

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)
FACULDADE DE MEDICINA DR HÉLIO MANDETTA (FAMED)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE (PPGSD)**

KARINA CESTARI DE OLIVEIRA

**DECLÍNIO COGNITIVO E USO DE PSICOFÁRMACOS EM IDOSOS COM
TRANSTORNOS MENTAIS**

**CAMPO GRANDE - MS
2020**

KARINA CESTARI DE OLIVEIRA

**DECLÍNIO COGNITIVO E USO DE PSICOFÁRMACOS EM IDOSOS COM
TRANSTORNOS MENTAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos.

CAMPO GRANDE - MS

2020



Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Coordenadoria de Pós-Graduação (CPG/PROPP)



Ata de Defesa de Dissertação
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Mestrado

Aos treze dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte, às oito horas, no Anfiteatro I da FAMED, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos (UFMS), Juberty Antonio de Souza (UFMS) e Kleber Francisco Meneghel Vargas (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **KARINA CESTARI DE OLIVEIRA**, CPF 28224901807, Área de concentração em Saúde e Sociedade, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**Declínio cognitivo e uso de psicofármacos em idosos com transtornos mentais**" e orientação de Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos. O presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, o presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR

Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos (Interno)

Dr. Juberty Antonio de Souza (Externo)

Dr. Kleber Francisco Meneghel Vargas (Externo)

Dr. Wander Fernando de Oliveira Filii (Interno) (Suplente)

ASSINATURA

AValiação

RESULTADO FINAL:

☒ Aprovação

☐ Aprovação com revisão

☐ Reprovação

OBSERVAÇÕES:

Nada mais havendo a ser tratado, o Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Presidente da Banca Examinadora

Aluna

DEDICATÓRIA

*Dedico esse trabalho aos idosos
acompanhados nos ambulatórios de
psiquiatria do Hospital Maria Aparecida
Pedrossian, de Campo Grande –MS.*

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos, orientador dessa dissertação, pela gentileza, desde o nosso primeiro contato. Suas orientações, confiança, amizade, apoio e compreensão quanto às minhas demandas como médica psiquiatra foram essenciais à realização dessa pesquisa. Agradeço também pelo estímulo às leituras e estudo da Bioética.

Aos membros da banca de defesa dessa dissertação, Professor Doutor Juberty Antonio de Souza, Professor Doutor Kleber Francisco Meneghel Vargas, Professor Doutor Wander Fernando de Oliveira Filiú e Amanda Pereira Risso Saad, mestre e doutoranda, que prontamente se dispuseram a participar desse momento e por todas as contribuições.

À UFMS e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, por me proporcionarem o conhecimento e amadurecimento no campo da pesquisa e por me trazerem novos amigos.

Ao Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), por me permitir realizar essa pesquisa no Ambulatório Geral. Agradeço aos queridos colegas e preceptores do Programa de Residência em Psiquiatria e aos médicos residentes, pelo apoio nas etapas desse estudo. Em especial, agradeço ao colega Leonardo Fabrício Gomes Soares por ter me apresentado ao Professor Paulo.

À Estevan Campêlo e Karla Candido, pelo auxílio na análise estatística dos dados desse estudo.

Aos meus amigos, que direta ou indiretamente estiveram comigo nessa trajetória, tão especial para minha formação acadêmica.

À minha sobrinha Maria Fernanda. Sua alegria contagia todos os meus dias.

À minha irmã Juliana. Sua escuta, paciência, apoio total e presença constante são fundamentais à minha vida. Você é a pessoa que mais confio neste mundo, você é a minha melhor amiga.

Aos meus pais, Regina e Julio. De todos os amores possíveis de receber durante a vida, o amor dos nossos pais é o mais especial. Não existe outro que consiga ser incondicional, e demonstrar ao mesmo tempo um interesse tão grande e genuíno na nossa felicidade. Obrigada por tudo!

*“Tem sempre presente,
que a pele se enruga,
que o cabelo se torna branco,
que os dias se convertem em anos,
mas o mais importante não muda!
Tua força interior e tuas convicções
não têm idade.”
(Madre Tereza de Calcutá)*

RESUMO

OLIVEIRA, K. C. **DECLÍNIO COGNITIVO E USO DE PSICOFÁRMACOS EM IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS**. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2020.

Introdução: O crescimento da população idosa é considerado um fenômeno mundial, com consequências diretas nos sistemas de saúde. Na prática psiquiátrica, observa-se o aumento do diagnóstico de transtornos mentais e uso de psicofármacos nessa população, assim como queixas frequentes que envolvem a cognição. **Objetivo:** Analisar a possível relação entre declínio cognitivo e uso de psicofármacos, em idosos com transtornos mentais, assistidos pelos ambulatórios de psiquiatria do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul. **Metodologia:** Pesquisa de natureza quantitativa, exploratória, descritiva e transversal, com base em dados primários e secundários, com 59 participantes. As variáveis sociodemográficas e clínicas foram coletadas por meio de entrevista clínica semiestruturada e pelos prontuários de atendimento. Para rastreamento do declínio cognitivo, foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental. **Resultados:** Os dados referentes aos idosos em atendimento ambulatorial mostraram maioria do sexo feminino, com média de idade de $66,75 \pm 0,63$ anos, casada, com até 8 anos de escolaridade e residindo com familiares. A prevalência de diagnósticos atuais foi superior para os transtornos depressivos (52,54%), com consumo de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina em 67,8% dos participantes. A maioria encontrava-se em uso de 2 ou mais psicofármacos, sendo a combinação de maior prevalência, a de benzodiazepínicos e antidepressivos. Em relação aos aspectos cognitivos, 52,5% dos idosos relataram queixas cognitivas e 45,8% apresentaram pontuação, pelo Mini Exame do Estado Mental, sugestiva de declínio cognitivo. Observou-se associação desse resultado aos transtornos depressivos e ao consumo de 2 ou mais psicofármacos. **Conclusão:** Embora haja evidências de que os psicofármacos representem estratégias eficazes de tratamento dos transtornos mentais, o uso para o grupo de idosos deve ser cuidadosamente analisado, pela relação de predisposição ou piora do declínio cognitivo, com comprometimento à qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Disfunção cognitiva. Declínio cognitivo. Psicofármacos. Idosos. Transtornos mentais.

ABSTRACT

OLIVEIRA, K. C. **COGNITIVE DECLINE AND PSYCHOTROPIC DRUGS USE IN ELDERLY PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS**. 91 p. Dissertation (Master degree) – Faculty of Medicine, Federal University of Mato Grosso do Sul, 2020.

Introduction: The growth in the number of older persons in the population is considered a worldwide phenomenon, with direct consequences in health systems. The literature indicates an increase in the diagnosis of mental disorders and the use of psychotropic drugs for that population, as well as frequent complaints regarding to cognition. **Objective:** To analyze the possible relationship between cognitive decline and use of psychiatric drugs in elderly with mental disorders, assisted by psychiatric outpatient clinics at Maria Aparecida Pedrossian University Hospital, city of Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul, Brazil. **Methodology:** Quantitative, exploratory, descriptive and cross-sectional research, based on primary and secondary data, with 59 participants. Sociodemographic and clinical variables were collected through semi-structured clinical interviews and medical records. To screen for cognitive decline, the Mini Mental State Examination was used. **Results:** Data regarding the elderly in outpatient care show a majority of females, with a mean age of 66.75 ± 0.63 years, married, up to 8 years of completed studies and living with family members. The prevalence of current diagnoses was higher for depressive disorders (52.54%), with selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant use in 67.8% of participants. Most were using 2 or more psychotropic drugs, the most prevalent combination being benzodiazepines and antidepressants. Regarding cognitive aspects, 52.5% of the elderly reported cognitive complaints and 45.8% presented Mini Mental scores, suggesting cognitive decline. This result was associated with depressive disorders and the consumption of 2 or more psychotropic drugs. **Conclusion:** Although there is evidence that psychotropic drugs represent effective strategies for the treatment of mental disorders, the use for this group of elderly should be carefully analyzed, due to the predisposition or worsening of cognitive decline, with impairment to the quality of life of this population.

Keywords: Cognitive dysfunction. Cognitive decline. Psychotropic drugs. Elderly people. Mental disorders.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmides etárias absolutas do Brasil e projeções populacionais para 2060.....	16
Figura 2 - Pirâmide etária e projeção populacional do Brasil e Mato Grosso do Sul para 2020.....	17
Figura 3 - Delimitação da amostra do estudo, período de janeiro a julho de 2019.....	51
Figura 4 - Porcentagem de idosos segundo o diagnóstico atual, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	55
Figura 5 - Porcentagem de idosos segundo queixas cognitivas, Campo Grande- MS, 2019 (N=59).....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios diagnósticos do DSM-5 para transtorno depressivo maior.....	22
Quadro 2 - Critérios diagnósticos para episódio depressivo segundo a CID -10.....	23
Quadro 3 - Transtornos de ansiedade e características para o diagnóstico.....	26
Quadro 4 - Características do TAB de início tardio e precoce em idosos.....	28
Quadro 5 - Alterações psicopatológicas componentes dos transtornos psicóticos.....	30
Quadro 6 - Classes de medicamentos antidepressivos segundo o mecanismo de ação.....	34
Quadro 7 - Benzodiazepínicos e classificação segundo a meia-vida.....	36
Quadro 8 - Principais antipsicóticos de primeira geração e características.....	39
Quadro 9 - Antipsicóticos atípicos de acordo com perfil farmacológico e de ligação.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número e porcentagem de idosos segundo as variáveis sociodemográficas, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	52
Tabela 2 -	Número e porcentagem de idosos segundo o diagnóstico atual (CID-10), Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	54
Tabela 3 -	Porcentagem de idosos segundo o sexo e diagnóstico atual (CID-10), Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	55
Tabela 4 -	Porcentagem de idosos segundo o grupo etário e diagnóstico atual (CID-10), Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	56
Tabela 5 -	Número e porcentagem de idosos, segundo a classe de psicofármacos em uso, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	57
Tabela 6 -	Número e porcentagem de idosos, segundo a quantidade de psicofármacos em uso, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	59
Tabela 7 -	Número e porcentagem de idosos, segundo psicofármacos, em monoterapia e em uso combinado, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	60
Tabela 8 -	Porcentagem de queixas cognitivas em idosos segundo o sexo, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	62
Tabela 9 -	Porcentagem de queixas cognitivas em idosos segundo o grupo etário, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	62
Tabela 10-	Porcentagem de queixas cognitivas em idosos segundo estado civil, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	63
Tabela 11-	Porcentagem de queixas cognitivas em idosos segundo situação de residência, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	63
Tabela 12-	Média, desvio-padrão e mediana da pontuação do MEEM em idosos, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	64
Tabela 13-	Número e porcentagem, segundo declínio cognitivo (MEEM) em idosos, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	64
Tabela 14-	Número e porcentagem, segundo escores do MEEM em idosos, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	65
Tabela 15-	Número, média, desvio-padrão e mediana da pontuação do MEEM em idosos segundo as variáveis do formulário sociodemográfico, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	66
Tabela 16-	Porcentagem de idosos segundo queixas cognitivas e pontuação no MEEM ($\leq$ 24 pontos), Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	66
Tabela 17-	Porcentagem de idosos segundo diagnóstico atual e pontuação no MEEM ($\leq$ 24 pontos), Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	67
Tabela 18-	Número, média, desvio-padrão e mediana da pontuação do MEEM em idosos segundo psicofármacos em uso, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5-HT - Serotonina
5-HT2A - Receptor de serotonina tipo 2A
ADT- Antidepressivo tricíclico
APA - *American Psychiatric Association*
ATC - *Anatomical Therapeutic Chemical*
CEP - Comissão de Ética em Pesquisa
CID-10 - Classificação Internacional de Doenças- décima revisão
D2 - Receptor de dopamina tipo 2
DA - Dopamina
DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- quinta edição
EH - Estabilizador de humor
F20- Esquizofrenia
F29- Psicose não orgânica não especificada
F31- Transtorno afetivo bipolar
F31.9- Transtorno afetivo bipolar não especificado
F32- Episódio depressivo
F32.9- Episódio depressivo não especificado
F33- Transtorno depressivo recorrente
F33.9- Transtorno depressivo recorrente não especificado
F41- Transtorno ansioso
F41.9- Transtorno ansioso não especificado
GABA - Ácido gama aminobutírico
H1 - Receptor histamínico tipo 1
HUMAP - Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMAO - Inibidor da monoaminoxidase
IRSA - Inibidor da recaptura de serotonina e antagonista alfa-2
ISRD - Inibidor seletivo da recaptura de dopamina
ISRN- Inibidor seletivo da recaptura de noradrenalina
ISRS - Inibidor seletivo da recaptura de serotonina

ISRSN - Inibidor seletivo da recaptação de serotonina e noradrenalina

M1 - Receptor muscarínico tipo 1

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

MS - Mato Grosso do Sul

NE - Noradrenalina

OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico

OMS - Organização Mundial de Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SNC - Sistema Nervoso Central

SP - São Paulo

TAB - Transtorno afetivo bipolar

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

WHOCC - *World Health Organization Collaborating Center for Drug Statistics Methodology*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 Transtornos mentais em idosos.....	19
2.1.1 Conceito, desdobramentos e prevalência em idosos.....	19
2.1.2 Transtornos depressivos.....	21
2.1.3 Transtornos ansiosos.....	24
2.1.4 Transtorno bipolar.....	27
2.1.5 Transtornos psicóticos.....	29
2.2 Psicofármacos e o uso em idosos.....	31
2.2.1 Conceito e classificação.....	31
2.2.2 Antidepressivos.....	32
2.2.3 Ansiolíticos benzodiazepínicos.....	35
2.2.4 Estabilizadores do humor (lítio e anticonvulsivantes).....	36
2.2.5 Antipsicóticos (primeira e segunda gerações).....	38
2.2.6 Prevalência do uso de psicofármacos em idosos.....	40
2.3 Declínio cognitivo e uso de psicofármacos em idosos com transtornos mentais.....	42
3 OBJETIVOS.....	45
3.1 Objetivo Geral.....	45
3.2 Objetivos Específicos.....	45
4 METODOLOGIA.....	46
4.1 Tipo de pesquisa.....	46
4.2 Local da pesquisa.....	46
4.3 Participantes da pesquisa.....	46
4.3.1 Critérios de inclusão.....	46
4.3.2 Critérios de exclusão.....	45
4.4 Instrumentos da pesquisa.....	47
4.4.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	47
4.5 Procedimento para coleta e análise de dados.....	48
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
6.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos em estudo.....	51

6.2 Transtornos mentais nos idosos em estudo.....	54
6.3 Uso de Psicofármacos nos idosos em estudo.....	57
6.4 Queixas cognitivas nos idosos em estudo.....	61
6.5 MEEM e presença de declínio cognitivo nos idosos em estudo.....	64
6.6 Declínio cognitivo e uso de psicofármacos nos idosos em estudo.....	67
7 CONCLUSÃO.....	70
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES.....	79
ANEXOS.....	83

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento consiste em um processo comum e natural, de caráter contínuo, progressivo e irreversível a qualquer indivíduo, no qual se observam mudanças funcionais, bioquímicas e emocionais, com redução da capacidade de se adaptar ao meio ambiente (CANINEU; DINIZ, 2007). Os autores destacam que esse processo resulta em maior fragilidade e susceptibilidade, não se constituindo necessariamente em uma doença, mas que pode resultar no seu aparecimento, com repercussões físicas, emocionais e sociais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como referência cronológica a idade de 65 anos para início do envelhecimento, em países de maior desenvolvimento econômico, e de 60 anos nos países de menor renda (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1994). Outros autores denominam o grupo de “idosos muito idosos” como aqueles com mais de 80 anos. Outras classificações consideram também os centenários e supercentenários, correspondendo aos idosos acima de 110 anos (CAIXETA; VIEIRA, 2016).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), devido à maior expectativa de vida, indica, tanto em projeção publicada em 2013 quanto em sua mais recente, que o número de brasileiros acima de 60 anos deve praticamente quadruplicar até 2060, confirmando a tendência de envelhecimento da população. As projeções populacionais baseadas no Censo de 2010 assinalam que a população de 60 anos ou mais deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total), para mais de 70 milhões em 2060 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). As figuras a seguir ilustram as pirâmides etárias com as respectivas projeções populacionais no Brasil.

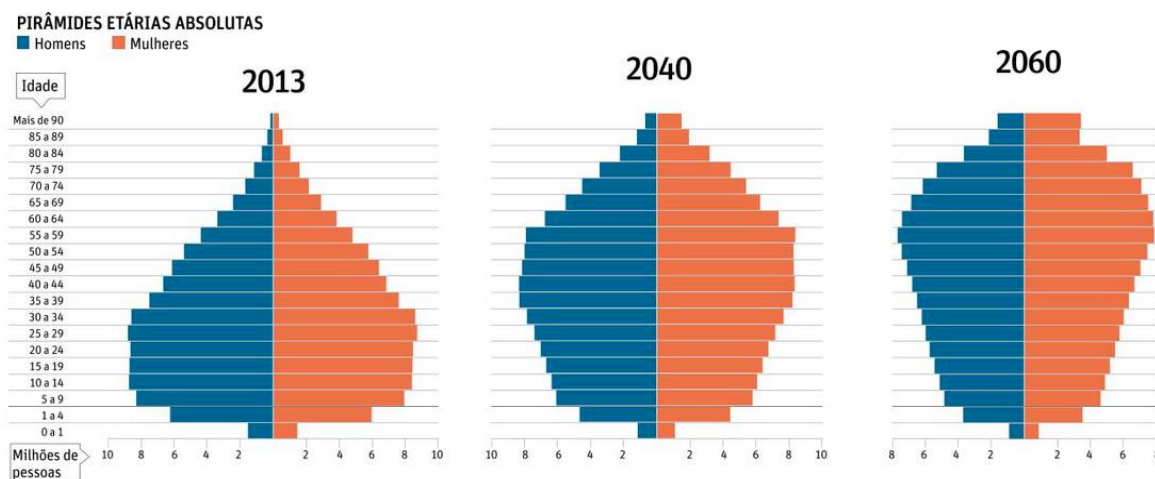


Figura 1 – Pirâmides etárias absolutas do Brasil e projeções populacionais para 2060.

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018.

No Brasil, conforme informa o Ministério da Saúde, esse fenômeno do crescimento populacional de idosos apresenta-se fortemente atrelado à observação de importantes processos, como a diminuição significativa da taxa de fecundidade e natalidade, o aumento progressivo da expectativa de vida, o avanço tecnológico, o acesso a serviços de saúde, as mudanças culturais, dentre outros (BRASIL, 2009). A figura abaixo mostra a projeção populacional para o ano de 2020 no Brasil, incluindo a do estado de Mato Grosso do Sul.

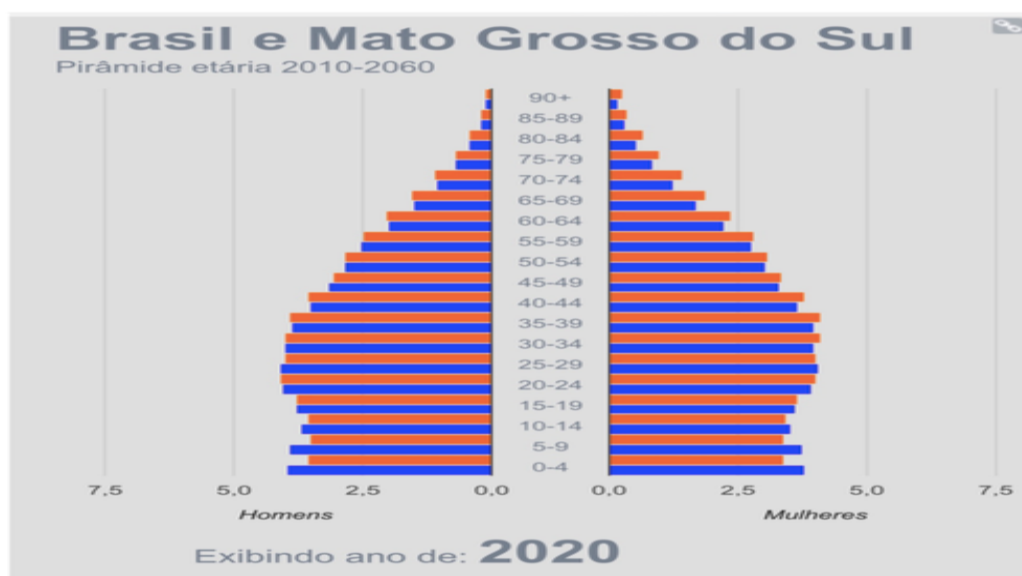


Figura 2 – Pirâmide etária e projeção populacional do Brasil e Mato Grosso do Sul para 2020. Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018.

O processo de envelhecimento é marcado por profundas mudanças biológicas e de comportamento, que pode ou não estar acompanhado de doenças, de limitações para o desempenho de atividades cotidianas e de incapacidades definitivas (TRAMUNT *et al.*, 2010). Por este motivo, segundo os autores, o conhecimento dos problemas de saúde, particularmente os de saúde mental dos idosos, é relevante. Essa faixa etária possui características clínicas, psiquiátricas e psicodinâmicas específicas que merecem uma atenção diferenciada dos profissionais assistentes.

A atuação dos profissionais de saúde, tanto na valorização e potencialização do papel das ações de autocuidado dos idosos, como na educação em saúde e inserção da família, é considerada de extrema importância (ALMEIDA; BASTOS, 2017). Nesse sentido, a interdisciplinaridade favorece a ocupação de diferentes espaços de atuação pelos profissionais

e desta forma, promove saúde, autonomia e independência, tanto no envelhecimento saudável quanto na presença de condição crônica em saúde, como os transtornos mentais.

Diante do crescimento da população idosa, considerado um fenômeno mundial, evidenciam-se consequências diretas nos sistemas de saúde. A literatura indica que, nos últimos anos, o aumento do diagnóstico de transtornos mentais nessa população requer pesquisas acerca do consumo de medicamentos psicotrópicos ou psicofármacos, assim como da relação desse consumo com o declínio cognitivo nesse grupo etário. (NOIA *et al.*, 2012).

O interesse por esta temática também se relaciona ao fato da pesquisadora ser formada em Medicina, com especialização em Psiquiatria e, no desenvolvimento de sua prática profissional, em centros de atendimento ambulatorial, atualmente no Hospital Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), levantar o questionamento acerca de que os transtornos mentais e o consequente consumo de psicofármacos por esses idosos podem precipitar ou agravar sua capacidade cognitiva, evoluindo aos diferentes níveis de declínio.

Assim, justifica-se a realização do estudo, sua relevância social e profissional, que pode contribuir para intervenção imediata ao cuidado, com maior efetividade, objetivando uma melhor qualidade de vida aos idosos.

Ao proceder à revisão de literatura pertinente em questão, destacam-se, a seguir, os principais fundamentos científicos, epidemiológicos e sociais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Essa revisão abordará os conceitos e desdobramentos referentes aos transtornos mentais e consequente uso de psicofármacos para o tratamento em idosos. Posteriormente, serão apresentados os conceitos e relações das disfunções cognitivas e uso de psicofármacos nesse grupo específico de idosos.

2.1 Transtornos mentais em idosos

A transição epidemiológica e demográfica que ocorre mundialmente repercute, como já assinalado, nos serviços de saúde. Observa-se, com o envelhecimento populacional, a maior procura por atendimentos devido a doenças crônico-degenerativas, incapacidades funcionais, destacando-se também os transtornos mentais, conceituados abaixo.

2.1.1 Conceito, desdobramentos e prevalência em idosos

O transtorno mental é definido pela *American Psychiatric Association* - APA (2014, p. 20) como:

[...] uma síndrome caracterizada por perturbação significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes.

Considerando as práticas de saúde, especialmente da psiquiatria em idosos, Caixeta e Vieira (2016) definem três desdobramentos naturais:

- a. Aumento dos transtornos mentais relacionados de modo direto com o processo de envelhecimento cerebral (doenças neurodegenerativas, psicoses involutivas, depressão, síndromes cerebrais orgânicas);
- b. Aumento dos transtornos psiquiátricos relacionados indiretamente com o processo de envelhecimento geral dos sistemas orgânicos e, por conseguinte, o surgimento de condições clínicas gerais ou tratamentos que predispõem ao aparecimento de sintomas ou complicações psiquiátricas e
- c. Aumento da sobrevida de doentes mentais com doenças crônicas iniciadas antes da senilidade (esquizofrenia, transtornos do humor, deficiência intelectual).

A prevalência de transtornos mentais entre os idosos corresponde a cerca de 20% naqueles sem diagnóstico de demência, com 65 anos ou mais, de estudos em países de maior desenvolvimento econômico (OLIVEIRA; BASTOS, 2019; SKOOG, 2011). A maioria desses estudos epidemiológicos observa a prevalência de depressão, em 5 a 10%, números esses que podem ser semelhantes em países em desenvolvimento (SKOOG, 2011). Ainda de acordo com o autor mencionado, pesquisas sugerem que os transtornos de ansiedade podem ser tão ou mais comuns que a depressão em idosos, com prevalência entre 6 a 12% em indivíduos com 65 anos ou mais, e de 10,5% em pessoas acima de 85 anos de idade. Em estudos populacionais a respeito de sintomas psicóticos autorrelatados, em idosos sem demência, observa-se uma prevalência que varia de 1,7% a 4,2%. Em relação ao transtorno bipolar, os estudos conduzidos em idosos, com critérios diagnósticos restritos, encontraram prevalência que varia de 0,08 a 0,25% e, em populações específicas, as prevalências podem variar de 8 a 10% (DEEP; JESTE, 2004).

No Brasil, as pesquisas apresentam prevalência já nos anos de 1980, sendo 33% de qualquer transtorno mental em indivíduos com idades superiores a 55 anos. Os denominados transtornos neuróticos foram os mais prevalentes (23%), seguidos pelos transtornos orgânicos (5%) e alcoolismo (3%) (ALMEIDA FILHO *et al.*, 1984, CAIXETA; VIEIRA, 2016). Em estudo realizado no município de São Paulo (SP), a prevalência de transtornos mentais entre idosos maiores de 65 anos foi de 33, 6% e, em condição institucionalizada, de 30% (XAVIER *et al.*, 2014).

Os sintomas psiquiátricos, denominados não psicóticos, fazem parte do grupo designado por transtorno mental comum, cujas características se constituem em irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas (BORIM; BARROS; BOTECA, 2013) e também podem acometer os idosos. Os indivíduos, segundo os autores, vivenciam situações agudas de ansiedade e depressão, com sintomas considerados menos graves, associados a eventos estressantes da vida, predominando as queixas somáticas em relação às psicológicas. Esse estudo identificou, para o conjunto de transtornos mentais comuns, prevalência de 29,7%, com predomínio em idosos do sexo feminino, de 70 anos ou mais, com escolaridade inferior a quatro anos.

Esses dados ressaltam que os transtornos mentais são comuns em idades avançadas e sinalizam ao desafio quanto à atenção em saúde mental, frequência de cuidados, abrangência, envolvimento da família, da sociedade e visão dos profissionais, no que diz respeito ao processo saúde-doença nessa população (MARIM; MAFTUM; LACERDA, 2018).

As seções a seguir trazem as definições e particularidades a respeito dos principais transtornos mentais que acometem esse grupo etário.

2.1.2 Transtornos depressivos

O primeiro grupo de transtornos mentais a ser conceituado é o dos transtornos depressivos.

A depressão, enquanto termo na linguagem corrente, refere-se a um estado afetivo natural (a tristeza), quanto a um sintoma, a uma síndrome e uma (ou diversas) doença (s). A tristeza baseia-se em resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades (DEL PORTO, 1999). Quando se trata de sintoma, a depressão surge como componente de diversos quadros clínicos, como demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, ou como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas.

Enquanto síndrome, o autor apresenta a depressão não apenas como um conjunto de alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas incluída em outros aspectos como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite).

Finalmente, o termo depressão é classificado como doença, na dependência do período histórico, em preferência de outros autores e do ponto de vista adotado pelas classificações diagnósticas vigentes. Entre os quadros mencionados por essas estão o transtorno depressivo maior, distímia e episódio depressivo integrante do transtorno bipolar do humor.

Miranda-Sá Jr (2001, p. 232) salienta que

[...] há que se distinguir a depressão-sintoma (o fenômeno patológico elementar, a mera tristeza patológica), da depressão-síndrome (a síndrome depressiva composta pela hipotímia e mais todo o cortejo de sintomas que costuma acompanhá-la) e a depressão-doença (as diferentes entidades nosológicas que podem apresentar formas clínicas caracterizadas pela síndrome depressiva).

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (epísódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste ou deprimido, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade

de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos. Ele é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração, alterações no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões entre os episódios. O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos. O manual ainda considera a necessidade de diferenciação da tristeza, por exemplo, do luto normal, em relação a um episódio depressivo maior.

O quadro seguinte apresenta a síntese dos critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior, segundo o DSM-5.

Quadro 1 - Critérios diagnósticos do DSM-5 para transtorno depressivo maior.

- | |
|---|
| <p>A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas. 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias. 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias. 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas). 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente). 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. <p>B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p>C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.</p> <p>D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.</p> <p>E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.</p> |
|---|

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.

A Classificação Internacional de Doenças, em sua décima revisão (CID-10), também define os critérios para episódio e transtorno depressivo, conforme o quadro a seguir.

Quadro 2 – Critérios diagnósticos para episódio depressivo segundo a CID -10.

Sintomas fundamentais	Sintomas acessórios
Humor deprimido	Concentração e atenção reduzidas
Perda de interesse	Ideias de culpa e inutilidade
Fatigabilidade	Autoestima e autoconfiança reduzidas
	Visões desoladas e pessimistas do futuro
	Sono perturbado
	Apetite diminuído

Fonte: DEL PORTO, 1999.

De acordo com os níveis de gravidade, os episódios depressivos são classificados pela CID-10 (DEL PORTO, 1999) em:

- Episódio leve: 2 sintomas fundamentais + 2 sintomas acessórios;
- Episódio moderado: 2 sintomas fundamentais + 3 a 4 sintomas acessórios e
- Episódio grave: 3 sintomas fundamentais + > 4 sintomas acessórios.

Os indivíduos apresentam critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior recorrente quando vivenciam pelo menos um segundo episódio depressivo. O DSM-5 exige, segundo Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 356), “que episódios distintos de depressão sejam separados por pelo menos dois meses, durante os quais o paciente não tenha sintomas significativos de depressão”.

Fatores genéticos, neurobiológicos (hipóteses neuroquímicas) e ambientais participam da etiologia e como fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos depressivos (LAFER; VALLADA FILHO, 1999). Esses fatores estão agrupados pelo DSM-5 em:

- Temperamentais: denominadas afetividades negativas (neuroceticismo), cujos níveis elevados parecem aumentar a probabilidade de os indivíduos desenvolverem episódios depressivos em resposta a eventos estressantes na vida;
- Ambientais: experiências adversas consideradas como eventos estressantes na vida são bem reconhecidos como precipitantes de episódios depressivos maiores;
- Genéticos e fisiológicos: os familiares de primeiro grau de indivíduos com transtorno depressivo maior apresentam risco duas a quatro vezes mais elevado de desenvolver a doença que a população em geral. Os riscos relativos parecem ser mais altos para as formas de início precoce e recorrente e

- d. Modificadores do curso: uso de substâncias, ansiedade e transtorno da personalidade estão entre os mais comuns, e os sintomas depressivos que se apresentam podem obscurecer e retardar seu reconhecimento, assim como condições médicas crônicas ou incapacitantes.

O desenvolvimento do transtorno depressivo é considerado variável, de modo que alguns indivíduos raramente experimentam remissão (um período de dois meses ou mais sem sintomas ou apenas 1 ou 2 sintomas não mais do que em um grau leve), enquanto outros experimentam muitos anos com poucos ou nenhum sintoma entre episódios (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os sinais e sintomas depressivos em idosos incluem a redução da energia e concentração, alterações do padrão de sono (despertar precoce e múltiplos despertares), apetite reduzido, com destaque para as denominadas queixas somáticas e cognitivas. Esse grupo está particularmente vulnerável às características melancólicas, com baixa autoestima, sentimentos de desvalia e ideação suicida (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Nesse grupo, o transtorno depressivo associa o processo de adoecimento mental a sintomas físicos, ao isolamento e à falta de suporte social, fatores esses que também se relacionam à ocorrência de mortes por ideação suicida (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). Com base nas autoras mencionadas, destaca-se ainda outro fator associado ao risco dessa mortalidade em idosos, referindo-se à presença de doenças graves, como neoplasias, afecções do sistema nervoso central (SNC), complicações cardiopulmonares e doenças urogenitais em homens. Porém, essa relação não é considerada direta, na medida em que a enfermidade física provocaria inicialmente a depressão e assim, poderia desencadear a ideação suicida.

Os transtornos depressivos consistem, portanto, em condições relativamente comuns, de curso crônico e recorrente associados a incapacitação funcional comprometimento da saúde física, levando também a limitações de atividades, bem-estar e maior utilização de serviços de saúde (FLECK *et al.*, 2009). Em idosos, ressaltam-se características distintas a dos adultos mais jovens, com necessidade de atenção às queixas cognitivas e manifestações somáticas ou dolorosas, usualmente iniciais.

2.1.3 Transtornos ansiosos

Outro grupo de transtornos mentais a ser discutido diz respeito aos transtornos ansiosos. A ansiedade normal caracteriza-se, de acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 387) como

[...] uma sensação desagradável e vaga de apreensão, muitas vezes acompanhada por sintomas autonômicos como cefaleia, perspiração, palpitações, aperto no peito, leve desconforto estomacal e inquietação, indicada por uma incapacidade de ficar sentado ou em pé por muito tempo. A gama de sintomas presentes durante a ansiedade tende a variar entre as pessoas.

Pelo DSM-5, os transtornos de ansiedade incluem condições que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. O medo é conceituado como resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Esses estados estão sobrepostos e se diferenciam, na medida em que o medo se associa a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade está relacionada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Esse grupo de patologias está representado pelo (1) transtorno de pânico, (2) agorafobia, (3) fobia específica, (4) transtorno de ansiedade social ou fobia e (5) transtorno de ansiedade generalizada. Eles se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Ainda de acordo com o manual, cada representação do transtorno de ansiedade tem seu diagnóstico somente quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica, ou que também não mais explicados por outro transtorno mental.

Um aspecto importante a ser destacado diz respeito a interação entre fatores genéticos e ambientais na etiologia desses transtornos. Praticamente não há dúvida quanto a predisposição genética aos estados patológicos, porém as evidências científicas indicam a relevância dos acontecimentos traumáticos e estresse (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

O quadro a seguir apresenta as principais representações dos transtornos de ansiedade, pelo DSM-5 e suas características clínicas.

Quadro 3 – Transtornos de ansiedade e características para diagnóstico.

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Transtorno de pânico	Ataques de pânico inesperados recorrentes; situações abruptas de medo ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos.
Agorafobia	Os indivíduos são apreensivos e ansiosos acerca de duas ou mais das seguintes situações: usar transporte público; estar em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão; ou estar fora de casa sozinho em outras situações. Temor de que essas situações devido aos pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que pode não haver auxílio disponível caso desenvolva sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores.
Transtorno de ansiedade social ou fobia	O indivíduo é temeroso, ansioso ou se esquia de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado.
Transtorno de ansiedade generalizada	Ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação, fadigabilidade; dificuldade de concentração ou irritabilidade; tensão muscular e perturbação do sono.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.

Os transtornos de ansiedade são comuns e apresentam grande impacto em idosos. A maioria dos sintomas inicia na infância ou na vida adulta e cerca de 1 a 10% dos indivíduos desenvolvem os sintomas em fases tardias da vida. Com mudanças evidenciadas na demografia da população em geral, tais condições no final da vida representam fonte de aumento do custo pessoal e social (BALDAÇARA, 2016; WOLITZKY- TAYLOR *et al.*, 2010).

Os autores citados afirmam que a detecção e o diagnóstico dos transtornos nesse grupo etário tornam-se mais complexos pelas comorbidades (patologias) clínicas, alterações cognitivas e mudanças nas circunstâncias da vida, que podem não ser evidenciadas com maior frequência em grupos etários mais jovens. Além disso, a expressão e relato de sintomas de ansiedade podem diferir com a idade.

Por estas razões, transtornos de ansiedade, em indivíduos com idade denominada avançada, costumam ser subdiagnosticados e, sem detecção apropriada, os tratamentos apropriados podem não ser fornecidos a essa população de maneira adequada. Ressaltam ainda como fatores de risco o sexo feminino, ser solteiro, divorciado ou viúvo e baixa escolaridade (BALDAÇARA, 2016; WOLITZKY- TAYLOR *et al.*, 2010).

2.1.4 Transtorno bipolar

O denominado transtorno bipolar configura-se como um transtorno mental crônico, caracterizada pela oscilação do humor que apresenta, na maioria das vezes, os denominados episódios de mania ou de depressão, com prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida de um indivíduo (CASTRO-COSTA, 2016).

O DSM-5 inclui os diagnósticos de transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar induzido por substância/medicamento, devido a outra condição médica e o não especificado.

De acordo com o manual diagnóstico, os critérios para transtorno bipolar tipo I, representam o entendimento moderno do transtorno maníaco-depressivo clássico, ou psicose afetiva, descrito no século XIX. Diferem da descrição clássica somente no que se refere ao fato de não haver exigência dos chamados sintomas psicóticos ou de experiência na vida de um episódio depressivo maior. Já o transtorno bipolar tipo II requer um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco durante o curso da vida, com a instabilidade do humor vivenciada ser tipicamente acompanhada de prejuízo grave no funcionamento profissional e social. E para o transtorno ciclotímico devem ser evidenciados, por pelo menos dois anos, períodos hipomaníacos e depressivos, sem jamais atender aos critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A característica essencial de um episódio maníaco, descrita pelo DSM-5 é a de:

[...] um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento persistente da atividade ou da energia, com duração de pelo menos uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias. O humor costuma ser descrito como eufórico, excessivamente alegre, elevado ou ‘sentindo-se no topo do mundo’. Em certos casos, o humor é tão anormalmente contagiante que é reconhecido com facilidade como excessivo e pode ser caracterizado por entusiasmo ilimitado e indiscriminado para interações interpessoais, sexuais ou profissionais. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 127).

Além da alteração do humor, o indivíduo também pode apresentar autoestima ampliada, diminuição da necessidade de sono, pressão para continuar falando, fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados, distraibilidade (atenção desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes, agitação psicomotora, surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou gastos financeiros insensatos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Para a caracterização diagnóstica do episódio hipomaníaco, os autores mencionados salientam que o padrão de humor e as outras manifestações citadas devem ter duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias. Durante um episódio, é comum que o indivíduo não apresente juízo crítico, mostrando resistência as abordagens e tratamentos, principalmente o medicamentoso.

Os critérios diagnósticos do transtorno bipolar estão bem estabelecidos na população de adultos jovens. Esse transtorno, de acordo com Castro-Costa (2016), não ocorre com frequência entre os idosos e estudos recentes sugerem diferenças na apresentação, epidemiologia e etiopatologia do transtorno nessa população.

Em relação a idade de início do transtorno bipolar, os idosos são classificados em duas categorias: a primeira denomina-se transtorno de início tardio (presença do primeiro episódio somente após os 50 anos); a segunda é o transtorno bipolar de início precoce (primeiro episódio antes dos 50 anos). Essas categorias apresentam características distintas, de acordo com Deep e Jeste (2004), e estão listadas no quadro a seguir.

Quadro 4 – Características do transtorno bipolar em idosos de início tardio e precoce.

TRANSTORNO BIPOLAR DE INÍCIO TARDIO	TRANSTORNO BIPOLAR DE INÍCIO PRECOCE
Alta taxa de comorbidade com quadros clínicos e neurológicos (demências e doenças vasculares)	Alta taxa de prevalência entre membros da família
Manifestações de mania menos frequentes e de menor intensidade; predomínio de irritabilidade.	Manifestações de mania frequentes e de maior intensidade; predomínio de euforia
Remissão mais rápida de sintomas	Remissão lenta de sintomas

Fonte: DEEP; JESTE, 2004.

Em relação ao curso da doença, os idosos com transtorno bipolar costumam manifestar um intervalo maior entre o primeiro episódio depressivo e o início quadro de mania (cerca de 17 anos). Esse intervalo é menor em grupos mais jovens, de 3 anos em média. Nesses idosos, observam-se mais episódios depressivos antes do primeiro episódio maníaco e maior risco de recaída do que nos grupos mais jovens (CASTRO-COSTA, 2016).

Zung *et al.* (2009) ressaltam a necessidade de maior conhecimento quanto aos efeitos do envelhecimento no curso e prognóstico do transtorno bipolar, a fim proporcionar aos profissionais de saúde mental ferramentas necessárias para abordagem e escolhas terapêuticas adequadas, assim como de uma melhor orientação aos familiares e cuidadores desses idosos.

2.1.5 Transtornos psicóticos

No que se refere aos transtornos psicóticos, cabe assinalar inicialmente que o termo psicose teve sua origem na Alemanha, na década de 1840, como a “doença da psique”, em oposição ao conceito de neurose (“doença dos nervos”) e de caráter crônico e/ou degenerativo. É considerada uma síndrome clínica fundamentada nas vivências de alienação ou distorção da realidade, alterando as crenças, julgamentos e sensopercepção do indivíduo (BERRIOS; PORTER, 2012; PEREGRINO *et al.*, 2019).

Ainda de acordo com os autores mencionados, embora os denominados transtornos psicóticos, representados principalmente pela esquizofrenia, tenham seus estudos e elaboração teórica a partir do século XIX, os sintomas e relação com outras patologias são conhecidos desde a Antiguidade Clássica. Esses transtornos são representados principalmente pela esquizofrenia, de evolução crônica, que passou historicamente por períodos de desenvolvimento conceitual em seus diversos aspectos (apresentação clínica e evolução; dimensões psicopatológicas e subtipos; sintomas psicóticos e deficitários), assim como em suas propostas diagnósticas, critérios categoriais e dimensionais.

O DSM-5 descreve os sintomas como espectro da esquizofrenia, incluindo outros transtornos psicóticos e transtorno da personalidade (esquizotípica, por exemplo). Esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O quadro a seguir apresenta os conceitos e as características das alterações psicopatológicas, componentes dos transtornos psicóticos.

Quadro 5 – Alterações psicopatológicas componentes dos transtornos psicóticos.

DOMÍNIOS	CONCEITO E CARACTERÍSTICAS
Delírios	Crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza).
Alucinações	Experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São vívidas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controle voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial.
Desorganização do pensamento	Inferida a partir do discurso do indivíduo. Este pode mudar de um tópico a outro (descarrilamento ou afrouxamento das associações). As respostas a perguntas podem ter uma relação oblíqua ou não ter relação alguma tangencialidade. Pode ocorrer desorganização menos grave do pensamento ou do discurso durante os períodos prodrômicos ou residuais da esquizofrenia.
Comportamento motor desorganizado	Comportamento “tolo e pueril” até a agitação imprevisível. Comportamento catatônico: redução acentuada na reatividade ao ambiente. Resistência a instruções (negativismo), passando por manutenção de postura rígida, inapropriada ou bizarra, até a falta total de respostas verbais e motoras (mutismo e estupor). Atividade motora sem propósito e excessiva sem causa óbvia. Movimentos estereotipados repetidos, olhar fixo, caretas, mutismo e eco da fala.
Sintomas negativos	Expressão emocional diminuída: reduções na expressão de emoções pelo rosto, no contato visual, na entonação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.

A fisiopatologia dos transtornos psicóticos, especialmente da esquizofrenia, abrange fatores genéticos e ambientais. Segundo Peregrino *et al.* (2019), o risco genético está baseado em um modelo poligênico, compreendendo a biologia molecular das células nervosas, da função sináptica, dos processos do neurodesenvolvimento e da resposta imune. Em relação aos fatores ambientais, os mesmos autores destacam seu impacto no período pré e perinatal (estresse e infecções maternas, deficiências nutricionais, restrição do crescimento intrauterino e complicações na gestação e parto), assim como a influência do consumo de substâncias psicoativas (anfetamínicos, cocaína, canabinoides).

A esquizofrenia pode se manifestar no fim da adolescência e início da idade adulta, persistindo por toda a vida. Ainda que os primeiros episódios psicóticos iniciados após os 65 anos sejam considerados raros, foi descrito o quadro clínico após os 45 anos, com psicopatologia menos acentuada, na medida em que o indivíduo envelhece (SADOCK;

SADOCK; RUIZ, 2017). Quanto a esquizofrenia em idosos, Caixeta, Reimer e Nobrega (2016), trazem as seguintes características:

- Esquizofrenia de idade avançada: inclui indivíduos que iniciaram o transtorno quando mais jovens e agora estão idosos e
- Esquizofrenia de início tardio: inclui indivíduos diagnosticados a partir dos 45 anos ou em idades mais avançadas.

Outro transtorno psicótico a ser considerado em idades avançadas é o transtorno delirante. Para Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 1347) “a idade de início do transtorno delirante é entre 40 a 55 anos, mas pode ocorrer em qualquer época durante o período geriátrico”. Esse início tardio é denominado parafrenia, cujo quadro clínico caracteriza-se por alterações do pensamento (delírios de conteúdo persecutório) e se desenvolve, de acordo com os autores, por diversos anos, constituindo-se uma variante da esquizofrenia, manifestada pela primeira vez após os 60 anos.

Os transtornos psicóticos, em sua evolução, associam-se a deficits neuropsicológicos, nos quais se inserem as disfunções cognitivas, de intensidades leves a moderadas, que podem se constituir em preditores de dependência funcional aos indivíduos doentes mais idosos (CAIXETA; REIMER; NOBREGA, 2016).

2.2 Psicofármacos e o uso em idosos

O grupo de idosos diferencia-se pelo uso frequente de medicamentos, se comparado ao grupo de adultos jovens, estando os psicofármacos entre os mais utilizados por esse segmento populacional (FALCI *et al.*, 2019). Assim, nas seguintes seções, serão apresentados os conceitos, classificações, características quanto ao mecanismo de ação e particularidades do seu consumo em idosos.

2.2.1 Conceito e classificação

Os medicamentos psicotrópicos, ou psicofármacos, são definidos como substâncias que atuam diretamente no sistema nervoso central, afetando o humor, a cognição e comportamento (VOYER *et al.*, 2004). Constituem um importante recurso terapêutico no tratamento dos transtornos mentais.

Cordioli (2005, p.1) afirma que,

[...] o uso de psicofármacos no tratamento dos transtornos mentais, a partir dos anos 50, mudou radicalmente a falta de perspectivas que até então prevalecia no campo da psiquiatria e da saúde mental, provocando uma ampla reformulação das concepções e práticas vigentes, de tal forma que na atualidade, conhecer os medicamentos existentes, as evidências que embasam seu uso, são essenciais para um efetivo trabalho nestas áreas, mesmo para aqueles profissionais que se dedicam preferentemente à prática psicoterápica.

Os psicofármacos são classificados segundo o *Anatomical Therapeutic (ATC Index)*, desenvolvido pelo *World Health Organization Collaboration Center for Drugs Statistic Methodology*, em 2017, com os seguintes códigos ATC:

1. N05 (psicolépticos) – que englobam os antipsicóticos (N05A), ansiolíticos (N05B) e sedativos/hipnóticos (N05C);
2. N06 (psicoanalépticos) – incluindo os antidepressivos (N06A), as combinações de psicolépticos e psicoanalépticos (N06C), além dos antidemenciais (N06D);
3. clonazepam – classificado pela ATC como anticonvulsivante (N03A), foi também considerado como psicofármaco em razão de ele ser prescrito rotineiramente como ansiolítico no manejo de distúrbios de sono relacionados à ansiedade.

Nessa revisão de literatura, apresentam-se a seguir, de acordo com suas características e mecanismos de ação, os psicofármacos antidepressivos, ansiolíticos benzodiazepínicos, estabilizadores de humor (lítio e anticonvulsivantes) e antipsicóticos (primeira e segunda gerações).

2.2.2 Antidepressivos

Ao tratar sobre os antidepressivos, é importante lembrar que a descoberta no final da década de 1950 desses fármacos e sua utilização na prática clínica trouxe um avanço importante no tratamento e no entendimento de possíveis mecanismos subjacentes aos transtornos depressivos. Até os anos de 1980, o seguimento medicamentoso disponível correspondeu a duas classes, os tricíclicos (ADTs) e os inibidores de monoaminoxidase (IMAOs). Nas últimas duas décadas, surgiram novas classes de antidepressivos a partir da pesquisa de moléculas desprovidas dos efeitos colaterais dos heterocíclicos. Eles diferem dos clássicos ADTs e

IMAOs, irreversíveis pela seletividade farmacológica, modificando e atenuando os efeitos colaterais (MORENO *et al.*, 1999).

De acordo com os autores citados, os antidepressivos podem ser classificados segundo sua estrutura química ou as propriedades farmacológicas, consideradas mais úteis na prática clínica porque os medicamentos de nova geração não compartilham estruturas comuns. Atualmente é possível classificá-los de acordo com o mecanismo de ação proposto, aumentando a eficiência sináptica da transmissão monoaminérgica (particularmente de neurotransmissores noradrenérgicos e/ou serotoninérgicos).

A ação clássica dos psicofármacos antidepressivos consiste em bloquear um ou mais dos transportadores neurotransmissores como a serotonina, noradrenalina e/ou dopamina. Neurotransmissores são substâncias químicas produzidas pelas células nervosas, com a função de biosinalização. Por meio delas, é possível enviar informações a outras células estimular a continuidade de um impulso ou efetuar a reação final no órgão ou músculo alvo (STAHL, 2017).

Ainda de acordo com o autor, a ação dos antidepressivos é consistente com a denominada hipótese monoaminérgica da depressão, segundo a qual as monoaminas estão de algum modo deficientes. Esses medicamentos produzem aumento na concentração de neurotransmissores na fenda sináptica do neurônio por meio da inibição do metabolismo, bloqueio de recaptura neuronal ou atuação em auto receptor pré-sináptico.

A popularidade e consumo de antidepressivos ao longo dos últimos anos se deve ao amplo espectro de utilização desses agentes. Além do tratamento dos transtornos depressivos propriamente ditos, esses fármacos passaram a ser aplicados, a partir da década de 1990, como agentes para os transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, tabagismo, sintomas vasomotores da menopausa, profilaxia da enxaqueca, ejaculação precoce, além das condições dolorosas, como a dor neuropática, a dor lombar e fibromialgia (SCHATZBERG; DEBATTISTA, 2017).

O quadro a seguir mostra as principais classes de fármacos antidepressivos utilizados na prática clínica, segundo as ações mencionadas.

Quadro 6 – Classes de medicamentos antidepressivos segundo mecanismo de ação.

CLASSE	MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS
Inibidores da monoaminoxidase (IMAO) 1-Não seletivos e Irreversíveis 2-Seletivos e Irreversíveis 3-Seletivos e Reversíveis	Tranilcipromina Fenelzina Clorgilina Moclobemida
Inibidores não seletivos de recaptura de monoaminas (ADTs) 1-Inibição mista de recaptura de 5-HT/NE	Imipramina Clomipramina Amitriptilina Nortriptilina
Inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS)	Fluoxetina Paroxetina Sertralina Citalopram Escitalopram Fluvoxamina Vortioxetina
Inibidores seletivos de recaptura de 5-HT/NE (ISRSN)	Venlafaxina Desvenlafaxina Duloxetina
Inibidores de recaptura de 5-HT e antagonistas ALFA-2 (IRSA)	Nefazodona Trazodona
Agonistas parciais/ inibidores recaptura de serotonina	Vilazodona
Inibidores seletivos de recaptura de NE (ISRN)	Reboxetina Agomelatina
Inibidores seletivos de recaptura de DA (ISRD)	Bupropiona
Antagonistas de alfa-2 adrenoceptores	Mirtazapina

Fonte: STAHL, 2017.

Estudos de base populacional identificam uma tendência de crescimento no uso de antidepressivos, tanto na população adulta geral quanto entre idosos. Esse crescimento deve-se ao incremento da utilização dos inibidores seletivos da recaptura da serotonina que ao longo dos anos substituem os antidepressivos tricíclicos como o subgrupo químico mais utilizado (LOYOLA FILHO *et al.*, 2014).

A maioria dos antidepressivos é utilizada com eficiência aos idosos com diagnóstico de transtorno depressivo. Os medicamentos ISRSs, como sertralina, citalopram e escitalopram constituem as escolhas para a denominada depressão geriátrica, se comparados aos dos ADTs que, por sua vez, constituem risco de hipotensão e sedação excessiva a esse grupo etário (SCHATZBERG; DEBATTISTA, 2017).

2.2.3 Ansiolíticos benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos constituem o grupo de psicofármacos frequentemente prescritos no mundo por suas propriedades sedativas, ansiolíticas, hipnóticas, amnésicas, antiepiléticas e de relaxamento muscular. Foram desenvolvidos a partir da década de 1960, pela pesquisa e necessidade da obtenção de medicamentos ansiolíticos mais seguros que os denominados barbitúricos (SORDI *et al.*, 2019).

Esse grupo de medicamentos age no organismo pela ligação aos receptores do Ácido gama-aminobutírico (GABA). Eles potencializam a ação do GABA levando a hiperpolarização das células e diminuição da frequência dos disparos neuronais. Assim, promovem os efeitos sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. A característica de lipossolubilidade confere maior e melhor capacidade de penetrar no SNC, quando administrados por via oral (CHARLSON *et al.*, 2009).

Os benzodiazepínicos são prescritos, segundo os autores citados acima, para diversas patologias psiquiátricas como o transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade (fobia) social, transtorno de pânico, transtornos relacionados ao sono, assim como são coadjuvantes ao tratamento dos transtornos do humor e psicóticos. Possuem indicação e importância no processo de desintoxicação de pacientes em dependência de álcool, além da epilepsia e tétano, pela ação de relaxamento muscular.

No entanto, o consumo desses medicamentos, de acordo com Sordi *et al.* (2019), deve ser feito sob cuidados médicos, avaliando-se os riscos e benefícios, devido a capacidade de abuso e desenvolvimento de dependência desses medicamentos, mesmo em doses consideradas terapêuticas. Seu uso abusivo pode ser dividido em dois tipos: o abuso deliberado por pessoas com dependência química e abuso iniciado por pessoas que iniciam o medicamento por indicação terapêutica e passam a fazer uso inadequado (BRIEN, 2005). Outro fator a ser observado no cuidado à prescrição dos benzodiazepínicos diz respeito aos efeitos colaterais possíveis como sonolência, piora da coordenação motora, tontura, perda do equilíbrio e zumbidos. Esses efeitos geralmente estão relacionados ao perfil farmacológico dos medicamentos (meia-vida e via de metabolização), o qual deve ser considerado na escolha e prescrição desse grupo de psicofármacos.

No quadro seguinte constam os principais benzodiazepínicos, ressaltando que quanto maior a meia-vida (intervalo em que o composto se reduz à metade), maior se constitui o tempo de ação do medicamento.

Quadro 7 – Ansiolíticos benzodiazepínicos e classificação segundo a meia-vida.

BENZODIAZEPÍNICOS	MEIA-VIDA
Diazepam	Longa 40-250 horas
Alprazolam Bromazepam Clonazepam Estazolam Lorazepam Nitrazepam	Curta a intermediária 12 a 40 horas
Midazolam	Curta 1 a 12 horas

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION COLLABORATING CENTER FOR DRUG STATISTICS METHODOLOGY, 2017.

A efetividade dos benzodiazepínicos ao tratamento de transtornos de ansiedade e insônia por curto período de tempo é descrita pela literatura, principalmente anterior aos estudos e a chegada dos antidepressivos e como escolha atual desses psicofármacos para tratamento (NALOTO *et al.*, 2016).

Entretanto, segundo os autores citados, o uso por longo período não é recomendado, principalmente em idosos, devido ao risco de desenvolvimento de dependência e eventos adversos, mesmo em baixas dosagens (sonolência, vertigem, cansaço, confusão mental, cefaleia, ansiedade, letargia, ataxia, hipotensão postural, amnesia retrógrada, acidentes, tolerância, dependência e aumento na frequência de quedas).

Além do tempo de uso, existe a preocupação com o tipo de benzodiazepínico prescrito, sendo os de longa ação não recomendados para idosos pelo fato de por demorarem mais tempo para serem eliminados do organismo e por estarem associados às alterações decorrentes do processo de envelhecimento, podem tornar-se fator de risco para os efeitos acima relatados (NOIA *et al.*, 2012).

Conforme os critérios de Beers, elaborados pela *American Geriatrics Society*, em edição de 2019, os benzodiazepínicos de ação curta e intermediária, assim como os de longa ação devem ser evitados em idosos. Esses apresentam elevada sensibilidade aos fármacos e o metabolismo desses fármacos é considerado mais lento. Ainda de acordo com os critérios, os benzodiazepínicos elevam, em idosos, o risco de disfunções cognitivas, alterações do pensamento (delírios) quedas, fraturas e acidentes com veículos (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2019).

2.2.4 Estabilizadores do humor (lítio e anticonvulsivantes)

A qualidade de vida dos indivíduos com transtorno bipolar depende em grande parte do uso de medicamentos denominados estabilizadores do humor (EH). Os efeitos positivos de um tratamento efetivo são de que muitos pacientes conseguem passar um tempo maior em condições de levarem suas vidas de forma mais adequada. Para outros pacientes, o tratamento pode, pelo menos, reduzir as consequências negativas do transtorno (CORDIOLI, 2005). O termo estabilizador do humor foi aplicado inicialmente aos sais de lítio, quando foi determinada a ação dos fármacos no alívio dos episódios de mania, como também na profilaxia dos ciclos maníacos e depressivos (SCHATZBERG; DEBATTISTA, 2017).

A definição de estabilizador do humor tem sido motivo de debate na literatura especializada em função de uma variedade cada vez maior de medicamentos utilizados no tratamento do transtorno bipolar.

O transtorno bipolar classicamente é tratado com os sais de lítio há mais de 50 anos. O lítio é um íon com mecanismos de ação em diversos locais de transdução de sinais e receptores de neurotransmissores. Isso inclui segundos mensageiros (moléculas de sinalização liberadas pela célula para provocar alterações fisiológicas), modulação de proteínas (proteína G), regulação da expressão gênica para fatores de crescimento e plasticidade neuronal, segundo Stahl (2017).

O lítio demonstra ser efetivo nos episódios maníacos, na manutenção das remissões e está bem estabelecido na prevenção do suicídio e como agente potencializador de antidepressivos na depressão unipolar. Esse fármaco apresenta uma janela terapêutica estreita, o que exige monitoramento dos níveis plasmáticos (STAHL, 2017).

Desde a década de 1960, até o início da década de 1980, o lítio teve um papel predominante no tratamento agudo e profilático do transtorno bipolar. Desde então, a carbamazepina e após, gradualmente, o ácido valpróico/valproato passaram a ser utilizados em função da percepção de que nem todos os pacientes respondiam ao lítio. Durante a década de 1990, novos anticonvulsivantes foram sendo testados no tratamento (gabapentina, lamotrigina, topiramato), assim como o análogo da carbamazepina, a oxcarbamazepina. Ainda nesta última década, foram sendo demonstradas propriedades estabilizadoras de alguns antipsicóticos atípicos como a risperidona, ziprazidona, quetiapina, olanzapina, clozapina e aripiprazol (CORDIOLI, 2005).

O interesse pelos estudos quanto ao uso de medicamentos anticonvulsivantes na prática psiquiátrica aumentou, nas últimas três décadas, também pela observação do comportamento

alterado em indivíduos com epilepsia. A epilepsia consiste em alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro em que durante segundos ou minutos, uma parte do cérebro emite sinais incorretos, que podem ficar restritos a esse local ou podem se difundir nas denominadas crises convulsivas (STAHL, 2017).

Os relatos a respeito de agentes como a carbamazepina e ácido valproico, que agem em circuitos do lobo temporal e sistema límbico, passam a demonstrar a eficácia em pacientes com transtorno bipolar, especialmente nas fases de mania aguda (SCHATZBERG; DEBATTISTA, 2017). Uma das hipóteses para explicar as ações consiste na possibilidade desses fármacos diminuírem a neurotransmissão excitatória (glutamato) e potencializarem as ações do GABA.

Devido aos limites de eficácia e tolerabilidade dos estabilizadores do humor, o uso combinado desses medicamentos constitui uma regra, enquanto a monoterapia, uma exceção. A associação dos agentes está preconizada para alívio dos sintomas e prevenção de recaídas do transtorno bipolar (STAHL, 2017).

Algumas particularidades são observadas em relação ao uso de estabilizadores de humor em idosos. Nesse grupo, os níveis séricos e terapêutico de lítio podem passar rapidamente para níveis tóxicos, devido ao lento processo de excreção. O valproato geralmente é mais tolerado, além da gabapentina, porém com uso em doses menores que as preconizadas para adultos jovens (SCHATZBERG; DEBATTISTA, 2017).

2.2.5 Antipsicóticos (primeira e segunda gerações)

Em relação ao uso dos psicofármacos antipsicóticos, vale lembrar que os primeiros tratamentos da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos surgiram, há mais de 60 anos, de observações clínicas e não do conhecimento acerca da base neurobiológica dos sintomas, ou do mecanismo de ação dos agentes antipsicóticos efetivos (STAHL, 2017).

Os efeitos do psicofármaco clorpromazina foram descobertos casualmente na década de 1950, pela observação de que além das propriedades anti-histamínicas, o teste em pacientes esquizofrênicos evidenciou efeitos antipsicóticos. Os processos de testes mostraram que o agente determinava uma forma extrema de alentecimento dos movimentos motores e indiferença de comportamento, surgindo então a denominação “neuroléptico” (STAHL, 2017).

Na sequência, apresentam-se os principais antipsicóticos de primeira geração, sendo alguns disponíveis em rede pública de atendimento em saúde, com as respectivas características.

Quadro 8 – Principais antipsicóticos de primeira geração e características.

ANTIPSICÓTICOS PRIMEIRA GERAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
Clorpromazina	Baixa potência (necessidade de doses elevadas) Rede pública
Haloperidol	Alta potência Apresentação em depósito Rede pública
Levomepromazina	Baixa potência Rede pública
Flufenazina	Alta potência Apresentação em depósito
Tioridazina	Baixa potência
Pimozida	Alta potência Síndrome de Tourette
Sulpirida	Propriedades atípicas
Zuclopentixol	Apresentação em depósito Rede pública

Fonte: CORDIOLI, 2005; STAHL, 2017.

Na década de 1970 foram reconhecidas, segundo o autor citado, as propriedades farmacológicas essenciais dos neurolépticos antipsicóticos, baseadas na capacidade de bloqueio dos receptores de dopamina D2, especialmente na via dopaminérgica mesolímbica. Essa ação demonstrou ser determinante não somente pela eficácia antipsicótica dos fármacos, mas pelos efeitos colaterais indesejáveis de ordem motora, hormonal e autonômica (bloqueio dos receptores na via de neurotransmissão dopaminérgica nigroestriatal, tuberoinfundibular, dos receptores colinérgicos muscarínicos M1 e histaminérgicos H1), o que norteou a classificação dos medicamentos (típicos ou de primeira geração e atípicos ou de segunda geração).

Nas pesquisas acerca dos antipsicóticos, a farmacologia buscou identificar substâncias com ação seletiva ou específica sobre o sistema dopaminérgico e identificar ações sobre outros receptores (não dopaminérgicos) que pudessem contribuir para o efeito terapêutico, mas promovendo alguma proteção contra os efeitos colaterais. Essa procura resultou em medicamentos relativamente eficazes ao tratamento dos sintomas psicóticos ao mesmo tempo que produzem menos efeitos colaterais do que os antipsicóticos convencionais, os denominados antipsicóticos atípicos ou de segunda geração (ALVES; SILVA, 2001).

Ainda de acordo com a autoras citadas, os antipsicóticos de segunda geração, com suas propriedades clínicas e farmacológicas diferentes dos convencionais, têm sido responsáveis por novas hipóteses sobre os mecanismos biológicos de origem da esquizofrenia.

Esses psicofármacos mudaram o conceito tradicional de que os fármacos eficazes atuam bloqueando os receptores D2 do sistema dopaminérgico mesolímbico. Estudos recentes propõem que a coexistência dos sintomas na esquizofrenia parece estar relacionada: a) à

ocorrência conjunta de altas e baixas atividades de dopamina em diferentes áreas do cérebro desses indivíduos; b) à interação entre diferentes sistemas de neurotransmissores (serotoninérgicos); e c) a outros receptores de dopamina que não D2, como os de serotonina 5HT2A (ALVES; SILVA, 2001). De acordo com a literatura citada, atualmente esse grupo de medicamentos constitui-se em primeira linha ao tratamento da esquizofrenia, incluindo a refratária, além de sintomas psicóticos associados a outros transtornos mentais. Porém, o uso também pode levar a efeitos colaterais, principalmente de ordem cardiometabólica como ganho de peso e dislipidemias.

Em relação aos idosos, acredita-se que são necessárias doses mais baixas de antipsicóticos do que as utilizadas em adultos jovens. De acordo com Schatzberg e DeBattista (2017), a mesma dosagem de antipsicótico produz níveis séricos até duas vezes maiores nesse grupo etário, sendo recomendada a tentativa de redução gradual desses psicofármacos, em caso de indivíduos em terapia de manutenção. Destaca-se também a necessidade de atenção e intervenção imediata aos efeitos colaterais desencadeados pelo uso agudo ou crônico desses medicamentos, inclusive pelos riscos assinalados anteriormente.

O quadro seguinte mostra os principais antipsicóticos atípicos ou de segunda geração, em grupos de acordo com a estrutura, o perfil farmacológico e de ligação.

Quadro 9 - Antipsicóticos atípicos de acordo com perfil farmacológico e de ligação.

PERFIL FARMACOLÓGICO E LIGAÇÃO	ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS
Antagonistas dos receptores de serotonina 5HT2A - dopamina D2	Clozapina Olanzapina Quetiapina Asenapina
Antagonistas dos receptores de serotonina 5HT2A - dopamina D2 (estrutura química diferente)	Risperidona Paliperidona Ziprasidona Lurasidona
Agonistas parciais do receptor de dopamina D2	Aripiprazol Brexipiprazol Cariprazina

Fonte: STAHL, 2017.

2.2.6 Prevalência de uso de psicofármacos em idosos

Segundo Oliveira e Novaes (2013), o número crescente de idosos na população mundial e brasileira acarretou em uma alteração no perfil de morbimortalidade com predomínio das doenças crônico-degenerativas. Dessa forma, doenças cardiovasculares, locomotoras e

psiquiátricas são as mais prevalentes e exigem o uso contínuo de medicamentos. As autoras ainda apresentam estudos mostrando que cada idoso toma em média de quatro a seis medicamentos e esse número é maior com o avanço da idade. Os medicamentos mais utilizados são os agentes cardiovasculares e os psicofármacos seguidos pelos anti-inflamatórios, analgésicos e agentes gastrointestinais.

O grupo de idosos destaca-se como o que mais utiliza psicofármacos, pela presença de transtornos mentais como comorbidades e da utilização desses medicamentos no alívio de condições somáticas (MENG; D'ARCY; TEMPIER, 2013). Entre idosos europeus, a prevalência do uso de psicofármacos variou entre 20,5 e 29,8%, valores superiores ao observado entre idosos norte-americanos, variando entre 14,9 e 19,0% (CARRASCO-GARRIDO, 2007). No Brasil, de acordo com Abi-Ackel *et al.* (2017), as prevalências de consumo variam de 5,2 a 10,2%, e uma maior utilização desses medicamentos pelos idosos.

O uso de medicamentos com finalidades ansiolíticas e hipnóticas é considerado elevado nessa última década. Em países desenvolvidos, são os mais prescritos, sendo os benzodiazepínicos a prescrição mais comum. Cerca de 20 milhões de prescrições medicas são feitas anualmente nos Estados Unidos e aproximadamente 10% da população refere ter feito o uso dessa classe de psicofármacos (NALOTO *et al.*, 2016).

Os autores acrescentam que no Brasil, conforme estudo realizado no ano de 2001, em 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, evidenciou-se que os benzodiazepínicos foram a terceira substância mais utilizada pelos 8.589 entrevistados. Outro estudo citado por Naloto *et al.* (2016), populacional, com 1.606 participantes do município de Bambuí (Minas Gerais), observou a frequência de uso de ansiolíticos em aproximadamente 22% dos indivíduos com média de idade de 69 anos, e predomínio de uso desses fármacos por mais que 12 meses e dos de longa ação.

A prevalência de uso dos psicofármacos, em geral nessa população, é observada com preocupação, segundo Voyer *et al.* (2004), pela sua associação a eventos adversos, como quedas com risco de fratura, prejuízo cognitivo, hospitalizações e consequente predisposição à incapacidade funcional.

A incapacidade funcional é conceituada como o processo de perda da capacidade em realizar as tarefas diárias necessárias para uma vida independente e autônoma. Essas atividades se inserem em dois conjuntos; o primeiro relativo a atividades de autocuidado e sobrevivência (atividades básicas); o segundo diz respeito a atividades da vida em sociedade, denominadas atividades instrumentais (FALCI *et al.*, 2019).

Os aspectos cognitivos dos idosos, especialmente do grupo diagnosticado com

transtornos mentais e a possibilidade de relação com o uso de psicofármacos serão discutidos na seção seguinte.

2.3 Declínio cognitivo e uso de psicofármacos em idosos com transtornos mentais

É importante apresentar, inicialmente, a definição de cognição, para em seguida esclarecer sobre o declínio cognitivo. De acordo com Rabelo (2009, p. 67) “a cognição envolve todo o funcionamento mental como as habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de sentir, de raciocinar e de responder aos estímulos externos”. Como complemento da definição, segundo Moraes (2012, p. 26), a cognição

[...] é um conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano. Formada pela memória (capacidade de armazenamento de informações), função executiva (capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas complexas), linguagem (capacidade de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita), praxia (capacidade de executar um ato motor), gnosia/percepção (capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis) e função visuoespacial (capacidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si).

No idoso, a cognição compreende funções que constituem a base para o estabelecimento da autodeterminação e autonomia. Assim, a preservação da capacidade cognitiva demonstrará suas condições necessárias, a fim de resguardar a integridade física, psicológica e social (CHAVES *et al.*, 2015). A perda da cognição ou incapacidade cognitiva é, portanto, o “desmoronamento” ou o “apagamento” da identidade que define o indivíduo como ser pensante (MORAES, 2012).

Gurian *et al.* (2012) enfatizam que durante o processo de envelhecimento, 15% das pessoas desenvolvem inicialmente incapacidade cognitiva progressiva e, desse total, cerca de 5% das pessoas acima de 65 anos e 20% acima de 80 desenvolvem demência de grau moderado a grave.

Sobre os idosos brasileiros, os estudos de prevalência de declínio cognitivo indicam estimativas que consideram o contexto sociocultural e econômico diferenciado e variam de 7,1% a 73,1% (HERRERA; CARAMELLI; NITRINI, 1998). Em estudos internacionais, segundo Chaves *et al.* (2015), essa estimativa varia entre 6,3% e 46%, sendo o risco de desenvolvimento associado a fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Dessa maneira, a disfunção cognitiva é determinada por uma associação complexa de fatores, que incluem condições individuais e sociais e que poderão interferir diretamente em aspectos da qualidade

de vida do idoso.

Na prática clínica, o declínio cognitivo é comumente encontrado em idosos com transtornos mentais. Além disso, em muitos distúrbios, os sintomas cognitivos podem não ser tratados, tendo grande impacto nas habilidades funcionais desses indivíduos.

No transtorno depressivo, os sintomas cognitivos fazem parte dos critérios diagnósticos, segundo o DSM-5. Portanto, não se considera inesperado o relato de queixas e a presença de declínio cognitivo por parte dos idosos com depressão. Essa disfunção cognitiva é denominada “síndrome de demência da depressão” ou pseudodemência, cujos sintomas podem se assemelhar aos da síndrome demencial propriamente dita, com probabilidade de menor prejuízo na linguagem e as dificuldades de memória estão mais limitadas à recordação livre e não tanto em testes de memória com pistas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Nos transtornos de ansiedade em idosos, incluindo a fobia social, ansiedade generalizada, observa-se a piora do desempenho cognitivo e, a síndrome psicótica pode resultar em piora de habilidades verbais, na capacidade de resolução de problemas e capacidade espacial (SKOOG, 2011).

Estudos epidemiológicos também evidenciam a relação entre o uso de fármacos em geral e declínio cognitivo nas populações idosas. A pesquisa de Niikawa *et al.* (2017), realizada com 1152 idosos acima de 65 anos, residentes na capital do Japão mostrou prevalência de polifarmácia (uso de mais de quatro medicamentos, incluindo psicotrópicos) em 28,0% (n = 323) do grupo estudado. Quando os idosos, na análise de medicamentos, foram estratificados pelos escores do instrumento de rastreio cognitivo, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), foi encontrado uso combinado de fármacos em 48,3% daqueles com pontuação <24 e 25,7% naqueles com pontuação ≥ 24 , com uma associação entre polifarmácia e comprometimento cognitivo.

A prática clínica indica que processo de envelhecimento envolve alterações em diferentes áreas da cognição e indivíduos com idade acima de 60 anos queixam-se de dificuldades com a memória e em outras habilidades cognitivas, principalmente quando fazem uma comparação entre o desempenho atual e o do passado. Considerando a presença de transtornos mentais e o consequente uso de medicamentos psicofármacos, ressalta-se a necessidade de maior atenção para estas queixas.

Oliveira e Bastos (2019), em revisão publicada a respeito dessa temática, reforçam que não foram encontrados estudos da relação do declínio cognitivo e uso de psicofármacos em grupo de idosos diagnosticados com os diversos transtornos mentais. O tema foi pesquisado em livros de psiquiatria geriátrica, manuais diagnósticos de transtornos mentais e artigos de

periódicos, publicados, no período de janeiro de 2000 até julho de 2018, das bases eletrônicas BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), *PubMed* e *Scielo*, totalizando 19 artigos. Destacam-se, no entanto, 2 publicações anteriores a esse período, pela relevância dos dados apresentados e citações em artigos consultados.

Para a busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores padronizados: “*cognitive dysfunction*”, “*psychotropic drugs*”, “*elderly people*”, e “*mental disorders*”. Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa, estudos de caso e revisões em periódicos sobre a prevalência dos transtornos mentais em idosos, uso de psicofármacos em idosos e a relação do uso desses medicamentos com o declínio cognitivo em idosos com transtornos mentais.

Nos artigos mais recentes, foram descritas variáveis de pesquisa quanto ao relato de transtorno de ansiedade e depressão, porém sem especificações quanto aos níveis de gravidade ou tempo de tratamento dos mesmos. Não foram também encontradas referências às outras classificações diagnósticas de transtornos mentais, como o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia entre outras.

Entende-se, portanto, a importância do aprofundamento do estudo da relação entre o declínio cognitivo e o uso de psicofármacos em idosos com transtornos mentais, assim como a necessidade de investigação e identificação, por meio de instrumentos padronizados, na rotina de atendimentos dessa população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a possível relação entre declínio cognitivo e uso de psicofármacos em idosos com transtornos mentais, em Campo Grande-MS.

3.2 Objetivos específicos

- a. Proceder à caracterização sociodemográfica dos idosos em estudo;
- b. Identificar a prevalência dos transtornos mentais dos idosos em estudo;
- c. Apresentar o psicofármaco ou grupo de psicofármacos em uso, pelos idosos em estudo;
- d. Examinar a cognição dos idosos em estudo;
- e. Analisar a relação entre o declínio cognitivo, transtornos mentais e uso dos psicofármacos dos idosos em estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

A natureza da pesquisa é quantitativa, exploratória, descritiva e transversal, com base em dados primários e secundários

4.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Ambulatórios do Serviço Psiquiatria do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), da cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul- MS, no período de janeiro a julho de 2019.

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes desta pesquisa representam o grupo de idosos, identificado por levantamento em prontuários, atendidos nos ambulatórios de Psiquiatria do HUMAP-UFMS, em Campo Grande- MS, inseridos nos critérios de inclusão e que aceitaram o convite para participação, caracterizando uma amostra não probabilística por conveniência.

4.3.1 Critérios de inclusão

- a. Idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos;
- b. Capacidade auditiva e visual suficientes para entendimento e participação na pesquisa;
- c. Estar em seguimento ambulatorial há pelo menos um ano, com as seguintes patologias diagnosticadas, segundo a CID-10: episódio depressivo (CID-10 F32 a F32.9), transtorno depressivo recorrente (F33 a F33.9), transtornos ansiosos (CID-10 F41 a F41.9), transtornos psicóticos (CID-10 F20 a F29), transtorno bipolar (F31 a F31.9).

4.3.2 Critérios de exclusão

- a. Diagnóstico de síndrome demencial (CID10- F03 ou G30);
- b. Diagnóstico de transtorno mental devido a lesão ou disfunção cerebral (CID10-F06);
- c. Diagnóstico de deficiência intelectual (CID-10 F70 a F79);
- d. Deficiência visual e/ou auditiva, graves e não corrigidas.

4.4 Instrumentos da pesquisa

A pesquisa teve os seguintes instrumentos aplicados (apêndices B e C):

- Formulários sociodemográfico com as variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, com quem e onde reside;
- Formulário clínico com as variáveis: relato de queixas cognitivas, diagnóstico (por meio da Classificação Internacional de Doenças/CID-10) e psicofármacos em uso na atualidade.

Os instrumentos citados foram elaborados pela pesquisadora.

4.4.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein *et al.* (1975), é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo. Consiste em um teste cognitivo breve, composto por itens a respeito de orientação, espaço temporal, registro, memória de curto prazo, atenção, cálculo, linguagem e praxia construcional, possibilitando uma avaliação concisa do estado mental de um paciente. Suas principais aplicações atualmente são a avaliação de idosos com suspeita de quadros demenciais, para avaliar a progressão de transtornos cognitivos; para avaliar a eficácia de tratamentos, farmacológicos ou não, e para avaliar o desempenho cognitivo em indivíduos sadios.

O MEEM original é composto por duas seções para avaliação cognitiva. A primeira é composta por itens que examinam a orientação, memória e atenção, totalizando 21 pontos; a segunda inclui a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito, de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos), num total de nove pontos (MELO; BARBOSA, 2015). O escore total é de 30 pontos baseados em itens dicotômicos. Os pontos de corte 23/24 são usados por recomendação de Folstein *et al.* (1975), como sugestivos de declínio cognitivo.

Desde o final da década de 1980, versões do MEEM original, segundo Melo e Barbosa (2015), foram traduzidas e adaptadas ao contexto da população brasileira, com finalidade clínica e para pesquisa. A versão de Bertolucci *et al.* (1994) foi traduzida, validada e por Almeida (1998), modificada. Para alguns itens, foram propostas adaptações que preservavam as intenções da versão original proposta por Folstein *et al.* (1975) e melhor se ajustavam às especificidades da cultura brasileira.

As modificações propostas foram:

1) na seção “Orientação Espacial” os itens que no original eram “State, County, Town, Hospital, Floor” foram traduzidos/adaptados para “estado, cidade, bairro, prédio da entrevista e andar do prédio”; quando o bairro era desconhecido, o entrevistado poderia se referir a uma rua próxima ou à parte da cidade onde a unidade de saúde está localizada;

2) os objetos para “registro e nomeação” que no original eram “apple, penny, table” foram adaptados para “carro, vaso, bola”;

3) em “atenção e cálculo” foram solicitados os testes de “subtração serial de sete” e “soletração da palavra mundo”, considerando-se para totalização o teste de maior valor.

Brucki *et al.* (2003) propuseram novas modificações, visando adaptar o teste para que servisse para o uso em ambiente hospitalar, consultório ou estudos populacionais. Esta versão será utilizada para a aplicação na população aqui apresentada (Anexo A).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) indica, como avaliação dos resultados, os seguintes pontos de corte:

- Normal: acima de 27 pontos;
- Declínio cognitivo/Demência: menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de 4 anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24;
- Depressão não-complicada: 25,1 pontos e
- Prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos

Chaves (2008) destaca a sensibilidade do instrumento, com variação de 76% a 100%, e especificidade, de 78% a 100%. O MEEM permanece como instrumento eficiente a ser aplicado em idosos com suspeita de declínio cognitivo e demência, mesmo diante de discussões e controvérsias, principalmente quanto aos pontos de corte e escolaridade (MELO; BARBOSA, 2015; VARGAS, 2013).

4.5 Procedimento para a coleta e análise de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, realizada no Ambulatório de Psiquiatria do HUMAP-UFMS, em condições de conforto e privacidade adequadas, na presença da médica psiquiatra pesquisadora e do participante, com a aplicação dos instrumentos da pesquisa. Os prontuários do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS) e as prescrições médicas também foram utilizados para complementar as informações.

Os idosos em acompanhamento nos Ambulatórios de Psiquiatria do HUMAP-UFMS dos quais a pesquisadora já atua, assim como os em atendimento por outros médicos psiquiatras,

foram encaminhados para a entrevista, com duração estimada de 30 minutos para esclarecimentos de informações pertinentes, preenchimento dos formulários e aplicação do MEEM.

Não houve custos financeiros ao participante e, ao final da pesquisa, todas as informações coletadas serão arquivadas no Ambulatório de Psiquiatria do HUMAP- UFMS por cinco anos, para criação de banco de dados para futuras pesquisas.

Os dados obtidos foram digitados e organizados para análise estatística em planilhas do programa *Microsoft Excel*®. A análise foi realizada utilizando o *software* R, um *software* livre para computação estatística, em sua versão 3.6.1 para *Microsoft Windows*.

Para a análise de dados, foram inicialmente realizadas as estatísticas básicas (médias, medianas, desvio-padrão e distribuições de frequências absolutas e relativas) e as comparações de frequência entre variáveis categóricas foram feitas por meio do teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Para as comparações de médias entre dois grupos por análise de variância e/ou estatística, foi aplicado o teste t de *Student* para duas médias. Para comparação de médias de variáveis distribuídas de forma diferente da distribuição normal, foi utilizado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, assim como o teste de uma-proporção para prevalências.

Foi considerada aceitável a probabilidade de erro de 5%, sendo considerado significativo valor de $p < 0,05$.

5 ASPECTOS ÉTICOS

É importante ressaltar que a ética em relação ao participante da pesquisa foi considerada na coleta de dados, conforme estabelecido na Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP), da UFMS, assim como obteve consentimento prévio das Instituições (cartas de anuência). A aprovação foi obtida pelo parecer de nº 2.994.168, de 31 de outubro de 2018 Anexo C).

A pesquisa foi realizada por meio de coleta de dados em prontuários (Termo de compromisso para utilização de prontuários - Anexo B) e entrevista, sendo solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os participantes (Apêndice A). A pesquisadora garante a confidencialidade dos dados, a privacidade da identificação e a sigilosidade das informações coletadas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção apresentam-se os resultados, a partir dos instrumentos aplicados aos participantes da pesquisa, ou seja, um grupo de idosos conforme a metodologia. Inicia-se, portanto, por sua caracterização sociodemográfica.

6.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos em estudo

No período que compreenderam os meses de janeiro a julho de 2019 foram selecionados 117 idosos, agendados para atendimento no HUMAP-UFMS, estando 28 em seguimento nos ambulatórios de psiquiatria independente da idade e 89 em ambulatório destinado ao grupo de pacientes com idade igual e superior a 60 anos.

Desse grupo, 73 idosos se inseriram nos critérios de inclusão. No período, 10 não compareceram ao atendimento e 4 recusaram o convite para participação, totalizando amostra de 59 idosos, de acordo com a figura a seguir.

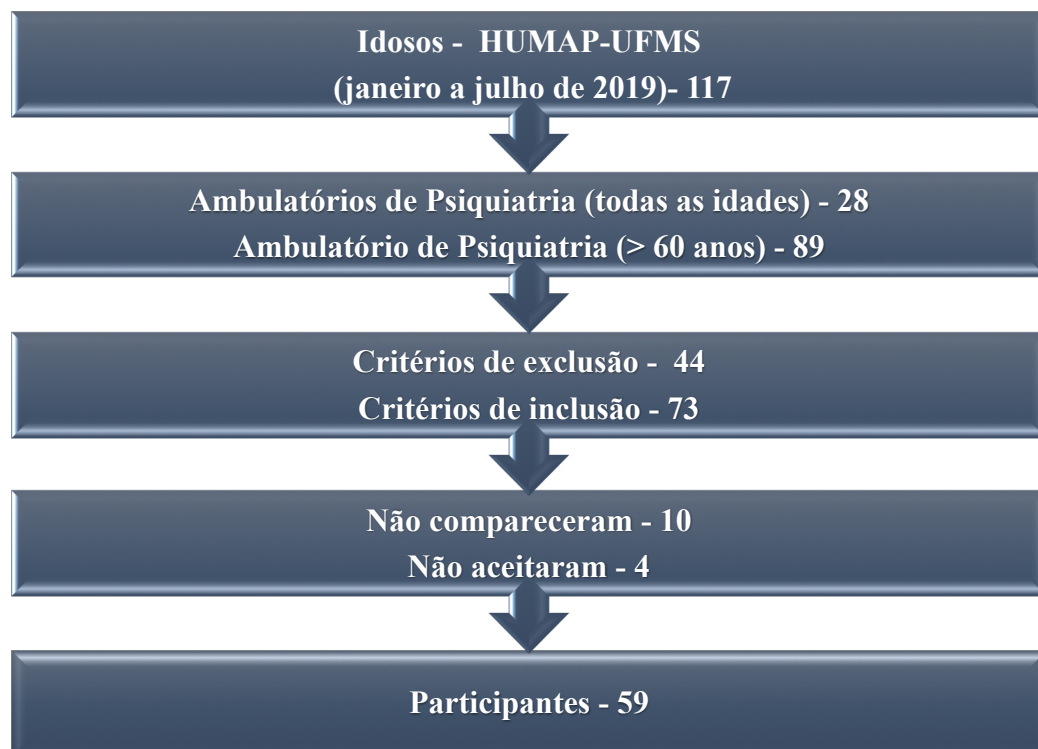


Figura 3 – Delimitação da amostra do estudo, período de janeiro a julho de 2019.

Em relação às variáveis sociodemográficas, observou-se que os participantes são representados por 79,3% de idosos do sexo feminino. Na variável idade, os idosos estudados se encontraram em faixa etária entre “60 e 65 anos” (39%) e “65 e 70 anos” (37,3%), fato que indica que a maioria se encontra em idade inferior a 70 anos. A média de idade dos participantes foi de $66,75 \pm 0,63$ anos.

Quando a variável é o estado civil, o maior percentual esteve representado pelos casados (45,8%), no entanto, não se configurou maioria significativa em nenhum grupo. Os dados dos participantes mostraram que a maioria possui escolaridade referente ao atual Ensino Fundamental, uma etapa da Educação Básica (37,3% até 4 anos de estudos e 37,3% de 5 a 8 anos de estudos), conforme a legislação educacional em vigor. A variável “com quem reside” mostrou que 71,2% dos entrevistados reside com familiares (p-valor $<0,0001$). Os dados referentes ao formulário sociodemográfico aplicado são apresentados na tabela a seguir (Tabela 1).

Tabela 1 – Número e porcentagem de idosos segundo as variáveis sociodemográficas, Campo Grande – MS, 2019 (N=59).

Variáveis	Nº	%	p-valor
Sexo			
Feminino	47	79,3	<0,0001
Masculino	12	20,3	
Grupo Etário			
De 60 a 65 anos	23	39,0	<0,0001
De 66 a 70 anos	22	37,3	
De 71 a 75 anos	10	16,9	
De 76 a 80 anos	3	5,1	
Acima de 81 anos	1	1,7	
Estado Civil			
Casado (a)	27	45,8	0,742
Divorciado (a)	11	18,6	
Solteiro (a)	7	11,9	
Viúvo (a)	14	23,7	
Escolaridade			
Sem escolaridade	1	1,7	<0,0001
Até 4 anos	22	37,3	
De 5 a 8 anos	22	37,3	
De 9 a 11 anos	13	22,0	
Acima de 12 anos	1	1,7	
Com quem reside			
Sozinho	17	28,8	<0,0001
Familiares	42	71,2	

Os dados referentes às variáveis sexo e grupo etário correspondem aos apresentados nas estatísticas populacionais divulgadas pelo IBGE no ano de 2016. Os indicadores sociais do

período de 2005 a 2015, destacam que o número de idosos passou de 9,8% para 14,3% da população brasileira e que esse crescimento se deu em todos os grupos etários de idosos (de 60 a 64 anos, de 65 a 69 anos, de 70 a 74 anos, de 75 a 79 anos e de 80 anos ou mais).

O estado de Mato Grosso do Sul (MS) exhibe uma estimativa de população, em 2019, de 2.778.986 pessoas, com predomínio do sexo feminino nos grupos etários acima de 60 anos. A capital de MS, Campo Grande, tem população estimada de 895.982 pessoas, constituindo o grupo de idosos 10% dessa população, também com predomínio do sexo feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Os resultados indicam, portanto, o conceito discutido por Diogo e Neri (2007), de “feminização da velhice”, em que se observa o predomínio do sexo feminino na população com idade acima de 60 anos. Os autores enfatizam que o maior envolvimento das mulheres na prevenção de doenças e ao cuidado em saúde constituem-se em fatores para maior expectativa de vida em comparação aos homens. Porém, elas também passam pelo processo de envelhecimento com possibilidade de desenvolvimento de condições incapacitantes e doenças crônicas associadas, como os transtornos mentais.

Em relação ao estado civil, apesar da maioria dos indivíduos ser casada, verificou-se que 54,2% da amostra geral é constituída por idosos que não possuem companheiro (a), ainda que, considerando a variável com quem reside, a maioria tenha relatado morar com algum familiar. Segundo estudo de Biasoli (2015), a condição de não possuir um (a) companheiro (a) reflete aspecto de vulnerabilidade do segmento mais idoso da população, particularmente quando se considera que ela está associada à presença de transtornos mentais.

O resultado quanto a variável com quem reside demonstrou que a maioria dos participantes mora com algum familiar, não necessariamente um (a) companheiro (a). Esse resultado remete à discussão do estudo de Freitas e Sheicher (2010), em que os familiares relatam dificuldades para cuidar dos seus idosos, encaminhando-os às instituições popularmente denominadas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Ainda segundo os autores, o processo de institucionalização é considerado estressor, com consequente isolamento social, perda de identidade, de liberdade, de autoestima, estado de solidão e muitas vezes de recusa da própria vida, o que justifica a precipitação ou agravamento de transtornos mentais.

Os dados em relação à escolaridade dos idosos acompanham a média nacional, de até 8 anos completos de estudo. Segundo o IBGE (2016), o aumento do acesso à educação básica e superior tem como consequência elevação da escolaridade da população brasileira. A média de

anos de estudo, o nível de instrução e a taxa de analfabetismo proporcionam um retrato da escolaridade acumulada ao longo de gerações de brasileiros.

Ainda de acordo com os indicadores do IBGE, a escolaridade média da população brasileira teve aumento, passando de 6,5 para 7,9 anos de estudo completos, média essa encontrada no estudo, o que, porém, pode não corresponder ao ensino fundamental completo, por todos os participantes. O atraso escolar brasileiro também se reflete no baixo percentual da população de 25 a 64 anos de idade com pelo menos o ensino médio completo se comparado aos demais países-membros ou associados à Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), como Chile e México. Apesar do avanço, os resultados evidenciam que o deficit educacional brasileiro é histórico e que sua alteração permanece lenta, levando em conta o tempo requerido para a formação de cada nova geração.

6.2 Transtornos mentais nos idosos em estudo

Em relação às variáveis componentes do formulário clínico, os diagnósticos em destaque foram os transtornos depressivos (CID-10 F32 a F32.9 e F33 a F33.9) que representam 52,54% dos casos em atendimento ambulatorial, seguidos pelos transtornos ansiosos (30,51%). A prevalência de transtornos mentais da amostra em estudo é apresentada abaixo, na Tabela 2.

Tabela 2 – Número e porcentagem de idosos segundo o diagnóstico atual (CID-10), Campo Grande-MS, 2019 (N=59).

Diagnóstico atual (CID-10)	Nº	%
F20-F29 (transtornos psicóticos)	2	3,4
F31-F31.9 (transtorno bipolar)	8	13,6
F32-F32.9 (episódio depressivo)	2	3,4
F33-F33.9 (transtorno depressivo recorrente)	29	49,2
F41-F41.9 (transtornos ansiosos)	18	30,5

Os diagnósticos dos idosos em tratamento nos ambulatorios de psiquiatria, de acordo com os grupos de transtornos mentais, são apresentados por meio da figura.

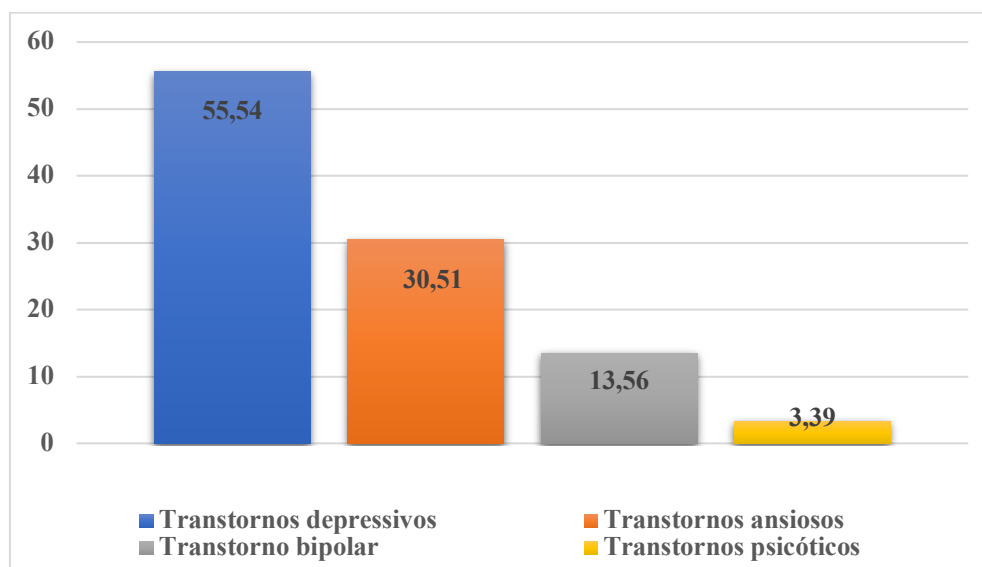


Figura 4 – Porcentagem de idosos segundo o diagnóstico atual em grupo de transtornos mentais, Campo Grande- MS, 2019 (N=59).

A distribuição dos diagnósticos atuais (CID-10), de acordo com o sexo dos participantes, mostrou que os diagnósticos prevalentes em ambos os sexos são, em ordem decrescente, de transtornos depressivos, transtornos ansiosos, transtorno bipolar e transtornos psicóticos, com predomínio de transtornos depressivos no sexo feminino (55,32%). Esses resultados estão na tabela seguinte.

Tabela 3 – Porcentagem de idosos segundo o sexo e diagnóstico atual pela CID-10, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).

Sexo	Diagnóstico atual pela CID-10				Total
	F20-F29	F31-F31.9	F32-F33.9	F41-F41.9	%
	%	%	%	%	
Feminino	2,13	14,89	55,32	27,66	100,00
Masculino	8,33	8,33	41,67	41,67	100,00
Total	3,39	13,56	52,54	30,51	100,00

De acordo com o grupo etário, a baixa ocorrência de participantes com idade avançada dificulta a relação com o diagnóstico atual. Desta forma, optou-se por agrupar as idades em indivíduos com idade inferior e superior a 70 anos. Esse fato gerou duas classes mais representativas. Assim, é possível observar que as variáveis apresentam associação entre elas

(Teste Qui-quadrado, p -valor = 0,039) e que idosos com idade superior a 70 anos apresentam menos diagnóstico de transtornos ansiosos, conforme se pode observar na tabela 4.

Tabela 4 - Porcentagem de idosos segundo o grupo etário e diagnóstico atual pela CID-10, Campo Grande- MS, 2019 (N=59).

Grupo Etário (anos)	Diagnóstico atual pela CID-10				Total
	F20-F29	F31-F31.9	F32-F33.9	F41-F41.9	%
	%	%	%	%	
De 60 a 65	4,35	26,09	43,48	26,09	100,00
De 66 a 70	4,55	9,09	40,91	45,45	100,00
De 71 a 75	0,00	0,00	80,00	20,00	100,00
De 76 a 80	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00
Acima de 81	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00
Total	3,39	13,56	52,54	30,51	100,00

Os dados referentes aos diagnósticos divergem das prevalências apresentadas por Skoog (2011) e por Ciasca, Caixeta e Nunes (2016), em relação aos transtornos de ansiedade e transtornos depressivos. Os autores mencionados enfatizam a prevalência de 4 a 10% para transtornos depressivos e de 6 a 12% para transtornos ansiosos.

Este estudo mostra prevalência superior nos respectivos diagnósticos (52,6% e 30,5%). Esses resultados, levando-se também em consideração a frequência entre os sexos e grupo etário, podem ser justificados por se tratar de amostra específica de idosos acompanhados em ambulatorios da especialidade de psiquiatria, enquanto os autores estudaram a população em geral.

O resultado quanto ao diagnóstico de transtornos depressivos assemelhou-se à pesquisa realizada em comunidade peruana, de pequeno porte, envolvendo 60 idosos com idade média de 67,8 anos, também de maioria feminina (JUÁREZ; LEÓN; ALATA, 2012). Nesse estudo, 51,67% apresentaram depressão em seus diversos níveis de gravidade e recorrências. Os dados reforçam que os transtornos depressivos representam uma condição clínica de relevância entre os idosos, pelo impacto negativo em sua capacidade funcional e qualidade de vida, porém potencialmente tratável nessa população, como acentuam Fleck *et al.* (2009).

O dado de prevalência de transtorno bipolar nos idosos em estudo (13,6%) também se mostrou superior às taxas evidenciadas em outros estudos como de Deep e Jest (2004) e o de Porciúncula (2015). Nessa pesquisa, realizada na cidade de Porto Alegre (RS), em amostra de

550 idosos, 5,8% (n=32) apresentaram transtorno bipolar. No entanto, segundo a autora, o transtorno pode atingir cerca de 10% a 25% de todos os pacientes idosos com transtornos de humor.

Nesse caso, considerando a frequência de transtornos do humor dos idosos desta pesquisa, que compreendem o transtorno bipolar (n=8) e transtornos depressivos (n=31), os com transtorno bipolar corresponderam à 20,5% do total, corroborando a autora mencionada.

A prevalência de transtornos psicóticos encontrada na pesquisa acompanha a da literatura revisada (SKOOG, 2011), que varia de 1,7 a 4,2%, sendo encontrada entre os idosos em estudo a de 3,4%.

Os resultados discutidos acima reafirmam as considerações de Marim, Maftum e Lacerda (2018), quanto ao processo saúde-doença em idosos, na medida em que os transtornos mentais despontam como condições comuns, com necessidade de acompanhamento, envolvendo frequência devida de cuidados, profissionais e familiares, a fim de que se evite a possibilidade de diminuição ou incapacidade funcional nessa população.

6.3 Uso de Psicofármacos nos idosos em estudo

Por meio da variável psicofármacos em uso, contida no formulário clínico, foi possível caracterizar o consumo desses medicamentos pelos idosos em estudo. As frequências absolutas e relativas são apresentadas na tabela 5.

Tabela 5 – Número e porcentagem de idosos, segundo a classe de psicofármacos em uso, Campo Grande- MS, 2019 (N=59).

Variáveis	Nº	%	p-valor
Psicofármacos em uso			
Ansiolíticos benzodiazepínicos	20	33,9	0,993
Antidepressivos (tricíclicos)	21	35,6	0,987
Antidepressivos (ISRSs)	40	67,8	0,007
Antidepressivos (outros)	7	11,9	1,000
Estabilizadores do humor (carbonato de lítio)	0	0,0	1,000
Estabilizadores do humor (anticonvulsivantes)	16	27,1	1,000
Antipsicóticos típicos ou de primeira geração	1	1,7	1,000
Antipsicóticos atípicos ou de segunda geração	13	22,0	1,000

Nota: questão de mais de uma resposta.

Os dados mostram que 67,8% dos entrevistados consumiram antidepressivos da classe ISRS, fato único que representa maioria significativa de utilização de medicamento (Teste de

uma proporção, p -valor =0,007). Nos demais, observou-se o consumo dos antidepressivos (tricíclicos) em 35,6%, ansiolíticos benzodiazepínicos em 33,9%, estabilizadores de humor (anticonvulsivantes) em 27,1% e antipsicóticos atípicos ou de segunda geração em 22% (Tabela 5).

Estudo de Noia *et al.* (2012) verificou uma prevalência de consumo, em idosos residentes no município de São Paulo (SP), de 12,2%, sendo 7,2% o uso de antidepressivos, 6,1% de benzodiazepínicos e 1,8 % de antipsicóticos. Pesquisa de Abi-Ackel *et al.* (2017) evidenciou, em idosos da região metropolitana de Belo Horizonte (MG), prevalência de uso de psicofármacos de 13,4%, sendo 8,3% para uso de benzodiazepínicos e 5,0% para antidepressivos, associados ao sexo feminino e relato de diagnóstico médico para transtorno depressivo.

A amostra estudada mostrou prevalência de consumo superior, quando comparada aos estudos citados, com semelhança quanto ao predomínio do uso de antidepressivos e ansiolíticos benzodiazepínicos.

Os resultados reforçam a análise de Loyola Filho *et al.* (2014) na medida em que também se identifica a tendência de crescimento do uso de antidepressivos entre os idosos, especialmente os ISRSs, se comparados ao uso de antidepressivos tricíclicos, possivelmente pelo menor risco de efeitos adversos, como diminuição da capacidade para memorizar fatos recentes, atenção e concentração.

Em relação ao consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos, o resultado em 33,9% da amostra é observado com preocupação, pelo fato desses idosos estarem em seguimento e uso desses medicamentos há pelo menos um ano. Estudo de Naloto *et al.* (2016) enfatizam a atenção ao uso prolongado dos benzodiazepínicos, pelo risco de efeitos adversos, ainda que em baixas dosagens.

Quanto ao consumo de estabilizadores do humor, destacou-se o resultado de nenhum idoso em uso de lítio, divergindo do estudo de Rej *et al.* (2017), realizado em Ontário (Canadá), em que foi observado consumo do lítio como monoterapia em 1,4% dos idosos. O resultado pode ser explicado pelas questões de tolerabilidade e risco de manifestações de intoxicação (tremores, sudorese, crises convulsivas), devido ao lento processo de excreção do psicofármaco em idosos (SCHATZBERG; DEBATTISTA, 2017). Ainda segundo os autores mencionados, os estabilizadores anticonvulsivantes geralmente são melhores tolerados em idosos, o que pode justificar o uso em 27,1% da amostra estudada.

O uso de antipsicóticos mostrou superioridade em relação aos atípicos ou de segunda geração. O resultado pode estar associado a melhor tolerabilidade e menor perfil de efeitos

extrapiramidais desses psicofármacos, como explica Stahl (2017), se comparados aos antipsicóticos típicos ou de primeira geração. Outro fator a salientar refere-se ao crescimento do uso pelas propriedades estabilizadoras do humor, conforme acentua Cordioli (2005).

Os resultados quanto ao uso combinado de classes de psicofármacos indicaram, portanto, que a maioria dos selecionados se encontra em uso de mais de dois medicamentos, independente da classe (71,2%), sendo que 47,5% dos entrevistados apresentam consumo de dois psicotrópicos (Tabela 6).

Tabela 6 – Número e porcentagem de idosos, segundo a quantidade de psicofármacos em uso, Campo Grande- MS, 2019 (N=59).

Quantidade de psicofármacos	Nº	%
Um psicofármaco	17	28,8
Dois psicofármacos	28	47,5
Três psicofármacos	11	18,6
Quatro psicofármacos	3	5,1

A análise quanto ao consumo de psicofármacos no grupo de idosos estudado mostrou que esses são utilizados em monoterapia e também no denominado uso combinado.

O uso combinado de ansiolíticos benzodiazepínicos e antidepressivos ISRSs representou 10,2%. O consumo de medicamentos das classes antidepressivos (tricíclicos) e antidepressivos ISRSs esteve presente em 8,5% dos idosos, assim como os medicamentos das classes antidepressivos ISRSs e antipsicóticos atípicos ou de segunda geração.

Os medicamentos das classes ansiolíticos benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos e antidepressivos ISRSs representaram 6,8% do uso de psicofármacos. Esses dados estão expressos na próxima tabela.

Tabela 7 – Número e porcentagem de idosos, segundo uso de psicofármacos em monoterapia e combinado, Campo Grande- MS, 2019 (N=59).

Psicofármacos	Nº	%
Antidepressivos (tricíclicos)	4	6,8
Antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina)	9	15,3
Antidepressivos (outros)	2	3,4
Estabilizadores do humor (anticonvulsivantes)	2	3,4
Ansiolíticos benzodiazepínicos, antidepressivos (tricíclicos)	1	1,7
Ansiolíticos benzodiazepínicos, antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina)	6	10,2
Ansiolíticos benzodiazepínicos, antidepressivos (outros)	2	3,4
Ansiolíticos benzodiazepínicos, estabilizadores do humor (anticonvulsivantes)	1	1,7
Ansiolíticos benzodiazepínicos, antipsicóticos atípicos ou de segunda geração	1	1,7
Antidepressivos (tricíclicos), antidepressivos (Inibidores seletivos da recaptação de serotonina)	5	8,5
Antidepressivos (tricíclicos), antidepressivos (outros)	1	1,7
Antidepressivos (tricíclicos), estabilizadores do humor (anticonvulsivantes)	1	1,7
Antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina), antidepressivos (outros)	1	1,7
Antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina), estabilizadores do humor (anticonvulsivantes)	5	8,5
Antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina), antipsicóticos atípicos ou de segunda geração	3	5,1
Estabilizadores do humor (anticonvulsivantes), antipsicóticos atípicos ou de segunda geração	1	1,7
Ansiolíticos benzodiazepínicos, antidepressivos (tricíclicos), antidepressivos (Inibidores seletivos da recaptação de serotonina)	4	6,8
Ansiolíticos benzodiazepínicos, antidepressivos (tricíclicos), estabilizadores do humor (anticonvulsivantes)	1	1,7
Ansiolíticos benzodiazepínicos, antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina), antipsicóticos atípicos ou de segunda geração	1	1,7
Antidepressivos (tricíclicos), antidepressivos (Inibidores seletivos da recaptação de serotonina), antipsicóticos atípicos ou de segunda geração	2	3,4
Antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina), estabilizadores do humor (anticonvulsivantes), antipsicóticos atípicos ou de segunda geração	2	3,4
Antidepressivos (outros), estabilizadores do humor (anticonvulsivantes), antipsicóticos atípicos ou de segunda geração	1	1,7
Ansiolíticos benzodiazepínicos, antidepressivos (tricíclicos), antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina), antipsicóticos atípicos ou de segunda geração	1	1,7
Ansiolíticos benzodiazepínicos, antidepressivos (tricíclicos), estabilizadores do humor (anticonvulsivantes), antipsicóticos atípicos ou de segunda geração	1	1,7
Ansiolíticos benzodiazepínicos, antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação de serotonina), estabilizadores do humor (anticonvulsivantes), antipsicóticos típicos ou de primeira geração	1	1,7

Os dados acima corroboram o estudo realizado com idosos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Marília (SP) que demonstrou o consumo de 3,3 psicofármacos em média (MARIM; MAFTUM; LACERDA, 2018). Ainda de acordo com as

autoras, os idosos com transtornos mentais vivenciam uma realidade em que há a necessidade do consumo de psicofármacos, para o controle dos sinais e sintomas do transtorno mental, porém com a possibilidade de sofrerem outras alterações decorrentes desses mesmos medicamentos, por exemplo as cognitivas. Assim, na próxima seção apresentam-se os resultados acerca das queixas e alterações cognitivas da amostra estudada.

6.4 Queixas cognitivas nos idosos em estudo

Pelo formulário clínico, 31 idosos (52,5%) relataram queixas cognitivas. A figura a seguir mostra as porcentagens na amostra.

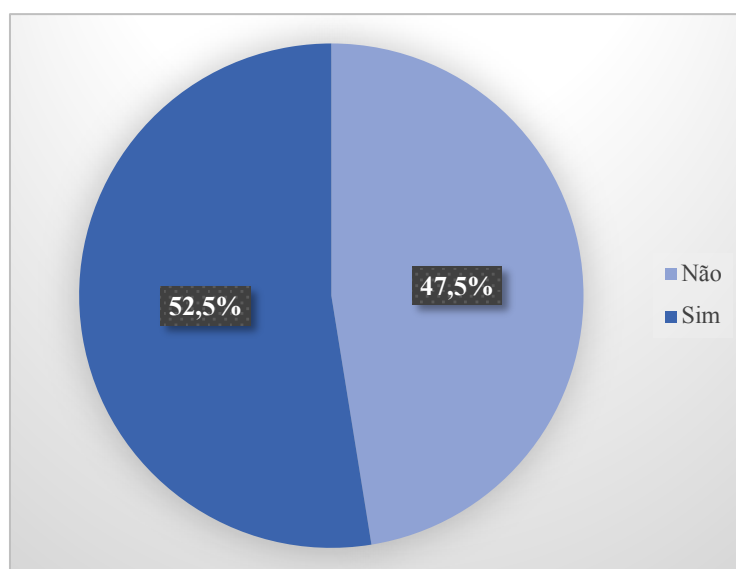


Figura 5 – Porcentagem de idosos segundo queixas cognitivas, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).

A distribuição da frequência de queixas cognitivas, de acordo com o sexo dos participantes do estudo destaca que, apesar de os idosos do sexo feminino (55,3%) apresentarem maior percentual de queixas do que os do sexo masculino (41,7%), essa diferença não se mostra estatisticamente significativa. Dessa forma, não se pode afirmar que a variável sexo é preponderante (Teste Qui-quadrado, p-valor =0,398). A tabela abaixo mostra os resultados obtidos (Tabela 8).

Tabela 8 - Porcentagem de queixas cognitivas em idosos segundo o sexo, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).

Sexo	Queixas cognitivas		
	Não	Sim	Total
	%	%	%
Feminino	44,7	55,3	100,0
Masculino	58,3	41,7	100,0
Total	47,5	52,5	100,0

A análise das queixas cognitivas, quando relacionada ao grupo etário, mostra maioria entre o total de idosos com idade de até 75 anos, conforme os dados da Tabela 9. Os dois últimos grupos etários (de 70 a 75 anos e acima de 81 anos) possuem poucos indivíduos. Assim, foi necessário agrupar tais categorias e ainda assim não é possível dizer que a variável grupo etário é significativa para as queixas cognitivas (Teste Qui-quadrado, p-valor = 0,693).

Tabela 9 – Porcentagem de queixas cognitivas em idosos segundo o grupo etário, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).

Grupo etário (anos)	Queixas cognitivas		
	Não	Sim	Total
	%	%	%
De 60 a 65	56,5	43,5	100,0
De 66 a 70	40,1	59,1	100,0
De 71 a 75	30,0	70,0	100,0
De 76 a 80	66,7	33,3	100,0
Acima de 81	100	0	100,0
Total	47,5	52,5	100,0

O estado civil novamente não possuiu associação com as queixas cognitivas (Teste Qui-quadrado, p-valor = 0,06). A tabela a seguir mostra que a maioria dos participantes, que informaram ser casados, não apresenta queixas cognitivas (62,96%), enquanto a maioria dos divorciados (81,82%) relatou queixas cognitivas durante a entrevista (Tabela 10).

Tabela 10 – Porcentagem de queixas cognitivas em idosos segundo estado civil, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).

Estado civil	Queixas cognitivas		
	Não	Sim	Total
	%	%	%
Solteiro (a)	57,14	42,86	100,00
Casado (a)	62,96	37,04	100,00
Divorciado (a)	18,18	81,82	100,00
Viúvo (a)	35,71	64,29	100,00
Total	47,46	52,54	100,00

A variável com quem reside evidenciou percentuais maiores de queixas cognitivas para idosos que residem sozinhos (64,71%). Apesar desse percentual não ser considerado significativo para a associação entre as variáveis (Teste Qui-quadrado, p-valor = 0,234), pode ser observado como preocupante, devido aos riscos inerentes a essas queixas (comprometimento da atenção e memória).

Tabela 11 – Porcentagem de queixas cognitivas em idosos segundo situação de residência, Campo Grande - MS, 2019 (N=59).

Com quem reside	Queixas cognitivas		
	Não	Sim	Total
	%	%	%
Familiares	52,38	47,62	100,00
Sozinho (a)	35,29	64,71	100,00
Total	47,46	52,54	100,00

O processo de envelhecimento natural é acompanhado da diminuição em algumas habilidades cognitivas, como a memória e as funções executivas. Os idosos frequentemente se queixam de esquecer o nome de pessoas conhecidas e nome de objetos, não se recordam do nome de lugares que frequentaram, sendo estas queixas comuns. Entretanto, apenas em alguns casos o declínio cognitivo evolui para a demência (PAULO; YASSUDA, 2010). Segundo as autoras, o idoso que apresenta algum prejuízo cognitivo, ainda que não patológico, pode relatar essas queixas com maior frequência, como observado no estudo. Essas queixas podem indicar uma real dificuldade cognitiva ou podem ocorrer em associação a fatores psicológicos, alta exigência pessoal e também a transtornos mentais.

6.5 MEEM e presença de declínio cognitivo nos idosos em estudo

Para o grupo total de idosos, observou-se pelo MEEM que a média da pontuação ao conjunto de entrevistados foi 24,5 pontos, com desvio-padrão de 3,3 pontos. Aplicou-se um mínimo de 15 e máximo de 29 pontos e valor mediano em 25 pontos, como é mostrado abaixo (Tabela 12).

Tabela 12 – Média, desvio-padrão e mediana da pontuação do MEEM em idosos, Campo Grande - MS, 2019 (N=59).

	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idosos	59	24,5	3,3	25	15	29

Considerando os pontos de corte 23/24, por recomendação de Folstein *et al.* (1975) como sugestivos de declínio cognitivo, os resultados mostraram que na maioria dos participantes não se evidencia o declínio cognitivo (54,2%). Como analisam autores já mencionados, os estudos de prevalência de declínio cognitivo apontam estimativas que consideram o contexto sociocultural e econômico diferenciado e variam de 7,1% a 73,1% (HERRERA; CARAMELLI; NITRINI, 1998).

Segundo Chaves *et al.* (2015), essa estimativa varia entre 6,3% e 46%, sendo o risco de desenvolvimento associado a fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Apesar de não significar maioria entre os idosos estudados, a evidência de declínio cognitivo em 45,8% da amostra corrobora as estimativas discutidas. A tabela especifica as frequências absoluta e relativa nesse grupo (Tabela 13).

Tabela 13 – Número e porcentagem, segundo declínio cognitivo (MEEM) em idosos, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).

Declínio cognitivo (MEEM)	Nº	%
Sim	27	45,8
Não	32	54,2

Considerando as notas de corte atribuídas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), os resultados demonstraram que a maioria dos entrevistados teve escore abaixo do considerado

normal – acima de 27 pontos (Teste de uma proporção, p-valor <0,0001). Observou-se que o declínio cognitivo não é representativo nos entrevistados – pontuação menor ou igual a 24 pontos (Teste de uma proporção, p-valor =0,742). Já a pontuação sugestiva de depressão apresentou relevância estatística nos indivíduos estudados – considerada depressão não complicada o escore inferior a 25,1 pontos. (Teste de uma proporção, p-valor =0,003). No presente estudo, não se observou pontuação sugestiva de prejuízo cognitivo por depressão (teste de uma proporção, p-valor = 1,000). Os escores, em frequência absoluta e relativa, estão representados na tabela abaixo (Tabela 14).

Tabela 14 – Número e porcentagem, segundo escores do MEEM em idosos, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).

Escores	Nº	%	p-valor
15 Pontos	1	1,7	
18 Pontos	2	3,4	
19 Pontos	3	5,1	
20 Pontos	2	3,4	
21 Pontos	2	3,4	
22 Pontos	4	6,8	(<0,0001)
23 Pontos	8	13,6	(0,742)
24 Pontos	5	8,5	(0,003)
25 Pontos	8	13,6	(1,000)
26 Pontos	5	8,5	
27 Pontos	4	6,8	
28 Pontos	9	15,3	
29 Pontos	6	10,2	

A relação entre as variáveis do formulário sociodemográfico e pontuação do MEEM dos participantes da pesquisa é ilustrada na Tabela 15.

Para essa relação foi possível observar que houve diferença significativa entre as médias do MEEM apenas para a variável sexo, em que mostra idosos do sexo masculino com média superior (Teste de *Kruskal-Wallis*, p-valor =0,002). Esse resultado aproxima-se ao encontrado em estudo de Puustinen *et al.* (2011), em que também foi observada média superior (28 pontos) em idosos do sexo masculino.

A variável grupo etário não apresentou diferença entre as médias dos idosos entrevistados. Quanto a variável estado civil, também não foi possível observar diferença entre as médias. Para a variável com quem reside, não há diferença significativa entre as médias.

Pela variável escolaridade foi possível notar que há uma diferença entre as médias pelo tempo (Teste de *Kruskal-Wallis*, p -valor = 0,05), entretanto como há valores esperados menores do que 1 (um) no teste Qui-Quadrado realizado pela estatística pode não haver exatidão no resultado.

Tabela 15 – Número, média, desvio-padrão e mediana da pontuação do MEEM em idosos segundo as variáveis do formulário sociodemográfico, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).

	Nº	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Sexo						
Feminino	47	23,9	3,4	24	15	29
Masculino	12	27,0	1,7	27	24	29
Grupo Etário						
De 60 a 65 anos	23	24,7	3,5	25	18	29
De 66 a 70 anos	22	24,0	3,6	24	15	29
De 71 a 75 anos	10	25,2	2,3	25,5	22	28
De 76 a 80 anos	3	24,0	4,6	25	19	28
Acima de 81 anos	1	25,0	*	25	25	25
Estado Civil						
Casado	27	25,1	3,2	25	19	29
Divorciado	11	23,2	4,1	24	15	29
Solteiro	7	25,3	2,7	26	21	28
Viúvo	14	23,9	3,2	23,5	18	28
Escolaridade						
Sem escolaridade	1	19,0	*	19	19	19
Até 4 anos	22	23,4	3,7	23	15	29
De 5 a 8 anos	22	24,8	2,8	25	18	29
De 9 a 11 anos	13	26,2	2,7	27	20	29
Acima de 12 anos	1	28,0	*	28	28	28
Reside						
Sozinho	17	24,5	4,0	26	15	29
Familiares	42	24,5	3,1	25	18	29

A pontuação sugestiva de declínio cognitivo (≤ 24 pontos) esteve associada a variável queixas cognitivas, evidenciando que os idosos que apresentam o declínio cognitivo são mais propensos a relatarem essas queixas (Teste Qui-quadrado, p -valor = 0,045).

Tabela 16 – Porcentagem de idosos segundo queixas cognitivas e pontuação no MEEM (≤ 24 pontos), Campo Grande- MS, 2019 (N=59).

MEEM	Diagnóstico Atual (CID-10)				Total
	F20-F29	F31-F31.9	F32-F33.9	F41-F41.9	%
	%	%	%	%	
Normal	3,13	12,50	40,63	43,75	100,00
Declínio cognitivo	3,70	14,81	66,67	14,81	100,00
Total	3,39	13,56	52,54	30,51	100,00

A pontuação sugestiva de declínio cognitivo (≤ 24 pontos) também mostra associação com o diagnóstico atual dos participantes (Tabela 17), assinalando que idosos com transtornos depressivos apresentam predisposição ao declínio cognitivo (teste Qui-quadrado, p -valor $=0,015$).

Tabela 17 – Porcentagem de idosos segundo diagnóstico atual e pontuação no MEEM (≤ 24 pontos), Campo Grande-MS, 2019 (N=59).

MEEM	Queixas cognitivas		
	Não	Sim	Total
	%	%	%
Normal	59,38	40,63	100,00
Declínio cognitivo	33,33	66,67	100,00
Total	47,46	52,54	100,00

Nos transtornos depressivos, os sintomas cognitivos fazem parte dos critérios diagnósticos, segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Portanto, não se considera inesperado o resultado desse estudo, no que diz respeito à presença de declínio cognitivo em idosos com depressão, especialmente entre aqueles em tratamento para episódios recorrentes (CID-10 F33 a F33.9).

Apesar dos percentuais menores de declínio cognitivo nos outros grupos de transtornos mentais, ressalta-se que nos transtornos de ansiedade em idosos, incluindo a fobia social, a ansiedade generalizada, é possível observar a piora do desempenho cognitivo e, a síndrome psicótica (esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo) pode resultar em piora de habilidades verbais, na capacidade de resolução de problemas e capacidade espacial, conforme discute Skoog (2011).

6.6 Declínio cognitivo e uso de psicofármacos nos idosos em estudo

Para as demais variáveis estudadas no formulário clínico, de acordo com a tabela a seguir (Tabela 18), foram observadas as médias encontradas nas pontuações do MEEM em relação ao consumo de psicofármacos.

Nesse estudo, destacaram-se as médias relacionadas ao consumo de benzodiazepínicos (23,9 pontos) e de antipsicóticos atípicos ou de segunda geração (23,8 pontos), ainda que não representem estatística significativa na amostra.

A quantidade de psicofármacos, ou seja, o uso em monoterapia ou combinado desses medicamentos, apresentou diferença significativa na média de pontuação obtida no MEEM (Teste *Kruskal-Wallis*, p -valor= 0,04), especialmente entre os idosos que usam três psicofármacos (22,3), conforme também ilustrado na tabela a seguir (Tabela 18).

Tabela 18 – Número, média, desvio-padrão e mediana da pontuação do MEEM em idosos segundo classes e quantidade de psicofármacos em uso, Campo Grande-MS, 2019 (N=59).

Variáveis	Nº	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Psicofármacos						
Ansiolíticos benzodiazepínicos	20	23,9	3,4	24	18	29
Antidepressivos (tricíclicos)	21	24,2	4,0	25	15	29
Antidepressivos (Inibidores seletivos da recaptação de serotonina)	40	24,6	3,3	24,5	18	29
Antidepressivos (outros)	7	23,7	4,2	25	18	29
Estabilizadores do humor (carbonato de lítio)	0					
Estabilizadores do humor (anticonvulsivantes)	16	24,1	2,6	24	18	28
Antipsicóticos típicos ou de primeira geração	1	24,0	*	24	24	24
Antipsicóticos atípicos ou de segunda geração	13	23,8	3,2	23	18	29
Quantidade de psicofármacos						
Um psicofármaco	17	25,6	3,4	26	15	29
Dois psicofármacos	28	24,5	2,9	25	19	29
Três psicofármacos	11	22,3	3,6	22	18	29
Quatro psicofármacos	3	26,0	2,7	25	24	29

A associação entre as pontuações e os psicofármacos pode ser justificada pela possibilidade de efeitos adversos ou pelo uso prolongado, especialmente no que diz respeito ao uso dos benzodiazepínicos. Falci *et al.* (2019), em estudo sobre a predisposição de incapacidade funcional em idosos, reafirmam que esses medicamentos possuem ação sedativa e hipnótica e que o efeito cumulativo dessa ação afeta os movimentos físicos e a coordenação motora, prejudicando o desempenho psicomotor. Entre idosos, o consumo de benzodiazepínicos está relacionado ao comprometimento da cognição, assim como à ocorrência de quedas e fraturas.

Os resultados também se assemelham à pesquisa de Puustinen *et al.* (2011), realizada em cidade europeia, com aplicação do MEEM em população idosa sem alterações cognitivas prévias, demonstrando associação principal entre o consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos e pontuações sugestivas de declínio cognitivo.

Ao examinar a média de pontuação em idosos que estão em uso de antipsicóticos, assinala-se que esses, novamente conforme estudo de Falci *et al.* (2019), que é preciso atenção aos resultados que associam antipsicóticos ao desenvolvimento de disfunções cognitivas, pela maior frequência com que esses medicamentos vêm sendo utilizados entre idosos, e em razão de seu uso denominado *off-label*, ou seja, diferentes do uso inicialmente aprovado em bula, na abordagem de outros problemas de saúde que não os transtornos psicóticos, como insônia.

As médias de pontuações do MEEM não mostraram associação com os psicofármacos antidepressivos. Entretanto, é importante ressaltar as evidências de que efeitos adversos desses medicamentos podem alterar a cognição de idosos, especialmente os antidepressivos tricíclicos, por suas propriedades anticolinérgicas. O manejo desses psicofármacos também, segundo Falci *et al.* (2019), requer maior atenção por parte dos profissionais prescritores.

Os resultados do estudo com os idosos em atendimento nos ambulatórios de psiquiatria do HUMAP-UFMS reforçam os de Wright *et al.* (2009), com 3075 idosos norte-americanos, em que o uso, principalmente combinado de psicofármacos, com destaque para os antidepressivos e benzodiazepínicos, esteve relacionado ao declínio cognitivo no grupo. O estudo citado foi pioneiro a explorar a relação entre as doses combinadas de psicofármacos de diversas classes e o declínio cognitivo em idosos.

O estudo de Cabrera *et al.* (2010) ressaltou, também, a importância do consumo combinado de psicofármacos como relação de risco e até mesmo determinante para o declínio cognitivo. A pesquisa com 131 idosos, com média de 77 anos, em condição não institucionalizada, referindo-se apenas ao transtorno depressivo como variável, analisou a importância para a prática clínica, do uso de medicamentos antidepressivos, anticonvulsivantes e antipsicóticos. Os autores acentuam que a prescrição desses medicamentos e manejo precisam ser cuidadosamente avaliados em relação aos seus efeitos potenciais sobre a capacidade funcional do indivíduo idoso.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou caracterizar o grupo de idosos atendidos nos ambulatórios de psiquiatria do HUMAP-UFMS, de acordo com as variáveis sociodemográficas, grupo esse composto por maioria do sexo feminino, com média de idade de $66 \pm 0,63$ anos, estado civil casado, escolaridade de até 8 anos, residindo com familiares.

Os resultados quanto aos transtornos mentais em tratamento mostraram maior prevalência de diagnósticos de transtornos depressivos, seguida dos transtornos ansiosos, transtorno bipolar e transtornos psicóticos.

Quanto ao uso de psicofármacos para tratamento dos transtornos mentais reconhecidos, o estudo indicou que a maioria dos idosos se encontra em uso de antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina (ISRS). Os participantes em uso de antidepressivos tricíclicos e ansiolíticos benzodiazepínicos também apresentam porcentagem relevante.

Em relação ao uso de estabilizadores de humor, salienta-se o resultado referente ao consumo do carbonato de lítio, não evidenciado nessa amostra. Já quanto aos antipsicóticos, o resultado demonstrou maioria em uso de medicamentos atípicos ou de segunda geração.

Do total de participantes, a maior parte se encontra em uso de dois ou mais psicofármacos das classes analisadas, mostrando maior porcentagem na combinação de ansiolíticos benzodiazepínicos a ISRS.

Por meio do formulário clínico, as queixas cognitivas foram evidenciadas em mais da metade dos idosos participantes, principalmente entre aqueles do sexo feminino, de até 75 anos, com destaque aos que residem sozinhos, resultado observado com preocupação a esse grupo, uma vez que essas queixas podem evidenciar-se em disfunções ou declínio da memória, praxia e funções executivas, as quais resultam em comprometimento funcional desses idosos.

A aplicação do instrumento de avaliação cognitiva, o MEEM, permitiu identificar que a maioria dos idosos não apresenta pontuação sugestiva de declínio cognitivo, porém o resultado se aproxima da metade, sendo observado como relevante a esse grupo específico, principalmente por apresentar associação a variável queixas cognitivas, evidenciando que os idosos que apresentam o declínio são mais propensos a relatarem essas queixas.

A pontuação sugestiva de declínio cognitivo também mostrou associação com o diagnóstico atual dos participantes, assinalando que idosos com transtornos depressivos estão mais propensos a apresentarem disfunções cognitivas.

Em relação ao uso de psicofármacos, destacam-se as médias de pontuação relacionadas ao consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos e de antipsicóticos atípicos ou de segunda

geração. O consumo de dois ou mais psicofármacos, ou seja, o uso combinado desses medicamentos, apresentou diferença significativa na média de pontuação obtida no MEEM especialmente entre os idosos que usam três psicofármacos. Esses dados corroboraram estudos nacionais e internacionais, a respeito das implicações do uso combinado de psicofármacos e o declínio cognitivo, especialmente quando se inclui a prescrição de benzodiazepínicos.

Os resultados ressaltam que a prescrição de psicofármacos e seu manejo necessitam de avaliação contínua, principalmente no que se refere aos efeitos potenciais dos medicamentos sobre a capacidade funcional do indivíduo idoso. Embora haja evidências de que os psicofármacos representem estratégias eficazes de tratamento dos transtornos mentais, o uso para esse grupo de idosos deve ser cuidadosamente analisado, pela relação de predisposição ou piora do declínio cognitivo, com comprometimento à qualidade de vida dessa população.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa, de ordem exploratória e descritiva, possibilitou examinar a relação entre queixas e declínio cognitivo em uma amostra de idosos diagnosticados e em tratamento dos transtornos mentais. A prevalência elevada de transtornos depressivos, assim como o uso de dois ou mais psicofármacos, deve ser observada com atenção, por estar associada a precipitação ou agravamento da cognição desses indivíduos. Pelo fato de o uso de psicofármacos, especialmente os de caráter sedativo, constituírem fator de risco ao declínio cognitivo, porém modificável, entende-se que os médicos psiquiatras e clínicos devem avaliar cuidadosamente a sua prescrição. Recomenda-se que os idosos sejam monitorados rotineiramente, para que os benefícios da prescrição não sejam superados pelos riscos envolvidos no uso desses medicamentos.

Ressalta-se, portanto, a importância da realização desse estudo, assim como a necessidade de investigação frente às queixas cognitivas, por meio de instrumentos padronizados, como o MEEM, na rotina de atendimentos ambulatoriais de psiquiatria desse grupo etário.

Esse conhecimento possui relevância, na medida em que pode permitir a realização de intervenções imediatas ao cuidado dos idosos. Além disso, podem ser estimuladas medidas preventivas, por orientações adequadas, auxiliando em um processo mais saudável de envelhecimento, ou seja, que as mudanças decorrentes da idade, independente de doenças ou limitações, não impossibilitem a experiência pessoal de uma velhice bem-sucedida.

Do mesmo modo, a busca por estratégias, além das terapêuticas farmacológicas, pode ser viável à prevenção de incapacidades funcionais dos idosos. Essas estratégias envolvem o acompanhamento multiprofissional, compreendendo a atuação conjunta dos profissionais da Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Fisioterapia, entre outros, recomendado a todos os serviços na atenção à saúde integral do idoso e, especialmente, à saúde mental.

A implementação de serviços para o cuidado, com a participação da família e comunicação integrada entre esses profissionais, assim como a inclusão de redes fundamentais de suporte social e espaços de convivência, possibilitam não somente intervenções, mas também estímulo a pesquisa, considerando o envelhecer e as circunstâncias decorrentes de processo. A prevenção e abordagem imediata a incapacidades funcionais nessa população é essencial, a fim de garantir que os ganhos de expectativa de vida resultem em anos vividos com mais qualidade.

REFERÊNCIAS

- ABI-ACKEL, M. M.; LIMA-COSTA, M. F.; CASTRO-COSTA, E.; LOYOLA FILHO, A. I. Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n.1, p. 57-69, mar. 2017.
- ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V. S.; PINHO, A. R. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos, área urbana de Salvador, BA. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 33, n. 2, p. 114-20, abr. 1984.
- ALMEIDA, L.; BASTOS, P. R. H. O. Autocuidado do idoso: revisão sistemática da literatura. **Revista Espacios**, v. 38, n. 28, p. 3-12, 2017.
- ALMEIDA, O. P. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 56, n. 3B, p. 605-612, set. 1998.
- ALVES, C. R. R.; SILVA, M. T. A. A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 12-22, jan. / abr. 2001.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 4, p. 674-697, January, 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre, 2014.
- BALDAÇARA, L. Transtorno de ansiedade em idosos. In: CAIXETA, L. (Org.) **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2016. cap. 18, p. 263-272.
- BERRIOS, G. PORTER, R. **Uma história da psiquiatria clínica. Vol. II- As psicoses funcionais**. São Paulo: Escuta, 2012.
- BERTOLUCCI, P. H.; BRUCKI S. M.; CAMPACCI S. R.; JULIANO, Y. O mini- exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.
- BIASOLI, T. R. **Perfil dos idosos com transtornos mentais assistidos em ambulatórios do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP)**. 2015. 100 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.
- BORIM, F. S.; BARROS, M. B. A.; BOTEAGA, N. J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p.1415-1426, jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasília, 2009.

BRIEN, C. P. O. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 66, n. 2, p. 28-33, 2005.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do Mini- Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, abr. 2003.

CABRERA, M. A.; DELLAROSA, M. S.; TRELHA, C. S.; PACCOLA, L. B.; PERDIGÃO, S. C. D.; PINTO, M. E. B.; SILVA, T. J.; OLIVEIRA, D. G. Psychotropic drugs as risk factors for functional decline among noninstitutionalized dependent elderly people. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 11, n. 7, p. 519-522, sep. 2010.

CAIXETA, L.; REIMER, C. H. R.; NOBREGA, M. Parafrenia e esquizofrenia de início tardio. *In: CAIXETA, L. (Org.) **Psiquiatria Geriátrica**.* Porto Alegre: Artmed, 2016. cap. 17, p. 249-262.

CAIXETA, L.; VIEIRA, R. T. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos. *In: CAIXETA, L. **Psiquiatria Geriátrica**.* Porto Alegre: Artmed, 2016. cap. 2, p. 17-29.

CANINEU, P. R.; DINIZ, C. M. C. Modificações Fisiológicas da Senescência. *In: FORLENZA, O. V. (Org.) **Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação**.* São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 2, p. 17-37.

CARRASCO-GARRIDO, P.; JIMÉNEZ-GARCIA, R.; ASTASIO-ARBIZA, P.; ORTEGA-MOLINA, P.; MIGUEL, G. Psychotropics use in the Spanish elderly: predictors and evolution between years 1993 and 2003. **Pharmacoepidemiology Drug Safety**, v. 16, n. 4, p. 449-57, Apr. 2007.

CASTRO-COSTA, E. Transtorno bipolar em idosos. *In: CAIXETA, L. (Org.) **Psiquiatria Geriátrica**.* Porto Alegre: Artmed, 2016. cap. 19, p. 273-282.

CHARLSON, F.; DEGENHARDT, L.; MCLAREN, J.; HALL, W.; LYNKSEY, M. A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. **Pharmacoepidemiology Drug Safety**, v. 18, n. 2, p. 93-103, 2009.

CHAVES, A. S.; SANTOS, A. M.; BRITTO E ALVES; M. T. S. S.; SALGADO FILHO, N. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.18, n. 3, p. 545-556, set. 2015.

CHAVES, M. L. F. **Testes de avaliação cognitiva: mini-exame do estado mental**, 2008. Disponível em: <http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

CIASCA, E. C.; CAIXETA, L.; NUNES, P. V. Depressão Geriátrica. *In: CAIXETA, L. (Org.) **Psiquiatria Geriátrica**.* Porto Alegre: Artmed, 2016. cap. 19, p. 283-295.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos nos transtornos mentais**. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, 2005. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf, 2005b.>. Acesso em: 18 de janeiro de 2018.

DEEP, C. A.; JESTE, D. V. Bipolar disorder in older adults: a critical review. **Bipolar Disorders**, v. 6, n. 5, p. 343-367, Oct. 2004.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, supl. 1, p. 06-11, maio 1999.

DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Editora Alínea, 2007.

FALCI, D. M.; MAMBRINI, J. V. M.; CASTRO-COSTA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I. Uso de psicofármacos prediz incapacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 21, p. 1-12, jan. 2019.

FLECK, M. P.; BERLIM, M. T.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F.; HETEM, L. A. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, supl. 1, p. 7-17, maio 2009.

FOLSTEIN M. F.; FOLSTEIN S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v.12, n. 3, p. 189-198, Nov. 1975.

FREITAS, M. A. V.; SCHEICHER, M. E. Qualidade de vida em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3, p. 395-401, dez. 2010.

GURIAN, M. B. F.; OLIVEIRA, R. C.; LAPREGA M. R.; RODRIGUES JÚNIOR, A. L. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 275-84, abr. 2012.

HERRERA JÚNIOR. E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 2, p. 70-3, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**, 2019. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 01 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**, 2018. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 1 dez. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2016.

JUÁREZ, J.M.; LEÓN, A. F.; ALATA, V. L. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta”- La Molina, Lima Perú. **Revista Horizonte Médico**, v. 12, n. 2, p. 28-31, abr./jun. 2012.

LAFER, B.; VALLADA FILHO, H. P. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, supl. 1, p. 12-17, maio 1999.

LOYOLA FILHO, A. I.; CASTRO-COSTA, E.; FIRMO, J. O. A.; PEIXOTO, S. V. Tendências no uso de antidepressivos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 857-865, dez. 2014.

MARIN, M. J. S.; MAFTUM, M. A.; LACERDA, M. R. Idosos com transtornos mentais: vivenciando o uso de psicofármacos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 2, p. 888-896, 2018.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, dez. 2015.

MENG, X.; D'ARCY, C.; TEMPIER, R. Trends in psychotropic: use in Saskatchewan from 1983 to 2007. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 58, n. 7, p. 426-31, July 2013.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MIRANDA-SÁ JR, L. S. **Compêndio de psicopatologia e semiologia psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MORAES, E. A. **Atenção à saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, supl. 1, p. 24-40, maio 1999.

NALOTO, D. C. C.; LOPES, F. C.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C.; DEL FIOLO, F. S.; BERGAMASCHI, C. C. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p.1267-1276, 2016.

NIKAWA, H.; OKAMURA, T.; ITO, K.; URA, C.; MIYAMAE, F.; SAKUMA, N.; IJUIN, M.; INAGAKI, H.; SUGIYAMA, M.; AWATA, S. Association between polypharmacy and cognitive impairment in an elderly Japanese population residing in an urban community. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 17, p. 1286-1293, 2017.

NOIA, A. S.; SECOLI, S. R.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIEBER, N. S. R. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. spe, p. 38-43, out. 2012.

OLIVEIRA, K. C.; BASTOS, P. R. H. O. Cognitive decline and psychotropic drug use in elderly people with mental disorders: a narrative review. **International Journal of development research**, v. 9, n. 1 p. 25116- 25120, Jan. 2019.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p.1069-1078, abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Planificación y organizacion de los servicios geriátricos**: Informe Técnico, 843. Genebra, 1994.

PAULO, D. L. V.; YASSUDA, M. S. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 1, p. 23-26, 2010.

PEREGRINO, A.; GARCIA, L. V.; MARQUES, R. C.; MELEIRO, A. M. A. S. Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. *In*: MELEIRO, A. M. A. S. **Psiquiatria**: estudos fundamentais. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. cap. 15, p. 231-259.

PORCIÚNCULA, L.; R. **Prevalência de transtorno de humor bipolar em uma amostra de idosos atendidos no programa saúde da família do município de Porto Alegre**. 2015. 75 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

PUUSTINEN, J.; NURMINEN, J.; LÖPPÖNEN, M.; VAHLBERG, T.; ISOAHO, R.; RÄIHÄ, I.; KIVELÄ, S. L. Use of CNS medications and cognitive decline in the aged: a longitudinal population-based study. **BMC Geriatrics**, v. 11: 70, p. 2-9, nov. 2011.

RABELO, D. F. Comprometimento cognitivo leve em idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 65-79, nov. 2009.

REJ, S.; HERRMANN, N.; SHULMAN, K.; FISCHER, H. D.; FUNG, K.; GRUNEIR, A. Current psychotropic medication prescribing patterns in late-life bipolar disorder. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 32, p. 1459-1465, 2017.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e prática clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SCHATZBERG, A. F.; DEBATTISTA, C. **Manual de psicofarmacologia clínica**. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SKOOG, I. Psychiatric disorders in the elderly. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 56, n. 7, p. 387-97, July 2011.

SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P.; RODRIGUEZ, V. C. R.; SAIBRO, P.; HARTMANN, T. Benzodiazepínicos, hipnóticos e ansiolíticos. *In*: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. cap.14, p. 144-154.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia**: bases neurocientíficas e aplicações práticas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

TRAMUNT, G. K.; SILVA, C. T. B.; NOGUEIRA, E. L.; ULRICH, L. E.; BISOL, L. W.; SPANEMBERG, L.; DIEFENTHAELER, E. C.; CATALDO NETO, A. Perfil dos pacientes idosos internados na unidade de psiquiatria de um hospital universitário do sul do Brasil. **Scientia Medica**, v. 20, n. 4, p. 289-291, out. 2010.

VARGAS, K. F. M. **Avaliação de parâmetros bioquímicos gerais, perfil lipídico, eletrólitos,**

elementos traço e BDNF em pacientes com demência. 2013. 101 f. Tese (Doutorado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2013.

VOYER, P.; COHEN, D.; LAUZON, S.; COLLIN, J. Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: a review of empirical studies. **BMC Nursing**, v. 3, n. 1, p. 1-13, Aug. 2004.

WRIGHT, R. M.; ROUMANI, Y. F.; BOUDREAU, R.; NEWMAN, A. B.; RUBY, C. M.; STUDENSKI, S. A.; SHORR, R. I.; BAUER, D. C.; SIMONSICK, E. M.; HILMER, S. N.; HANLON, J. T. Impact of central nervous system (CNS) medication use on cognition decline in community dwelling older adults: findings from the health, ageing and body composition study. **Journal of American Geriatric Society**, v. 57, n. 2, p. 243-250, Feb., 2009.

WHO COLLABORATING CENTER FOR DRUGS STATISTC METHODOLOGY. **Guidelines for ATC and DDD assignment 2018.** Oslo, 2017. Disponível em: <<https://www.whocc.no/filearchive/publications/guidelines.pdf>>. Acesso em 11 jan.2018.

WOLITZKY-TAYLOR, K. B.; CASTRIOTTA, N.; LENZE, E. J.; STANLEY, M.A.; CRASKE, M. G. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. **Depression & Anxiety**, v. 27, n. 2, p. 190-211, Feb. 2010.

XAVIER, M. S.; TERRA, M. G.; MOSTARDEIRO, S. C. T. S.; SILVA, A. A.; FREITAS, F. F. The meaning of psychotropic drug use for individual with mental disorders in outpatient monitoring. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 323-329, 2014.

ZUNG, S.; CORDEIRO, Q.; LAFER, B.; NASCIMENTO, A. F.; VALLADA, H. Bipolar disorder in the elderly: clinical and socio-demographic characteristics. **Scientia Medica**, v. 19, n. 4, p. 162-169, out. / dez. 2009.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº 466/2012, MS

Prezado (a) Senhor (a),

Este estudo, intitulado DECLÍNIO COGNITIVO E USO DE PSICOFÁRMACOS EM IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS, está sendo desenvolvido pela pesquisadora Karina Cestari de Oliveira, sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos.

O estudo tem como objetivo observar alterações de memória, concentração e atenção em idosos, atendidos pelos ambulatorios de psiquiatria, assim como relacionar essas possíveis alterações ao medicamento ou grupo de medicamentos utilizados.

A análise dos dados do estudo permitirá reconhecer a população acima de 60 anos, assistida pelo Hospital Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), com declínio cognitivo, assim como a sua relação com os aspectos sociodemográficos, transtornos mentais e uso de psicofármacos. Por meio dos resultados, espera-se o desenvolvimento de conhecimento necessário para que os instrumentos de avaliação, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), façam parte da rotina da consulta psiquiátrica em idosos. O conhecimento do declínio cognitivo e da relação com os transtornos mentais e psicofármacos utilizados possui relevância, na medida em que pode permitir a realização de intervenções imediatas ao cuidado, objetivando melhora na qualidade de vida desses idosos. Além disso, podem ser estimuladas estratégias preventivas, por orientações adequadas, auxiliando em um processo mais saudável de envelhecimento.

Sua colaboração é solicitada para responder aos formulários sociodemográfico e clínico. Também será aplicado um instrumento, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com perguntas e propostas que identificam o declínio cognitivo, com previsão de tempo de 30 minutos. Esses instrumentos serão preenchidos pela pesquisadora.

_____ Assinatura do participante

_____ Pesquisadora responsável

É solicitada também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, a pesquisadora garante a confidencialidade, privacidade da identificação e sigilo das informações.

O risco em participar do estudo está relacionado à previsão de possível constrangimento por não compreender as perguntas. No caso de situações observadas em decorrência do estudo, a pesquisadora encaminhará o (a) senhor (a) para assistência médica psiquiátrica e psicológica imediatas, nos respectivos ambulatórios do HUMAP-UFMS.

O (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência ambulatorial que vem recebendo. O senhor (a) também poderá se recusar a responder uma ou mais perguntas dos instrumentos.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com pesquisadora Karina Cestari de Oliveira pelo telefone (67) 3345-3000, no endereço Av. Senador Filinto Muller, 355 - Cidade Universitária, Vila Ipiranga, CEP:79080-190, Campo Grande-MS, ou ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, pelo telefone (67) 3345-7187.

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Campo Grande, _____ de _____ de _____.

_____ Assinatura do participante

_____ Pesquisadora responsável

APÊNDICE B

Formulário sociodemográfico

1) Idade: _____

2) Sexo: () Feminino () Masculino

3) Escolaridade

- a. () Sem escolaridade
- b. () Ensino Fundamental anos iniciais (1º ao 5º ano incompleto)
- c. () Ensino Fundamental anos iniciais (1º ao 5º ano completo)
- d. () Ensino Fundamental anos finais (6º ao 9º ano incompleto)
- e. () Ensino Fundamental anos finais (6º ao 9º ano completo)
- f. () Ensino Médio incompleto
- g. () Ensino médio completo
- h. () Ensino superior incompleto
- i. () Ensino superior completo

4) Estado Civil

- a. () Solteiro(a)
- b. () Casado(a)
- c. () Viúvo(a)
- d. () União estável
- e. () Divorciado(a)

5) Com quem e onde reside?

- a. () sozinho
- b. () com familiares
- c. () em instituição (asilo, hospital psiquiátrico)
- d. () outro (ex: comunidades privadas de idosos) _____

APÊNDICE C

Formulário clínico

1) Queixas cognitivas (memória, atenção, concentração):

() SIM () NÃO

2) Diagnóstico atual:

CID – 10 _____

3) Medicamentos em uso na atualidade:

- a. () ansiolíticos benzodiazepínicos
- b. () antidepressivos (tricíclicos)
- c. () antidepressivos (Inibidores seletivos da recaptação de serotonina)
- d. () antidepressivos (outros)
- e. () estabilizadores do humor (carbonato de lítio)
- f. () estabilizadores do humor (anticonvulsivantes)
- g. () antipsicóticos típicos ou de primeira geração
- h. () antipsicóticos atípicos ou de segunda geração

ANEXO A

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (FOLSTEIN *et al.*, 1975; BRUCKI *et al.*, 2003)¹

Orientação temporal – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta)

- Que dia é hoje?
- Em que mês estamos?
- Em que ano estamos?
- Em que dia da semana estamos?
- Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação espacial – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- Em que local estamos? (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)
- Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).
- Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.
- Em que cidade nós estamos?
- Em que estado nós estamos?

Memória imediata: Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.

ou

Soletrar a palavra MUNDO (de trás para frente).

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir – 1 ponto para cada.

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) – 1 ponto para cada.

¹ Instrumento de domínio público.

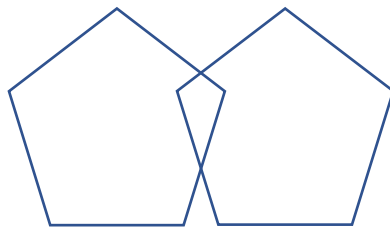
Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nem aqui, nem ali, nem lá”. Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Leitura: mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto).



ANEXO B**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DECLÍNIO COGNITIVO E USO DE PSICOFÁRMACOS EM IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Pesquisadora Responsável: KARINA CESTARI DE OLIVEIRA

Como pesquisador(a) acima qualificado(a) comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para a utilização de dados de prontuários de pacientes do Ambulatório do Serviço Psiquiatria do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), Campo Grande, MS, que se constituem na base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa-Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/2012) e Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

d) o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da UFMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFMS).

e) os pesquisadores (auxiliares, adjuntos, coordenador) terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados pesquisados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

f) os dados obtidos (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) somente poderão ser utilizados neste presente projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer todo o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande (MS) 04 / 07 / 2018

Karina Cestari de Oliveira

Nome: Investigadora Principal

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DECLÍNIO COGNITIVO E USO DE PSICOFÁRMACOS EM IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS.

Pesquisador: KARINA CESTARI DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98524018.6.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.994.168

Apresentação do Projeto:

O crescimento da população idosa é considerado um fenômeno mundial, com consequências diretas nos sistemas de saúde. Na prática psiquiátrica, observa-se o aumento do diagnóstico de transtornos mentais e uso de psicofármacos nessa população, assim como queixas frequentes que envolvem a cognição. Embora os estudos demonstrem que os psicofármacos se constituem estratégia eficaz de tratamento dos transtornos mentais, seu elevado uso em idosos também pode oferecer uma relação risco-benefício desvantajosa, com repercussões negativas quanto ao estado de saúde (predisposição ou piora do declínio cognitivo) e qualidade de vida desse grupo etário. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, com survey e transversal, com base em dados primários e secundários. Os participantes serão submetidos a entrevista estruturada, com a aplicação de formulário sociodemográfico e clínico, além do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Em caso de identificação de declínio cognitivo, será realizada a estimativa da prevalência nessa população, passando a sua análise de acordo com o transtorno mental em tratamento e o psicofármaco ou grupo de psicofármacos utilizado. A população-alvo estimada é de 100 idosos. O número exato de idosos para a amostra dessa pesquisa será identificado por meio levantamento em prontuários atendidos nos respectivos ambulatórios de Psiquiatria. Critérios de inclusão: Idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos; Capacidade auditiva e visual suficientes para entendimento e participação na pesquisa; Estar em seguimento ambulatorial há pelo menos 1 ano, com as seguintes patologias diagnosticadas: episódio depressivo (CID-10 F32 a

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cspconap.prop@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.994.188

F32.9), transtorno depressivo recorrente (F33 a F33.9), transtornos ansiosos (CID-10 F41 a F41.9), transtornos psicóticos (CID-10 F20 a F29), transtorno bipolar (F31 a F31.9). Critérios de exclusão : Diagnóstico de síndrome demencial (CID10- F03 ou G30); Diagnóstico de deficiência intelectual (CID-10 F70 a F79); Deficiência visual e/ou auditiva, graves e não corrigidas. Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a relação entre declínio cognitivo e uso de psicofármacos em idosos com transtornos mentais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo a pesquisadora: "O risco em participar da pesquisa esta relacionado a previsao de possivel constrangimento ao participante, por nao compreender as perguntas. No caso de situacoes observadas em decorrencia do estudo, a pesquisadora encaminhara o participante para assistencia medica psiquiatrica e psicologica imediatas, nos respectivos ambulatorios do HUMAP-UFMS."

Benefícios: Segundo a pesquisadora: "A análise dos dados da pesquisa permitirá reconhecer a população acima de 60 anos, assistida pelo Hospital Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS), com declínio cognitivo, assim como a sua relação com os aspectos sociodemográficos, transtornos mentais e uso de psicofármacos. Por meio dos resultados, espera-se o desenvolvimento de conhecimento necessário para que os instrumentos de avaliação, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), façam parte da rotina da consulta psiquiátrica em idosos. O conhecimento do declínio cognitivo e da relação com os transtornos mentais e psicofármacos utilizados possui relevância, na medida em que pode permitir a realização de intervenções imediatas ao cuidado, objetivando melhora na qualidade de vida desses idosos. Além disso, podem ser estimuladas estratégias preventivas, por orientações adequadas, auxiliando em um processo mais saudável de envelhecimento".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora atendeu às exigências éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde:

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** oepconap.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 2.994.168

Nas Informações Básicas do projeto anexado à Plataforma Brasil e no projeto de pesquisa anexado:

- 1) O cronograma de atividades está de acordo com a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFMS.
- 2) O orçamento da pesquisa está detalhado e a pesquisadora informou que custeará o estudo.
- 3) Os critérios de inclusão e exclusão estão claros e definidos.
- 4) Nos Riscos, a pesquisadora descreve: "O risco em participar do estudo é mínimo ao participante (possibilidade de não compreensão das perguntas dos instrumentos) e a pesquisadora tomará todas as medidas para prevenir e/ou minimizar tais riscos." Comentário: A possibilidade de não compreensão está vinculada ao indivíduo e sua capacidade cognitiva, entretanto o risco para o indivíduo, nesse caso seria constrangimento por não compreender as perguntas. Solicita-se adequação.

SITUAÇÃO: ATENDIDO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou os instrumentos de coleta de dados, os Termos Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo às exigências éticas, Autorização do local onde a pesquisa será realizada:

- 1) No TCLE:

- Inserir Campo Assinatura do Participante e do Pesquisador em todas as páginas;

SITUAÇÃO: ATENDIDO.

- Incluir os benefícios da pesquisa como consta nas Informações Básicas do projeto anexado à Plataforma Brasil;

SITUAÇÃO: ATENDIDO.

- Nos Riscos: após adequação, segundo a Resolução do CNS 466/2012 prevê: Segundo a Resolução CNS 466/2012: V.6 - O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: oapconp.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 2.994.188

do item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa." Comentário: No caso, a pesquisadora deve prever assistência psicológica ao participante ou de qualquer outra natureza que seja pertinente à pesquisa. Solicita-se adequação.

SITUAÇÃO: ATENDIDO.

2) O Instrumento de Coleta de Dados: O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) citar se é de domínio público ou privado. Se for o caso, apresentar a autorização do autor para sua utilização.

SITUAÇÃO: ATENDIDO. A pesquisadora descreveu na página 10 do seu projeto de pesquisa que "O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein et al. (1975), é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo. Consiste em um instrumento de domínio público, um teste cognitivo breve..".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu às exigências éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde:

Nas Informações Básicas do projeto anexado à Plataforma Brasil e no projeto de pesquisa anexado:

1) O cronograma de atividades está de acordo com a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFMS.

2) O orçamento da pesquisa está detalhado e a pesquisadora informou que custeará o estudo.

3) Os critérios de inclusão e exclusão estão claros e definidos.

4) Nos Riscos, a pesquisadora descreve: "O risco em participar do estudo é mínimo ao participante (possibilidade de não compreensão das perguntas dos instrumentos) e a pesquisadora tomará todas as medidas para prevenir e/ou minimizar tais riscos." Comentário: A possibilidade de não compreensão está vinculada ao indivíduo e sua capacidade cognitiva, entretanto o risco para o indivíduo, nesse caso seria constrangimento por não compreender as perguntas. Solicita-se adequação.

SITUAÇÃO: ATENDIDO.

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconp.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.994.168

A pesquisadora apresentou os instrumentos de coleta de dados, os Termos Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo parcialmente às exigências éticas, Autorização do local onde a pesquisa será realizada. Solicita-se adequação:

1) No TCLE:

- Inserir Campo Assinatura do Participante e do Pesquisador em todas as páginas;

SITUAÇÃO: ATENDIDO.

- Incluir os benefícios da pesquisa como consta nas Informações Básicas do projeto anexado à Plataforma Brasil;

SITUAÇÃO: ATENDIDO.

- Nos Riscos: após adequação, segundo a Resolução do CNS 466/2012 prevê: Segundo a Resolução CNS 466/2012: V.6 - O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa." Comentário: No caso, a pesquisadora deve prever assistência psicológica ao participante ou de qualquer outra natureza que seja pertinente à pesquisa. Solicita-se adequação.

SITUAÇÃO: ATENDIDO.

2) O Instrumento de Coleta de Dados: O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) citar se é de domínio público ou privado. Se for o caso, apresentar a autorização do autor para sua utilização.

SITUAÇÃO: ATENDIDO. A pesquisadora descreveu na página 10 do seu projeto de pesquisa que "O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein et al. (1975), é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo. Consiste em um instrumento de domínio público, um teste cognitivo breve..".

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande	
Bairro: Caixa Postal 549	CEP: 79.070-110
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187	Fax: (67)3345-7187
	E-mail: oepconq.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 2.994.168

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1190208.pdf	01/10/2018 21:40:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOKARINACESTARICEP.pdf	01/10/2018 21:39:33	KARINA CESTARI DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.pdf	01/10/2018 21:39:07	KARINA CESTARI DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	MINI_MENTAL.pdf	30/09/2018 19:53:21	KARINA CESTARI DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	resolucao.pdf	31/08/2018 20:39:30	KARINA CESTARI DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	31/08/2018 20:36:01	KARINA CESTARI DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Anuencia_UAP.pdf	29/07/2018 15:34:10	KARINA CESTARI DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Anuencia_Ambulatorio.pdf	29/07/2018 15:33:16	KARINA CESTARI DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Clinico.pdf	29/07/2018 15:27:32	KARINA CESTARI DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Sociodemografico.pdf	29/07/2018 15:26:36	KARINA CESTARI DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Termo_compromisso.pdf	29/07/2018 15:21:19	KARINA CESTARI DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 31 de Outubro de 2018

Assinado por:
Geraldo Vicente Martins
(Coordenador(a))

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cspconap.prop@ufms.br