

Atenção secundária em serviços de referência

Carlos André Uehara¹

Claudio Luiz Espin²

Giselle Helena de Paula Rodrigues³

Priscila Tesini Brasil Bueno⁴

Panorama atual

Nas últimas décadas, a maioria dos países ocidentais experimentou melhoras em atenção de saúde, que se traduziram em aumento de expectativa de vida. As alterações na estrutura demográfica decorrentes do envelhecimento populacional são acompanhadas de importantes mudanças epidemiológicas, com o acúmulo de doenças crônicas não transmissíveis e suas seqüelas. Até meados do século passado, as principais causas de morte eram as doenças infecciosas e parasitárias, nos dias de hoje, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morbi-mortalidade em indivíduos acima de 50 anos de idade e as doenças osteoarticulares, as que causam maior dependência e piora da qualidade de vida, devido à dor crônica (BERQUÓ, 1996).

Em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, o envelhecimento populacional apresenta-se como um grande desafio de saúde pública. Nos Estados Unidos, a proporção de indivíduos com mais de 65 anos era de 12,6% em 1990, e chegará a 17,7% em 2020. No Brasil, esse envelhecimento populacional é mais evidente, sendo que, no início do século, os idosos constituíam apenas 3,3% da população total, subindo para 5,1% em 1970 e 7,1% em 1991. Para 2025, projeta-se uma proporção de 15% de idosos no Brasil. Entre os anos de 2000 e 2020, espera-se um aumento de 100% na proporção de indivíduos com idade entre 60 e 79 anos, e um aumento de 300% de indivíduos com mais de 80 anos (IBGE, 2008).

De modo geral, existe carência de informações epidemiológicas abrangentes a respeito do desenvolvimento e prevenção de doenças em idosos e, provavelmente, o melhor entendimento do papel dos fatores de

risco e a evolução das doenças poderão permitir uma adequação da abordagem preventiva e terapêutica nesta faixa etária (GEBARA; RODRIGUES, 2004).

Peculiaridades do envelhecimento

A heterogeneidade é uma característica muito particular do envelhecimento. Assim como há idosos institucionalizados, com uma série de incapacidades e doenças, há ainda, num outro extremo, idosos, da mesma faixa etária, ativos e absolutamente independentes. Esta diferença deve-se principalmente à presença das co-morbidades, que têm papel fundamental na qualidade de vida do idoso (RODRIGUES; NUSSBACHER, 2005).

Dentre as co-morbidades mais prevalentes entre os idosos, podemos citar obesidade/baixo peso, disfunção tireoidiana, hipertensão arterial, depressão, déficit cognitivo, incontinência urinária e quedas.

Em 2003, Cabrera demonstrou, com seus estudos, que o baixo peso é fator de risco para mortalidade total. Além disso, diferente do que se esperava, mais importante que o índice de massa corpórea, a obesidade central (relação cintura-quadril) é que aumenta o risco de morte em mulheres idosas (CABRERA *et al.*, 2004). A doença tireoidiana é muito freqüente na população idosa, principalmente entre as mulheres. Verifica-se que 70% do total de acometidos por hipotireoidismo têm mais de 50 anos e que 57% dos pacientes com hipertireoidismo são idosos. A doença tireoidiana subclínica é menos conhecida. Estima-se que 17,5% das mulheres idosas apresentam hipotireoidismo subclínico e 1 a 5% dos idosos, o hipertireoidismo subclínico (RODRIGUES; RAYS, 2005).

A hipertensão arterial é uma das morbidades mais freqüentes nos maiores de sessenta anos, cerca de 2/3 dos idosos são hipertensos e sua prevalência aumenta com a idade. No Brasil, seu controle inadequado está relacionado aos altos índices de mortalidade por acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio (MIRANDA, 2005).

¹ Geriatra e Gerente Médico do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte de São Paulo (CRINORTE – CSC/OSS). Contato: carlos.uehara@crinorte.org.br

² Administrador Hospitalar e Diretor Executivo do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte de São Paulo (CRINORTE – ACSC/OSS).

³ Cardiologista, Médica da Unidade de CardioGeriatría do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de São Paulo e Coordenadora da Equipe de Cardiologia do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte de São Paulo (CRINORTE – ACSC/OSS).

⁴ Geriatra e Coordenadora da Equipe de Geriatria do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte de São Paulo (CRINORTE – ACSC/OSS).

Estudos epidemiológicos recentes demonstram que a depressão não é tão comum, como havia de se esperar, entre os idosos. O que se verifica com o envelhecimento é o aumento da prevalência de sintomas depressivos que, per si, não definem depressão (TADDEI *et al.*, 1997). Resultados preliminares do banco de dados do Grupo de Cardiogeriatrics do Instituto do Coração de São Paulo mostram que 18% dos idosos analisados têm depressão maior e apenas 4%, depressão menor.

Os quadros demenciais também aumentam com o envelhecimento. Eles devem ser analisados atentamente, pois o nível de independência dos idosos tem estreita correlação com o seu grau de cognição. Nem toda alteração de memória deve ser tratada como um déficit cognitivo, muitas queixas são benignas, pois não alteram as funções cognitivas (FREITAS *et al.*, 2002).

A incontinência urinária mostra-se como um dos maiores problemas do envelhecimento. Afeta de 15 a

30% dos idosos ativos e independentes, um terço dos institucionalizados e metade daqueles que precisam de um cuidador. Além de ser um problema clínico, tem extrema importância social, pois predispõe não somente a infecções do trato urinário, escaras, quedas e fraturas, mas também ao isolamento, à depressão e, muitas vezes, à institucionalização (FANTL *et al.*, 1996).

O risco de cair aumenta com o envelhecimento, as quedas devem ser encaradas como um indicativo de um problema maior, como alteração de propriocepção ou de equilíbrio. Mais de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez ao ano, se uma intervenção precoce não ocorrer, aumentam as chances de fratura de quadril, imobilização e institucionalização (FREITAS *et al.*, 2002).

Assim, frente a toda essa heterogeneidade, torna-se fundamental uma avaliação global do paciente idoso, envolvendo todos os domínios da avaliação geriátrica, conforme tabela abaixo.

Saúde Física:	
Doenças	Função Sensorial
Co-morbidades	Medicamentos
Capacidade Física:	
Atividades de vida diária	Mobilidade
Atividades instrumentais de vida diária	Continência
Audição	Visão
Saúde Mental:	
Cognição	
Emoção	
Comportamento	
Função Social:	
Qualidade de vida	
Finanças	
Apoio social	
Valores e preferências	
Ambiente:	
Lar	
Serviços de apoio	
Risco de quedas	

A importância dos Centros de Referência do Idoso

Frente às demandas criadas pelo envelhecimento dos brasileiros, foram criados os centros de referência especializados no cuidado de idosos.

Seguindo a hierarquia de atendimento, esses centros incluem-se no atendimento secundário, complementando os serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que representam o atendimento primário à saúde. Na rede básica, não há todos os especialistas. Assim, quando necessário, o paciente é referenciado ao ambulatório de atenção secundária.

No caso da atenção à saúde do idoso, os centros de referência configuram-se como locais onde os profissionais especializados atuam sobre os principais problemas apresentados por esta população. Além disso, contribuem para a melhoria da qualidade de vida e da inclusão social dos idosos, por meio de grupos de atividades e de centros de convivência.

O Centro de Referência da Zona Norte de São Paulo (CRI Norte) é um dos exemplos de centros de referência criados em nosso país. O CRI Norte foi inaugurado em 17 de fevereiro de 2005 e é fruto da parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Organização Social de Saúde Associação Congregação de Santa Catarina (OS/ACSC).

Atende, cerca de, 1,5 mil idosos por mês, residentes na região norte de São Paulo, de maneira gratuita, sendo a referência de atendimento complementar da rede básica de saúde local e conta, atualmente, com 18 especialidades médicas, 10 especialidades assistenciais, além de amplo centro diagnóstico complementar. Por se tratar de uma unidade de atenção secundária, os pacientes encaminhados das unidades básicas de saúde (UBSs) precisam preencher alguns critérios clínicos de encaminhamento para a Geriatria, que são: ter mais de 90 anos, apresentar distúrbio neuropsiquiátrico (depressão grave, Parkinson, acidente vascular encefálico recente ou síndrome demencial), instabilidade ou quedas, apresentar mais de três co-morbidades não controladas com complicações e/ou síndrome consumptiva.

Além do atendimento médico-assistencial, o CRI possui um Centro de Convivência, onde diversas atividades recreativas são desenvolvidas com o objetivo de sociabilização e integração, através de atividades lúdicas e coletivas. Inúmeras oficinas são oferecidas, entre elas: atividade física, Lian Gong, artesanato, pintura em tela, coral, informática, etc.

Outra característica do Centro de Referência do Idoso é sua multidisciplinaridade, inúmeros idosos necessitam de abordagens multidimensionais, que muitas vezes apenas um profissional especializado não consegue fazê-lo. Para facilitar a abordagem, as atividades terapêuticas são realizadas em grupos, que são divididos por pacientes com doenças e incapacidades semelhantes, propiciando um espaço para troca de experiências e uma nova forma de encarar suas dificuldades. Os diversos membros da equipe assistencial atuam em conjunto, em atividades planejadas e aulas informativas, para a correção de alguns vícios no cuidado à saúde e esclarecimento de dúvidas.

Perspectivas futuras

Infelizmente, porém, esses centros de referência não têm sido suficientes para atender à grande demanda da população idosa.

Devido à rápida expansão da população idosa, todos os profissionais que atuam na atenção básica (UBS e equipes de saúde da família), independente da especialidade que atuem, deverão estar aptos a reconhecer as particularidades de apresentação das doenças e as síndromes mais comuns na velhice. Além de identificar as diferenças entre as alterações provocadas pelo envelhecimento fisiológico e as causadas por doenças, e a maneira como esses dois processos interagem entre si. Outra necessidade é o treinamento dos profissionais de saúde na aplicação dos instrumentos diagnósticos utilizados pelos geriatras e gerontólogos que auxiliam no diagnóstico de doença e avaliação de risco, como o mini-exame do estado mental, escala de depressão geriátrica, atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.

Desta maneira, a função desses centros vai um pouco além do atendimento por si só. Constituem locais de acolhimento dos pacientes idosos mais complexos, que demandam uma atenção especializada, possibilitando uma intervenção mais acertiva. Parte dos idosos atendidos nos centros de referência, após a compensação e identificação de seus maiores problemas de saúde, serão re-encaminhados às suas unidades de saúde para dar seguimento ao seu tratamento e acompanhamento.

Os centros de referência do idoso podem desempenhar outro papel fundamental na política de atenção à saúde do idoso, pois além de prestar serviço à população idosa, tem potencial para tornarem-se pólos de produção e disseminadores

de conhecimento. Nestes locais estão concentrados profissionais com ampla experiência na área, que podem, através de cursos e estágios, repassar seus conhecimentos em Geriatria e Gerontologia para outros profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas

- BERQUÓ, E. Algumas Considerações Demográficas sobre o Envelhecimento da População no Brasil: Anais **do I Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: uma Agenda para o Final do Século"**. Brasília, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996.
- CABRERA, M.; WAJNGARTEN, M; GEBARA, O.C.E.; DIAMENT, J. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, 2004.
- FANTL, J.A.; NEWMAN, D.K.; COLLING, J. Urinary Incontinence in Adults: acute management. **Clinical practice guideline**, n. 2, 1996 update. AHCPR Pub 96-0682. Rockville, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
- FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D.; NERY, M.R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (editores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p.609-17.
- GEBARA, O.C.E.; RODRIGUES, G.H.P. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares. In: **Cardiogeriatrics**. São Paulo: Roca, 1, 2004. p.3-11. 1ª ed.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Dados. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- MIRANDA, R.D. HIPERTENSÃO Arterial: O que muda na Fisiopatologia e no Tratamento? In: RAMOS, L.R. (coord.). **Guia de Geriatria e Gerontologia / coordenação**. Barueri: Manole, 2005.
- RODRIGUES, G.H.P.; NUSSBACHER A. Presente e Futuro das Doenças Subclínicas no Idoso. In: **Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica**. 1ª.ed. São Paulo, Manole, 4, 2005. p.18-24.
- RODRIGUES, G.H.P.; RAYS, J. Tireóide e Coração. In: **Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica**. São Paulo, Manole, 28, 2005. p.440-445. 1ª.ed.
- TADDEI, C.F.G.; RAMOS, L.R.; MORAES, J.C. *et al.* Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol.**, 69, 1997. p.327-333.