia e independência. Faz-se necessário, portanto, a sua detecção precoce por meio de rastreamento entre idosos atendidos pela atenção primária.

Nos estudos analisados, aqueles com foco na cognição e os que abordaram a depressão apresentam a prevalência e a associação das alterações cognitivas com outros fatores do cotidiano do idoso, sejam eles de ordem funcional, social ou emocional.

Assim, Macêdo et al.,³³ em estudo que analisou a cognição e sua relação com a capacidade funcional, constataram que 14,9% dos idosos com déficit cognitivo apresentavam algum grau dependência para as atividades básicas de vida diária, além de maior grau de dependência em idosos do gênero masculino e naqueles acima de 80 anos.

Na busca de determinar a prevalência de maus tratos no idoso portador de demência, Zúñiga-Santamaria et al.,³⁴ em estudo realizado na cidade do México, entrevistaram 61 idosos com demência leve ou moderada e constataram que 29,2% das mulheres e 18,8% dos homens sofrem maus-tratos, sendo mais frequente a condição de não respeito às preferências dos idosos.

A preocupação com o subdiagnóstico das demências torna-se evidente por meio da constatação do baixo reconhecimento do problema pelos profissionais que atuam na atenção primária, o que, segundo Connolly et al.,³⁵ tem implicação direta na implementação de estratégias que visam intervenção precoce. Acrescenta-se que pacientes e cuidadores notam os sinais e sintomas de demência antes de ser feito o diagnóstico pelo clínico geral, e este nem sempre apresenta conhecimentos adequados para fazer o diagnóstico e estabelecer o tratamento precocemente, de acordo com estudo de Millard et al.³⁶

Na avaliação da cognição de pessoas acima de 60 anos, por meio do MEEM, evidenciou-se que idosos com menor grau de escolaridade tendem a apresentar maior frequência de declínio cognitivo (5,3%). Nos idosos com média escolaridade, a

proporção foi de 4,9%, enquanto naqueles com nível superior não foram encontradas alterações. Salienta-se, ainda, que a maior dificuldade encontra-se nos itens relacionados à memória e atenção.³⁷

Em relação aos idosos com declínio cognitivo, um estudo realizado na cidade de São Paulo mostrou que a principal limitação funcional dos mesmos refere-se às atividades instrumentais de vida diária e que, embora a maioria resida com os filhos, ainda é considerável o número de idosos que vivem sós. Os autores consideram que os arranjos domiciliares existentes estão conseguindo atender às necessidades apresentadas por essa parcela da população.³⁸

Partindo da preocupação de que o idoso com Doença de Alzheimer (DA) nem sempre consegue expressar para a equipe de saúde as suas necessidades, demandando que o familiar passe informações da sua condição de vida e saúde, importante revelação foi obtida ao se comparar a visão de familiares com a de idosos com DA de um Programa do Medicamento Excepcional de uma cidade do interior paulista, sobre as dimensões da qualidade de vida, observando-se que houve elevada consistência entre as informações relatadas pelos mesmos.³⁹

A ansiedade também é considerada como um problema bastante prevalente entre as pessoas idosas e com grandes interferências na qualidade de vida, por estar associada à redução da atividade física, baixa autopercepção das condições de saúde, diminuição da satisfação com a vida e agravamento das doenças. Diante disso, Webb et al.⁴⁰ realizaram a avaliação de dois instrumentos que identificam a presença de ansiedade em pessoas idosas (*Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated* e o *General Anxiety Questionnaire-IV*), a partir da aplicação de ambos em 191 pacientes idosos e análise da especificidade e sensibilidade. Os resultados apontaram que os dois questionários são apropriados para identificar a presença de ansiedade em idosos que vivem na comunidade.

Referindo-se à saúde mental do idoso na atenção primária, encontram-se também estudos que abordam as doenças mentais como um todo. Olivera et al.,⁴¹ em estudo realizado em 28 unidades de atenção primária à saúde, em cidade do noroeste da Espanha, investigando doenças mentais a partir da utilização de diferentes escalas para esse fim, constataram que quase a metade dos pacientes (46,1%) apresentou algum tipo de sintoma psiquiátrico no momento da avaliação. Os distúrbios mais prevalentes foram: declínio cognitivo (16,4%), ansiedade (15,7%), depressão (14,3%), psicose (6,1%), sintomas de transtorno obsessivo (4,4%) e as ideias hipocondríacas

(7,2%). As mulheres apresentaram mais transtornos psicopatológicos que os homens (58,7% vs 34,0%). Idade, gravidade da doença física, má assistência social e comorbidade psiquiátrica anterior foram associados com transtornos psiquiátricos em idosos. Acrescenta-se a isso que apenas 29% da população de idosos estudados tinham um diagnóstico psiquiátrico anterior, denotando uma baixa taxa de detecção de transtornos mentais.

Estudo de coorte nacional (Lima-Costa et al.,⁴²) que investigou a incidência de determinantes de eventos em saúde em uma população idosa com baixo nível socioeconômico, encontrou que 38,5% apresentavam sintomas mentais comuns.⁴² Alvarenga et al.,⁴³ a partir da constatação de que 34,4% dos idosos assistidos pela ESF apresentaram sintomas de depressão e 42,7%, déficit cognitivo, identificaram que as variáveis sexo, escolaridade, faixa etária e condições de moradia se associaram significativamente ao *déficit* cognitivo e que os idosos com sintomas depressivos apresentavam baixa renda, moravam em residências precárias, não praticavam atividade física ou participavam de atividades sociais e avaliaram sua saúde como ruim.

Floriano, Dalgalarrondo⁴⁴ em estudo que avaliou saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família, relacionaram problemas de saúde mental com o fato de morar só ou apenas com uma pessoa. A qualidade de vida foi relacionada com o não recebimento de aposentadoria e com aqueles que fizeram uso de benzodiazepínicos no último ano. Além disso, os idosos membros de igrejas evangélicas apresentaram os piores escores.

Foi possível constatar ainda abordagem sobre distintas possibilidades de intervenção perante a saúde mental do idoso na atenção primária. Alexopoulos et al.,⁴⁵ em estudo de 2009, realizado em 20 clínicas de atenção primária nos Estados Unidos, avaliaram o impacto de um programa de intervenção realizado para idosos com sintomas depressivos e ideia de suicídio, pautado em um protocolo de condutas médicas para auxiliar o paciente na adesão ao tratamento, com duração de 24 meses. Constataram que houve maior probabilidade do uso correto de antidepressivos e/ou psicoterapia, bem como declínio na idealização suicida 2,2 vezes maior e resposta mais precoce ao tratamento, comparativamente com pacientes que receberam cuidados habituais.

Ao avaliar um serviço de atenção especializada em saúde mental para idosos agregado à atenção primária, incluindo idosos com diagnósticos de uso abusivo de

álcool, depressão e ansiedade, comparativamente com idosos que receberam apenas tratamento comunitário convencional. Areán et al.,⁴⁶ nos Estados Unidos, evidenciaram que houve melhora no acesso ao serviço especializado, no entanto não houve diferenças nos resultados obtidos com o tratamento. Salienta-se, porém, que tal avaliação foi realizada no início da intervenção, três e seis meses após, o que pode ter sido um período curto de acompanhamento, embora os autores não façam tal menção.

Souza et al.⁴⁷ na verificação da efetividade de oficinas cognitivas realizadas semanalmente, durante um ano, para idosos com demência, na qual participaram efetivamente 11 idosos, concluíram que houve preservação do autocuidado e independência.

A respeito do desenvolvimento de Terapia Comunitária como um espaço de partilha e promoção da saúde mental de idosos, Souza et al.⁴⁷ realizaram estudo em seis municípios do Estado do Rio de Janeiro, onde um grupo de 19 participantes apontou ter havido mudança de comportamentos, revelando que a Terapia Comunitária representa uma estratégia de enfrentamento de desafios vivenciados no cotidiano e possibilita uma significativa melhoria da autoestima e construção da teia de solidariedade na comunidade. Para os autores, tais resultados indicam a valorização dada aos momentos de desabafo, confidências e diálogo existentes nas rodas da Terapia Comunitária.

Diante do exposto, vale destacar que a atenção à saúde mental do idoso ainda carece de importantes avanços, tanto na detecção dos problemas mais prevalentes como na definição de intervenções que possam ser instituídas de forma a promover e recuperar a saúde. É importante destacar que a identificação do problema representa o primeiro passo para uma atenção de qualidade.

Para a identificação de transtornos mentais na atenção primária à saúde, o *Self Response Questionnaire* (SRQ) é recomendado pela Organização Mundial de Saúde por causa da facilidade de aplicação e baixo custo, sobretudo para países em desenvolvimento.⁴⁸ Instrumento proposto por Harding⁴⁹ em 1980, o SRQ, compõe-se, originalmente, de 30 questões, das quais 20 estão relacionadas a sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos mentais não psicóticos, quatro para rastreamento de transtornos psicóticos, um para rastreamento de convulsões tônico-clônicas e cinco questões relacionadas a transtornos por uso de álcool. Em virtude da baixa sensibilidade, por se tratar de instrumento auto-respondido, as

questões relativas a psicoses são pouco utilizadas. Na versão de 20 questões, foi validado para o português, na década de 1980, por Mari, Williams,⁵⁰ e teve sua sensibilidade e especificidade revistas, em 2008, por Gonçalves et al.⁴⁸ Neste estudo, os autores identificaram como ponto de corte para o SRQ-20 escores entre 7 e 8, com sensibilidade para a presença de transtorno mental não psicótico de 86,33% e especificidade de 89,31%, com valores preditivo positivo e negativo de 76,43% e 94,21%, respectivamente.

Concluíram, ainda, ser um instrumento de rápida e fácil aplicação, com termos bem compreendidos pelos pacientes, mesmo aqueles com baixos níveis de instrução, de baixo custo e com alto poder de discriminação de casos. O treinamento necessário é rápido e pode ser feito de forma individual. Assim, torna-se valiosa ferramenta para estudos de prevalência psiquiátrica, indicada para uso em nível de atendimento primário, para identificação de casos psiquiátricos não psicóticos.⁵¹⁻⁵²

Perante o crescente aumento da população de idosos, a alta prevalência de doenças mentais entre os mesmos e da incipiente destinação de recursos para efetivação das políticas públicas, com vistas à melhoria das condições de vida e saúde dessa população, o presente estudo propõe-se a contribuir com dados relacionados a essa realidade para que possam ser desencadeadas novas reflexões e propostas de intervenções de melhoria do atendimento a essa especificidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever a assistência à saúde mental prestada aos idosos no contexto da atenção primária, em Unidades de Saúde da Família (USFs).

2.2 Específicos

- Caracterizar as queixas, os medicamentos prescritos e os encaminhamentos relacionados ao atendimento à saúde mental no contexto da atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família, a partir dos registros em prontuários;
- Verificar, entre aqueles que foram encaminhados para serviços de referência, as características do atendimento, bem como as dificuldades encontradas em relação ao mesmo;
- Identificar a prevalência de transtornos mentais leves na população de idosos e comparar com a abordagem realizada pelos profissionais da atenção básica, descrita nos prontuários.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório na modalidade quantitativa, transversal, o que permite identificar a existência de necessidades e proporcionar dados básicos para futuros estudos ou ações.⁴⁰ Sua realização deu-se a partir de análise documental e de visitas domiciliares com a finalidade de caracterizar a atenção à saúde mental de idosos atendidos pela ESF, bem como a trajetória de atendimento nos demais níveis de atenção à saúde.

3.2 Campo de estudo

O campo é o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do objeto de estudo. Compreende o contexto em que se desenvolve o objeto, sendo o espaço onde serão obtidos os dados empíricos sobre o mesmo.⁵³ Assim, o campo determinado para este estudo se centra-se nas Unidades de Saúde da Família de um município de médio porte do interior paulista.

Tal município conta com uma população de aproximadamente 218.000 habitantes e no seu modelo de atenção primária foi gradativamente implantada a ESF, norteadas pelos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e acessibilidade, garantidos por ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Atualmente, conta com 32 USFs que, em suas áreas de abrangência, se constituem na porta de entrada para o sistema de saúde para, aproximadamente, 50% da população

As USFs do município, de maneira geral, cumprem com os requisitos mínimos necessários à sua implantação, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em relação à: estrutura física; composição da equipe mínima e desenvolvimento dos programas nacionais básicos; organização do trabalho em equipe centrado nas necessidades dos usuários, discutidas em reuniões semanais; e realização de reuniões mensais com a comunidade. As agendas organizam-se em torno da demanda espontânea, com consultas marcadas ao médico, dentista e enfermeiro, com visitas domiciliares aos usuários incapacitados e algumas atividades grupais. Essas unidades são instaladas em áreas onde a população apresenta maior carência socioeconômica, sendo que o

atendimento se estende a 100% da população rural. Contam com apoio de duas equipes multiprofissionais do NASF, que atuam na lógica do apoio matricial e são compostas por psicólogo, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e educador físico.

Quanto aos serviços especializados, sobretudo na área da saúde mental, o município conta com um CAPS II, com atendimento de cerca de 200 usuários, em regimes não intensivo, semi-intensivo e intensivo, mais voltado para transtornos mentais graves; e atendimento psiquiátrico ambulatorial realizado em unidade de atendimento especializado (Policlínica). Conta, ainda, com atendimento psiquiátrico em quatro Unidades Básicas de Saúde.

A rede de atendimento à saúde mental é composta também por outros equipamentos geridos pelo Estado, responsáveis pela maioria dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares: um Ambulatório Regional de Saúde Mental, que abrange uma região composta por 62 municípios e que oferece, além do atendimento médico especializado, atendimento psicoterápico, terapia ocupacional e suporte de assistente social; uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral, com 18 leitos, que também atende menores; 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.⁵⁴

3.3 População e amostra do estudo

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. Da população geral, cerca de 97 mil pessoas são atendidas por USFs, 44% do total. Destes, 11.884 são idosos (12,1%).² A amostra total estudada foi de 219 pessoas idosas, definida a partir da prevalência de transtornos mentais esperada para essa população de 30%¹⁶ e de uma proporção de 50% de detecção destes casos por parte dos profissionais que realizaram os atendimentos nas unidades²³ ($p=15\%$), com intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o programa OpenEpi, Versão 3 - Estatísticas epidemiológicas de código aberto para a Saúde Pública.

Para chegar a tal amostragem foram sorteadas seis USF, o que representa aproximadamente 20% do total de unidades do Município. As unidades selecionadas

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, o que também ocorreu por meio de sorteio, a partir da lista dos idosos das unidades, as quais foram fornecidas pelos ACS.

3.4 Procedimento de coleta de dados

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: motivo da consulta, conduta terapêutica (medicamentos prescritos, orientações, encaminhamentos e agendamento de retornos) relacionados às consultas médicas, no período de um ano (Anexo B).

Na segunda etapa foram realizadas visitas domiciliares aos 219 idosos que tiveram seus prontuários analisados para a aplicação do instrumento SRQ 20 (Anexo C) 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. Vale ressaltar que o valor de referência, (ou “nota de corte”), utilizado no presente estudo, assim como a maioria dos estudos que utilizaram o mesmo instrumento, foi de oito ou mais para identificar a população sob risco de transtorno mental comum.

Alem 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 (Anexo D): informações sobre o entrevistado, o encaminhamento e a conduta adotada no mesmo. Na segunda etapa, foram incluídos 183 idosos, uma vez que 15 (6,8%) se recusaram a participar, 16 (7,3%) não foram localizados no domicílio e 6 (2,7%) foram considerados cognitivamente incapazes de fornecer as informações, pois não conseguiam compreender e/ou responder às perguntas realizadas pelo pesquisador. Para a coleta de dados no domicílio, foi solicitado ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) que informasse os familiares e/ou idosos, definindo o melhor horário para a realização da entrevista pelo pesquisador.

3.5 Análise dos dados

Os dados obtidos na revisão dos prontuários e visitas domiciliares foram dispostos em planilha do programa *Microsoft Office Excel 2010*. As análises foram realizadas utilizando-se o *software* STATISTICA versão 7.0. O nível de significância adotado foi 0,05. Uma análise estatística inferencial foi feita para verificar o efeito da faixa etária e do gênero nas respostas obtidas no questionário (SRQ 20), utilizando-se nessa análise o Teste Chi-Quadrado. Também foi feita uma análise a fim de verificar a relação entre as variáveis: idade e escore total do SRQ em cada gênero separadamente, utilizando o Coeficiente de Correlação Linear de Spearman. 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 gênero separadamente, a partir do teste ANOVA, de Friedman. Adotaram-se como variáveis dependentes os escores parciais do SRQ relativos à: sintomas somáticos, humor depressivo-ansioso, pensamentos depressivos e decréscimo de energia vital.

Utilizando o Coeficiente de Correlação Linear de Spearman, foi feita uma análise a fim de verificar a relação entre os escores totais do SRQ e a conduta médica no tocante à prescrição medicamentosa, considerando-se três categorias: 0=nenhuma prescrição medicamentosa; 1=prescrição de medicamentos psiquiátricos e 2=prescrição de medicamentos psiquiátricos e de outras classes. Destaque-se que a correlação é uma medida da relação entre duas ou mais variáveis. O coeficiente de correlação pode variar de -1.00 à +1.00. O valor de -1.00 representa uma correlação negativa perfeita, enquanto o valor de +1.00 representa uma correlação positiva perfeita. O valor de 0 representa uma falta de correlação.

3.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa contou com a autorização da Secretaria Municipal da Saúde, com a aprovação do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP), sob o 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 o protocolo n.º 691/12. Os idosos que participaram da segunda etapa do estudo foram esclarecidos

a respeito do propósito da investigação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo E), antes de serem submetidos aos procedimentos descritos, na segunda etapa do estudo.

4 RESULTADOS

Foram avaliados 219 prontuários de usuários de USFs. O total de indivíduos por unidade e o total de consultas realizadas estão descritos na Tabela 1.

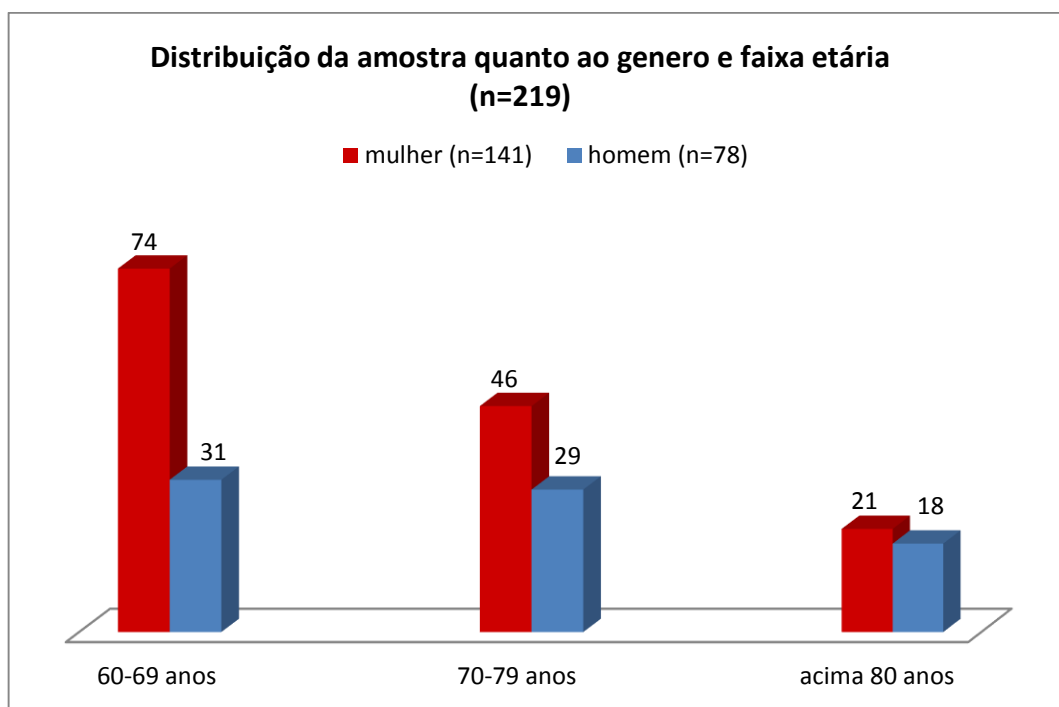
Tabela 1 – Distribuição dos 219 idosos de acordo com a unidade de saúde e o número de consultas médicas no período de um ano. Marília, 2013

N.º consulta s	A		B		C		D		E		F		TOTAL (%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	1	24,	8	14,	1	46,	3	15,	6	20,	1	46,	59	27
	2	4		8	1	7		6		1				
1 a 5	2	55,	3	61,	2	51,	7	36,	1	48,	1	46,	11	52,
	7	1		5	4	0		3		8		4		
6 a 10	8	16,	1	19,	1	2,6	6	31,	6	20,	1	3,8	33	15
		3		1		3		6		6		7		
11 ou +	2	4	3	5,2	0	0	3	15,	3	10,	0	0	8	3,5
		8		3		4		8		4				
Total	4	22,	5	26	3	17,	1	8,6	2	13,	2	11,	21	100
	9	3	7	9	8	9	9	2	6	9	9	9		

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 na Tabela 2 que 59 (27,3%) não passaram por consulta médica na unidade da ESF à qual pertencem, sendo que nas unidades C e F essa proporção foi de 18 (46,1%) e 12 (46,1%), respectivamente. Por outro lado, encontraram-se 15 (6,8%) idosos que tiveram 10 ou mais consultas no ano. Houve uma diferença importante quanto ao número médio de consultas por unidade, variando de 0,97 consulta por paciente na unidade C a 5,73 consultas por paciente na unidade D.

Quanto ao gênero dos idosos que participaram do estudo, 141(64,4%) eram mulheres. A faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos, com 105 idosos (47,9%); além disso, 39 (17,8%) tinham 80 anos ou mais, como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos idosos que participaram do estudo de acordo com faixa etária e gênero. Marília, 2013



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) referidas para as consultas médicas foram classificadas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, designada pela sigla CID 10, em sua décima edição, e encontram-se distribuídas na Tabela 3. Destaca-se que os sinais e sintomas mais frequentes foram aqueles relacionados ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, 82 (24%); ao sistema digestivo, 39 (11,5%); e ao sistema respiratório, ambos com 39 (11,5%); seguidas dos sinais e sintomas relacionados aos transtornos mentais e comportamentais, 33 (10%).

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

Tabela 3 – Distribuição dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes classificados por sistemas/aparelhos, de acordo com a CID 10. Marília, 2013

Queixa (sintoma)	Nº de ocorrências/porcentagem	
Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	82	24%
Dor em membros inferiores	31	
Lombalgia/Dor nas costas	17	
Dor no braço	6	
Lesão/ferimento em membros inferiores	5	
Dor na pelve/quadril	5	
Dor em ombro	4	
Dificuldade para deambular	2	
Dor no pé	2	
Dormência em membros inferiores	2	
Dor no corpo	2	
Mialgia	2	
outros	4	
Aparelho digestivo	38	11,5%
Odinofagia	7	
Dor abdominal	7	
Diarreia	5	

Náusea

4

(Continuação)

Queixa (sintoma)	Nº de ocorrências/porcentagem	
Epigastralgia	4	
Pirose	2	
Vômitos	2	
outros	7	
Aparelho Respiratório	39	11,5%
Tosse seca	15	
Tosse produtiva	13	
Falta de ar/ dispneia	6	
Rouquidão	2	
Obstrução nasal	2	
Coriza	1	
Transtornos mentais e comportamentais	34	10%
Insônia/ dificuldade para dormir	6	
Tristeza	5	
Ansiedade	4	
Crise nervosa	4	
Choro fácil	3	
Angústia	2	
Esquecimento	2	
Pensamento depressivo	1	
Confusão	1	
Ferimento auto-inflingido	1	
Aparelho Geniturinário	29	8,6%
Disúria	10	
Polaciúria	7	
Nictúria	4	
Incontinência urinária	4	
outros	4	
Sistema nervoso	17	5%
Tontura/Vertigem	14	
Tremores	2	
Perda dos sentidos	1	

(Continuação)

Queixa (sintoma)	Nº de ocorrências/porcentagem	
Aparelho circulatório	12	3,5%
Edema em membros inferiores	5	
Pico hipertensivo	4	
outros	3	
Pele e tecido subcutâneo	10	2,9%
Prurido pelo corpo	7	
Vermelhidão	2	
Manchas pelo corpo	1	
Ouvido e Apófise Mastóide	8	2,3%
Otalgia	5	
outros	3	
Lesões	6	
Mordedura	2	
Ferimento corto-contuso	2	
Lesão em região cervical	2	
Olho e Anexos	4	1,1%
Dificuldade para enxergar	2	
Hiperemia ocular	1	
Lacrimejamento	1	
Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	0,9%
Emagrecimento	2	
Hipotireoidismo	1	
Outras queixas	55	16,3%
Dor de cabeça	23	
Dor no peito	12	
Febre	6	
Mal estar	5	
Dor em seios da face	3	
Queda da própria altura	3	
outros	3	
Total	337	

A partir das 661 consultas médicas realizadas, foram registradas 1.385 condutas, sendo 982 (70,9%) prescrições de medicamentos, 179 (13%) solicitações de exames complementares, 110 (7,9%) encaminhamentos para outros serviços de saúde e 114 (8,1%) outras condutas. Destaca-se que, dentre as prescrições de medicamentos, 280 (28,5%) foram referentes a medicamentos para os transtornos mentais e do comportamento. Quanto aos encaminhamentos, houve maior número para serviços de pronto atendimento e oito (7,3%) foram para serviços especializados de saúde mental, sendo que um dos idosos foi encaminhado duas vezes (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das condutas médicas realizadas nas 661 consultas aos 219 idosos, no período de um ano. Marília, 2013

Condutas médicas	Nº ocorrências	Porcentagem
Medicamentos prescritos	982	70,9%
Psiquiátricos	280	20,2%
Anti-hipertensivos	207	15%
Antiinflam/analgésicos	134	9,6%
Hipoglicemiantes	56	4%
Antibióticos	53	3,8%
Anti-histamínicos	28	2 %
Fitoterápicos	28	2%
Corticosteróides	15	1,1%
Antiparasitários	14	1%
Outros	167	12%
Exames complementares	179	13%
Exames laboratoriais	113	8,1%
Exames de imagem	46	3,3%
ECG	14	1,%
Audiometria	3	0,2%
EEG	3	0,2%

(Continuação)

Condutas médicas	Nº ocorrências	Porcentagem
Outras condutas	114	8,2%
Orientações gerais	67	4,8%
Controle de PA	16	1,2%
Manter medicação	12	0,8%
Descontinuar medicação	5	0,4%
Papanicolau	3	0,2%
Lavagem de orelha	2	0,1%
Meia elástica	2	0,1%
Outros	7	0,5%
Encaminhamentos	110	7,9%
Pronto atendimento	27	2%
Oftalmologia	9	0,7%
Cardiologia	9	0,7%
Saúde mental	8	0,6%
Urologia	6	0,4%
Ortopedia	6	0,4%
Dermatologia	6	0,4%
Fisioterapia	5	0,4%
Otorrinolaringologia	5	0,4%
Cirurgia vascular	4	0,3%
Geriatria	3	0,2%
Nefrologia	3	0,2%
Gastroenterologia	3	0,2%
Neurologia	3	0,2%
Outros encaminhamentos	13	0,9%

Na Tabela 5 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%), clonazepam (19,6%), amitriptilina (15%) e fluoxetina (7,9%).

Tabela 5 – Distribuição dos medicamentos indicados para transtornos mentais e do comportamento receitados aos 219 idosos, de acordo com a classe medicamentosa. Marília, 2013

Medicação	n	%
Ansiolíticos	154	55
Diazepam	56	20
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
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
Carbonato de lítio	5	1,8
Antiparkinsoniano	4	1,5
Prometazina	3	1,1
Biperideno	1	0,4
Anticonvulsivante	4	1,5
Fenobarbital	3	1,1
Fenitoína	1	0,4

O questionário SRQ 20 foi aplicado em 183 idosos, sendo 115 do sexo feminino, e um total de 36 (19,6%) indivíduos apresentaram escores acima de 7 pontos. A distribuição dos escores segundo gênero e idade está disposta na Tabela 6. Foi realizada uma análise a fim de se verificar a relação entre as variáveis idade e escore total do SQR em cada gênero separadamente. Não foi observada nenhuma correlação entre a idade e o escore total do SRQ, tanto para o gênero feminino ($t=-0,43$, $n=116$, $p=0,66$, Spearman $r=-0,04$) quanto para o gênero masculino ($t=1,37$, $n=68$, $p=0,17$, Spearman $r=0,16$).

Quando se comparou o escore obtido no SRQ em função do gênero, verificou-se que o gênero feminino apresentou um valor estatisticamente maior do que o escore obtido para o gênero masculino (Chi-qu.=4,01, $p=0,04$), sugerindo que há maior prevalência de transtornos mentais entre as mulheres idosas, na amostra estudada. Analogamente, ao se comparar o escore obtido no SRQ em função da faixa etária (considerando idosos abaixo de 70 anos e acima de 70 anos) para o gênero feminino, constatou-se que as mulheres abaixo de 70 anos apresentaram escores estatisticamente maiores no SRQ (Chi-qu.=4,70, $p=0,03$) do que mulheres acima dessa idade, caracterizando, conseqüentemente, um grupo mais exposto a sintomas psiquiátricos. O mesmo não ocorreu quando se compararam os escores dos homens abaixo de 70 anos com os escores dos homens acima de 70 anos, não sendo observada diferença estatística significativa (Chi-qu.=0,18, $p=0,67$).

Tabela 6 – Distribuição do escore obtido por meio SRQ 20 (acima de 7 ou até 7) de acordo com a idade e gênero. Marília, 2013

Sexo	Idade	SRQ 20					
		Acima de 7		Até 7		Total	
		n	%	n	%	n	%
Feminino	60-69 a	17	9,2	40	21,8	57	31,1
	70-79 a	4	2,2	37	20,2	41	22,4
	≥ 80 a*	6	3,3	11	6	17	9,3
		27	14,7***	88	48	115	62,8
Masculino	60-69 a	3	1,6	23	12,5	26	14,2
	70-79 a	3	1,6	21	11,4	24	13,1
	≥ 80 a**	3	1,6	15	8,2	18	9,8
		9	4,9	59	32,2	68	37,1
Total		36	19,6	147	80,3	183	100

*Spearman $r=-0,04$, $t=0,43$, $p=0,66$

**Spearman $r=0,16$, $t=1,37$, $p=0,17$

*** $\chi^2=4,01$, $p=0,04$

O questionário SRQ 20 é dividido em quatro grupos de sintomas⁵¹: 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, conforme descrito na Tabela 8, de acordo com a respectiva frequência de resposta. Na presente amostra, o aspecto que apresentou maior média de respostas positivas 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%.

No gênero feminino houve diferença estatisticamente significativa entre os escores parciais obtidos no SRQ 20 (ANOVA Chi Sqr=62,74623, df=3, $p=0,000$) com a seguinte prevalência (da maior para a menor): humor depressivo-ansioso (rank médio=2,91), decréscimo de energia vital (rank médio=2,67), sintomas somáticos (rank médio=2,58) e, por fim, pensamentos depressivos (rank médio=1,82).

Analogamente, no gênero masculino também houve diferença estatisticamente significativa entre os escores parciais obtidos no SRQ (ANOVA Chi Sqr=20,104, df=3, $p=0,000$). No entanto, o tipo de característica que prevaleceu foi a

seguinte (da maior para a menor): decréscimo de energia vital (rank médio=2,85), humor depressivo-ansioso (rank médio=2,56), sintomas somáticos (rank médio=2,50) e, por fim, pensamentos depressivos (rank médio=2,07).

Tabela 7 – Distribuição das respostas às questões do questionário SRQ aplicado aos 183 idosos. Marília, 2013

	Não		Sim	
	N	%	N	%
SINTOMAS SOMÁTICOS				
1. Você tem dores de cabeça frequentes?	156	85,3	27	14,7
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 sensações 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

Tabela 8 – Relação entre escore do SRQ e prescrição de medicamentos psiquiátricos

	SRQ 20 > 7	SRQ 20 ≤ 7	TOTAL (%)
Receberam prescrição	09	42	51 (27,9)
Não receberam	27	105	132 (72,1)
TOTAL	36 (19,6)	147 (80,4)	183 (100)

$\chi^2=0,47$; $p=0,49$

Na Tabela 9 encontram-se os dados referentes aos idosos que foram encaminhados para atendimento especializado em saúde mental, observando-se que quatro (50%) receberam o atendimento, enquanto os demais estão aguardando. Além disso, em nenhum dos casos houve a contra-referência, e o tratamento instituído pautou-se principalmente na medicação.

Tabela 9 – Distribuição dos sete idosos que foram encaminhados aos serviços especializados em saúde mental. Marília, 2013

Recebeu atendimento na especialidade	N
Sim	4
Não	3
Local	
Policlínica	1
Ambulatório de saúde mental	2
Psicologia (Unimar)	1
Contra-referência	
Sim	0
Não	4
Tratamento	
Fluoxetina/Clonazepan	1
Donaren/Bromazepan	1
Atendimento psicológico	1
Não soube informar	1

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como propósito analisar aspectos referentes à saúde mental do idoso na ESF de um município, pautando-se inicialmente na análise dos registros médicos que constam nos prontuários. Analisaram-se prontuários de 219 idosos pertencentes à área de abrangência de seis unidades, sendo que se registraram, no período analisado, que os mesmos passaram por 661 consultas médicas, e nestas foram apontados 981 motivos e adotadas 1.385 condutas médicas. Entre os idosos, apenas sete haviam recebido encaminhamento para algum dos serviços especializados em saúde mental, revelando que a atenção à saúde mental dos idosos é realizada essencialmente pela atenção primária.

A partir deste contexto foi possível captar alguns aspectos sobre a saúde mental do idoso, compreendendo que se trata de uma análise parcial e que, por certo, não revela com exatidão o atendimento à saúde mental do idoso, uma vez que a análise realizada se limitou ao período de um ano e ao 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 em períodos anteriores ao analisado.

Mesmo diante do exposto, os resultados do estudo apresentam indicativos importantes desta atenção, a partir dos quais é possível compreender fortalezas e fragilidades do processo de cuidado aos idosos, especialmente no que se refere à saúde mental.

Os idosos estudados são predominantemente do gênero feminino, assim como revela 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 com mais regularidade que os homens.⁵⁵

Quanto à faixa etária, os resultados revelaram que 105 (47,9%) estão entre 60 e 69 anos e, por outro lado, 39 (17,8%) acima de 80 anos. A partir da compreensão de que quanto mais avançada a idade maior a tendência das alterações e problemas decorrentes desse processo, destaca-se na transição demográfica populacional o crescente aumento da população com 80 anos ou mais. Em 2000, essa faixa etária perfazia um total de 17% dos idosos e, para 2050, projeta-se que a mesma se aproximará de 28%.⁵⁶⁻⁵⁷

Referindo-se ao número de consultas, constatou-se que os 219 idosos passaram por 661 consultas médicas, o que representa uma média de três consultas médicas/idoso/ano. Dados do Datasus⁵⁸ indicam que no Estado de São Paulo, no ano de 2010, foram realizadas, em média, 3,4 consultas médicas/habitante/ano pelo SUS, incluindo-se as consultas da atenção primária, consultas por especialistas, atendimentos de urgência e emergência, bem como o atendimento às crianças e gestantes.

Estudo realizado em uma capital brasileira com 13.701 participantes acima de 20 anos, constatou-se que, no período de 12 meses, 25,8% relataram não ter consultado um médico; 44,1% relataram ter tido uma ou duas consultas; e 29,7%, três ou mais consultas médicas. Os dados indicam ainda 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.⁵⁹

Destaca-se neste estudo que 27% dos idosos não haviam passado por consulta médica na atenção básica nos últimos 12 meses que antecederam a consulta, e em duas unidades (C e F) essa ocorrência deu-se em 46% dos idosos. É preciso considerar ainda, que, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção básica, uma média de 8% da população das áreas de abrangência das unidades estudadas conta com plano de saúde. Quanto à população das unidades C e F, 4,92 e 11,5, respectivamente, contam com este recurso, o que indica que eles estão aquém de um atendimento em conformidade com os padrões estabelecidos como mínimos.

Estudo sobre a utilização dos serviços de saúde por idosos, desenvolvido no interior do Paraná, encontrou 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, e os autores atribuem tal ocorrência aos riscos presentes na população idosa ou a uma possível falta de resolutividade das ações nas UBSs.⁶⁰

Os autores que analisaram a frequência de consulta médica por idosos, no entanto, não se limitaram à atenção primária,^{59,60} 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 no vínculo e na longitudinalidade, pode se depreender que ainda é preciso avançar em relação ao cuidado à saúde do

idoso, uma vez que, pela cronicidade dos problemas de saúde, ele necessita de acompanhamento sistemático.

A esse respeito, é preciso considerar que a atual forma de 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 a inadequação da estrutura física, bem como à demora para agendamento das consultas.⁶¹ Algumas dessas dificuldades também são observadas no município em pauta.

A presença de inadequação do atendimento médico ao idoso é confirmada quando se observa importante diferença quanto ao número médio de consultas realizadas nas unidades, pois houve variação de 1 a 5,7 consultas/idoso/ano, bem como quanto ao número de idosos sem consultas no período, variando entre 14% a 46%, em contextos que o perfil sociodemográfico é semelhante.

Associa-se à indicação da falta de um atendimento sistemático aos idosos na atenção primária o fato de apenas 13% das 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.

Nesta perspectiva, destaca-se também que quase metade dos contatos entre os pacientes e profissionais médicos, segundo registro no prontuário, destinou-se à obtenção de receita de medicamentos (42%). 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 seja essencialmente voltado para a 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 na doença, registra-se que 337 (34,5%) dos motivos das consultas realizadas ocorreram para o atendimento de alguma queixa, sendo que, destas, 33 (10%) referiram-se a queixas relacionadas a transtornos mentais e comportamentais. No entanto, se observou um 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 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.

Dentre os medicamentos psiquiátricos, os benzodiazepínicos (55%) e antidepressivos (29,7%) foram os mais prescritos. 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.

Os benzodiazepínicos estão indicados em síndromes ansiosas, distúrbios agudos do sono, reações agudas ao estresse e em associação a outras drogas no tratamento de outras síndromes psiquiátricas, e devem ser, preferencialmente, prescritos por curto período de tempo. Para os idosos há agravantes, como a maior possibilidade de polifarmacoterapia, lentificação da metabolização e risco de erros de dosagem.⁶² De modo geral, os benzodiazepínicos deveriam ser evitados, sendo mais segura a prescrição de substâncias sem metabolitos ativos e de meia vida mais curta.⁶³

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 uma longa lista de efeitos colaterais que a torna contra-indicada para os idosos. Seu uso está relacionado à hipotensão ortostática, constipação intestinal, alterações no ritmo cardíaco, sedação excessiva, retenção urinária e turvação visual, além de interferir nas funções cognitivas. Tais efeitos colaterais aumentam os riscos

à saúde das pessoas idosas, podendo levar a problemas como acidentes e quedas, complicações gastrointestinais. Além disso, por dificuldade de tolerabilidade ou opção do clínico, frequentemente é prescrita em subdose, o que reduz sua efetividade.

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.⁶³

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 e, portanto, devem ser indicados nas menores doses possíveis.

Referindo-se ao SRQ 20, dentre os 183 participantes que responderam ao mesmo, 19,6% obtiveram escore maior que 7 com maior prevalência entre as mulheres, especialmente aquelas com 70 anos ou menos. Outros estudos encontraram valores maiores. No município de São Paulo, de 351 participantes entre 60 e 93 anos de idade (média de 71,2 anos), sendo 83,5% do gênero feminino, encontraram-se 26,8% dos indivíduos com escores acima de 7, relacionando os piores resultados a analfabetismo e baixa escolaridade.⁶⁴ Entre 515 moradores, da cidade de Campinas, randomizados de acordo com características sociodemográficas, 17% tinha escores acima de 7, sendo 8,9% entre os homens e 24,4% entre as mulheres. Na faixa etária acima de 55 anos, foi de 22,2%. Houve associação de piores escores com baixa escolaridade e desemprego.⁶⁵ Com relação aos grupos de sinais e sintomas, humor depressivo-ansioso foi o mais prevalente, revelando semelhança entre os dados obtidos e os descritos pela literatura.⁶⁶

Dos pacientes com escores acima de 7 e portanto em condição de maior exposição ou já portadores de transtornos mentais, 75% não estavam sendo medicados. No grupo que apresentou escores abaixo de 7 e que compõe 80,4% da amostra do estudo houve uma proporção semelhante de não prescrições, que foi de 71%. A falta de relação entre pacientes com escores do SRQ 20 acima de 7 e a prescrição de medicamentos aponta para o não reconhecimento de situações clínicas que poderiam requerer uma abordagem na atenção primária. Por outro lado, há

pacientes que não foram identificados como portadores de sintomas psiquiátricos pelo questionário e que estão medicados, indicando uso crônico dos medicamentos. Eles necessitariam de revisão de conduta ou mesmo melhora clínica com o tratamento, uma vez que só foram obtidos dados dos últimos 12 meses, e o questionário SRQ 20 avalia presença de sintomas nos últimos três meses.

A distribuição dos sintomas psiquiátricos segundo gênero e faixa etária são discutidos na literatura. Entre as mulheres, ocorre maior prevalência dos mesmos, sobretudo para sintomas depressivos. Quanto a faixa etária, estudos de prevalência divergem, alguns mostrando não haver diferença significativa, em outros o aumento é proporcional ao aumento da idade, além daqueles que descreveram taxas menores de psicopatologia entre os idosos com 80 anos ou mais.^{63,65-67}

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 tornaram-se mais depressivos do que o grupo de não depressivos.²⁷ 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.^{27,28}

No que se refere às condutas, destaca-se que houve apenas oito encaminhamentos de pacientes para serviços de saúde mental, que somam 3,6% do total de pacientes. Destes, quatro ainda aguardavam o atendimento. Esse baixo número de encaminhamentos, 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 assistida e medicada nas próprias unidades.

Essa situação torna-se ainda mais preocupante quando se identifica que os serviços de atendimento em saúde mental oferecidos pelo município ainda não contam com uma rede de atenção fortalecida. A grande maioria dos atendimentos é prestada por especialistas pertencentes a serviços geridos pelo Estado. Não há

psiquiatras suficientes nas unidades, nem em redes de matriciamento. Há, adicionalmente, resistência entre profissionais clínicos gerais em dar continuidade ao tratamento de pacientes estáveis em suas unidades na Rede Básica, como é a proposta do Fluxograma de Acompanhamento de Usuários de Transtornos Mentais na Atenção Básica, Marília - SP, apresentado em anexo (Anexo E).⁵⁴

Diante disso, é importante reconhecer a necessidade de se prestar uma assistência adequada ao idoso, pautando-se na lógica da promoção da saúde, visto que a longevidade precisa ser acompanhada de uma vida com qualidade. O cuidado à saúde mental do idoso deve, portanto, pautar entre as prioridades da atenção à saúde, visto que, embora não interfira diretamente na mortalidade, tem grande relação com a piora da qualidade de vida, especialmente por ser uma condição pouco valorizada, além de considerada, muitas vezes, como inerente ao processo de envelhecimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da premissa que este estudo tem o propósito de analisar aspectos do cuidado à saúde mental do idoso no contexto da ESF, depreende-se que a atenção à saúde mental do idoso é realizada essencialmente neste cenário, visto que são poucos os encaminhamentos aos serviços especializados.

Por outro lado, também ocorrem diferenças importantes no número de consultas/idoso e de idosos sem consultas no período de um ano entre as unidades, evidenciando a inexistência de um direcionamento para o cuidado ao idoso no município, uma vez que parece caber a cada unidade organizar os fluxos e definir as prioridades de atendimento.

No que se refere ao motivo da consulta, há evidências de um modelo de atenção voltado para o atendimento à queixa e à prescrição de medicamentos, contrapondo-se à atual Política Nacional de Saúde, que propõe que a atenção primária seja pautada na lógica da vigilância da saúde, com ênfase nas ações de promoção. Reforça tal direção quando se observa que as condutas médicas são essencialmente destinadas à prescrição de medicamentos.

Quanto à especificidade da saúde mental do idoso, identificaram-se nos prontuários poucos registros de sinais e sintomas, o que pode indicar uma desvalorização dos mesmos. A esse respeito, embora não se possa afirmar, é possível que tal sintomatologia seja pouco relatada ou pouco valorizada pelo profissional. Por outro lado, muitos idosos utilizam medicamentos psicotrópicos, especialmente benzodiazepínicos e antidepressivos, alguns deles inapropriados para a faixa etária.

Os achados do estudo indicam inexpressividade da rede de cuidados voltada para esse atendimento, revelando a necessidade do fortalecimento da atenção à saúde mental em todos os níveis de atenção, especialmente no sentido de fortalecimento das ações desenvolvidas na atenção primária, considerando o investimento que vem sendo feito para que se consiga resolver grande parte dos problemas de saúde enfrentados pela população SUS dependente.

Por fim, compreende-se que os dados do presente estudo possibilitam algumas evidências, mas, acima de tudo, muitos questionamentos para estudos futuros, a iniciar pela sua incompletude ao se propor a analisar apenas a prescrição médica. Além disso, na perspectiva da complementaridade, é preciso analisar o

posicionamento dos médicos que atendem na atenção primária, com vistas a caracterizar dificuldades e possibilidades dessa atenção e estabelecer de forma mais concreta propostas de intervenção. A utilização de instrumentos de rastreamento para identificação de pacientes portadores de sintomas psiquiátricos, como o SRQ 20, é uma estratégia que deve ser considerada por ser de fácil aplicabilidade, baixo custo e boa confiabilidade,⁴⁸ adequada para uso na atenção primária.

A saúde mental constitui uma fragilidade do cuidado prestado ao idoso pela atenção primária, e, apesar das iniciativas em nível ministerial, nota-se que ainda não há uma cobertura adequada nesta direção. Boa parte das condições não é detectada, e, quando isso ocorre, nem sempre se seguem medidas terapêuticas adequadas, 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. São necessários, ainda, investimentos que possibilitem a desejada mudança no atual modelo de atenção à saúde, o qual se encontra centrado em condutas medicalizantes.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):700-1.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2012 jan 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/default.shtm>
3. 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.
4. Marziale MHP. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(6):701-6.
5. 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.
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 de fev 2006; Seção 1:43.
7. 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.
8. Oville AC. Envelhecimento e transtornos mentais mais comuns no idoso: representações sociais de cuidadores, profissionais de saúde e idosos de Botucatu [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2006. 136 p.
9. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, César CL. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1639-48.

10. López Jiménez JL, Barrios Salinas G, López Salgado BE, Martínez Medina MP, Bazaldúa Merino LA, Cortés Solís T. Frecuencia de desordenes mentales en adultos mayores residentes en una institución de asistencia social em la ciudad de México. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2008;13(1):133-45.
11. Dellepiane LB, organizadora. *Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva*. Ijuí: Unijuí; 2009.
12. Maia LC, Durante AMG, Ramos LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(5):650-6.
13. 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.
14. 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: OPAS; 2005.
15. 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.
16. Moraes APP. *Saúde mental na atenção básica: o desafio da implementação do apoio matricial [tese]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010. 120 p.
17. 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.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). [citado 24 jun. 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf

19. Saraceno B, van Ommeren M, Ratniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2007;370(9593):1164-74.
20. Athié K, Fortes S, Delgado PGG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(26).
21. Cury CFMR, Galera SAF. O PSF como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. *Fam Saúde Desenv*. 2006;8(3):273-8.
22. Villela WV, Araújo EC, Ribeiro SA, Cuginotti AP, Hayana, ET, Brito FC, et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1316-24.
23. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15(37):589-99.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS [Internet]. [citado 10 out 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf
25. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord*. 2008;111(2-3):153-63.
26. Sass A, Gravena AAF, Pilger C, Mathias TAF, Marcon SS. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):80-5.
27. 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 Psychiatry*. 2009;166(12):1375-83.
28. 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.

29. Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Publica*. 2007;49(5):367-75.
30. Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;19(5):321-30.
31. Luppá M, Heinrich S, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG. Healthcare costs associated with recognized and unrecognized depression in old age. *Int Psychogeriatr*. 2008;20(6):1219-29.
32. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, García-González JJ, Espinel-Bermúdez C, Gallo JJ, Wagner FA, Vázquez-Estupiñán F, et al. Usefulness of two instruments in assessing depression among elderly Mexicans in population studies and for primary care. *Salud Publica*. 2008;50(6):447-56.
33. Macêdo AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):358-63.
34. Zúñiga-Santamaría T, Sosa-Ortiz AL, Alonso-Vilatela ME, Acosta-Castillo I, Casas-Martínez ML. Dependencia y maltrato en el anciano con demência. *Pers Bioét*. 2010;14(1):56-66.
35. Connolly A, Gaehl E, Martin H, Morris J, Purandare N. Underdiagnosis of dementia in primary care: Variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence. *Aging Ment Health*. 2011;15(8):978-84.
36. Millard F, Baune B. Dementia - who cares?: a comparison of community needs and primary care services. *Aust Fam Physician*. 2009;38(8):642-9.
37. Faria EC, Silva SA, Alves de Farias KR, Cintra A. Avaliação cognitiva de pessoas idosas cadastradas na Estratégia Saúde da Família: município do Sul de Minas. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(spe. 2):1748-52.
38. Oliveira SFD, Duarte YAO, Lebrão ML, Laurenti R. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. *Saúde Soc*. 2007;16(1):81-9.

39. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI, Toyoda CY. Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(1):26-32.
40. Webb SA, Diefenbach G, Wagener P, Novy DM, Kunik M, Rhoades HM, et al. Comparison of self-report measures for identifying late-life generalized anxiety in primary care. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2008;21(4):223-31.
41. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Pelegrín C, Calvo JM, et al. Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(9):915-21.
42. Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchôa E. The Bambuí Cohort Study of Aging: methodology and health profile of participants at baseline. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 Suppl 3:327-35.
43. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Souza RA. Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia da saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(3):478-85.
44. Floriano PJ, Dalgalarondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(3):162-70.
45. Alexopoulos GS, Reynolds CF 3rd, Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *Am J Psychiatry*. 2009;166(8):882-90.
46. Areán PA, Ayalon L, Jin C, McCulloch CE, Linkins K, Chen H, et al. Integrated specialty mental health care among older minorities improves access but not outcomes: results of the PRISMe study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(10):1086-92.
47. Souza PA, Bastos RCS, Santana RF, Sá SPC, Cassiano KM. Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008;29(4):588-95.
48. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):380-90.

49. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;10(2):231-41.

50. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986;148:23-6.

51. Santos KOB, Araujo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self Response Questionnaire (SRQ 20) em uma população urbana. *Cad Saude Publica.* 2009;25(1):214-22.

52. Scazufca M, Menezes PR, Vallada H, Araya R. Validity of the self reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults: results from the Sao Paulo Ageing & Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(3):247-54.

53. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

54. Marília. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Programa Municipal de Saúde Mental. Marília: Prefeitura Municipal de Marília; 2010.

55. São Paulo (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [Internet]. [citado 10 out 2013]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/perfil_estado/index.php

56. Eliopoulos, C. Enfermagem Gerontológica. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. Capítulo. 1, A população que envelhece; p. 29-38.

57. Carvalho JAM, Rodriges-Wong LL. Transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Pública.* 2008;24(3):597-605.

58. DATASUS. Sistema de informações ambulatoriais do SUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 10 out 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f01.def>

59. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(4):247-57.
60. 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.
61. Vianna LG, Vianna C, Bezerra AJC. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):150-9.
62. Schatzberg AF, Cole JO, Debattista C. Manual de psicofarmacologia clínica. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
63. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(31-32):543-51.
64. Almeida OP, Forlenza OV, Lima NK, Bigliani V, Arcuri SM, Gentile M, et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting--report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12(7):728-36
65. Marín-León L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgalarrrondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):250-3.
66. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):734-6.
67. Snowden J. How high is the prevalence of depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24 Suppl 1:42-7.

ANEXOS**ANEXO A – Roteiro de coleta de dados do prontuário**

Idade:Sexo:

Data da Coleta de dados:

Data da consulta	Motivo	Prescrição	Enc. para atendimento em saúde mental

ANEXO B – Instrumento de prevalência SRQ-20

TESTE 3 SRQ 20 - Self Report Questionnaire.

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
4- Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

ANEXO C – Roteiro de coleta de dados da visita domiciliar

Entrevistado: Idoso () Familiar ()

Caso o entrevistado seja o familiar, qual o motivo:

.....
.....
.....

O atendimento especializado foi realizado: () Sim () Não

Caso afirmativo, verificar:

Local:.....

Conduta (considerar a contra referência, medicamentos, retorno):

.....
.....
.....
.....
.....

Caso negativo, verificar:

Motivo:.....

.....
.....
.....
.....

Verificar a opinião do idoso ou familiar sobre o atendimento:

.....
.....
.....
.....

ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido

Titulo do estudo: SAÚDE MENTAL DO IDOSO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA.

Informo que sou médico psiquiatra, aluno do Programa de Pós-graduação Biologia e Envelhecimento da Faculdade de Medicina de Marília e estou desenvolvendo um estudo com o objetivo de verificar alguns aspectos sobre a atenção à saúde de pessoas idosas que foram encaminhados pela equipe da Saúde da Família para os serviços de geriatria ou psiquiatria de referência do município, pretende-se com isso, verificar como está ocorrendo tal atendimento visando contribuir com dados que possam ajudar os gestores na organização desse atendimento nos diferentes níveis de atenção, bem como realizar a capacitação dos profissionais.

Para que esse estudo possa ser desenvolvido precisamos da sua valiosa colaboração em responder a questionamentos referentes aos objetivos do estudo, cujas respostas serão anotadas em um impresso próprio e, para sua segurança, informamos que terá a garantia de:

- Receber todas as informações que achar necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida.
- Ter sua identificação preservada.
- Retirar seu consentimento em qualquer parte dos questionários sem problemas por este ato.
- Não sofrer nenhum prejuízo por minha participação;
- Ser informado (a) dos resultados dos estudos;
- Ser esclarecido de qualquer dúvida por meio de contato com o pesquisador responsável

Sua participação não implicará em custos financeiros para você ou para o sistema de saúde.

É importante que saiba que os resultados do estudo podem ser divulgados em eventos científicos ou publicados em revista científica.

Caso possa colaborar com o estudo, para atender as exigências éticas de pesquisa com seres humanos queira, por favor, preencher o termo de consentimento.

Eu _____ portador do RG nº _____ após ter sido informado (a) sobre o trabalho, concordo em participar do mesmo.

Marília, ____ de _____ de 2012.

Ass. do entrevistado

Ass. do pesquisador principal
 Nome: Venício Aurelio Onofri Jr.
 RG: 13.328.897-3
 CRM: 75.001
 e-mail: onofri@famema.br
 Endereço; Av. Monte Carmelo, 800
 Fone: (14) 3402-1744 – Ramal 1116

Ass. do pesquisador orientador
 Nome: Maria José Sanches Marin
 RG: 12.744.482
 Coren: 29.656
 e-mail: marnadia@terra.com.br
 Endereço: Av. Monte Carmelo, 800
 Fone: (14) 3402-1744 – Ramal 1828

ANEXO E – Fluxograma de acompanhamento de usuários portadores de transtornos mentais na atenção básica de Marília

