



TIAGO RODRIGO BIASOLI

**PERFIL DOS IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS
ASSISTIDOS EM AMBULATÓRIOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS
DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (SP)**

CAMPINAS

2015



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

TIAGO RODRIGO BIASOLI

PERFIL DOS IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS ASSISTIDOS EM
AMBULATÓRIOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL
DE CAMPINAS (SP)

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

ORIENTADOR: MARIA ELENA GUARIENTO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO
ALUNO TIAGO RODRIGO BIASOLI, E ORIENTADO PELA
PROF^a. DR^a MARIA ELENA GUARIENTO

[Assinatura do Orientador]

CAMPINAS
2015

Agência de fomento: Não se aplica
Nº processo: Não se aplica

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Biasoli, Tiago Rodrigo, 1986-
B47p Perfil de idosos com transtornos mentais assistidos em ambulatórios do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - SP / Tiago Rodrigo Biasoli. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Maria Elena Guariento.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Instituições de assistência ambulatorial. 2. Idosos. 3. Transtornos mentais. I. Guariento, Maria Elena, 1955-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Profile of the elderly with disorders assisted in hospital outpatient clinics of the State University of Campinas (SP - BRAZIL)

Palavras-chave em inglês:

Ambulatory care facilities

Seniors

Mental disorders

Área de concentração: Gerontologia

Titulação: Mestre em Gerontologia

Banca examinadora:

Maria Elena Guariento [Orientador]

José Eduardo Martinelli

Samila Sathler Tavares Batistoni

Data de defesa: 29-07-2015

Programa de Pós-Graduação: Gerontologia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

TIAGO RODRIGO BIASOLI

Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA ELENA GUARIETO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). MARIA ELENA GUARIENTO



2. PROF(A). DR(A). SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI



3. PROF(A). DR(A). JOSÉ EDUARDO MARTINELLI



Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 29 de julho 2015

RESUMO

Em decorrência do aumento significativo de pessoas acima de 60 anos com transtornos mentais, é necessário conhecer as características destes sujeitos, com o intuito de promover uma melhor assistência em saúde, assim como identificar os possíveis fatores de risco associados à incidência destas doenças. Em função disso, esta pesquisa teve como o objetivo principal a caracterização sociodemográfica (gênero, idade, escolaridade, estado conjugal) e clínica (número de consultas, tempo de tratamento, número de ambulatórios frequentados e óbitos) de 318 idosos com algum tipo de transtornos de humor, entre os 1131 idosos atendidos em Ambulatórios Especializados na atenção ao idoso, do Hospital de Clínicas da Unicamp no período de 2008 a 2013. Os dados foram coletados dos prontuários do Serviço Digital de Arquivo Médico. A análise dos dados foi realizada utilizando-se os testes Qui-Quadrado (para valores esperados menores que 5). Para avaliar a associação dos transtornos de humor com as demais variáveis, foram realizadas análises de regressão logística univariada, para a verificação de associações isoladas. Em seguida, foram realizadas com os mesmos desfechos análises de regressão logística multivariada pelo método de entrada manual (*enter*) das variáveis independentes. Para todas as análises foram adotadas um valor de p menor ou igual a 0,05 e utilizando-se, para isso, o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 20. Verificou-se, que a amostra total era composta predominantemente por mulheres (59,8%), por idosos na faixa etária entre 70-79 anos (38,8%) e casados (50,8%). Os Transtornos Mentais Orgânicos estavam presentes em 62,3% dessa população, seguidos por 23,6% relacionado aos Transtornos de Humor, sendo que 67,6% da amostra submetiam-se a tratamento por período superior a dois anos, 39% tinham realizado mais de 6 consultas e 34,1% tinham registro de comorbidades associadas. Em relação ao perfil por Especialidade, novamente se constatou um predomínio de mulheres idosas em todos os segmentos, já em relação à faixa etária, percebe-se uma diferença significativa entre as Especialidades, já que os indivíduos mais novos predominavam na Área de Psiquiatria e os mais idosos (acima de 80 anos), são mais evidentes na Área de Geriatria. Quanto às

características clínico-psicológicas, verificou-se predomínio dos Transtornos Mentais Orgânicos nos Ambulatórios relacionados da Geriatria e Neurologia, sendo que os Transtornos de Humor tiveram maior registro na Psiquiatria com 44,4% dos diagnósticos. Em relação ao número de comorbidades registradas, verificou-se que 76,3% dos idosos atendidos na Geriatria apresentavam comorbidades associadas, sendo que o maior tempo de tratamento foi encontrado nos pacientes da Psiquiatria, que também registrou o maior número de consultas por paciente, e foi o único local com pacientes acompanhados em três ou mais ambulatórios. Em relação aos idosos com Transtornos de Humor, evidenciou-se que os sujeitos com menos de 80 anos, do sexo feminino, analfabetos, sem companheiros, e que comparecimento a maior número de consultas associaram-se positivamente com a presença desses Transtornos.

Descritores: Ambulatórios, Idosos, Transtornos Mentais.

ABSTRACT

As a consequence of the significant increase in people over 60 with mental disorders, it is necessary to know the characteristics of this population in order to promote better health care, and to identify possible risk factors associated with the incidence of these diseases. This research has as main objective to describe the socio-demographic characteristics (gender, age, education, marital status) and clinical characteristics (number of counsel, treatment time and deaths) of 318 elderly people with some kind of disorder mood among 1131 elderly patients from outpatient clinics of Clinic Hospital of the State University of Campinas, during the period of 2008-2013. The data were collected from medical records of Digital Medical Archive Service. Data analysis was performed using the chi-square test (expected to lower values than 5) to compare categorical variables. To evaluate the association of mood disorders with the other variables, analyzes were performed univariate logistic regression, for the verification of individual associations. They were then held to the same outcomes multivariate logistic regression analysis by manual input method (enter) the independent variables. For all analyzes were adopted a p-value lesser than or equal to 0.05. It was used the Statistical Package for the Social Sciences software (SPSS), version 20. It was found that the total sample was consisted in the majority of women (59.8%). people aged between 70-79 years (38.8%) and married (50.8%). The Organic Mental Disorders were present in 62.3% of the population, followed by 23.6% related to Mood Disorders; 67.6% of the sample were undergoing treatment for longer than two years, 39% had conducted over 6 consultations and 34.1% had associated comorbidities registration. Regarding the profile for Specialty, again we found a predominance of older women in all segments. In terms of age, a significant difference between the specialties was evident, as the younger individuals predominated in Psychiatry Area and older (over 80) are more evident in Geriatrics Area. As for the clinical and psychological characteristics, there was predominance of Organic Mental Disorders related to outpatient clinics Geriatrics and Neurology, and the Mood Disorders had greater occurrence more record in

Psychiatry with 44.4% of diagnoses. Regarding the number of registered comorbidities, it was found that 76.3% of the elderly seen in Geriatrics had more comorbidities, and the longer treatment was found in patients of Psychiatry, who also recorded the highest number of visits per patient and was the only place with patients followed for three or more clinics. Regarding the elderly with Mood Disorders, it became clear that individuals under 80 years, female, illiterate, without companions, and that attendance at more consultations were positively associated with the presence of these disorders.

Keywords: Outpatient Clinics, Seniors, Mental Disorders.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Apresentação do Esquema da Dissertação	3
1.2	O processo de envelhecimento	4
1.3	Breve história da saúde mental	12
1.4	Tratamentos Psiquiátricos no Brasil: apontamentos	15
1.5	Ambulatórios de Especialidades Médicas	18
1.6	Envelhecimento e Transtornos Mentais	20
2	OBJETIVOS	31
2.1	Objetivo Geral	31
2.2	Objetivos específicos	31
3	METODOLOGIA.....	32
3.1	Aspectos Éticos da Pesquisa	34
4	RESULTADOS	35
4.1	Perfil Geral da Amostra	35
4.2	Perfil da Amostra por Especialidade Médica	39
4.3	Perfil dos idosos com Transtornos de Humor.....	45
5	DISCUSSÃO	48
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
7	REFERÊNCIAS.....	60

DEDICATÓRIA

A todos os familiares e amigos
pela colaboração e apoio

A todos os funcionários e usuários
dos Ambulatórios do Hospital de Clínicas
que com carinho me acolheram e
me auxiliaram durante a realização desta pesquisa.

À minha esposa Priscila e
meu filho Santiago que foram as minhas
maiores motivações durante todo este processo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom precioso da vida. Esta vida que generosamente nos destes e pela qual nos sentimos responsáveis e graças a seu imenso amparo pude no encontro com o próximo dar sentido a minha existência.

A toda minha família, principalmente a minha mãe Fátima e meu irmão Diego, que sempre me ensinaram que nas coisas simples estão escondidos os mais nobres valores humanos.

Ao todos professores do Programa de Pós Graduação em Gerontologia, em especial a Prof^ª. Maria Elena Guariento, por tamanha dedicação e por repartir conosco os seus valiosos conhecimentos, colocando em nossas mãos as ferramentas com as quais abriremos novos horizontes.

À todos meus amigos que compartilharam comigo dessa trajetória, que incluiu muitas expectativas e desafios, por todos vocês que são essenciais em minha vida, fazem parte da minha história e me impulsionam a sempre seguir em frente.

Aos meus pacientes que são portadores de saberes inacreditáveis e me fazem apaixonar cada vez mais por esta área.

À minha esposa Priscila, que com muita paciência soube dividir comigo os desafios dessa caminhada. O tempo era curto, rápido e não me esperava. Mas você compreendia e torcia por mim.

Ao meu filho Santhiago que chegou tão de repente e encheu a minha vida de encanto e entusiasmo. Agora, quando realizo este sonho quero compartilhar com vocês a minha alegria.

EPÍGRAFE

“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.
Teu espírito é o espanador
de qualquer teia de aranha.
Atrás de cada linha de chegada,
há uma de partida.
Atrás de cada trunfo, há outro desafio.
Enquanto estiveres vivo, sente-te vivo.
Se sentes saudades do que fazias,
torna a fazê-lo.
Não vivas de fotografias amareladas.
Continua,
apesar de todos esperarem que abandones.
Não deixes que se enferruje
o ferro que há em você.
Faz com que em lugar de pena, te respeitem.
Quando pelos anos não consigas correr, trota.
Quando não possas trotar, caminha.
Quando não possas caminhar, usa bengala.
Mas nunca te detenhas”
(Madre Tereza de Calcutá)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Pesquisa nacional por amostra de domicílio de pessoas acima de 60 anos.....	6
Figura 2: Distribuição proporcional da população brasileira, por grupos etário selecionados, do período de 1950-2050.....	7
Figura 3: Velocidade do aumento da população de pessoas com mais de 65 anos. Países e períodos selecionados.....	8
Figura 4: Custo Médio de Internação Hospitalar, por grupos etários.....	11

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico da amostra estudada (1131 idosos com transtornos mentais).....	37
Tabela 2: Perfil clínico da amostra estudada (1131 idosos com transtornos mentais).....	38
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica dos idosos atendidos em Ambulatórios das Áreas de Geriatria, Psiquiatria e Neurologia no período de 1 de janeiro de 2008 ao dia 31 de dezembro de 2013.....	41
Tabela 4: Caracterização clínica dos idosos atendidos em Ambulatórios das Áreas de Geriatria, Psiquiatria e Neurologia no período de 1 de janeiro de 2008 ao dia 31 de dezembro de 2013.....	43
Tabela 5: Variáveis que apresentaram associação significativa com Transtornos de Humor (n = 318).....	45
Tabela 6: Variáveis que apresentaram associação significativa com analfabetismo (n=318).....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Ambulatório de Especialidade Médica
AVDs	Atividades de Vida Diária.
CID	Código Internacional de Doenças
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CRI	Centro de Referência à Saúde do Idoso
CONEP	Conselho de Ética em Pesquisa
FMPIC	Fundo Municipal da Pessoa Idosa de Campinas
HC	Hospital de Clínicas
ILP	Instituição de Longa Permanência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DSMV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

ONG.....Organização Não Governamental

PSF..... Programa Saúde da Família

SABE..... Saúde Bem Estar e Envelhecimento

SAID..... Serviço de Assistência e Internação Domiciliar

SEADE..... Sistema Estadual de Análise de Dados

DATASUS..... Sistema de Informática do SUS

SUS..... Sistema Único de Saúde

SPDM..... Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina.

SPSS..... Statistical Package for the Social Sciences

EU..... União Europeia

UBS.....Unidade Básica de Saúde

*Desejo que você, sendo jovem,
Não amadureça depressa demais,
E que sendo maduro, não insista em rejuvenescer
E que sendo velho, não se dedique ao desespero.
Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e
É preciso deixar que eles escurram por entre nós.*
(Vitor Hugo)

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos observa-se uma tendência mundial ao aumento expressivo da população idosa, fato que é conhecido como transição demográfica, e que traz profundas alterações na pirâmide etária e gera um novo perfil populacional.

Esse processo pode ser explicado por diversos fatores, dentre os quais estão o avanço da ciência, da tecnologia e da medicina; maior facilidade no acesso a informação, menores taxas de natalidade e redução da mortalidade; e consequentemente aumento da expectativa de vida ^{1, 2}.

As implicações desse novo perfil da população, que se verifica também no Brasil, podem ser tanto positivas quanto geradoras de novos desafios, particularmente na área da assistência à saúde. Devido ao aumento do tempo de vida das pessoas, há a necessidade da ampliação dos recursos públicos destinados à concretização das políticas já existentes voltadas a esta população, tanto na questão dos benefícios sociais, cuidados na área da saúde, transporte, acessibilidade e também no planejamento de espaços e serviços específicos ³.

A maior longevidade, apesar de ser uma conquista, traz novos desafios à sociedade, principalmente na busca de qualidade de vida que se traduz maior tempo de vida livre de incapacidades ^{4,5}.

Esse processo implica na oferta de serviços de saúde e profissionais devidamente habilitados para prestar assistência adequada a essa população, que por apresentar maior risco de ocorrência de enfermidades crônico-degenerativas e suas complicações, necessita um maior investimento na prevenção de agravos e na promoção da saúde e um amplo acesso aos serviços públicos e privados de assistência.

Esse tipo de estratégia se associa a uma atenção integral, tanto na Rede Básica como no Atendimento Especializado, que inclui os Ambulatórios em nível terciário de atenção a saúde.

Verifica-se que, entre os problemas de saúde mais comuns nas faixas etárias mais avançadas, encontram-se os transtornos mentais, que acometem cerca de um terço dessa população ⁶.

Dessa forma, há que se considerar que o aumento no número de idosos também exerce influência no planejamento e implantação dos serviços no âmbito da saúde mental, sendo fundamental a realização de pesquisas voltadas para a delimitação do perfil desta parcela da população, com o intuito de caracterizar esses sujeitos, e verificar se os tratamentos empregados incluem os aspectos inerentes ao processo de envelhecimento ⁷.

Nesse contexto, considerando-se os problemas relacionados à saúde mental que acometem a população idosa, ganha destaque a depressão. A depressão é uma doença e não se constitui em uma característica do envelhecimento ou da

velhice. Entretanto, ela é subdiagnosticada na população idosa, também em função de que a presença de comorbidades e o uso de múltiplos medicamentos, comuns nessa faixa etária, tornam mais complexos o diagnóstico e o tratamento da depressão ⁸.

Por outro lado, já se registrou alta prevalência de sintomas depressivos na população idosa. Blay et al. ⁹ registraram índices em torno de 19,2%, sendo 18,0% em idosos e 25,2% em idosas.

Nesse sentido, é fundamental conhecer as características clínicas e sócio – demográficas presentes nesta população, já que muitos dos fatores de ordem social, tais como renda, escolaridade, estado conjugal, entre outros, são apontados por inúmeras pesquisas como fatores de risco, para maior incidência de transtornos mentais em idosos.

1.1 Apresentação do Esquema da Dissertação

O segundo e terceiro tópico deste trabalho demonstra os objetivos e a metodologia empregada para realização desta pesquisa.

No quarto tópico é realizado uma revisão da literatura, buscando contextualizar o envelhecimento da população brasileira, em nível demográfico e epidemiológico, além de detalhar algumas alterações que ocorrem nesta fase da vida, envolvendo aspectos físicos, psíquicos e sociais.

Também neste tópico encontra-se um recorte histórico dos tratamentos empregados aos doentes mentais, a nível mundial e nacional, além de realizar um

panorama das pesquisas e estudos sobre pessoas idosas no contexto de saúde mental, onde pode-se verificar importantes características dessa população.

Já no item cinco contém a apresentação, análise dos dados da pesquisa e os resultados, de maneira descritiva e com o auxílio de tabelas, facilitando assim a exposição e compreensão das informações coletadas nos prontuários e as considerações finais desse estudo.

No tópico seis encontram-se a discussão dos resultados encontrados à luz de outras observações já registradas na literatura e posteriormente as considerações finais dessa pesquisa.

1.2 O processo de envelhecimento

Sob a perspectiva biológica, mais especificamente em nível celular, o envelhecimento estaria relacionado ao processo de absorção do oxigênio e transformação em energia pelas mitocôndrias. Para este autor durante este processo ocorre a produção de alguns resíduos que se acumulam e tornam-se tóxicos, levando à morte celular, a diminuição da capacidade de renovação dos tecidos e alterações no funcionamento dos órgãos ¹⁰.

Outros fatores podem ser considerados como a existência de algum processo genético que limite a duração da vida e danos causados às células devido a forças externas, como a radiação ¹¹.

Apesar das diferentes abordagens, pode-se analisar que ambos estudos partem do pressuposto, que o envelhecimento biológico está ligado a alterações

que ocorrem nas células, prejudicando seu funcionamento adequado e trazendo como consequências as mudanças morfológicas e fisiológicas do organismo.

O envelhecimento constitui-se como um fenômeno amplo e inerente aos seres humanos, no entanto o seu processo ocorre de forma singular. A heterogeneidade na experiência do envelhecimento se deve a fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais da vida humana.

As diversas mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento podem ser causadas por determinantes genéticos, onde observa-se uma diminuição na capacidade de adaptação e um aumento na vulnerabilidade do indivíduo, o que proporciona um acréscimo na probabilidade de adoecer devido a alterações do organismo ¹².

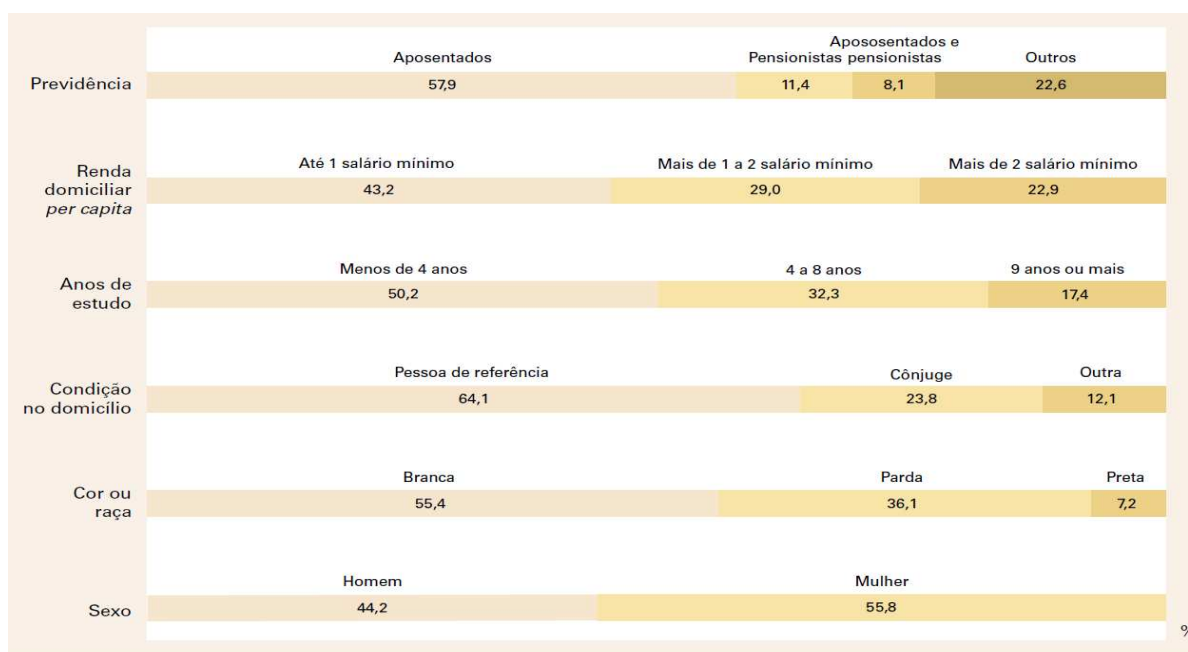
Esse declínio além da influência genético biológica esta fortemente relacionada a natureza sociocultural dos indivíduos, o que leva a uma variabilidade nas formas de envelhecer, e se expressa na heterogeneidade do envelhecimento

Assim, pode-se considerar a velhice como um período onde os sujeitos convivem tanto com limitações, quanto com potencialidades para a desenvolvimento das atividades do seu cotidiano, e essa dinâmica de alterações físicas e comportamentais podem se traduzir em perdas e ganhos significativos ¹³.

Nesse sentido, é fundamental compreender as mudanças trazidas pelo aumento acelerado da população idosa em todo mundo, gerando modificações cada vez mais significativas dos padrões demográficos e epidemiológicos.

No Brasil isso não é diferente. A sinopse divulgada pelo Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE revela que no último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no ano de 2010, foi constatado o

crescimento na participação relativa da população com 65 anos ou mais na economia do Brasil. A participação que era de 4,8% em 1991, passou a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 ¹⁴. A Figura 1 retrata as algumas características dessa população:



Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores, 2010

Figura 1: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de pessoas acima de 60 anos

Conforme demonstra a figura 1, mais da metade da população de idosos do Brasil são aposentados e tem menos de 4 anos de escolaridade, sendo que 43,2% recebem até 1 salário mínimo.

As Projeções para o ano de 2025 evidenciam que o Brasil deverá apresentar a sexta maior população idosa do mundo e em 2050 as pessoas com mais de 65 anos corresponderão a 20% da população total, como demonstra a figura 2:



Fonte: United Nations, 1999 in IBGE, 2010

Figura 2: Distribuição proporcional da população brasileira, por grupos etários selecionados, do período de 1950-2050.

Essa transição demográfica pode ser explicada por diferentes fatores ¹:

- avanço da ciência, da tecnologia e da medicina;
- maior facilidade no acesso a informação
- níveis crescentes de urbanização da população, fato conhecido como movimento migratório, onde possibilitou também acesso o maior acesso ao saneamento básico, serviços de educação e de saúde
- menores taxas de natalidade e redução da mortalidade, proporcionando um aumento da expectativa de vida.

No Brasil o principal agente para o envelhecimento da população foi a queda da fecundidade, que era de 2,9 filhos por cada mulher fértil no ano de 1991, passando para 1,89 em 1998 e sendo esperado para o ano de 2050 o valor de 1,6 filhos. A razão desse processo pode ser explicada analisando a realidade atual dos grandes centros, onde a inclusão das mulheres no mercado de trabalho é cada vez maior, tendo como consequência o baixo número de filhos nas famílias e também o acesso fácil e gratuito aos meios contraceptivos ¹⁵.

Nos últimos 10 anos a expectativa de vida dos brasileiros aumentou 3 anos e segundo o IBGE ¹⁴, atualmente é 69,73 anos para os homens e 77,32 para as mulheres.

Um dado preocupante é que no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, o envelhecimento da população ocorre de forma muito rápida, enquanto um país desenvolvido demorou cerca de 100 anos para ter um aumento de 7,4 da população com idade superior a 65 anos, esse mesmo índice já foi ultrapassado em apenas 40 anos em nosso país, como demonstra a figura 3:

País	Período	Tempo (anos)	Aumento (pontos percentuais)
Holanda	1900-2000	100	7,4
Finlandia	1900-2000	100	7,8
Estados Unidos	1930-2000	70	7,6
Brasil	2000-2040	40	9,4

Fonte: IBGE, 2010.

Figura 3 : Velocidade do aumento da população de pessoas com mais de 65 anos. Países e períodos selecionados

econômicos e de assistência à saúde em todo o país. A maior longevidade, apesar de ser uma conquista traz novos desafios à sociedade, principalmente na busca de maior qualidade para esse tempo a mais de vida conquistado pelo brasileiro.

Em Campinas, por exemplo, a população acima de 60 anos é equivalente a 12,4% do total dos 1.080.113 habitantes ¹⁴.

Neste sentido, o município de Campinas pode ser considerado referência na atenção à pessoa idosa, pois possui o Conselho do Idoso e tem diversas ações e equipamentos na rede de saúde destinados a esta população. Dentre eles se destaca o Serviço de Assistência e Internação Domiciliar - SAID - que oferece atendimento multiprofissional realizado no próprio domicílio, às pessoas que não necessitam ser mantidas em leito hospitalar sob o regime de internação, mas que exigem grau de intensidade de cuidado acima das modalidades ofertadas pelos serviços ambulatoriais e rede básica de saúde, sendo que grande parte dos usuários desse serviço correspondem a pessoas a partir do 60 anos.

O município também disponibiliza um Centro de Referência à Saúde do Idoso – CRI - que promove atenção global ao idoso em aspectos da atenção primária, secundária e terciária, também composta por uma intervenção terapêutica interdisciplinar, além de vários Centros de Convivência Inclusivo e Intergeracional espalhados por diversos bairros da cidade, três Universidade da Terceira Idade e a Casa do Idoso e da Idosa, que acolhe pessoas idosas moradores de rua.

Outra ação instituída neste município, em 2010, foi o Fundo Municipal da Pessoa Idosa de Campinas – FMPIC, que tem como objetivo financiar programas e ações relacionadas à pessoa idosa, através de doações do Imposto de Renda de pessoas físicas ou jurídicas e outras receitas que sejam destinado a este Fundo.

Mesmo com a intensificação dos recursos e medidas de prevenção destinadas a esta população percebe-se o predomínio do sedentarismo e outros comportamentos prejudiciais à saúde, como demonstra a pesquisa desenvolvida por Lima ¹⁶, que avaliou o estado de saúde, a duração do sono e o sentimento de felicidade de pessoas idosas de Campinas e de outras três regiões do Estado de São Paulo.

Esta pesquisa entrevistou 1958 idosos e revelou alguns dados preocupantes, onde 71% dos entrevistados não praticavam atividade física, 12% eram fumantes e 25% ingeriam bebida alcoólica ao menos uma vez por semana. Somente 13,6% dos participantes não apresentam nenhuma doença crônica, enquanto 45,8% apresentavam três ou mais, o que reflete em mais equipamentos e serviços de assistência em saúde destinados a esta população.

Outro aspecto que merece destaque é a prevalência de doenças crônicas, que afetam cerca de 60% dos idosos, sendo que na maioria dos casos há presença de três a quatro doenças crônicas, o que demanda de maiores recursos públicos e proporciona um impacto significativo nos gastos na área de saúde ¹⁷.

É fundamental que as políticas públicas considerem esses aspectos para traçar projetos de intervenção na área da saúde do idoso, já que muitas dessas doenças crônicas apresentam causas e formas de prevenção conhecidas.

A figura 4 demonstra o custo médio de todas as causas de internação segundo os grupos de idade, onde percebe-se que os maiores gastos públicos destina-se a pessoas acima de 60 anos ¹⁸, por necessitarem deste serviço com maior frequência ou quando utilizam ficam mais tempo internados, comparado a indivíduos mais jovens.

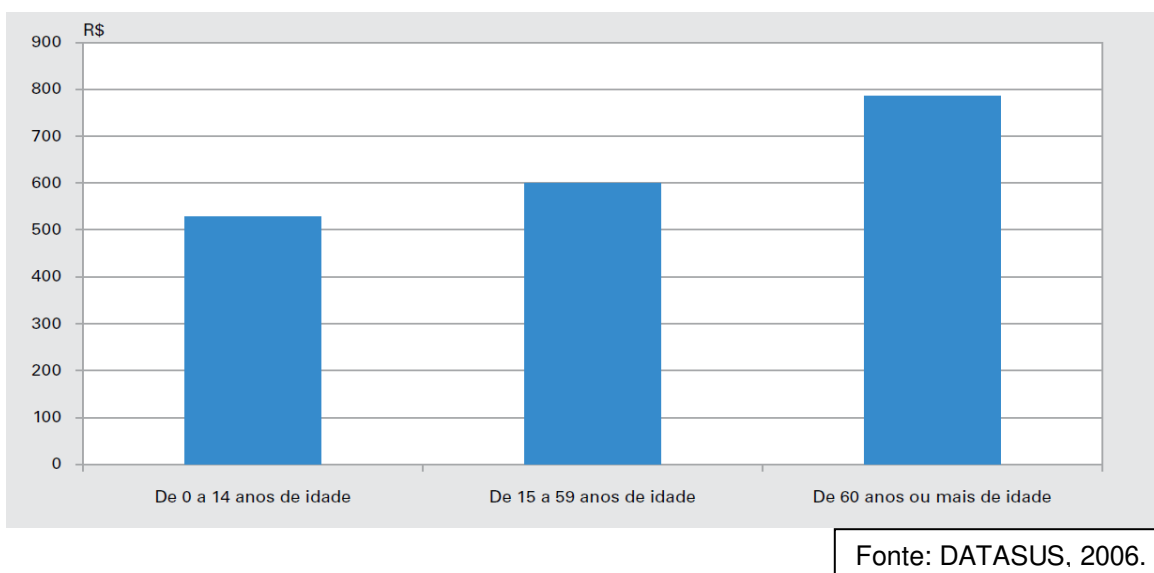


Figura 4: Custo médio de internação hospitalar, por grupos etários

Estes dados demonstram que o envelhecimento não está restrito apenas a mudanças corporais e do perfil populacional, mas reflete quantitativamente e qualitativamente nos aspectos sociais, econômicos e de assistência à saúde em todo o país.

Assim é fundamental que seja realizado um acompanhamento profissional desde o aparecimento dos primeiros sintomas, com o intuito de avaliar e tratar adequadamente cada situação. Ressaltamos a importância da atuação de uma

equipe multidisciplinar e equipamentos da saúde mental que acolham esta demanda.

1.3 Breve história da saúde mental

Nos tempos antigos, mais especificamente na Grécia Antiga, o louco era visto como uma pessoa que tinha diversos tipos de poderes, a loucura era tida como manifestação dos deuses e estas pessoas acabavam tendo até mesmo um certo reconhecimento por aquela sociedade, que também não oferecia nenhum controle social dessa situação.

Já na Idade Media, a loucura era considerada uma expressão da força da natureza e o sujeito que enlouquecia nessa época era caracterizado como uma pessoa sob possessão de espíritos malignos e a igreja tinha o pleno controle sob esses indivíduos, pois entendia que esse tipo de manifestação “contaminava” o restante da sociedade.

Com o racionalismo os loucos deixam de ser vistos apenas sob ótica espiritual e passam a serem reconhecidas por pessoas improdutivas e que não conseguem interagir socialmente ¹⁹:

Sob a ótica da razão absoluta, a loucura passava então a ser percebida no “horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, e da impossibilidade de integração no grupo. Assim, ao louco estava destinado o “caráter de figura improdutiva, preguiçosa e incomoda”, sendo que este era colocado junto a criminosos, libertinos e perseguido políticos.

Com a caracterização do louco como incapaz, ficam visíveis as ações do mercantilismo como primícias do lucro e da produção, sendo que quem não estivesse nesse processo de contribuição para o mercado era encarcerado e forçado a trabalhar, pois acreditavam que desta forma poderiam corrigir a “má vontade” e os comportamentos indesejados, permanecendo na sociedade apenas as pessoas que estavam com condições físicas e mentais de produzir, como demonstra Foucault ²⁰:

[...] Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nos capitais.

Passado um século chega a Revolução Francesa que trouxe consigo um ideal de Igualdade, Liberdade e Fraternidade para a sociedade e impulsionou a mudança de alguns valores estabelecidos pelo mercantilismo.

Essa mobilização proporcionou um processo de absorção dos indivíduos que se encontravam confinados e excluídos em hospitais Gerais, proporcionando melhorias nos cuidados oferecidos a essas pessoas, diminuindo assim os espaços de confinamento e segregação.

O Hospital Geral não era apenas um estabelecimento médico, mas sim uma estrutura semi jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes legislativos já constituídos, decidia, julgava e executava normas ²⁰.

Isso revela que mesmo com a expansão dos ideais humanistas e a libertação de alguns loucos excluídos, devido sua associação com a periculosidade e ameaça à ordem, muitos ainda continuavam encarcerados dentro desses locais.

Com a chegada do fim do século XVIII, no ano de 1793, Philippe Pinel traz para a sociedade uma nova ótica social da loucura, onde essa deveria ser tratada como objeto de cuidados clínicos através de um olhar científico do médico, diante dessa situação caracterizou a loucura como uma doença mental.

Com esse direcionamento, abriram-se dois novos caminhos, um voltado ao cuidado na área terapêutica, e outro que estabeleceu para a sociedade uma definição mais precisa da loucura, com intuito de diminuir os estereótipos negativos e até errôneos da loucura presentes até o momento, o que denominou de tratamento moral.

O tratamento moral buscou novos valores e locais de acolhimento/tratamento dos indivíduos “ditos loucos”, visando uma tentativa mais humana de cuidados prestados a esses sujeitos. No entanto o trabalho, a disciplina e o asilamento também foram características marcantes desse método, retirando dessas pessoas o direito de sociabilizar.

Como se fosse um psicofármaco aonde para cada diagnóstico de alguma doença mental existisse uma ocupação indicada, o trabalho como fins terapêuticos se tornou mão de obra barata, onde os ditos incuráveis eram encaminhados a Colônias Agrícolas, não para um tratamento e sim para garantir a autossuficiência da instituição.

Nesse sentido as instituições psiquiátricas até então, tiveram como objetivo apenas a exclusão e isolamento desses sujeitos, onde eram tratados apenas de forma corretiva e punitiva, muitas vezes por não seguirem o padrão social imposto daquela época.

Após aproximadamente duzentos anos, surgem algumas manifestações pelo mundo contra os tratamentos empregados por essas instituições, tais como a Declaração de Caracas, ocorrida em 1990 na Venezuela, que propôs uma reflexão sobre os modelos de atenção empregados até o momento e a ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

1.4 Tratamentos psiquiátricos no Brasil: apontamentos

No Brasil esse panorama não foi diferente, até a segunda metade do século XIX, não havia assistência específica às pessoas com transtornos mentais e apenas em 1852 que foi criado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, que recebeu o nome de Hospício Dom Pedro II, localizado no Rio de Janeiro, onde as pessoas não agradáveis na cidade tais como os ditos loucos, eram afastados do contexto social e encaminhados a esse local, fato que ficou conhecido como “limpeza social”.

Esse sistema perdurou até a década de 80, quando foi desenvolvido o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), através do qual ocorreu um grande investimento do Estado na atenção pública, que conduziu a reforma de

alguns hospitais psiquiátricos e a expansão de uma rede ambulatorial extramuros, na busca da reinterpretação do fenômeno do adoecimento mental.

Nos anos 1980, ocorreram as primeiras mudanças no campo da Saúde Mental, dentre as quais o projeto de criação de uma rede de serviços extra-hospitalares, na qual o ambulatório especializado em Saúde Mental pode se constituir como um dos dispositivos dessa Reforma. Isso aponta um novo espaço para o ambulatório, já que, historicamente, os ambulatórios de Saúde Mental funcionaram como porta de entrada para os manicômios, sendo responsáveis por um grande número de encaminhamentos para internações

Apenas a partir de 1884 iniciou-se a implantação das primeiras Colônias de tratamentos e o crescente aumento da implantação dos hospitais psiquiátricos. No entanto, o início da reforma psiquiátrica no Brasil ocorreu apenas em 1990, devido à influência da declaração de Caracas e algumas manifestações em favor da desospitalização.

Em 1990, houve a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde -SUS através das leis 8080 e 8142, que estruturou a rede de atenção à saúde nacional e trouxe princípios de atendimentos igualitários e gratuitos a toda a população, abrangendo desde aspectos preventivos até procedimentos de grande complexidade, inclusive alguns atendimentos no âmbito da saúde mental.

Apenas em 2001 com a criação da Lei Nº 10.216, foram criados novos mecanismos de proteção e tratamento para as pessoas com transtornos mentais,

redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, fato que ficou conhecido como marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Neste aspecto, atendendo o que está disposto nesta lei, em 2003 por meio dos critérios definidos na Lei nº 10.708, foi criado pelo Ministério da Saúde o programa "De Volta Para Casa", que através da concessão de um auxílio financeiro visa proporcionar a reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, estimulando o retorno desses indivíduos ao contexto sócio familiares de origem e a continuação do tratamento sob uma ótica comunitária, tais como nos serviços oferecidos pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.

A Portaria nº 224/92 ainda vigente traz algumas diretrizes sobre o atendimento ambulatorial de saúde mental. Conforme essa portaria, a implantação de ambulatórios de saúde mental deve seguir critérios estabelecidos pelos gestores locais, o que propiciou a diversificação de modelos no que diz respeito ao espaço físico, podendo ser instalados em unidades básicas de saúde, centros de saúde, ambulatórios especializados, unidades mistas ou hospitais. A equipe técnica de saúde mental pode incluir psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais e, ainda, médicos generalistas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e agentes comunitários.

Através dessa mesma portaria, também foram oficialmente criados os CAPS, no entanto esses equipamentos surgiram na década de 1980, através de um intenso movimento dos trabalhadores em saúde mental, que garantiu uma maior

inclusão e autonomia das pessoas com transtornos mentais, criando novos mecanismos no tratamento empregado a essas pessoas.

A cidade de Campinas é considerada uma referência nacional na assistência em saúde mental, pois além de cumprir grande parte das ações promulgadas após a Reforma Psiquiátrica, conta com vasta gama de equipamentos voltados a esta finalidade, tendo como foco principal a participação ativa do indivíduo em todo processo de tratamento, promovendo um atendimento mais singularizado, com foco na autonomia e reinserção social desses indivíduos ²¹.

1.5 Ambulatórios de especialidades médicas

Os Ambulatórios de Especialidades Médicas – AMEs, constituem um serviço de referência de nível secundário e são preparados para fornecer tratamento especializado com uma atuação multiprofissional.

Segundo a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina- SPDM ²², os AMEs são espaços destinados ao diagnóstico e orientação terapêutica de alta resolutividade em especialidades médicas e proporcionam atendimento em regime de consultas, não incluindo atendimentos de urgência e emergência e a internação hospitalar.

Nesse sentido, os Ambulatórios de Especialidades Médicas destinados a área de psiquiatria, prestam assistência às pessoas com diversos tipos de transtornos mentais por meio de atendimento individual, atendimento grupal, orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde e visitas

domiciliares, sendo parte importante da rede de saúde mental ao oferecer assistência aos sujeitos que não necessitam de tratamento intensivo ou semi-intensivo nos CAPS ou internação hospitalar no nível terciário.

Além de assistência em saúde, apoio no desenvolvimento de pesquisas e oferta de cursos de formação profissional, os serviços ambulatoriais tentam através de uma abordagem multidisciplinar, reduzir o impacto da grande demanda de idosos com quadros clínicos agudos que buscam atendimento em unidades de urgência e emergência ²³.

A Portaria/SNAS n 224 – de 29 de janeiro de 1992, é a única que dispõe das normas para o atendimento ambulatorial especializado no âmbito da saúde mental. Esse equipamento está presente principalmente em municípios maiores, para que junto aos CAPS, se articulem com as equipes da atenção primária na busca de evitar o colapso da rede, afastando a possibilidade de internações em hospitais psiquiátricos de regime fechado.

Segundo Ministério da Saúde ²⁴, no âmbito da atenção psiquiátrica, os ambulatorios de saúde mental são serviços de saúde que visam acolher as pessoas com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves, com o objetivo de estimular esses sujeitos á integração social, o convívio familiar, também apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhe atendimento médico e psicológico.

Suas características principais são a busca pela integração desses indivíduos a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”,

possibilitando um tratamento nas proximidades de sua moradia facilitando o vínculo com a comunidade e a família. Estes serviços são de extrema importância na composição da rede de atenção do Sistema Único de Saúde – SUS.

No contexto da saúde do idoso, os serviços ambulatoriais buscam pela manutenção da capacidade funcional e prevenção de agravos a saúde, através de maior precisão no diagnóstico, preservação das habilidades cognitivas e da funcionalidade, prolongamento da sobrevida com qualidade, redução da quantidade de medicações, da utilização de serviços hospitalares e dos custos com cuidados médicos ²³.

1.6 Envelhecimento e transtornos mentais

Os transtornos mentais acometem 25% da população em alguma fase da vida e são responsáveis por 12% da carga global de doenças, sendo as principais causas de afastamento da vida ocupacional. Os distúrbios mais comuns são transtornos depressivos, transtornos de uso de substâncias químicas e a esquizofrenia ²⁵.

Como demonstra o Ministério da Saúde as doenças psiquiátricas, estão entre as dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, sendo que cinco delas são procedentes de transtornos psiquiátricos tais como a depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo, além de

serem responsáveis por 28% de todos os anos vividos com alguma incapacidade para a vida ²⁶.

Pesquisas demonstram que ter um transtorno mental, aumenta a demanda por serviços tanto especializados enquanto da atenção primária em saúde, representando o segundo maior gasto com internações hospitalares em alguns estados do Brasil ²⁷, no entanto ainda é baixa proporção de indivíduos que procuram um profissional da área ou equipamento de saúde mental para se tratar ²⁸.

Na Europa, um estudo de revisão envolvendo todos os Estados membros da União Europeia (UE-27) mais a Suíça, Islândia e a Noruega, demonstrou que a cada ano 38,2% da população desse continente sofre de um transtorno mental, o que corresponde mais de um terço da população total, sendo os Transtornos de Ansiedade e a Depressão as doenças mentais mais prevalentes ²⁹.

Na America Latina e no Caribe, os Transtornos Mentais mais prevalentes são os Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, que representam 11,3% da população, afetando principalmente os homens, e os Transtornos de Humor, com destaque para depressão, que teve uma prevalência de 8,7%, sendo mais evidente nas mulheres. Já os Transtornos Esquizotípicos e Delirantes foram observadas em 1,4% da população em algum momento da vida ³⁰.

Esta mesma pesquisa demonstrou que mais da metade das pessoas afetadas por transtornos de humor, e quase três quartos das pessoas que possuem

transtornos referentes ao abuso ou dependência de drogas nunca receberam tratamento em um serviço especializado de saúde mental.

No Brasil, a prevalência dos transtornos mentais na população adulta, variaram entre 20% a 56%, acometendo principalmente mulheres e os trabalhadores, sendo que os fatores relacionados as condições socioeconômicas, como o desemprego, a baixa escolaridade, o estado civil (divorciado, separado ou viúvo) e o não acesso aos bens de consumo, foram identificados como possíveis determinantes para os altos índices de transtornos mentais nos estudos analisados pela revisão ³¹.

Uma pesquisa realizada com 1458 adultos, que moram em São Paulo capital, demonstrou que 45,9% da amostra tinham pelo menos um diagnóstico de transtorno mental na vida, 26,8% no ano na pesquisa e 22,2% no mês anterior à entrevista, sendo os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e os transtornos de humor, principalmente a depressão os diagnósticos mais prevalentes ²⁸.

Já em idosos, uma meta-análise para avaliar a prevalência de transtornos mentais em pessoas com mais de 50 anos da comunidade, envolvendo países europeus e norte-americanos, encontrou maiores estimativas de prevalência de depressão maior (16,52%) e de transtornos relacionados ao uso de álcool na vida (11,71%) ³².

Um estudo realizado no Canadá, com o intuito de verificar a epidemiologia dos Transtornos Mentais em Idosos, constatou um aumento das taxas de prevalência da demência e da depressão de acordo com a idade, já que nos indivíduos entre

65-74 a demência passou de 2,1% para 26,2% em indivíduos com mais de 85 anos e a depressão de 8,8% para 12,6% ³³.

Um estudo abordando a presença de pessoas idosas em um serviço de saúde mental localizado na cidade de Ribeirão Preto – SP, constatou a presença de 3,2% da população atendida, com predomínio de indivíduos com baixo nível de escolaridade, aproximadamente 78,4% tinham até o ensino fundamental, e 86% eram aposentados, tendo em média 64 anos ³⁴.

Em Campinas, a prevalência de transtorno mental comum em uma população de idosos foi de 29,7%, com predomínio em sujeitos do sexo feminino, em indivíduos com mais de 80 anos, menor renda, sedentários, com maior número de doenças crônicas e que avaliaram sua saúde como ruim/muito ruim ³⁵.

Apesar de estudos sobre idosos com doenças mentais serem limitados, indicadores demonstram que o número de pessoas com esquizofrenia, com idade superior a 55 anos deverá dobrar nos próximos 20 anos ³⁶.

A prevalência de esquizofrenia nas pessoas idosas é em torno de 4% a 6%, sendo que o início dos sintomas apareceu após a idade de 40 anos, que compreendem 23,5% dos casos, ocorrendo uma significativa incidência também após os 60 anos, o que denomina-se de esquizofrenia de início tardio ou parafrenia tardia ³⁷.

Percebe-se que os sujeitos com parafrenia tardia são na maioria dos casos do sexo feminino, solteiros e um importante agravante é que grande parte desses

indivíduos moram sozinhos e estão socialmente mais isolados, além de apresentarem alta prevalência de déficits sensoriais, principalmente na audição e visão.

Apesar das características dessa doença ser muito semelhante ao encontrado nos indivíduos mais jovens, estudos apontam que em idosos o quadro se apresenta mais exacerbado e de caráter permanente, há um predomínio de sintomas positivos, tais como delusões persecutórias e alucinações auditivas, além de ser muito frequente a presença de delírios complexos /bizarros e a ideação suicida ³⁸.

As principais definições de transtornos psicóticos de início tardio relatam que as limitações financeiras, a aposentadoria, a baixa escolaridade, a presença de outras comorbidades clínicas, isolamento social, gênero feminino, histórico familiar, traços de personalidade pré-mórbida e a perda de familiares, podem ser fatores de risco para o desencadeamento desse processo, no entanto apesar de apresentar uma evolução diferente dos transtornos afetivos e dos processos demenciais, ainda é pouco diagnosticado devido a ausência de critérios específicos para esta condição dentro do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) ou do Código Internacional de Doenças (CID 10).

Os processos demenciais também são frequentes na população idosa, sendo que a sua prevalência aumenta significativamente com a idade, dobrando a cada 5 anos, a partir dos 60 anos, alcançando a probabilidade 45% em indivíduos acima de 90 anos ³⁹.

A demência apresenta prevalência de 4,2% a 7,2% nos idosos, em diversas regiões do mundo e no Brasil, sendo a causa degenerativa (demência tipo Alzheimer 50% a 70% dos casos) e vascular (20% dos casos) as de maiores frequências, sendo a taxa de incidência é de 13,8 para cada mil habitantes ⁴⁰.

A média da prevalência de processos demenciais em pessoas com idade superior a 65 anos, varia de 2,2% na África, 5,7% na Ásia, 6,2% na América do Norte, 7,1% na América do Sul e até 9% na Europa ⁴¹.

O declínio das habilidades cognitivas é o aspecto mais evidente nas demências, no entanto também podem estar associados às alterações comportamentais e psicológicas, sendo comuns os erros de identificação do cuidador, o isolamento social, a diminuição da volição, apatia, alterações do sono e a pobreza de discurso.

Um estudo com 384 idosos de um distrito de São Paulo correlacionou as queixas de déficit na memória com a maior prevalência em indivíduos do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade, menor desempenho cognitivo e maior presença de sintomas depressivos ⁴².

A demência esta frequentemente associada a outros sintomas psiquiátricos, um estudo com 1563 idosos da comunidade realizado na cidade de São Paulo, demonstrou que 78,3% dos entrevistados apresentavam um ou mais sintomas neuropsiquiátricos, entre os quais apatia (53,3%), depressão (38,3%), alterações do sono (38,3%), ansiedade (25%) e agitação/agressividade (20%) foram os mais prevalentes ⁴³.

A depressão, que por sua vez é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns nesta população, chegando a 20% nas pessoas com 80 anos ⁴⁴, e de 37 a 65% nos idosos atendidos em contextos ambulatoriais ⁴⁵ e em idosos institucionalizados este índice pode ser maior ainda.

Os quadros depressivos por sua vez, caracterizam-se por humor deprimido e perda de interesse em atividades habituais. Esses sintomas têm alta prevalência na população idosa, porém sofrem grande variação dependendo do contexto onde estão inseridos os sujeitos analisados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a depressão é a doença responsável por um terço de todas as causas de desabilitação por condições neuropsiquiátricas no mundo, sendo a primeira causa de incapacitação para o trabalho e de morte precoce, tanto no Brasil como em nos países desenvolvidos ²⁵.

A prevalência de depressão no Brasil retratada por alguns estudos, revelam taxas que variam de 6.4 a 26.9% ⁴⁶. Na cidade de São Paulo (SP) uma pesquisa com idosos da comunidade, encontrou uma prevalência de 13% de sintomas depressivos em uma população de 1.563 idosos ⁴⁷. Já no nordeste do Brasil a prevalência de 25,5% ⁴⁸.

Na região sul do país, um estudo com 972 indivíduos, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 69 anos e moradores na zona urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul encontrou prevalências significativas de sintomas depressivos que variou de 29,4% a 57, 6% , sendo os desfechos mais elevados em indivíduos do sexo feminino, com idade avançada, fumantes e obesos ⁴⁹.

Outra pesquisa realizada com idosos de uma cidade do interior do estado de São Paulo encontrou a presença de sintomas depressivos em 37,1% da amostra, sendo a maior prevalência entre as mulheres, baixo nível socioeconômico e educacional ⁵⁰.

A depressão pode ser um fator de risco para demência e a sua incidência tardia também pode ser o primeiro sinal de uma síndrome demencial, além de ser um preditor do declínio das habilidades funcionais ⁵¹.

Como retrata alguns estudos a depressão estabelece forte associação com as doenças crônicas ⁵², doenças cardiovasculares ⁵³, doenças pulmonares ⁵⁴, à baixa densidade mineral óssea ⁵⁵, incontinência urinária ⁵⁶, distúrbios do sono ⁵⁷ e a limitações funcionais ⁵⁸.

Outro fator preocupante é que a depressão é a doença psiquiátrica com mais evidências de suicídio, calcula-se que 50 a 75% das pessoas que se suicidaram tinham esta patologia, além disso, estima-se que o suicídio é a causa de morte de 15 a 20% das pessoas com transtornos de humor ⁵⁹.

Os idosos formam o grupo etário onde o suicídio ocorre com maior frequência. Costumam utilizar de meios mais letais, além de contar com a recusa alimentar e o abandono de tratamento que também podem ser considerados uma forma de suicídio ⁶⁰.

Estima-se que grande parte (aproximadamente 75%) das pessoas que se suicidaram, tiveram em consulta médica no mês anterior, e entre um terço e a

metade, uma semana antes, por outro motivo que não depressão. A maioria teve seu primeiro episódio depressivo não diagnosticado e, portanto não tratado ⁶¹.

Neste aspecto, também percebe-se a maior frequência a serviços médicos, elevada prevalência de queixas inespecíficas e de comorbidades clínicas, comparados a pessoas idosas que não apresentam depressão.

Os idosos com depressão utilizam serviços médicos de 50% a 100% mais se comparados a indivíduos sem depressão, apresentam de 3 a 4 vezes mais queixas inespecíficas e maior comorbidades clínicas ⁶².

A presença de doenças físicas, a diminuição da capacidade funcional, a ausência de companheiros (viúvos e divorciados) e o isolamento social que pode acontecer no momento da aposentadoria, são considerados fatores de risco para a depressão, devido às dificuldades que esses indivíduos encontram de refazerem seus projetos de vida de uma maneira produtiva e socialmente útil ⁶³.

A mudança dos papéis sociais, o tempo livre, sentimento de inutilidade e a diminuição das responsabilidades, são algumas alterações que podem estar presentes no processo da aposentadoria, que conseqüentemente estão associados com o alto risco de desenvolvimento de depressão de início tardio, sendo fundamental um acompanhamento clínico e um diagnóstico diferencial já no início dos sintomas ⁶⁴.

No entanto os sistemas de diagnósticos mais utilizados atualmente no Brasil, o DSM-IV e o CID 10, não identificaram características clínicas diferentes na

depressão em idosos e na que acomete adultos mais jovens, mas existem pesquisas que revelam que os sintomas depressivos apresentam-se de forma diferente na velhice e os tratamentos existentes necessitam compreender essas peculiaridades ⁶⁵.

Vale lembrar, que é bastante comum as pessoas relacionarem a ansiedade e a depressão, como características do envelhecimento. Uma pesquisa com pessoas idosas atendidas em um serviço público de saúde mental, revelou que muitos dos entrevistados relataram que a idade avançada foi o fator causal dos transtornos psiquiátricos, em decorrência de um processo natural próprio do envelhecimento, que é um grande erro, pois essas alterações psíquicas em muitos casos são patológicas e requerem tratamento ⁶⁶.

Alguns sintomas como alterações na memória ou outra habilidade cognitiva, perda de interesse por atividades habituais, fadiga, sentimentos de inutilidade, distúrbios de apetite, alterações no sono, retardo ou agitação, entre outros, merecem a atenção dos familiares e dos profissionais de saúde, já que o diagnóstico no início dos sintomas se traduz em um tratamento mais eficiente.

Os trabalhadores da saúde mental enfrentam um novo desafio, o envelhecimento dos usuários dos serviços psiquiátricos, pois geralmente esses profissionais tem dificuldades em diferenciar o que faz parte da sintomatologia dos transtornos mentais e o que faz parte do processo de envelhecimento, necessitando de treinamento específico e qualificação profissional que possibilitam integrar ambos campos de conhecimento ⁶⁷. Esta formação além de pertinente é

necessária para a implantação de uma nova política de saúde mental em nosso país.

1.7 Justificativa

A partir deste panorama, desenvolveu-se uma pesquisa que buscou contribuir para o conhecimento do perfil sociodemográfico e clínico-psicológico de uma população de idosos com transtornos mentais que são assistidos em ambulatórios de especialidades de Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, com o intuito de obter uma maior compreensão da relação entre as características desses sujeitos e a incidência de transtornos mentais nessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil sociodemográfico e clínico-psicológico dos idosos diagnosticados com Transtornos Mentais, assistidos em Ambulatórios Especializados na assistência a idosos do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, pelo período de cinco anos.

2.2 Objetivos Específicos

- 1 Descrever o perfil sociodemográfico e clínico-psicológico dos idosos com transtornos mentais assistidos das especialidades de Psiquiatria, Neurologia e Geriatria. .
- 2 Avaliar na amostra de idosos com diagnóstico de Transtorno de Humor quais variáveis apresentam associação significativa com essa categoria diagnóstica.
- 3 Avaliar quais são as variáveis que mais se correlacionam com baixa escolaridade.

3 METODOLOGIA

Essa pesquisa foi realizada com dados de 1131 prontuários de pacientes idosos registrados no Serviço Digital de Arquivo Médico, assistidos nos Ambulatórios do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

Os ambulatórios envolvidos nesta pesquisa foram:

- Medicina Interna - Pesquisa em Fragilidade
- Medicina Interna - Geriatria
- Medicina Interna - Gerontologia
- Psiquiatria Geriátrica e Neuropsiquiatria
- Psiquiatria Geriátrica e Neuropsiquiatria (Casos Novos)
- Neuropsicolinguística e Demência
- Neuroclínica

Este contexto foi escolhido devido ao conhecimento das propostas de atendimento realizadas nestes serviços, bem como da estruturação e abrangência que estas propostas apresentam nos municípios da Região Metropolitana de Campinas, já que se constituem um serviço de referência para em nível da Atenção Terciária junto aos dezenove municípios da Região. Também considerou-se que o número de pacientes atendidos pode ajudar na seleção de sujeitos dentro das características dessa pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a dezembro de 2014, após a aprovação desse trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer Consubstanciado do CONEP 669.872).

A coleta referiu-se aos idosos (idade ≥ 60 anos) assistidos em pelo menos um desses ambulatorios, que foram inseridos no período entre o dia 1 de janeiro de 2008 ao dia 31 de dezembro de 2013.

A análise dos dados ocorreu a partir da apresentação dos mesmos em forma de tabelas descritivas, utilizando-se o teste qui-quadrado (para valores esperados menores que 5) para comparar as variáveis categóricas.

Para avaliar a associação dos transtornos de humor com as variáveis gênero, idade, escolaridade, estado civil, número de consultas, tempo de tratamento, número de ambulatorios e óbitos, foram realizadas primeiramente análises de regressão logística univariada, para a verificação de associações isoladas.

A partir das associações obtidas nas primeiras análises, foram realizadas (com os mesmos desfechos) análises de regressão logística multivariadas pelo método de entrada manual (*enter*) das variáveis independentes. Para realização dessas análises foi utilizado, o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 20.

Para essas análises a amostra foi reduzida para 318 indivíduos, devido à ausência de dados registrados no sistema informatizado, na categoria “escolaridade” para os que não foram incluídos na segunda parte da análise.

3.1 Aspectos Éticos da Pesquisa

A linha de pesquisa na qual se enquadra este estudo vai ao encontro a construção do conhecimento em Gerontologia, estando incluída na Linha de Pesquisa “Doenças Crônicas e Envelhecimento” do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia – FCM / Unicamp.

Os dados foram obtidos dos prontuários das pessoas com transtornos mentais e com idade igual superior a 60 anos, submetidos a tratamento nos ambulatórios do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, e os mesmos foram mantidos em sigilo e analisados de maneira coletiva, sendo que a divulgação tem padrão científico com os devidos cuidados para não exposição das informações pessoais, sem permissão prévia das instituições envolvidas na pesquisa.

A identidade de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa são mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo pesquisador responsável como pela instituição envolvida. Os resultados obtidos foram analisados e comparados com os dados já existentes na literatura e foram alocados em tabelas, figuras e gráficos, onde poderão ser divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie a transmissão do

conhecimento adquirido para a sociedade, de acordo com normas regulatórias de proteção nacional.

Esta pesquisa, assim como seu instrumento (análise do acervo documental informatizado) não ofereceu risco ou dano moral aos participantes e também ao pesquisador.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil geral da amostra

Considerando os dados sociodemográficos da amostra total, composta de 1131 idosos atendidos por estes Ambulatórios, percebe-se que há um predomínio dos indivíduos do sexo feminino (59,8%), sendo que grande parte da amostra se encontra na faixa etária entre 70-79 anos (38,8%) e são casados (50,8%).

No entanto se utilizarmos como critério os indivíduos com e sem companheiro (a) temos 575 sujeitos (50,8%) e 375 (33,1%), respectivamente, não considerando 11 idosos que se encontram na categoria outros, além de 170 prontuários que não constava essa informação.

Os dados sobre escolaridade não constavam em 70,5% da amostra, o que representa 797 indivíduos sem essa informação registrada no banco de dados digital.

Considerando as características clínico-psicológicas da amostra total, verificou-se que os Transtornos Mentais Orgânicos estavam presentes em 62,3% dessa

população, seguidos por 23,6% relacionado aos Transtornos de Humor, sendo que foram registrados 5,9 % de óbitos no período de tempo a que se referia a pesquisa.

Em relação ao número de comorbidades, 26,6% da amostra apresentam até duas comorbidades e 7,5% três ou mais comorbidades e 65,9% não apresentavam registro de outras doenças crônicas associadas.

No que se refere ao tempo de tratamento, verifica-se que 35,2% da amostra tinha feito tratamento pelo período de dois a quatro anos, seguidos por 32,4% acompanhados pelo período de um ano, sendo que outros 32,4% indivíduos haviam passado por consultas nestes serviços há pelo cinco anos.

Já em relação ao número de consultas realizadas, observou-se um índice de 60,9% para idosos que realizaram até cinco consultas, 26,4% que realizaram de 6 a 15 consultas e 12,6% que passaram por 16 ou mais consultas.

Considerando o número de ambulatórios que esses indivíduos recebem assistência clínica, pode-se verificar que 90,4% da amostra são atendidos por apenas uma especialidade médica, 9,0% por duas especialidades e 0,6% em três ou mais ambulatórios.

As características sociodemográficas (gênero, faixa etária e o estado conjugal) e clínicas (diagnóstico psiquiátrico pelo CID 10, comorbidades, óbitos, tempo do tratamento e número de consultas no ano precedente à pesquisa) podem ser verificadas nas tabelas

VARIÁVEIS		N	%
SOCIODEMOGRÁFICAS			
GRUPOS DE IDADE	60-69 ANOS	383	33,9
	70-79 ANOS	439	38,8
	> 80 ANOS	309	27,3
SEXO	FEMININO	676	59,8
	MASCULINO	455	40,2
ESTADO CONJUGAL	SEM REGISTRO	170	15,0
	SOLTEIRO	75	6,6
	CASADO	575	50,8
	DIVORCIADO	71	6,3
	VIÚVO	229	20,2
	OUTROS	11	1,0

Tabela 1: Perfil sociodemográfico da amostra estudada (1131 idosos com transtornos mentais)

VARIÁVEIS CLÍNICAS		N	%
DIAGNÓSTICO PELO CID 10	TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS	705	62,3
	TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	6	0,5
	ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E TRANSTORNOS DELIRANTES	46	4,1
	TRANSTORNOS DO HUMOR	267	23,6
	TRANSTORNOS NEURÓTICOS E SOMATOFORMES	27	2,4
	TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE	6	0,5
	RETARDO MENTAL	3	0,3
	TRANSTORNOS DE DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO	19	1,7
	TRANSTORNO MENTAL NÃO ESPECIFICADO	50	4,4
	SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS RELACIONADAS A DISFUNÇÕES FISIOLÓGICAS	2	0,2
ÓBITO	ÓBITOS	67	5,9
	VIVOS	880	77,8
	SEM REGISTRO	184	16,3
COMORBIDADES	NÃO REGISTRADO	745	65,9
	ATÉ 2 COMORBIDADES	301	26,6
	3 OU MAIS COMORBIDADES	85	7,5

NÚMERO DE CONSULTAS	0 A 5 CONSULTAS	689	60,9
	6 A 15 CONSULTAS	299	26,4
	16 OU MAIS CONSULTAS	143	12,6
TEMPO DE TRATAMENTO	ATÉ 1 ANO	366	32,4
	2 A 4 ANOS	399	35,2
	5 OU MAIS ANOS	366	32,4
NÚMERO DE AMBULATORIOS FREQUENTADOS	1	1022	90,4
	2	102	9,0
	3	7	0,6

Tabela 2: Perfil clínico da amostra estudada (1131 idosos com transtornos mentais)

4.2 Perfil da amostra por especialidade médica

Considerando-se os dados sociodemográficos e clínicos obtidos por especialidade médica, temos 118 idosos que fazem tratamento nos Ambulatórios da Área de Geriatria, 475 sujeitos nos Ambulatórios da Área de Psiquiatria e 538 nos Ambulatórios da Área de Neurologia.

Percebe-se que há um predomínio dos indivíduos do sexo feminino em todas as especialidades médicas, sendo que nos Ambulatórios da Geriatria encontrou-se a maior prevalência (68,6%), seguido de 65,6% na Psiquiatria e 52,8% na Neurologia.

Em relação à faixa etária, registrou-se uma diferença significativa entre as especialidades, já que os indivíduos com idade entre 60 e 69 anos predominavam

na Área de Psiquiatria (37,1%), aqueles entre 70-79 anos na Área de Neurologia (39,6%) e os mais idosos, ou seja acima de 80 anos, representam 53,4% dos pacientes com transtornos mentais que atendidos na Área de Geriatria.

Quanto ao estado conjugal houve um predomínio de indivíduos casados nas três especialidades, distribuídos da seguinte forma: 49,2% na Geriatria, 55,2% na Psiquiatria e 47,4% na Neurologia, sendo que a maior diferença encontrada estava entre os indivíduos viúvos, que representam 37,3% da amostra dos Ambulatórios da Geriatria.

Considerando as variáveis clínicas clínico-psicológicas, percebe-se que os Transtornos Mentais Orgânicos representavam a categoria de doenças mais registradas nos ambulatórios da Área de Geriatria (58,5%) e da Área de Neurologia (89%), seguido dos Transtornos de Humor que foram registrados em 44,4% dos pacientes idosos na Psiquiatria.

A maior prevalência de óbitos foi encontrada nos ambulatórios ligados às Áreas de Geriatria e Psiquiatria, representando 7,6% da população atendida por cada especialidade no período da pesquisa.

Em relação ao número de comorbidades registradas, verificou-se que 46,6% da amostra dos Ambulatórios da Área de Geriatria apresentava até duas comorbidades, e 29,7% tinham três ou mais comorbidades nesse mesmo serviço.

No que se refere ao tempo de tratamento, verificou-se que 42,4% dos idosos da amostra tinham sido atendidos pelo período de um ano na Área de Geriatria, seguidos por 40,6% acompanhados ambulatorialmente por cinco ou mais anos nos Ambulatórios da Área de Psiquiatria, e 37,5% com seguimento ambulatorial por dois a quatro anos na Área de Neurologia.

Já em relação ao número de consultas realizadas, evidenciou-se um índice de 81,2% para os idosos dos Ambulatórios da Neurologia com até cinco consultas, 36,4% para os idosos dos Ambulatórios da Geriatria com 6 a 15 consultas, e 26,6% para os idosos dos Ambulatórios da Psiquiatria que passaram por 16 ou mais consultas.

Em relação ao número de ambulatórios frequentados por esses idosos, pode-se verificar que 97,4% da amostra dos pacientes da Neurologia eram atendidos apenas nessa Especialidade, enquanto 16,4% da amostra dos pacientes da Psiquiatria eram assistidos em duas especialidades, sendo que somente os pacientes dessa última Especialidade tiveram registros de atendimentos realizados por três ou mais ambulatórios.

As características sociodemográficas (gênero, faixa etária e estado conjugal) e clínicas (diagnóstico psiquiátrico pelo CID 10, comorbidades, óbitos, tempo do tratamento e número de consultas no ano precedente à pesquisa) considerando as diferentes especialidades, são apresentadas nas tabelas a seguir:

Variáveis	Ambulatórios		
	Geriatria	Psiquiatria	Neurologia
	(118)	(475)	(538)

		N	%	N	%	N	%
GRUPOS DE IDADE	60-69 ANOS	13	11,0	176	37,1	194	36,1
	70-79 ANOS	42	35,6	184	38,7	213	39,6
	> 80 ANOS	63	53,4	115	24,2	131	24,3
SEXO	FEMININO	81	68,6	311	65,5	284	52,8
	MASCULINO	37	31,4	164	34,5	254	47,2
ESTADO CONJUGAL	SEM REGISTRO	2	1,7	19	4,0	149	27,7
	SOLTEIRO	8	6,8	37	7,8	30	5,6
	CASADO	58	49,2	262	55,2	255	47,4
	DIVORCIADO	4	3,4	41	8,6	26	4,8
	VIÚVO	44	37,3	112	23,6	73	13,6
	OUTROS	2	1,7	4	0,8	3	0,9

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica dos idosos atendidos em Ambulatórios das Áreas de Geriatria, Psiquiatria e Neurologia no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013.

Variáveis		Ambulatórios					
		Geriatria (118)		Psiquiatria (475)		Neurologia (538)	
		N	%	N	%	N	%
TRASTORNOS MENTAIS SEGUNDO CID10	TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS	69	58,5	157	33,1	479	89,0
	TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	-	-	3	0,6	3	0,6
	ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E TRANSTORNOS DELIRANTES	-	-	41	8,6	5	0,9
	TRANSTORNOS DO HUMOR	44	37,3	211	44,4	12	2,2
	TRANSTORNOS NEURÓTICOS E SOMATOFORMES	1	0,8	17	3,6	9	1,7
	TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE	-	-	6	1,3	-	-
	RETARDO MENTAL	1	0,8	1	0,2	1	0,2
	TRANSTORNOS DE DESENVOLVIMENTO	-	-	3	0,6	16	3,0

	PSICOLÓGICO						
	TRANSTORNO MENTAL NÃO ESPECIFICADO	3	2,5	35	7,4	12	2,2
	SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS RELACIONADAS A DISFUNÇÕES FISIOLÓGICAS	-	-	1	0,2	1	0,2
ÓBITO	ÓBITOS	9	7,6	36	7,6	22	4,1
	VIVOS	109	92,4	423	89,1	348	64,7
	SEM REGISTRO	-	-	16	3,4	168	31,2
COMORBIDADES	NÃO REGISTRADO	28	23,7	333	70,1	384	71,4
	ATÉ 2 COMORBIDADES	55	46,6	110	23,2	136	25,3
	3 OU MAIS COMORBIDADES	35	29,7	32	6,7	18	3,3
NÚMERO DE CONSULTAS	0 A 5 CONSULTAS	69	58,5	183	38,5	437	81,2
	6 A 15 CONSULTAS	43	36,4	165	34,7	91	16,9
	16 OU MAIS CONSULTAS	6	5,1	127	26,7	10	1,9
TEMPO DE TRATAMENTO	ATÉ 1 ANO	50	42,4	123	25,9	194	36,1
	2 A 4 ANOS	37	31,4	159	33,5	202	37,5
	5 OU MAIS ANOS	31	26,3	193	40,6	142	26,4
NÚMERO DE AMBULATORIOS FREQUENTADOS	1	108	91,5	390	82,1	524	97,4
	2	10	8,5	78	16,4	14	2,6
	3	-	-	7	1,5	-	-

Tabela 4: Caracterização clínica dos idosos atendidos em Ambulatórios das Áreas de Geriatria, Psiquiatria e Neurologia no período de 01 de janeiro de 2008 ao dia 31 de dezembro de 2013.

4.3 Perfil dos idosos com Transtornos de Humor

Considerados os 318 indivíduos que tinham dados de escolaridade registrados no sistema informatizado, para verificar a associação dos transtornos de humor com as demais variáveis, foram realizadas análises de regressão logística univariada e multivariadas.

Utilizando como desfecho o diagnóstico pelo CID, evidenciou que os indivíduos do sexo feminino, analfabetos, sem companheiros e que tiveram mais de 16 consultas no período da pesquisa, tem mais chances de possuir um transtorno de humor, conforme demonstra a tabela 5:

Análise Univariada

Variável	Transtornos de humor		
	Valor p	OR	IC 95%
≥ 80 anos	0,011	0,39	0,19-0,81
Sexo Feminino	0,079	1,60	0.95-2.69
Analfabeto	0,012	5,03	1,42-17,73
Sem Companheiro	0,059	1,61	0,98-2,63
Consultas ≥ 16	0,001	2,98	1,55 - 5.72

Variável	Transtornos de humor		
	Valor p	OR	IC 95%
≥ 80 anos	> 0,001	0,17	0,08-0,40
Analfabeto	0,009	6,34	1,57-25,54
Sem companheiro	0,013	2,06	1,16-3,64
Consultas: 0 a 5	> 0,001	0,20	0,09-0,43

Tabela 5: Variáveis que apresentaram associação significativa com Transtornos de Humor (n = 318).

Em relação ao desfecho escolaridade, verifica-se que os indivíduos com menor escolaridade, ou mais precisamente os analfabetos apresentam maior chance de terem o diagnóstico de transtorno de humor, sendo que os indivíduos do sexo feminino e com idade superior a 80 anos também apresentaram uma razão de chance mais elevada para este desfecho, como demonstra a tabela 6.

Análise Univariada

Variável	Analfabetismo		
	Valor p	OR	IC 95%
Gênero Feminino	0,001	7,63	2,28-25,50
≥ 80 anos	0,027	3,07	1,13-8,31
Transtornos de Humor	0,037	3,88	1,08-13,95

Análise Multivariada

Variável	Analfabetismo		
	Valor p	OR	IC 95%
Gênero Feminino	0,003	6,60	1,93-22,50
≥ 80 anos	0,011	4,15	1,38-12,42
Transtornos de Humor	> 0,014	5,38	1,41-20,57

Tabela 6: Variáveis que apresentaram associação significativa com analfabetismo (n = 318).

5 DISCUSSÃO

Considerando-se que quanto maior a idade de incidência de uma determinada doença mental, menor será a influência de aspectos genéticos e maior a carga dos fatores sociodemográficos, torna-se relevante compreender o contexto e as características dos idosos que desenvolvem essa categoria de enfermidades em fases mais avançadas da vida ⁶⁸.

A partir dos dados apresentados na presente investigação e que se referem ao perfil geral da amostra é possível verificar uma predominância de indivíduos do sexo feminino, o que está em consonância com o perfil da velhice no Brasil, fato conhecido como feminização da velhice ¹³.

Em decorrência da menor exposição a fatores de risco e aos papéis sociais relacionados à figura materna, as mulheres são mais envolvidas na prevenção de doenças e ao cuidado em saúde, o que proporciona uma maior expectativa de vida em comparação aos homens; no entanto, elas também passam pelo processo de envelhecimento com mais incapacidades e doenças crônicas associadas ^{13,69}.

Em relação ao estado conjugal, apesar da maioria dos indivíduos serem casados, verificou-se que 33,1% da amostra geral constituía-se de idosos que não tinham companheiros, o que pode acarretar uma defasagem na composição familiar e uma fragilidade na rede social desses indivíduos. Esse dado vai ao encontro do último censo demográfico realizado no Brasil, que revelou um

aumento expressivo de famílias unipessoais, ou seja, composta de apenas uma pessoa, em praticamente todos estados brasileiros.

Essa composição familiar passou de 8,6% em 2006 para 12,1% em 2010, sendo que cerca de 60% dessas famílias corresponde a pessoas idosas ¹⁴. Essa condição reflete em mais um dos aspectos da vulnerabilidade do segmento mais idoso da população, particularmente quando se considera que ela está associada à presença de doenças mentais.

No que se refere ao número de comorbidades, apesar da ausência de muitos registros nesta categoria, percebe-se que um número significativo da amostra (34,1%) apresentava comorbidades associadas. É possível verificar que muitas das doenças crônicas apontadas são frequentes no processo de envelhecimento ¹⁶, e além de representarem um fator agravante, necessitam de um acompanhamento clínico periódico, que conseqüentemente leva à maior demanda de recursos públicos destinados a esta população ¹⁸. Também é importante considerar que essa condição se vincula a um elevado consumo de medicamentos, e uma diminuição do autocuidado, o que pode acarretar reações adversas, sendo de grande importância a presença de outras pessoas na mesma residência que possam oferecer cuidado ao idoso ^{43, 71, 72}.

Em relação às características clínico-psicológicas da amostra total, evidenciou-se um predomínio dos Transtornos Mentais Orgânicos, seguido pelos Transtornos de Humor, o que também está coerente com dados sobre doenças mentais em idosos apontados pela literatura ^{40, 41, 42}.

Os processos demenciais são as doenças mentais mais frequentes em idosos, sendo que a sua prevalência aumenta significativamente com a idade, dobrando a cada 5 anos, a partir dos 60 anos, alcançando cifras de 45% em indivíduos acima de 90 anos ³⁹, além de ser frequentemente associada a outros sintomas psiquiátricos ⁴³.

Assim, levando em consideração que uma apreciável parte desses sujeitos não tem companheiros e apresentam outras comorbidades, além de serem portadores de doenças mentais, deve-se questionar a quem caberá a incumbência de cuidar dessa população à medida que os sintomas ou as manifestações de declínio se acentuarem.

Nesse sentido, devido o caráter crônico dessas doenças, é necessário o acesso a uma rede de atenção integral em saúde, desde o nível primário até os serviços de maior complexidade, como as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família – PSF, pelas Unidades Básicas de Saúde - UBS e também pelo Centro de Referência ao Idoso - CRI.

Assim como para as doenças crônicas, as doenças mentais também requerem um tempo prolongado de tratamento ⁷³. Nesta investigação verificou-se que 67,6% da amostra submetiam-se a tratamento por período superior a dois anos, sendo que desses 32,4% passavam por consultas nestes serviços há mais de cinco anos.

Outro dado que revela a cronicidade dessas doenças refere-se ao número de consultas, tendo se observado que 39% da amostra tinham realizado mais de 6

consultas, ou seja, pelo menos uma consulta por ano, sendo que desses 12,6% haviam passado por 16 ou mais atendimentos, no período de 5 anos, o que significava que os mesmos tinham feito, em média, três consultas por ano.

Em relação ao perfil por especialidade, novamente se constatou um predomínio de mulheres idosas em todos os contextos estudados, porém é importante ressaltar que 47,2% dos sujeitos que realizam tratamento nos Ambulatórios da área de Neurologia, são do sexo masculino.

Este fato, provavelmente, se associe à diferença das características dos pacientes encaminhados para a Área de Neurologia, onde se registrou maior número de pacientes do sexo masculino nos quais ocorre maior incidência de doenças neurodegenerativas de etiologia vascular, em concordância com os dados encontrados por Silva ⁷⁴.

Em relação à faixa etária, percebe-se uma diferença significativa entre as Especialidades, já que os indivíduos mais novos (entre 60 e 69 anos) predominavam na Área de Psiquiatria e os mais idosos (acima de 80 anos), são mais evidentes na Área de Geriatria. Essa diferença pode ser associada a um viés de encaminhamento para a Geriatria, que prioriza o atendimento aos idosos com 80 anos e mais ⁷⁵.

Por outro lado, também se deve considerar que em função da provável maior gravidade dos transtornos mentais apresentados pelos pacientes seguidos na Psiquiatria, esses se constituam de indivíduos mais jovens, com menor suporte social, maior uso de psicofármacos e maior risco de eventos mórbidos ^{76,77}.

Considerando-se o estado conjugal, registrou-se um predomínio de idosos casados nas três Especialidades; no entanto, a maior diferença encontrada relacionou-se aos viúvos, que representavam 37,3% da amostra do Ambulatório de Geriatria, enquanto essa cifra era de 23,6% e 13,6% na Psiquiatria e Neurologia, respectivamente. Atribui-se tal diferença ao perfil etário da população atendida na Área de Geriatria, caracterizado por uma maior proporção de indivíduos mais idosos e do sexo feminino.

Quanto às características clínico-psicológicas por Especialidade, verificou-se predomínio dos Transtornos Mentais Orgânicos nos Ambulatórios relacionados às Áreas de Geriatria e Neurologia, sendo que neste último estes transtornos respondem por 89% dos diagnósticos em idosos, o que está em consonância com outras pesquisas realizadas nestes serviços ^{74, 75}.

Os Transtornos de Humor tiveram maior registro nos Ambulatórios da Área de Psiquiatria com 44,4% dos diagnósticos. Esse serviço também teve o maior número de diagnósticos de Transtornos Esquizotípicos e Delirantes, além de ser o único com registro de Transtornos de Personalidade. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com idosos neste mesmo local ⁷⁸.

Em relação ao número de comorbidades registradas, verificou-se que 76,3% dos idosos atendidos na Área de Geriatria apresentavam mais de duas comorbidades, sendo desses 29,7% tinham três ou mais enfermidades associadas ao diagnóstico principal de Transtorno Mental.

Esse achado pode relacionar-se às características de uma população de idosos encaminhados para assistência em um serviço terciário, e que evidenciam maior ocorrência de associação de doenças crônicas, de fragilidade e de incapacidade funcional, como já exposto por algumas pesquisas neste mesmo local ^{72,79}.

No que se refere ao tempo de tratamento, verificou-se maior registro de atendimento pelo período de um ano na Área de Geriatria, o que se atribui aos critérios de inclusão desse serviço (pacientes mais idosos e portadores de síndromes geriátricas), bem como à maior mortalidade ^{75,80}, o que é distinto do que ocorre nos Ambulatórios da Psiquiatria, onde 40,6% da amostra era constituída de idosos acompanhados por mais de cinco anos.

Os ambulatórios da Psiquiatria, também registraram o maior número de consultas por paciente, sendo que 26,6% da amostra da Especialidade passaram por mais de 16 consultas no período considerado pela presente pesquisa, além de ser o serviço com mais encaminhamentos a outros ambulatórios. Tal achado possivelmente reflete a gravidade e instabilidade dos portadores de doenças mentais acompanhados nesse serviço, que requerem acompanhamento constante, e que apresentam outras condições físicas associadas, como se tem registrado na literatura ^{7,90,91}.

Por sua vez, os Transtornos de Humor constituem-se nas doenças psiquiátricas mais comuns entre os idosos, sendo que a literatura registra a presença dessa categoria de enfermidade mental em até 20% das pessoas com

80 anos e mais ⁴⁴, além de cifras que variaram de 37 a 65% nos idosos atendidos em contextos ambulatoriais ⁴⁵.

Pesquisa com idosos atendidos nos mesmos serviços avaliados na presente investigação, registraram sintomatologia depressiva em 31,67% dos idosos assistidos no Ambulatório de Geriatria ⁷⁵ e 33,6 % nos idosos em atendimento no serviço de Psiquiatria ⁷⁸.

Outras pesquisas realizadas com idosos em contextos ambulatoriais, também encontraram taxas significativas de sintomas depressivos, sendo 37% em Brasília ⁸¹, 50 % no Maranhão ⁸² e 23,4% na Bahia ⁸³, além de registrarem maior associação desse tipo de quadro com o sexo feminino, o analfabetismo e a idade avançada.

Na presente investigação evidenciou-se que o sexo feminino, o analfabetismo, a condição de não ter companheiro, e o comparecimento a maior número de consultas associaram-se positivamente com a presença de Transtornos de Humor. Também na literatura verifica-se que as mulheres e os mais idosos (80 anos e mais) apresentam associação positiva com este desfecho ^{81 – 83}.

Quanto à condição de não ter companheiro, essa também pode se associar com quadros depressivos ⁸⁴. Essa condição conjugal pode indicar uma rede de suporte social frágil ou inexistente, e existem evidências na literatura de que a falta desse tipo de suporte pode acentuar os efeitos negativos do estresse na saúde

mental dos idosos ⁸⁵, contribuindo para deflagrar ou acentuar os transtornos mentais, incluindo-se aqui os quadros depressivos ⁸⁴.

Já em relação ao maior número de consultas, é possível que essa situação esteja vinculada a elevada prevalência de queixas inespecíficas e de comorbidades clínicas, já que estes sujeitos utilizam serviços médicos de 50% a 100% mais se comparados a indivíduos sem depressão ⁶².

Em relação ao desfecho escolaridade, evidenciou-se que os analfabetos apresentavam maior chance de terem o diagnóstico de Transtornos de Humor. De fato, outras pesquisas revelam que a baixa escolaridade está associada a diversas condições e fatores de risco no processo de envelhecimento, associando-se com pior auto-avaliação de memória ^{42,75}, menor desempenho cognitivo ^{86, 87}, maior incidência de processos demenciais ¹², maior presença de sintomas depressivos ^{13,50}, maior frequência a serviços médicos ^{88,89}, aumento do consumo de medicamentos, elevada prevalência de queixas inespecíficas e de comorbidades clínicas ^{14,90}.

Grande parte da população brasileira em geral tem educação formal limitada: 16% tem menos de um ano de escolaridade, menos de 5% foi além de 12 anos de educação e somente 0,5% chegou ao ensino superior. Segundo a sinopse do último censo demográfico realizado no Brasil, quase metade da população brasileira (49,25%) com 25 anos ou mais não tem o ensino fundamental completo. Já na população com mais de 60 anos a média de escolaridade encontra-se em torno de 4,4 anos ^{14, 57}.

Dessa forma, é importante destacar que os baixos níveis de escolaridade estabelecem uma forte associação com a maior incidência de doenças mentais nas pessoas idosas e quando este fator está associado a outras comorbidades ou limitações físicas, o risco é maior ainda ^{35,91,92}.

Nesse sentido, ganha relevância a proposta de que esses idosos tenham o respaldo de um acompanhamento clínico periódico, o que se revela através do tempo de tratamento. Nesse estudo, parte considerável da amostra estava sendo acompanhada por cinco anos ou mais, o que seguramente implica em maior disponibilidade de recursos públicos destinados a esta população.

A qualidade da rede de apoio psicossocial oferecida ao idoso é essencial para a diminuição dos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais ⁶⁸, sendo de grande importância a articulação dos serviços na área de saúde do idoso e da saúde mental, para que estes estejam vinculados e atuem tanto na prevenção quanto no acompanhamento de pessoas idosas que apresentam história de distúrbios psiquiátricos, de modo a propiciar as intervenções psicossociais mais adequadas a essa população ⁷.

Essa pesquisa está em consonância com outros estudos, retratando o crescente aumento da população idosa com transtornos mentais, particularmente dos transtornos depressivos. Tal situação acarreta aumento da demanda por serviços de saúde, tais como os Ambulatórios de Especialidades que ofereçam atendimento a idosos portadores de doenças mentais.

Desse modo, evidencia-se a importância do reconhecimento do perfil dos idosos que apresentem esse tipo de enfermidade, pois os fatores associados a essa condição precisam ser considerados no planejamento e implantação dos serviços no âmbito da saúde mental

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional acompanha-se de um aumento da prevalência de transtornos mentais de maior incidência nessa população, destacando-se aí os quadros depressivos. Os resultados obtidos no presente estudo permitiram reconhecer nessa população as características, que tiveram maior associação com os transtornos depressivos, ou seja, o sexo feminino, o analfabetismo, a ausência de companheiro e a frequência a maior número de consultas.

Se considerarmos que muitos desses idosos apresentam um comprometimento psiquiátrico grave, somados a presença de outras doenças crônicas e à baixa estruturação da rede de suporte familiar, podem ser identificados alguns importantes desafios na atenção e assistência a essa população, tais como a necessidade de instituição de programas de cuidados formais e a integração entre os serviços de saúde mental e de assistência ao idoso.

Vale lembrar como limitação do estudo, o alto índice de informações não registradas no sistema informatizado, sendo que grande parte desses dados são essenciais na atenção ao idoso, tais como nível de escolaridade e as doenças crônicas associadas.

Como é apresentado pela literatura, envelhecer satisfatoriamente depende da interação entre o indivíduo e seu contexto⁹³. Portanto, considera-se relevante que os equipamentos de saúde mental criem estratégias que acolham e incluam os

dados apontados neste estudo, bem como em outras investigações divulgadas na literatura, em nível do plano de intervenção junto aos usuários ^{7,35,84}.

Diante desse panorama é necessário que novos olhares e modelos de assistência e prevenção sejam inseridos na vida e na saúde pública, assim como promover serviços que atendam às características dessa população, vinculando a demanda da saúde mental com os aspectos biopsicossociais do envelhecimento, além de garantir um tratamento mais amplo e eficiente.

Assim fica o desejo para que este estudo sirva de estímulo para novos pesquisadores, profissionais e gestores do âmbito da saúde, para que possam acolher e compreender as características dessa crescente demanda, ampliando os mecanismos de atenção e diminuindo as fronteiras ainda existentes nesta área, que ainda é muito carente de ações concretas e de reflexão científica.

7 REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In Freitas EV, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2011, pag 58-72.
2. Guidotti CAG. Envelhecimento demográfico e mudanças na transição à velhice entre brasileiros de distintas gerações. Campinas, SP : [s.n.], 2014.
3. Netto AJ. Gerontologia básica. São Paulo: Lemos, 2008.
4. Camargos MCS et al. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. Ciência & Saúde Coletiva, 14(5):1903-1909, 2009.
5. Camargos MCS et al. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005.
6. Clemente AS, Filho AIL, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 555-564, mar. 2011.
7. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Rev Bras Psiquiatr 2002;24(Supl I):3-6.
8. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev. Saúde Pública. 2005;39(6):918-23.

9. Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal FL. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007 Sep;15(9):790-9.
10. Geis PP. Terceira idade, atividades criativas e recursos práticos. Porto Alegre: Artmed, 2003, 169 p.
11. Bee H. O ciclo vital. Porto Alegre, RS : Artes Médicas, 1997. 656p.
12. Neri AL. Idosos velhice e envelhecimento. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alínea, 2005.
13. Diogo MJD, Neri AL. Saúde e qualidade de vida na velhice. Campinas: Editora Alínea, 2007.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Síntese dos indicadores sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2014.

_____. Sinopse censo 2010. Disponível em:

<<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>>. Acesso em: 12 fev. 2014.
15. Vermelho L L, Monteiro FG. Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho RA et al. Epidemiologia. São Paulo, Atheneu, 2004.

16. Lima MG. Qualidade de vida em saúde e bem estar subjetivo em idoso: um estudo de base populacional. 2012. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012
17. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2009.
18. DATASUS. Sistema de Informática do SUS. Disponível em:
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 21 fev 2014.
19. Noronha AC, Coelho LC. Espaço alternativos de saúde mental e a inclusão social do dependente químico com vínculos familiares rompidos. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Faculdade Santa Lúcia, Mogi Mirim, 2009.
20. Foulcault M. História da loucura. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.
21. Lima TL, Sujus S, Campos RO. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP, Brasil. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo, v. 14, n.1, p. 122-133, março de 2011.
22. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina: Ambulatórios de Especialidades (AMES). Disponível em: <https://www.spdm.org.br/onde-estamos/outras-unidades/ambulatorio-medico-de-especialidades-ame>. Acesso 20 novembro de 2014.

23. Campos WB, Bottino CMC, Laks J. Serviços de Psiquiatria Geriátrica: Uma abordagem multidisciplinar. In: Bottino CMC, Laks J, Blay SL. Demência e Transtornos Cognitivos em Idosos. Rio de Janeiro, RJ : Guanabara Koogan, 2006.
24. Brasil. Centro Cultural do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2014.
25. WHO. World health report. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization, 1.^a edição, Lisboa, 2002.
26. Ministério da saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF, 2003.
27. Pereira PK. Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (4): 482-91.
28. Andrade L et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2002) 37: 316–325.
29. Wittchen HU et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology (2011) 21, 655–679.

30. Kohn R et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. *Rev. Panam. Salud Publica* 2005;18(4-5):229-40.
31. Santos EG, Siqueira M M. Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. *J. Bras. Psiquiatr.* 2010;59(3):238-246.
32. Volkert J et al. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Research Reviews* 12 (2013) 339– 353
33. Kimberley L et al: Mental Health Problems Among Canada's Seniors: Demographic and Epidemiologic Considerations, Ottawa, Health and Welfare Canada 1991. In Elderly Mental Health Care Working Group. Guidelines for elderly mental health care planning for best practices for health authorities. Retrieved November, 2002.
34. Pillon SC et al. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 742-748, Dez. 2010.
35. Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(7):1415-1466, jul, 2013.

36. Sorrell JM, Collier E. Schizophrenia in older adults. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, United States, v. 49, n. 11, p. 17-21, nov. 2011.
37. Laks J et al. Rastreamento cognitivo em idosos esquizofrênicos institucionalizados. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, n.4, p. 159-163, dez. 2000.
38. Anderson DL, Rabins PV. Schizophrenia. In: Halter JB et al.(rgs.). Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6.ed. EUA: McGraw-Hill,2009, p.859-863.
39. Caovilla, VP, Canineu PR. Você não esta sozinho - continuamos com você. Barueri, SP: Novo Século, 2013.
40. Scasufca M et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. Rev. Saúde Pública, Botucatu, vol. 36 n. 6, p. 773 - 778, 2002.
41. Lopes MA, Bottino CMC, Hototion SR. Epidemiologia das demências: análise crítica das evidências atuais. In: Bottino CMC, Laks J, Blay SL. Demência e Transtornos Cognitivos em Idosos. Rio de Janeiro, RJ : Guanabara Koogan, 2006.
42. Batistoni S S et al. Correlations between memory complaints, depressive symptoms and cognitive performance among elderly individuals living in the community. Rev. Psiq. Clín. 2014;41(3):67-71.

43. Tatsch MF et al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease and cognitively impaired, nondemented elderly from a community-based sample in Brazil: prevalence and relationship with dementia severity. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14:438-45, 2006.
44. McIntyre A. *Terapia ocupacional e a terceira idade*. São Paulo: Santos, 2007, 236 p.
45. Maj M, Sartorius N. *Transtornos depressivos*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
46. Lebrão ML. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 255 p.
47. Lebrão ML. Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55:431-437.
48. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*. (2006); 55(1):26-33.
49. Rombaldi J A. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev. Brasil. de Epidemiologia* 2010; 13(4):620-9.

50. Yassuda MS et al. Prevalence of depressive symptoms among elderly in the city of Tremembé, Brasil. Rev. Dement Neuropsychol 2013 September;7(3):252-257.
51. Marinho V M .Transtornos de Humor in Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2011.
52. Boing AF et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. Rev Saúde Pública 2012;46(4):617-23.
53. Alves TCTF et al. Depressão e infarto agudo do miocárdio / Rev. Psiq. Clín. 2009;36(3):88-92.
54. Francisco PMSB et al. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. Rev Saúde Pública 2006;40(3):428-35.
55. Cizza G et al. Depression and Osteoporosis: A Research Synthesis with Meta- Analysis. Horm Metab Res. 2010 June ; 42(7): 467–482.
56. Tamanini JTN et al. Análise da prevalência e fatores associados à incontinência urinária entre idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1756-1762, ago, 2009.
57. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2009; 12(1):123-140.

58. Hoffmann EJ et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. J. Bras. Psiquiatr. 2010;59(3):190-197.
59. Bahls SC, Botega NS et al. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios In: Mello MF et al organizadores. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Editora Artmed; 2007. p. 143.
60. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas. Rev Saúde Pública 2010;44(4):750-7.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
62. Geiselman B, Linden M, Helmchen H . Psychiatrists' diagnoses of subthreshold depression in old age. Frequency and correlates. Psychol Med 2001;31: 51–63.
63. Marinho V. M. Transtornos de Humor. In: Forlenza O. V. Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação. São Paulo: Atheneu, 2007.
64. Pacheco JL, PY L. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.
65. Damasceno BP. Demências. In: Guariento MH, Neri AL, organizadores. Assistência ambulatorial ao Idoso. Campinas: Alínea; 2010. p. 243-54.

66. Clemente AS, Filho AIL, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 555-564, mar. 2011.
67. Pavarini SCI et al. O idoso no contexto da saúde mental: relato de experiência. *Texto e Contexto em Enfermagem*. São Carlos, v. 13, n. 4, p. 608-617. out./dez. 2004.
68. Martinelli J E. Parafrenia tardia. In: Forlenza O V. *Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*. São Paulo: Atheneu, 2007.
69. Lima-Costa M F et al. [10-year trends in the health of Brazilian elderly: evidence from the National Household Sample Survey (PNAD 1998, 2003, 2008)]. *Ciencia & saude coletiva*. 2011;16(9):3689-96.
70. Tatsch MF et al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease and cognitively impaired, nondemented elderly from a community-based sample in Brazil: prevalence and relationship with dementia severity. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14:438-45, 2006.
71. Almeida OP, Fenner S. Bipolar disorder: similarities and differences between patients with illness onset before and after 65 years of age. *International Psychogeriatrics*, United Kingdom, v. 14, n. 3, p. 311-322, sep. 2002.

72. Bombardi MF. Capacidade funcional, cognitiva e estado de humor em idosos assistidos no ambulatório de geriatria - HC/Unicamp. Campinas, SP : [s.n.], 2012.
73. Grinberg LP. Depressão em idosos – desafios no diagnóstico e tratamento. RBM. 2006; 63(7):317-30.
74. Silva DW. Estudo das características demográficas e clínicas da demência do ambulatório de neurologia clínica do Hospital de Clínicas da Unicamp, Campinas, SP, 2001.
75. Paula AFM. Perfis de funcionalidade e relação com óbito em idosos assistidos em Serviço Ambulatorial de Geriatria. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 153-162, 2015.
76. Osinaga VLM, Furegato ARF, Santos JLF. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. Rev Latino-am. Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1).
77. Barroso S.M. et al. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. Rev. Psiqu. Clín 34 (6); 270-277, 2007.
78. Bueno DRS. Caracterização do status cognitivo de idosos com depressão: influência da idade e da escolaridade. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 22(3):129-135, set./dez., 2013.
79. Sousa DJ. Critérios de fragilidade, comorbidades e uso de fármacos em idosos assistidos em um serviço de referência. Campinas, SP : [s.n.], 2012.

80. Fattori A et al. Cluster analysis to identify elderly people's profiles: a healthcare strategy based on frailty characteristics. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 132, n. 4, p. 224-230, 2014.
81. Linhares CRC et al. Perfil da Clientela de um Ambulatório de Geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2003;16(2):319-26.
82. Gonçalves VC, Andrade KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2010;10(2):289-99.
83. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):691-700, mar, 2007. 2007;23(3):691-700.
84. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2009; 12(1):123-140.
85. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175.
86. Coelho FGM et al. Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2012;15(1):7-15.

87. Zahodne LB et al. Education does not slow cognitive decline with aging: 12-Year Evidence from the Victoria Longitudinal Study. *J Int Neuropsychol Soc* 2011;17(6):1039–46.
88. Louvison MC et al. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in Sao Paulo, Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40.
89. Leal MCC et al. Perfil de pacientes idosos e tempo de permanência em ambulatório geronto-geriátrico. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2009;12(1):77-86.
90. Rodic D, Meyer AH, Meinlschmidt G. The association between depressive symptoms and physical diseases in Switzerland: a cross-sectional general population study. *Front. Public Health*, 2015, v.3, art.47. Disponível em: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2015.00047/abstract>. doi: 10.3389/fpubh.2015.00047
91. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín.* 2005;32(3):149-59.
92. Silva GLM, Pereira SM, Guimarães FJ, Perrelli JGA, Santos ZC. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família no município de Limoeiro – PE. *Rev. Min. Enferm.* 2014 jan/mar; 18(1): 82-87.

93. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003.