

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

APARECIDA SANTOS NOIA

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE PSICOTRÓPICOS EM
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: ESTUDO SABE**

**SÃO PAULO
2010**

APARECIDA SANTOS NOIA

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE PSICOTRÓPICOS EM
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: ESTUDO SABE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Silvia Regina Secoli

**SÃO PAULO
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Noia, Aparecida Santos

Fatores associados ao uso de psicotrópicos em idosos no município de São Paulo: estudo SABE / Aparecida Santos
Noia. -- São Paulo, 2010.

74 p. .

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Regina Secoli

1. Fármacos psicotrópicos 2. Idosos 3. Acidentes por queda
4. Enfermagem 5. Fatores de risco I. Título.

Nome: Aparecida Santos Noia

Titulo: FATORES ASSOCIADOS AO USO DE PSICOTRÓPICOS EM IDOSOS NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: ESTUDO SABE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Ao meu pai Davino (in memoriam), pelo exemplo de responsabilidade, humildade e coragem, obrigada por tudo.

À minha mãe Rosa (in memoriam), obrigada pelo amor a primeira vista, por toda dedicação e por direcionar meu caminho.

À minha irmã Sidnéa, por assumir a responsabilidade da minha educação com tanto amor e rigor.

Ao meu esposo, amigo e companheiro Ênio, pela paciência, compreensão e por compartilhar, com cumplicidade, todos os momentos de dificuldades e alegrias, sempre incentivando-me. Ter você por perto é o melhor presente da vida.

Às minhas filhas Luiza e Marina, que dão um sentido especial na minha vida, pelos momentos preciosos que deixaram de ser dedicados à vocês.

Agradecimentos

À Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Regina Secoli, por ter acreditado em mim e possibilitado a realização de um sonho e com competência, paciência e amizade me orientou e ajudou a enxergar além da linha do horizonte. A minha admiração, e o meu sincero e especial agradecimento.

À Prof^ª Dr^ª Yeda Aparecida de Oliveira Dutra pela importante contribuição no Exame de Qualificação, pela atenção, gentileza e paciência ao esclarecer dúvidas.

À Prof^ª Nicolina por todas as sugestões e contribuições no Exame de Qualificação.

À Prof^ª Maria Lucia Lebrão pela oportunidade de participar do Estudo SÁBE.

À Prof^ª Victoria Secaf pela disponibilidade, atenção e valiosas sugestões.

À Ligiana Pires Corona, pelas análises estatísticas.

À Marisa Inês Perez pela cuidadosa formatação.

À Nadir Aparecida Lopes pela revisão bibliográfica.

À Ana Carolina Nóia pela tradução para o inglês.

À todos os funcionários da Escola de Enfermagem da USP, secretaria, biblioteca, gráfica, em especial Silvana e Dora por toda simpatia e dedicação.

Aos colegas do grupo de pesquisa Manejo da Terapia farmacológica na Prática Clínica do Enfermeiro e aos mestrandos Érica, Karina, Adriano, Milena, por todas as sugestões e amizade durante essa trajetória.

Aos amigos da Escola de Enfermagem da Santa Casa pelo incentivo, apoio e compreensão.

Ao meu querido amigo Lucio Inafuko, sempre presente nos momentos mais difíceis, me ouvindo e disposto a ajudar, obrigada pela sua doce presença.

Aos meus grandes amigos de Paúba, por acolherem e cuidarem da minha família.

A minha sogra Neyde por fazer companhia às minhas filhas e preparar deliciosos pratos.

Ao meu esposo, Ênio, por todo apoio, compreensão e incentivo, sem você não seria possível.

Às minhas filhas por entenderem as minhas ausências e cansaço.

“Uma vida não basta ser vivida: também precisa ser sonhada”

Mario Quintana

Noia, AS. Fatores associados ao uso de psicotrópicos em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2010.

RESUMO

Nos últimos anos, o uso dos psicotrópicos em idosos, aumentou expressivamente em decorrência da ampliação das indicações terapêuticas dessa classe, do lançamento de agentes com menor perfil de toxicidade e do reconhecimento de que determinados quadros clínicos, prevalentes nessa faixa etária, podem ser tratados com esses medicamentos. Todavia, o uso de psicotrópicos pode estar relacionado a eventos adversos que causam impacto no perfil de morbi-mortalidade desse grupo de indivíduos. Desse modo, os objetivos do presente estudo foram identificar a prevalência e os fatores associados ao uso de psicotrópicos entre os idosos do Município de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, cujos dados foram obtidos do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE. A amostra foi constituída de 1.115 idosos de 65 anos ou mais, que foram reentrevistados no ano de 2006. Para coleta de informações utilizaram-se as seções do questionário sobre Informações pessoais (A), Avaliação cognitiva (B), Estado de saúde (C), Estado funcional (D), Medicamentos (E) e Uso e acesso a serviços (F). Os psicotrópicos foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC). Na análise dos dados utilizou-se o pacote estatístico STATA com realização de regressão logística. Considerou-se nível de significância de $p < 0,05$. A prevalência de uso de psicotrópicos de 12,2%, a qual foi representada por antidepressivos (7,2%), benzodiazepínicos (6,1%) e antipsicóticos (1,8%). No grupo que usou psicotrópicos, 15,9% pertenciam ao sexo feminino, 15,1% apresentaram 75 anos ou mais, 21% relataram possuir quatro e mais doenças e 27,5% usar cinco ou mais medicamentos. Os fatores associados ao uso de psicotrópicos foram : sexo feminino (OR = 1,70; IC95% 1,05 - 2,74), limitação de atividade instrumental de vida diária (OR = 1,871; IC95% 1,16 - 3,04), presença de declínio cognitivo (OR = 1,76; IC95% 1,02 - 3,03), depressão (OR = 5,36; IC95% 3,34 - 8,61) e uso de cinco ou mais medicamentos (OR = 1,28; IC95% 1,16 - 1,42). Cerca de um em cada dez idosos do SABE utilizou psicotrópicos, principalmente os antidepressivos. O conjunto dos fatores de risco associados ao uso de psicotrópicos pode indicar que os idosos mais vulneráveis foram aqueles com maior grau de dependência, seja em decorrência de comprometimento clínico causado por doenças, seja pelo uso de psicotrópicos inapropriados.

PALAVRAS-CHAVE: Psicotrópicos, Idoso, Epidemiologia, Uso de Medicamentos, Enfermagem, Fatores de Risco.

Noia, AS. Risk factors associated to the use of psychotropic Drugs in the elderly in São Paulo City: SABE study. [Dissertation]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2010.

ABSTRACT

Over the last years, the use of psychotropic drugs in the elderly has risen expressively, due to the increasing of the therapeutic indications of this class, the launching of agents with a profile of low level of toxics, and to the acknowledgement that certain clinical conditions, dominant within this age group, can be treated with this medicine. However, the use of psychotropic drugs can be linked to adverse events which cause impact in the profile of morbid-mortality of this age group. Therefore, the aim of the present study has been to identify the prevalence and factors associated to the use of psychotropic drugs among elderly people in São Paulo City. It is a transversal, population based study, obtained from the Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE. The sample was constituted of 1.115 elderly people, aging 65 and over, who were re-interviewed in 2006. For the gathering of information, the sections of the questionnaire on Personal Information (A), Cognitive Evaluation (B), Health State (C), Functional State (D), Medicine (E) and Use and Access to Facilities (F) were used. Psychoactive drugs were classified according to the *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC). In the data analysis, it was used the statistic component STATA with logistic regression. A level of significance was considered of being $p < 0,05$. The prevalence of the use of psychotropic drugs of 12,2%, which was represented by anti-depressants (7,2%), benzodiazepine (6,1%) and anti-psychotics (1,8%). In the group that used psychotropic drugs, 15,9% were female, 15,1% were 75 years old and older, 21% claimed having four or more different diseases, and 27,5% making use of five or more different sorts of medicine. The factors associated to the use of psychotropic drugs were: female gender (OR = 1,70; IC95% 1,05 - 2,74), limitation of daily life instrumental activity (OR = 1,871; IC95% 1,16 - 3,04), presence of cognitive decreasing (OR = 1,76; IC95% 1,02 - 3,03), depression (OR = 5,36; IC95% 3,34 - 8,61) and use of five or more sorts of medicine (OR = 1,28; IC95% 1,16 - 1,42). About one in ten elderly people in SABE used psychotropic drugs, mainly anti-depressants. The range of risk factors associated to the use of psychotropic drugs may indicate that the most vulnerable elderly people were those with higher level of dependency, whether in consequence of a clinical implication caused by diseases, or by the use of inappropriate psychotropic drugs.

KEYWORDS: Psychotropic Drugs, Aged, Epidemiology, Drug Utilization , Nursing and Risk Factors.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modo de ação dos antidepressivos.....	13
Figura 2 - Modo de ação dos benzodiazepínicos	16
Figura 3 - Modo de ação dos antipsicóticos.....	18
Figura 4 - Distribuição proporcional dos idosos segundo as ações terapêuticas do psicotrópico. Município de São Paulo	49
Figura 5 - Distribuição proporcional dos idosos que consumiram psicotrópicos segundo classe. Município de São Paulo, 2006	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características farmacocinéticas dos antidepressivos.....	15
Quadro 2 - Características farmacocinéticas dos benzodiazepínicos	17
Quadro 3 - Características farmacocinéticas dos antipsicóticos	20
Quadro 4 - Grupos anatômicos principais da classificação Anatômico-Terapêutico-Químico (ATC)	38
Quadro 5 - Classificação ATC dos antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos N05 e N06.....	39
Quadro 6 - Seções do questionário SABE (2006) e variáveis independentes	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Situação das pessoas idosas do Estudo SABE- 2006, São Paulo, 2006.....	31
Tabela 2 - Distribuição proporcional dos idosos que usaram ou não psicotrópicos segundo variáveis demográficas. Município de São Paulo, 2006	45
Tabela 3 - Distribuição proporcional dos idosos que utilizaram ou não psicotrópicos segundo as condições de saúde. Município de São Paulo, 2006	47
Tabela 4 - Distribuição proporcional dos idosos que usaram ou não psicotrópicos segundo estado funcional. Município de São Paulo, 2006.....	48
Tabela 5 - Distribuição proporcional dos idosos que utilizaram ou não psicotrópicos segundo quedas e fraturas. Município de São Paulo, 2006.....	49
Tabela 6 - Distribuição dos psicotrópicos segundo uso entre idosos. Município de São Paulo, 2006	51
Tabela 7 - Variáveis associadas ao uso de psicotrópicos pelos idosos. Município de São Paulo, 2006	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Psicotrópicos: modo de ação, reações adversas e farmacocinética	11
1.1.1 Antidepressivos	12
1.1.2 Ansiolíticos	15
1.1.3 Antipsicóticos	18
1.2 Uso de psicotrópicos em idosos: epidemiologia e fatores associados ao consumo	21
1.3 Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento)	25
1.5 Justificativa do estudo	32
2 OBJETIVOS	35
3 MÉTODO	37
3.1 Delineamento do estudo	37
3.2 Amostra	37
3.3 Plano de análise dos dados	37
3.3.1 Medicamentos	37
3.3.2 Variáveis do estudo	40
3.4 Análise estatística	42
4 RESULTADOS	45
5 DISCUSSÃO	55
6 CONCLUSÕES	62
REFERÊNCIAS	64
ANEXOS	73

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 PSICOTRÓPICOS: MODO DE AÇÃO, REAÇÕES ADVERSAS E FARMACOCINÉTICA

A população de idosos é a que mais cresce no Brasil, em decorrência da baixa taxa de natalidade, maior acesso aos serviços de saúde, introdução de recursos tecnológicos, queda na taxa de mortalidade e aumento da expectativa de vida.

Nesse grupo, o processo de envelhecimento é acompanhado, frequentemente, por várias doenças e manifestações clínicas desconfortáveis que exigem o uso de terapia medicamentosa.

Os estudos acerca do perfil de consumo de medicamentos em idosos, realizados no cenário internacional e nacional, de modo geral, apontam que os agentes com ação no sistema nervoso central (SNC) ocupam o segundo lugar, cuja prevalência varia de 13,5% a 65%, dependendo do estudo ⁽¹⁻⁹⁾.

Dentre os medicamentos de ação no SNC, os psicotrópicos representam um dos mais usados nos dias de hoje, tendo em vista ser um grupo bastante heterogêneo quanto aos efeitos terapêuticos. Estima-se que pelo menos 13% do total de medicamentos consumidos no Brasil envolva esse grande grupo ⁽¹⁰⁾. Psicotrópicos são substâncias químicas que apresentam efeitos sobre a função psicológica, ou seja, alteram o estado mental do indivíduo. Nessa terminologia são incluídos medicamentos com ações antidepressiva (antidepressivos), alucinógena (alucinógenos) e tranquilizante (ansiolítico e antipsicóticos) ⁽¹¹⁾.

Nos últimos anos, o uso dos psicotrópicos em idosos aumentou de modo importante ⁽¹²⁻¹³⁾. O conhecimento sobre os benefícios do uso desses agentes nos distúrbios afetivos, como ansiedade e depressão ⁽¹⁴⁾, bem como o aumento da prevalência desses diagnósticos entre idosos, foram os principais fatores contribuintes ^(8,15-17). Todavia, o uso desses medicamentos,

particularmente nesse grupo etário, encontra-se associado à ocorrência de reações adversas, que podem ocasionar desfechos negativos com consequente impacto na qualidade de vida e na taxa de mortalidade desses indivíduos⁽¹⁸⁻²²⁾

As reações adversas a medicamentos (RAMs) representam qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se apresenta após a administração correta de doses normalmente utilizadas para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade. Causam danos e são inevitáveis⁽²³⁾.

1.1.1 Antidepressivos

No grupo dos psicotrópicos, os antidepressivos são freqüentemente prescritos para melhorar o humor. São usados preferencialmente para tratar a depressão, cuja prevalência entre idosos tem crescido com o aumento da expectativa de vida e acúmulo de fatores estressantes⁽²⁴⁾. Além disso, os antidepressivos podem ser indicados como coadjuvantes no tratamento da dor crônica ou neuropática, nos casos de incontinência urinária e transtorno de ansiedade⁽²²⁾.

Os efeitos terapêuticos desses agentes decorrem do bloqueio seletivo ou não de recaptção de monoaminas específicas (noradrenalina, serotonina, dopamina) nas sinapses do SNC. Esse bloqueio aumenta a disponibilidade dessas monoaminas, melhorando os sintomas depressivos⁽²⁵⁾. A Figura 1 ilustra o modo de ação proposto para os antidepressivos⁽²⁶⁾.

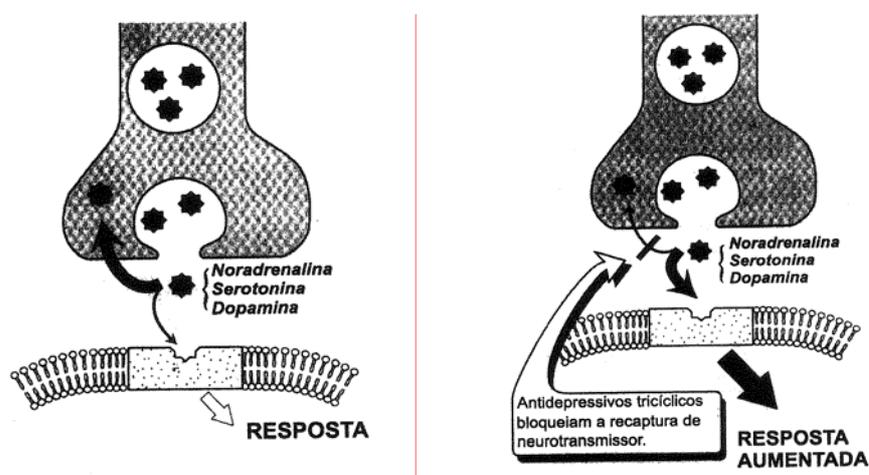


Figura 1 - Modo de ação dos antidepressivos

De acordo com o modo de ação, os antidepressivos são classificados em: inibidores não seletivos da recaptação de monoaminas (tricíclicos), inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS), inibidores da monoaminoxidase (IMAO) e antidepressivos atípicos⁽²⁷⁾.

Os antidepressivos tricíclicos causam bloqueio da recaptação de monoaminas – noradrenalina, serotonina e, em menor proporção, da dopamina. Eles inibem também os receptores colinérgicos, histaminérgicos e adrenérgicos. O bloqueio desses receptores é responsável por várias RAMs como sedação, hipotensão ortostática, taquicardia, tremores de mão, parestesias, estados de confusão, latência para lembrar (prejuízo da memória de curta duração) aumento dos intervalos PR e QRS no ECG, boca seca e constipação^(28,29).

Os ISRS inibem a recaptação da serotonina de modo seletivo, podendo ocasionar diversas RAMs que incluem agitação, ansiedade, insônia, tremores extrapiramidais, cefaléia, disfunção sexual, náuseas, vômitos e diarreia^(28,29).

Os IMAO inibem a atividade da monoaminoxidase (MAO), pode ser não-seletiva e irreversível ou reversível e seletiva para MAO-A, aspecto que

resulta no aumento da concentração de serotonina, noradrenalina e dopamina. As RAMs mais freqüentes são hipotensão ortostática grave (vertigens e tonturas especialmente ao levantar-se), taquicardia, ansiedade, diarreia e edema periférico ⁽²⁸⁾.

Os antidepressivos atípicos bloqueiam a recaptação de serotonina e noradrenalina e apresentam fraca atividade como inibidor da recaptação da dopamina. Eles não apresentam afinidade por receptores adrenérgicos, colinérgicos ou histamínicos e não inibem a MAO. As principais RAMs são náuseas, tonturas, sonolência, hipertensão (doses acima de 225 mg/dia), sudorese e tremores ⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Quanto aos antidepressivos é importante notar que, de acordo com o modo de ação, eles podem causar RAMs como sonolência durante o dia, efeitos extrapiramidais e hipotensão ortostática, manifestações clínicas que podem ocasionar desfechos negativos, particularmente nos idosos ⁽³⁰⁾.

No que diz respeito à farmacocinética os antidepressivos são substâncias lipofílicas, ou seja, se dissolvem em lipídios, são bem absorvidos pelo trato gastrointestinal, alguns são extensamente ligados às proteínas plasmáticas (> 90%), são metabolizados no fígado, formam metabólitos ativos e são excretados, principalmente pelos rins. O Quadro 1 ilustra as características farmacocinéticas dos antidepressivos ⁽³⁰⁾.

Quadro 1 - Características farmacocinéticas dos antidepressivos

Antidepressivos	Absorção	Ligação a proteína plasmática	Meia vida (h)	Excreção
amitriptilina (Tricíclicos)	TGI	90%	9 a 25	Renal
citalopram (ISRS)	TGI	< 80%	36h	Renal
clomipramina (Tricíclicos)	TGI	96%	21	Renal e intestinal
fluoxetina (ISRS)	TGI	95%	24 a 72	Renal
imipramina (Tricíclicos)	TGI	86%	11 a 25	Renal
moclobemida (IMAO seletivos)	TGI	50%	2 a 4h	Renal
nortriptilina (Tricíclicos)	TGI	90%	15 a 39	Renal
paroxetina (ISRS)	TGI	95%	21h	Renal e intestinal
sertralina (ISRS)	Lenta TGI	98%	26h	Renal e intestinal
tranilcipromina (IMAO não seletivos)	TGI	50%	2,5h	Renal
trazodona (atípico)	TGI	89 a 95%	5-9h	Renal e intestinal

ISRS: inibidor seletivo de recaptção da serotonina, TGI: trato gastrointestinal

1.1.2 ANSIOLÓTICOS

Dentre os psicotrópicos, os ansiolíticos representados principalmente pela classe terapêutica dos benzodiazepínicos (BZD), são os medicamentos mais utilizados entre os idosos.

Introduzidos no mercado em 1960, os BZD são utilizados no tratamento da ansiedade, nos distúrbios do sono e coadjuvantes dos transtornos psiquiátricos. São responsáveis por efeitos terapêuticos que incluem redução da ansiedade, sedação, hipnose, relaxamento muscular e

atividade anticonvulsivante. Graças a essas propriedades e ao menor risco de abuso, em pouco tempo essa classe tornou-se a mais prescrita, inclusive entre os idosos, devido à elevada prevalência de distúrbios do sono⁽³¹⁾.

Os BZD possuem receptores específicos no SNC, ligados aos receptores do ácido gama-aminobutírico (GABA) - um neurotransmissor inibitório tipo A- que regula a abertura e o fechamento dos canais de cloreto, responsáveis pela propagação dos estímulos para os neurônios pós-sinápticos. A ação dos BZD, potencializada pelo GABA, inibe diversos sistemas de neurotransmissão, funcionando como um depressor do SNC⁽³¹⁾. A Figura 2 ilustra o modo de ação proposto para os benzodiazepínicos⁽²⁶⁾

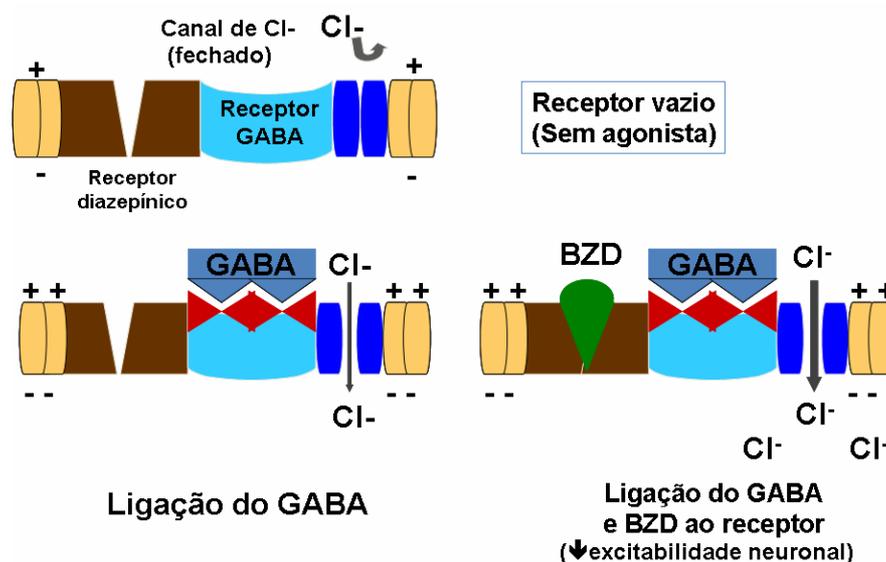


Figura 2 - Modo de ação dos benzodiazepínicos

Apesar dos efeitos terapêuticos, os BZD apresentam RAMs importantes, especialmente no SNC, as quais podem manifestar-se por sonolência, vertigem, cansaço, confusão mental, cefaléia, ansiedade, letargia, ataxia e hipotensão postural^(32,33).

Esses agentes são classificados de acordo com a meia-vida plasmática e a presença de metabólitos ativos, em compostos de ação curta (< que 6 horas), ação intermediária (6 a 24 horas) e ação prolongada (> 24

horas). Esse aspecto relacionado à lipossolubidade causa impacto na duração do efeito do medicamento ⁽³¹⁾.

Os BZD são substâncias altamente lipossolúveis, que apresentam boa absorção quando usados por via oral, alta ligação às proteínas plasmáticas (> 90%), metabolização hepática, havendo para a maioria deles formação de metabólitos ativos e eliminação renal. O Quadro 2 ilustra as características farmacocinéticas dos BZD ^(30,32,34,35).

Quadro 2 - Características farmacocinéticas dos benzodiazepínicos

Benzodiazepínicos	Absorção	Ligação a proteína plasmática	Metabólito ativo	Meia vida (h) Ação
alprazolam	Oral 90%	80%	Sim	11 a 15 intermediária
bromazepam	Oral 84%	70%	Sim	8 a 20 intermediária
clobazam	Oral	85 %	Sim	18 a 42 longa
clordiazepóxido	Oral	90 a 98%	Sim	21 a 48 longa
cloxazolam	Oral Rápida	Não encontrado	Sim	Não encontrado longa
diazepam	Oral 98%	94% a 99%	Sim	20 a 40 longa
estazolam	Oral	98%	Sim	10 a 24 intermediária
flunitrazepam	Oral 80 a 90%	78 a 80%	Sim	16 a 35
lorazepam	Oral 90% a 93%	85% a 91%	Não	10 a 20 intermediária
midazolam	Oral	96 a 98%	Sim	1,5 a 2,5 curta
oxazepam	Oral 92,8%	85% a 97%	Não	4 a 15 intermediária

1.1.3 Antipsicóticos

Os antipsicóticos foram introduzidos na clínica na década de 1950 e são utilizados primariamente no tratamento da esquizofrenia ⁽³⁶⁾. Todavia, entre os idosos a indicação clínica é tratar distúrbios do comportamento, particularmente agitação, delírios e alucinações associados à demência ⁽³⁷⁾.

Os antipsicóticos são classificados em típicos e atípicos. Os antipsicóticos típicos, denominados neurolépticos, foram os primeiros a serem desenvolvidos, são eficazes no tratamento das alucinações e delírio. Os atípicos representam agentes de segunda geração, apresentam efeito terapêutico em doses que não produzem efeitos motores indesejáveis e são eficazes nos sinais e sintomas negativos da esquizofrenia (apatia, desinteresse)^(27,36).

A ação terapêutica dos antipsicóticos decorre do bloqueio dos receptores de dopamina existentes no SNC ^(27,36). Esses agentes ocasionam, também, bloqueio dos receptores histaminérgicos, adrenérgicos e colinérgicos, aspecto que leva a ocorrência de RAMs ⁽³⁶⁾. A Figura 3 ilustra o modo de ação proposto para os antipsicóticos ⁽²⁶⁾.

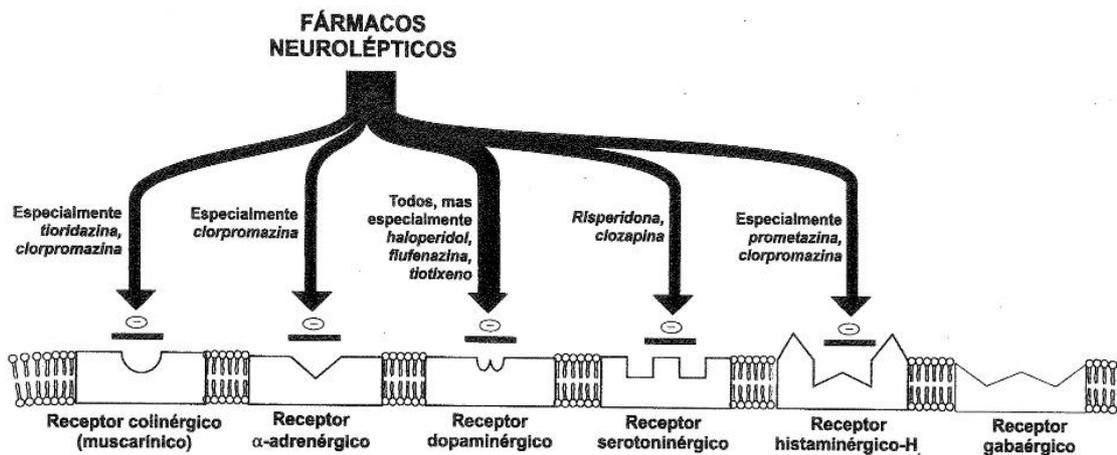


Figura 3 - Modo de ação dos antipsicóticos

As RAMs mais freqüentes e comuns à maioria dos antipsicóticos são os distúrbios motores extrapiramidais, sedação, hipotensão ortostática, boca seca, constipação, aumento do peso e aumento da concentração sérica de prolactina. Como os idosos apresentam uma diminuição da reserva funcional e da habilidade adaptativa, são mais suscetíveis aos efeitos extra-piramidais, sedação e hipotensão ortostática ⁽¹⁹⁾. Adicionalmente, podem ocorrer dois tipos de distúrbios motores: distonias agudas e discinesia tardia. As distonias agudas são espasmos musculares, tremor, rigidez, semelhantes à Doença de Parkinson (antipsicóticos típicos). A discinesia tardia caracteriza-se por movimentos involuntários da face e membros, é incapacitante e aparece meses após o início do tratamento ⁽²⁷⁾.

Os antipsicóticos são medicamentos lipossolúveis, bem absorvidos pelo trato gastrointestinal (TGI), apresentam diferentes taxas de ligação às proteínas plasmáticas, sofrem metabolização hepática e são excretados via renal. O Quadro 3 ilustra as características farmacocinéticas dos antipsicóticos ⁽³⁰⁾.

Quadro 3 - Características farmacocinéticas dos antipsicóticos

Antipsicótico (Classe)	Absorção	Ligação a proteína plasmática	Metabolito ativo	Meia vida (h)	Excreção
clorpromazina (Típico)	VO bem absorvido	90%	Sim	Curta algumas horas, mas eliminação lenta 4 semanas(bula)	Renal e biliar
haloperidol (Típico)	VO bem absorvido 70%	92%	Sim	18 a 38	Renal biliar intestinal
levomepromazina (Típico)	50%	Não encontrado	Sim	16,5 a 77,8	Renal e intestinal
piriciazina (Típico)	Não encontrado	Não encontrado	Não encontrado	Não encontrado	Não encontrado
quetiapina (Atípico)	VO bem absorvido	83%	Sim	6 a 7	Renal e intestinal
risperidona (Atípico)	VO bem absorvido	77% 90%	Sim	19,5	Renal e intestinal
sulpirida (Atípico)	VO Lentamente	40%	Não encontrado	8 a 9	Renal
tioridazina (Típico)	Rápida e completa	95%	Sim	4 a 10	Renal
zuclopentixol (Atípico)	VO	98%	Sim	24	Intestinal

VO: via oral

A resposta ao uso dos psicotrópicos, nos diferentes grupos terapêuticos, pode ser alterada nos idosos. No processo de envelhecimento ocorrem mudanças fisiológicas que afetam a farmacocinética dos medicamentos. Além disso, os mecanismos homeostáticos são afetados, interferindo substancialmente na farmacodinâmica dos medicamentos, especialmente em idosos com idade superior a 70 anos^(38,39,40).

Os indivíduos idosos apresentam redução da massa corporal magra, diminuição da quantidade da água corporal e aumento do tecido adiposo, o

qual representa 18-36% nos homens e de 33-48% nas mulheres ^(15,38). Nessa condição, os psicotr3picos lipossol3veis apresentam maior volume de distribui33o, sendo liberados lentamente na corrente sangu3nea aspecto que eleva a meia-vida biol3gica e torna os efeitos mais prolongados ^(15,38). Al3m disso, a redu33o da taxa de albumina plasm3tica aumenta a fra33o livre do medicamento, elevando o risco de toxicidade, principalmente para aqueles psicotr3picos que possuem alta liga33o 3s prote3nas plasm3ticas ^(15,38,41).

Com o avan3ar da idade, ocorrem altera33es no n3mero e caracter3sticas das mol3culas-alvos, aspecto que tende a aumentar a sensibilidade dos idosos 3 a33o de medicamentos como os psicotr3picos. As respostas homeost3ticas dos idosos est3o prejudicadas, pois alguns sistemas org3nicos s3o menos eficientes. Desse modo, as RAMs dos psicotr3picos (por exemplo hipotens3o, vertigens) que afetam particularmente o sistema nervoso (perif3rico e central), somada 3 resposta mais lenta 3s mudan3as posturais, pode ocasionar agravamento da hipotens3o postural ^(39,40,41).

1.2 USO DE PSICOTR3PICOS EM IDOSOS: EPIDEMIOLOGIA E FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO

A preval3ncia do uso de psicotr3picos, considerando as distintas classes, varia de acordo com o cen3rio, desenho do estudo e o grupo terap3utico analisado. De modo geral, o uso 3 mais expressivo em idosos institucionalizados do que em idosos da comunidade ⁽⁴²⁻⁴⁵⁾.

Investiga33o realizada na 3ustria, com idosos institucionalizados (n= 1844), m3dia de idade de 81 anos, apontou preval3ncia de uso de psicotr3pico de 74,6%, dentre os quais, os antipsic3ticos foram os mais utilizados (45,9%), principalmente os t3picos ⁽⁴²⁾.

Na Finl3ndia, entre idosos institucionalizados (n= 1987), com m3dia de idade de 83,7 anos, verificou-se que 79,7% utilizaram psicotr3picos,

sendo os antidepressivos (44,6%) e antipsicóticos (42,6%) os mais prescritos. Os homens usaram mais antipsicóticos, podendo ser justificado pela necessidade de controlar sintomas agressivos, enquanto as mulheres consumiram mais antidepressivos ⁽⁴³⁾.

Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul em instituições de longa permanência, com idosos (n= 243), cuja média de idade foi de 77,7 anos, apontou que 59,7% deles utilizaram psicotrópicos e 32,5% apresentaram queda como desfecho relacionado a esses agentes ⁽⁴⁶⁾. Em instituições de longa permanência muitos idosos apresentam demência com sintomas psicológicos e comportamentais que demandam a prescrição de psicotrópico, principalmente antipsicótico, aspecto que certamente encontra-se relacionado a alta prevalência nesse grupo ⁽⁴³⁾.

Na França, entre idosos que vivem na comunidade (n= 2792), com 65 anos ou mais, observou-se prevalência de uso de psicotrópicos de 37,6% e, destes, o mais consumido foram os BZD (31%). Independente das condições de saúde mental, os idosos com piores condições de saúde apresentaram maior risco para o uso dessa classe terapêutica ⁽¹³⁾.

Nos Estados Unidos, estudo populacional com idosos da comunidade de 65 anos ou mais, revelou que 19% deles tiveram prescrição de psicotrópico, sendo os antidepressivos os mais indicados (9,1%). Nesse grupo, os autores observaram aumento do uso de antidepressivos e declínio do uso de BZD ⁽⁴⁴⁾.

Na Austrália, pesquisa conduzida com indivíduos de distintas faixas etárias, revelou que 10,6% da amostra usava psicotrópicos, dentre os quais o mais usado foi a classe dos antidepressivos (6,8%), sertralina e citalopram, sendo que o consumo desses agentes aumentou com a idade ⁽⁴⁷⁾.

Estudo populacional realizado na Itália, evidenciou prevalência de uso de antidepressivo de 9,49% entre idosos de 65 anos ou mais. Os autores observaram que o aumento da idade influenciou no consumo,

sendo que os mais idosos utilizaram menor número de antidepressivos. Os ISRS foram os mais prescritos ⁽⁴⁵⁾.

Na Áustria, investigação conduzida com idosos (n=500) de 75 anos da comunidade apontou que 13,8% deles utilizaram BZD. Quando comparados usuários e não usuários de BZD, os autores verificaram que idosos submetidos à terapia com BZD apresentaram um número maior de sintomas de depressão e ansiedade, o que os levou a concluir que nesse grupo, em muitos casos a depressão não era tratada ⁽⁴⁸⁾.

Entre idosos australianos de 65 anos ou mais (n=3.970) da comunidade, 15,7% receberam, no mínimo, uma prescrição de BZD, sendo que as mulheres consumiram duas vezes mais BZD do que os homens ⁽⁴⁹⁾.

O Brasil, quando comparado a países desenvolvidos, apresenta menor prevalência de uso de BZD, a qual varia de 9,3% a 21,7% entre idosos da comunidade ^(34,50,51). Esse aspecto pode ser relacionado ao menor acesso aos serviços de saúde.

Estudo populacional realizado em Minas Gerais encontrou prevalência de uso de BZD de 21,7%, em indivíduos com média de idade 69 anos. Houve predominância no uso de BZD por mais de 12 meses e de meia vida longa ⁽³⁴⁾. Em pesquisa prévia, no mesmo Estado, observou-se que 9,3% dos idosos da comunidade consumiram BZD, com média de idade de 71 anos. Verificou-se também, um aumento de consumo dessa classe terapêutica ⁽⁵¹⁾.

Entre idosas que freqüentavam um centro de convivência (n=634) com 60 anos ou mais, os autores constataram que 21,3% da amostra utilizou BZD e 7,4% faziam uso por mais de 12 meses, sendo os mais consumidos o bromazepam e o lorazepam, ambos de ação intermediária ⁽⁵⁰⁾.

De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana, as pessoas idosas, que utilizam BZD em doses terapêuticas diárias por mais de quatro meses, constituem fatores de risco para o aumento da toxicidade, déficit

cognitivo, desenvolvimento de dependência e, ainda aumento de taxas de acidentes, quedas e fraturas ⁽⁵²⁾.

No âmbito da comunidade, a prevalência de uso de psicotrópicos é menor quando comparada aos idosos institucionalizados. Os idosos institucionalizados, frequentemente apresentam idade mais avançada, muitos são portadores de demência e outras doenças crônicas que levam a dependência e ao uso mais acentuado de psicotrópicos. Além disso, esses medicamentos tendem a tranquilizar os idosos facilitando a assistência, especialmente de enfermagem. Por isso nesse cenário assistencial o consumo tende a ser maior .

A prevalência de uso dos psicotrópicos encontra-se associada a fatores como gênero feminino ^(13,17,44-49), estado civil solteira, morar sozinha ⁽⁴⁸⁾, idade avançada ^(47,49), presença de várias doenças ⁽¹³⁾, como hipertensão ⁽¹⁷⁾, doença psiquiátrica ⁽¹³⁾ sintomas depressivos ^(13,48), maior número de consultas médicas ⁽¹⁷⁾, uso de vários medicamentos ^(13,50) e pior percepção de saúde ⁽¹³⁾.

As mulheres são as maiores consumidoras de psicotrópicos. As possíveis explicações para esse fenômeno são que as mulheres vivem mais do que os homens e estão sujeitas aos efeitos do envelhecimento, tais como presença de comorbidades, maior sofrimento com as perdas ocorridas ao longo da vida; procuram mais frequentemente os serviços de saúde; preocupam-se mais com a saúde; apresentam maior facilidade para exposição aos problemas emocionais e melhor aceitação em utilizar os psicotrópicos ^(17,34,44,47-49).

O fato de ser solteiro e viver sozinho pode levar a pessoa ao isolamento social e ao surgimento de sintomas de ansiedade, depressão e insônia, principalmente na presença de doenças crônicas que acompanham o processo de envelhecimento ⁽⁴⁸⁾.

Com o avançar da idade, as queixas de insônia, são manifestações freqüentes determinadas pela alteração do padrão do sono. Os idosos,

geralmente, demoram a adormecer e acordam várias vezes durante a noite. O sono é percebido como mais leve e menos satisfatório, graças às alterações da duração dos estágios que o constituem, levando a procura de medicamentos que aliviem esse sintoma⁽⁵³⁾. A prescrição de um tranqüilizante, geralmente, mostra-se como uma estratégia rápida para resolução desse problema⁽⁴⁹⁾.

Nos idosos existe uma sobreposição de variáveis que levam ao maior consumo de medicamentos entre eles os psicotrópicos. Pior percepção de saúde e presença de várias doenças exigem que o idoso faça um acompanhamento médico frequente, por diversos especialistas, aspecto que influencia na quantidade de medicamentos utilizados. Neste caso, aumenta-se o risco de exposição à prescrição de inapropriados e de RAM^(17,50). Inúmeras doenças e consumo de vários medicamentos também geram sentimentos de pior estado de saúde mental⁽¹³⁾.

1.3 ESTUDO SABE (SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO)

O Estudo SABE foi, originalmente, um estudo multicêntrico, coordenado pela Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS), conduzido em sete grandes cidades da América Latina e Caribe – Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), Havana (Cuba), México (México) e Montevideu (Uruguai). O objetivo foi coletar informações sobre as condições de vida dos idosos residentes nas áreas urbanas, comparar e avaliar diferenças em relação ao estado de saúde, acesso aos serviços de saúde, condições sócio econômicas, de modo que os países pudessem se planejar na organização de políticas públicas e subsidiar estudos complementares⁽⁵⁴⁾.

No ano de 2000, o Estudo SABE caracterizou-se como transversal, simultâneo, desenvolvido em capitais, com exceção do Brasil, cuja coleta de dados foi realizada no Município de São Paulo. A amostra, constituída por

2143 pessoas idosas, foi calculada a partir da contagem populacional da Fundação IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), de 1996. A amostra final foi composta pela somatória de uma amostra probabilística (sorteio) e de uma amostra intencional (composição livre para grupos ampliados para complementar a amostra de idosos em velhice avançada) ⁽⁵⁵⁾.

Para realização da amostra probabilística, foi utilizado o cadastro permanente de 72 setores censitários existente na Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, coordenadora do estudo no Município de São Paulo. Foram selecionados sob critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios do cadastro da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (PNAD) de 1995. Em seguida, os domicílios a serem visitados foram sorteados. A complementação da amostra de pessoas de 75 anos e mais foi realizada pela localização de moradias próximas a setores selecionados ou dentro do limites dos distritos dos setores sorteados ⁽⁵⁵⁾.

Após a seleção da amostra, os idosos foram entrevistados nos domicílios, utilizando um questionário elaborado por um comitê regional composto dos principais pesquisadores de cada país e por especialistas em temas específicos da pesquisa. O questionário utilizado em 2000, disponível em <http://hygeia.fsp.usp.br/sabe>, foi composto por 11 seções, as quais são listadas a seguir.

Seção A – Dados pessoais

Ano e país de nascimento, local de residência durante os primeiros quinze anos de vida, local de residência durante os últimos cinco anos de vida e, as razões para a mudança de residência, se fosse o caso; história e estado marital, número de filhos, sobrevivência dos pais e, se não, a idade com que faleceram e escolaridade.

Seção B- Avaliação cognitiva

Auto-avaliação da memória, avaliação da memória pelo teste minimalmente modificado - MEEM (Mini exame do estado mental). Para os que obtivessem escore igual ou inferior a 12 pontos uma escala de desempenho funcional era administrada a um proxi-respondente (informante substituto) a partir da questão “é capaz de...”

Seção C- Estado de saúde

Auto-avaliação da saúde atual e comparativa ao ano anterior, bem como da saúde na infância, doenças referidas, considerando sete das condições crônicas mais prevalentes na população idosa e incluindo seu tratamento; hábitos, condições sensoriais, saúde reprodutiva, saúde bucal; ocorrência de quedas; escala de avaliação de depressão geriátrica e *mini screening nutricional*.

Seção D- Estado funcional

Avaliação do desempenho funcional e da ajuda recebida, quando necessário, nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e identificação e caracterização dos cuidadores principais.

Seção E- Medicamentos

Medicamentos utilizados, incluindo indicação, tempo de uso, forma de utilização, obtenção e pagamento; gastos mensais com medicamento e motivos referidos para a não utilização daqueles prescritos.

Seção F- Uso e acesso a serviços.

Serviços de saúde utilizados, públicos ou privados, nos últimos doze meses e ocorrência de hospitalização, atendimento ambiental, exames nos últimos quatro meses bem como tempo de espera para atendimento, terapêutica prescrita e gastos relacionados.

Seção G- Rede de apoio familiar e social

Pessoas que vivem com o idoso no mesmo domicílio, filhos fora do domicílio, irmãos, outros parentes e amigos segundo número, sexo, parentesco, estado marital, idade, escolaridade e condição de trabalho; assistência prestada ao idoso e fornecida por ele referente a cada membro citado; tempo gasto na ajuda ao idoso. Inclui-se também participação comunitária considerando assistência recebida ou fornecida nos últimos 12 meses de alguma instituição ou organização; participação do idoso em algum serviço voluntário ou organização comunitária.

Seção H- História laboral e fontes recebidas

Trabalho atual (tipo, renda, razões para continuar trabalhando); caso não trabalhasse mais, por que não o fazia, ocupação que teve durante o maior período de sua vida, horas trabalhadas, razões para mudar de atividade, aposentadoria, pensões, benefícios, outras fontes de renda, renda total pessoal e numero de dependentes dessa renda, gastos pessoais (moradia, transporte, alimentação, vestimenta, saúde) e auto- avaliação de seu bem estar econômico.

Seção J - Características da moradia

Tipo e propriedade da moradia, condições de habitação (saneamento básico, luz, número de cômodos, bens presentes).

Seção K – Antropometria

Altura do joelho, circunferência do braço, panturrilha, pulso, cintura, quadril, prega tricipital, peso, largura do cotovelo.

Seção L - Flexibilidade e Mobilidade

Provas de equilíbrio, mobilidade e flexibilidade.

A coleta de dados em 2000 ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa da coleta de dados, foram preenchidas as seções de A a J, e na segunda foram preenchidas as seções K e L, a qual foi realizada de um a seis meses após a primeira etapa, uma vez que exigiu maior disponibilidade do idoso para a realização de alguns testes. Destaca-se que, somente quando o idoso estava impossibilitado de responder às questões, por problemas físicos ou cognitivos, solicitou-se um informante substituto.

A partir de 2006, o Estudo SABE passou a ser longitudinal, apresentando como finalidade estudar as alterações nas condições de vida e de saúde dos idosos no Município de São Paulo. Os idosos que fizeram parte do Estudo SABE em 2000 foram procurados e convidados a participar da segunda fase do estudo. O questionário base utilizado em 2000 foi mantido, todavia, foi acrescido de instrumentos para medida de independência funcional (MIF), avaliação da qualidade de vida, avaliação da funcionalidade familiar (APGAR de Família), avaliação da sobrecarga dos cuidadores familiares, avaliação dos óbitos através de autópsia verbal e avaliação da institucionalização. Também foi incluído o exame da cavidade

bucal para verificar a situação dentária e possíveis lesões de partes moles (Anexo A).

Seções incluídas em 2006

Seção C- Sexualidade

Identifica a importância dada a vida sexual, se o idoso tem vida sexual ativa, com que frequência, sua satisfação com o nível de atividade sexual, se é portador do vírus da AIDS- HIV positivo (auto referido), idade que foi diagnosticado, se faz uso de medicamento para o problema e frequência que procura os serviços de saúde.

Seção M- Maus tratos

Avaliação se o idoso sofreu alguma agressão verbal ou física, algum tipo de ameaça e se alguma pessoa usou o seu dinheiro sem sua autorização ou lhe roubou.

Seção N- Sobrecarga dos cuidadores

Avaliação de como as pessoas podem se sentir quando cuidam de outra pessoa.

Apgar de família

Avaliação do relacionamento do idoso com a família, busca de ajuda quando necessário, satisfação do apoio familiar quando o idoso procura novas atividades e tempo disponível com os parentes. Considerou-se família

como aquelas pessoas com as quais se têm atualmente, os laços emocionais mais fortes.

Nesta segunda fase do Estudo SABE foram localizados e reentrevistados 1.115 idosos. A diferença foi composta por óbitos, mudanças para outros municípios, institucionalizações, recusas e não localização. A Tabela 1 mostra a distribuição da amostra original (2000) em 2006.

Tabela 1 - Situação das pessoas idosas do Estudo SABE- 2006, São Paulo, 2006

2006	N	%
Localizados e reentrevistados	1.115	52,0
Óbitos	649	30,3
Recusas	178	8,3
Não localizados	139	6,5
Mudanças para outros municípios	51	2,4
Institucionalização	11	0,5
Total	2.143	100,0

Fonte: Estudo SABE

A coleta de dados, que durou cerca de um ano, foi realizada por entrevistadores, previamente treinados tendo como perfil, ser do sexo feminino com média de idade de 40 anos, pois tais características facilitavam o acesso aos domicílios, a aceitação e o diálogo com as pessoas idosas.

Os dados foram armazenados em um banco de dados, construído a partir do software EPIINFO. Após a digitação dos dados, o banco foi convertido para o software STATA ⁽⁵⁶⁾.

Para a análise dos resultados, foi atribuído a cada questionário um peso relativo a sua representatividade na população.

O Estudo SABE foi submetido aos respectivos Comitês de Ética dos países envolvidos. No Brasil, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, o Parecer nº 315/99 para o ano de 2000 (Anexo B) e Protocolo nº 1345 de 14/03/2006 para o ano de 2006 (Anexo C).

Os sujeitos que participaram da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, onde foi assegurado o sigilo das informações, anonimato e o direito da desistência da participação do estudo a qualquer momento, conforme postulado pela Resolução CNS 196/96.

1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

No contexto atual, as pessoas idosas são, possivelmente, o grupo etário que mais utiliza serviços de saúde e medicamentos em todo o mundo ^(6,57,58). Esses fatos são associados, em parte, ao processo de envelhecimento, que é freqüentemente acompanhado de várias doenças crônicas ou manifestações clínicas desconfortáveis ⁽⁴⁰⁾ que demandam o uso de polifarmácia, ou seja, o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos ^(2,57,60,61).

Dentre as classes mais prescritas, destacam-se os psicotrópicos, cuja prevalência de uso aumentou expressivamente nos últimos anos em decorrência da ampliação das indicações terapêuticas, do lançamento de agentes com menor perfil de toxicidade e do reconhecimento de que determinados quadros clínicos, freqüentes entre os idosos, podem ser tratados com esses medicamentos.

Todavia, os estudos sobre prevalência de uso de psicotrópicos, nas diferentes possibilidades de efeito sobre a função psicológica (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos) e dos fatores de risco

associados ao consumo, são ainda incipientes no contexto brasileiro, especialmente a partir de informações populacionais.

Dado que estudos sobre prevalência e fatores de risco, ou seja, as características associadas com maior risco de desenvolver certo evento ^(62,63), podem ajudar na identificação epidemiológica do evento do cenário analisado, na elaboração de medidas preventivas e na recuperação da saúde, especialmente dos grupos de alto risco, elaborou-se a presente pesquisa.

Objetivos

2 OBJETIVOS

- Identificar a prevalência de uso de psicotrópicos entre os idosos do Município de São Paulo, no ano de 2006.
- Verificar os fatores associados ao uso de psicotrópicos entre os idosos do Município de São Paulo, no ano de 2006.

Método

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este trabalho, parte do Estudo SABE, caracteriza-se como um estudo observacional, transversal. Neste tipo de estudo, os dados são coletados em um só momento. Inicialmente seleciona-se uma amostra da população, em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo e examina-se a distribuição das variáveis. Esse tipo de estudo fornece informações sobre prevalência, isto é a proporção de determinada condição clínica ou de doença em determinado momento, podendo revelar associações entre exposição e uma condição relacionada à saúde⁽⁶⁷⁾.

3.2 AMOSTRA

A amostra desse estudo foi composta de 1115 idosos de 65 anos ou mais, que foram reentrevistados no ano de 2006.

3.3 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

3.3.1 Medicamentos

Na presente investigação utilizou-se o banco de dados do Estudo SABE, relativo ao ano de 2006. Trata-se de uma fonte de dados da qual foram utilizadas informações relativos às seguintes seções: A- Informações pessoais, B- Avaliação cognitiva, C- Estado de saúde, D- Estado funcional e E- Medicamentos e F- Uso e acesso a serviços. De cada seção foram

selecionadas as questões que pudessem fornecer dados acerca das variáveis de interesse e responder os objetivos propostos.

Os medicamentos identificados nos questionários na seção E foram classificados por meio do sistema de classificação Anatomical-Therapeutical-Chemical Classification System (ATC), adotado pela Organização Mundial da Saúde e recomendado nos estudos de utilização de medicamentos ⁽⁶⁸⁾.

A estrutura da classificação ATC é dividida em cinco níveis, sendo o primeiro nível subdividido em 14 grupos anatômicos principais, codificado por letras. Os níveis dois e três correspondem aos subgrupos terapêuticos/farmacológicos. O nível quatro corresponde ao grupo terapêutico / farmacológico/ químico e o último aponta a substância química (nível cinco) (Quadro 4).

Quadro 4 - Grupos anatômicos principais da classificação Anatômico-Terapêutico-Químico (ATC)

A	Trato alimentar e metabolismo
B	Sangue e órgãos formadores de sangue
C	Sistema cardiovascular
D	Dermatológicos
G	Sistema genito-urinário e hormônios sexuais
H	Preparações do sistema hormonal, excluindo hormônios sexuais e insulinas
J	Anti-infecciosos para uso sistêmico
L	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores
M	Sistema músculo-esquelético
N	Sistema nervoso
P	Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes
R	Sistema respiratório
S	Órgãos dos sentidos
V	Vários

Fonte: www.whooc.no/atcddd/indexdatabase/

Após a classificação dos medicamentos, foram identificados todos os antipsicóticos, ansiolíticos (N05) e antidepressivos (N06) (Quadro 5).

Quadro 5 - Classificação ATC dos antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos N05 e N06

ATC	Classe e subgrupos
N05A	Antipsicóticos
N05AA01	Clorpromazina
N05AA02	Levomepromazina
N05AC01	Periciazina
N05AD01	Haloperidol
N05AF05	Zuclopentixol
N05AH03	Olanzapina
N05AH04	Quetiapina
N05AL01	Sulpirida
N05AX08	Risperidona
N05B	Ansiolíticos
N05BA01	Diazepam
N05BA02	Clordiazepóxido
N05BA04	Oxazepam
N05BA06	Lorazepam
N05BA08	Bromazepam
N05BA09	Clobazam
N05BA12	Alprazolam
N05BA22	Clozazolam
N05C	Hipnótico e sedativo
N05CD03	Flunitrazepam
N05CD04	Estazolam
N05CD08	Midazolam
N06A	Antidepressivos
N06AA	<i>Inibidores não seletivos de recaptação de monoamina-Tricíclicos</i>
N06AA02	Imipramina
N06AA04	Clomipramina
N06AA09	Amitriptilina
N06AA010	Nortriptilina
N06AB	<i>Inibidores seletivos de recaptação da serotonina</i>
N06AB03	Fluoxetina
N06AB04	Citalopram
N06AB05	Paroxetina
N06AB06	Sertralina
N06AB10	Escitalopram
N06AX	<i>Outros antidepressivos</i>
N06AX05	Trazodona

3.3.2 Variáveis do estudo

Considerou-se como variável dependente o uso de psicotrópicos. Para obtenção dessa informação utilizou-se a pergunta “*O(a) Sr(a) poderia me mostrar os remédios que atualmente esta usando ou tomando ?*”, sendo a resposta dicotômica (não/sim).

Para atender aos objetivos propostos foram selecionadas variáveis independentes apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6 - Seções do questionário SABE (2006) e variáveis independentes

Seção		Variáveis	Categorização
A	INFORMAÇÕES PESSOAIS	Idade em anos (A.02)	65 a 74 75 ou mais
		Escolaridade (A.09)	Nenhuma 1 a 3 4 a 11 12 e mais
		Companhia (A.10)	Vive sozinho Vive acompanhado
		Estado marital (A.30)	Divorciado Separado Viúvo Casado Amasiado
B	AVALIAÇÃO COGNITIVA	Deterioração cognitiva –MEEM e escala de Pfeffer (B04 a B09 e B19 a B29)	Não Sim
C	ESTADO DE SAÚDE	Auto-percepção da saúde (C.01)	Muito boa-boa Regular Ruim/muito ruim
		Hipertensão (C.06)	Não Sim
		Diabetes (C.18)	Não Sim
		Doença pulmonar crônica (C.44)	Não Sim
		Doença cardíaca (C.53)	Não Sim
		Doença cerebrovascular (C.62)	Não Sim
		Doença osteoarticular (C.76)	Não Sim
		Queda no último ano (C.98)	Não Sim
		Numero de quedas no último ano C.99	1 2 3 ou mais
		Fratura no último ano* (C101,C102 e C103)	Não Sim
		Osteoporose (C.105)	Não Sim
		Incontinência urinária (C107)	Não Sim
		Depressão (C.137)	Não Sim
Sexo (C.209)	Masculino Feminino		
D	ESTADO FUNCIONAL (Atividades básicas e instrumentais de vida diária)	ABVD- dificuldade para: vestir, tomar banho, comer, deitar ou levantar da cama, ir ao banheiro)	Não Sim
		AIVD- dificuldade para: cuidar do próprio dinheiro, utilizar transporte, comprar alimentos, usar o telefone e tomar remédios)	Não Sim
E	MEDICAMENTOS	Medicamentos (E.1)	
		Numero de medicamentos*	1 a 4 5 ou mais
F	USO E ACESSO A SERVIÇOS	Numero de internações no último ano (F4c)	Nenhuma 1 a 2 3 a 5 6 a 10

MEEM: mini-exame do estado mental, ABVD: atividades básicas de vida diária, AIVD: Atividades instrumentais de vida diária.
*Variáveis criadas para viabilizar a análise dos dados

Foram criadas algumas variáveis para viabilizar a análise dos dados, quais sejam: declínio cognitivo, fratura no último ano, número de doenças e número de medicamentos.

Na avaliação das funções cognitivas foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), uma versão modificada e validada no Chile. A deterioração cognitiva foi indicada pela pontuação igual ou inferior a 12 e para os idosos sem declínio cognitivo a pontuação foi igual ou superior a 13. Somente aos idosos que apresentaram uma pontuação menor que 13 no MEEM, foi aplicado o questionário de Pfeffer para atividades funcionais. Esse instrumento avalia a autonomia funcional da pessoa no que se refere às atividades da vida cotidiana. A associação com o questionário de Pfeffer parece adequada para obter a confirmação de declínio cognitivo mais grave. A pontuação igual ou superior a 6 indicou que o indivíduo necessita de ajuda nas atividades instrumentais de vida diária sugerindo a presença de demência ou outros transtornos associados⁽⁶⁹⁾.

Na ocorrência de fratura no último ano, considerou-se SIM, quando houve resposta afirmativa a qualquer uma das perguntas relativas à fratura de quadril, fêmur, punho ou outro tipo.

O número de doenças foi categorizado em nenhuma, 1 a 3, 4 ou mais e o número de medicamentos utilizados, agrupados em 1 a 4 e 5 ou mais (excluindo-se chás, homeopáticos e fitoterápicos).

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados foi realizada com a utilização do *software* Stata[®], versão 11. Utilizou o recurso do programa que permite análises populacionais, levando em conta os pesos amostrais.

Para a verificação dos possíveis fatores associados à variável dependente, foram realizadas regressões logísticas univariadas, considerando as variáveis independentes, segundo as seções descritas. O

critério para inclusão das variáveis nos modelos multivariados foi p-valor menor que 0,20 (20%) no teste de qui-quadrado de Pearson com correção de segunda ordem proposta por Rao & Scott (1984), para amostras complexas ⁽⁷⁰⁾.

A entrada das variáveis nos modelos múltiplos seguiu o método *stepwise forward*; dentro de cada grupo de variáveis foi considerada a ordem crescente dos coeficientes de Pearson, mantendo-se aquelas com $p < 0,05$ ⁽⁷¹⁾. Os blocos foram depois incluídos na mesma ordem, formando os modelos finais de regressão.

Resultados

4 RESULTADOS

Na amostra de 1.115 pessoas, que representou 470.609 idosos do município de São Paulo, com média de idade de 75,7 anos, constatou-se que 12,2% utilizaram psicotrópicos. Dentre esses, verificou-se que 15,9% pertenciam ao sexo feminino, 15,1% apresentaram 75 anos ou mais, 15,8% informaram doze ou mais anos de escolaridade, 12,4% viviam acompanhadas e 17,6% eram divorciados. Houve associação do uso de psicotrópico com sexo feminino ($p < 0,001$) e idade de 75 anos ou mais ($p=0,006$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição proporcional dos idosos que usaram ou não psicotrópicos segundo variáveis demográficas. Município de São Paulo, 2006

Variáveis demográficas	Usou Psicotrópicos (%)	Não Usou Psicotrópicos (%)	p-valor
Sexo			< 0,001
Masculino	6,4	93,6	
Feminino	15,9	84,1	
Idade			0,006
65 a 74 anos	9,8	90,2	
75 ou mais	15,1	84,9	
Escolaridade (em anos)			0,252
Nenhuma	14,7	85,3	
1 a 3	9,2	90,8	
4 a 11	12,7	87,3	
12 e mais	15,8	84,2	
Companhia			0,798
Vive só	11,6	88,4	
Acompanhado	12,4	87,6	
Estado marital			0,289
Divorciado	17,6	82,4	
Separado	2,1	97,9	
Viúvo	13,7	86,3	
Casado	12,4	87,6	
Amasiado	4,6	95,4	

Fonte: SABE

No grupo dos idosos que utilizaram psicotrópicos, verificou-se que 22,4% consideraram sua saúde ruim / muito ruim, 27,5% utilizaram cinco ou

mais medicamentos, apresentaram declínio cognitivo (27,1%) referiram quatro ou mais doenças (21,0%), depressão (36,2%), doença cerebrovascular (25,2%), doença osteo-articular (15,3%), osteoporose (21,3%), incontinência urinária (20%) e três a cinco internações no último ano (23,7%). Houve associação do uso de psicotrópico com auto percepção da saúde ruim /muito ruim ($p=0,007$), uso de cinco ou mais medicamentos ($p < 0,001$), declínio cognitivo ($p<0,001$), presença de 4 ou mais doenças ($p<0,001$), de depressão ($p<0,001$), de doença cérebro vascular ($p<0,001$), de doença osteo-articular ($p=0,038$), de osteoporose ($p< 0,001$), de incontinência urinária ($p <0,001$) e número de internações no último ano ($p=0,010$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição proporcional dos idosos que utilizaram ou não psicotrópicos segundo as condições de saúde. Município de São Paulo, 2006

Condições de saúde	Usou Psicotrópicos (%)	Não Usou Psicotrópicos (%)	p-valor
Auto percepção saúde			0,007
Muito boa/boa	9,5	90,5	
Regular	12,6	87,4	
Ruim/ muito ruim	22,4	77,6	
Uso de medicamentos			<0,001
Nenhum	-	100,0	
1 a 4	5,8	94,2	
5 ou mais	27,5	72,5	
Declínio cognitivo			< 0,001
Não	10,6	89,4	
Sim	27,1	72,9	
Numero de doenças			<0,001
Nenhuma	3,9	96,1	
1 a 3	11,5	88,5	
4 e +	21,0	79,0	
Depressão			<0,001
Não	7,2	92,8	
Sim	36,2	63,8	
Hipertensão			0,128
Não	10,2	89,8	
Sim	13,5	86,5	
Diabetes			0,237
Não	11,6	88,4	
Sim	14,7	85,3	
Doença pulmonar			0,792
Não	11,9	88,1	
Sim	12,8	87,2	
Doença cardíaca			0,724
Não	11,9	88,1	
Sim	12,8	87,2	
Doença cerebrovascular			<0,001
Não	11,0	89,0	
Sim	25,2	74,8	
Doença osteo-articular			0,038
Não	10,8	89,2	
Sim	15,3	84,7	
Osteoporose			<0,001
Não	9,7	90,3	
Sim	21,3	78,7	
Incontinência urinária			<0,001
Não	9,5	90,5	
Sim	20,0	80,0	
Nº de internações no último ano			0,010
Nenhuma	10,9	89,1	
1 a 2	22,8	77,2	
3 a 5	23,7	76,3	
6 a 10	11,5	88,5	

Fonte: SABE

Na Tabela 4 verifica-se que 16,7% dos idosos apresentaram incapacidade para realizar testes de mobilidade e flexibilidade, 20,8% apresentaram limitação nas atividades básicas de vida diária e 18,2% nas instrumentais de vida diária. Observou-se associação do uso de psicotrópico e incapacidade para realizar testes ($p < 0,001$) e a presença de limitação nas duas modalidades de atividades ($p < 0,001$).

Tabela 4 - Distribuição proporcional dos idosos que usaram ou não psicotrópicos segundo estado funcional. Município de São Paulo, 2006

Estado funcional	Usou Psicotrópicos (%)	Não Usou Psicotrópicos (%)	p-valor
Incapacidade para realizar testes			<0,001
Não	6,1	93,9	
Sim	16,7	83,3	
Limitação ABVD			<0,001
Não	9,1	90,9	
Sim	20,8	79,2	
Limitação AIVD			<0,001
Não	6,7	93,3	
Sim	18,2	81,8	

Fonte: SABE

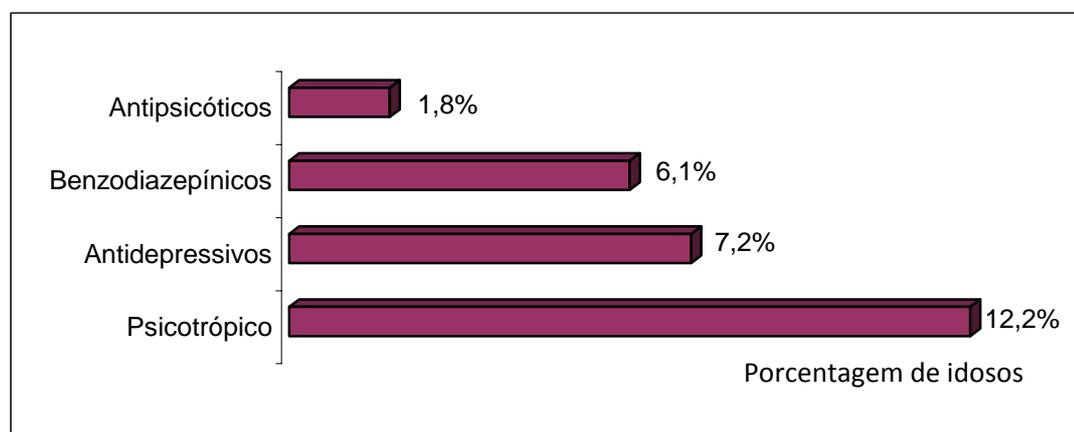
Quanto ao uso de psicotrópicos e ocorrência de quedas, notou-se que entre os idosos que consumiram psicotrópicos 18,8% apresentaram queda e 17,9% referiram fratura. Houve associação entre o uso de psicotrópico com ocorrência de queda ($p < 0,001$) e fratura ($p = 0,030$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição proporcional dos idosos que utilizaram ou não psicotrópicos segundo quedas e fraturas. Município de São Paulo, 2006

Quedas e fraturas	Usou Psicotrópicos (%)	Não Usou Psicotrópicos (%)	p-valor
Quedas			<0,001
Não	9,4	90,6	
Sim	18,8	81,2	
Numero de quedas no último ano			0,810
1	17,9	82,1	
2	21,8	78,2	
3 ou mais	19,1	80,9	
Fratura no último ano			0,030
Não	10,9	89,1	
Sim	17,9	82,1	

Fonte: SABE

A prevalência de uso de psicotrópicos de 12,2 % foi composta por agentes de diferentes ações terapêuticas, sendo 7,2% antidepressivos, 6,1% BZD e 1,8% antipsicóticos (Figura 4).

**Figura 4** - Distribuição proporcional (%) dos idosos segundo as ações terapêuticas do psicotrópico. Município de São Paulo

Na amostra verificou-se que 9,1% dos idosos consumiram um psicotrópico, 2,5% dois e 0,6% três agentes.

Dentre os usuários de psicotrópicos, observou-se que 40,6% utilizaram antidepressivos, 33,3% benzodiazepínicos, 20% utilizaram associações, ou seja, dois ou mais psicotrópicos, e 6,1% antipsicóticos (Figura 5).

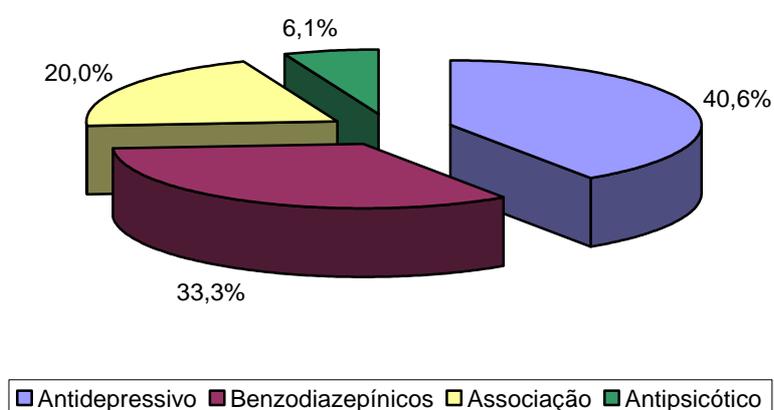


Figura 5 - Distribuição proporcional dos idosos que consumiram psicotrópicos segundo classe. Município de São Paulo, 2006

Na Tabela 6 observa-se que dentre os psicotrópicos usados, os antipsicóticos mais utilizados foram típicos (1,2%); os BZD mais consumidos foram os de ação longa (2,7%) e os antidepressivos mais usados foram ISRS (4,0%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos psicotrópicos segundo uso entre idosos. Município de São Paulo, 2006

Psicotrópicos	%
Antipsicóticos	
Clorpromazina	0,21
Levomepromazina	0,42
Periciazina	0,07
Haloperidol	0,50
Zuclopentixol	0,15
Quetiapina	0,17
Sulpirida	0,09
Risperidona	0,53
Benzodiazepínicos	
Diazepam	1,70
Clordiazepóxido	0,61
Lorazepam	0,97
Bromazepam	1,44
Clobazam	0,07
Alprazolam	0,18
Cloxazolam	0,72
Flunitrazepam	0,18
Estazolam	0,13
Midazolam	0,13
Antidepressivos	
Imipramina	0,41
Clomipramina	0,20
Amitriptilina	1,89
Nortriptilina	0,63
Fluoxetina	1,71
Citalopram	0,36
Paroxetina	0,66
Sertralina	1,13
Escitalopram	0,11
Trazodona	0,18

Fonte: SABE

Na análise univariada, as variáveis que apresentaram maior chance de uso do idoso utilizar psicótropicos foram: idade de 75 anos ou mais (OR= 1,63); gênero feminino (OR= 2,76); percepção de saúde ruim/muito ruim (OR= 2,76); limitação ABVD (OR= 2,62); limitação AIVD (OR= 3,08); declínio cognitivo (OR= 3,12), doença cerebrovascular (OR= 2,72); artrite, reumatismo, artrose (OR= 1,49); osteoporose (OR= 2,53); incontinência

urinária (OR= 2,37); depressão (OR=7,33); uso de 5 ou mais medicamentos (OR=6,16); ocorrência de queda (OR=2,23); presença de fratura (OR= 1,77), internação no último ano (OR= 2,39) e incapacidade para realizar testes (OR=2,16) (Tabela 7).

Na análise múltipla observou-se que pertencer ao sexo feminino (OR = 1,70), apresentar limitação AIVD (OR = 1,87), declínio cognitivo (OR = 1,76), auto-referir depressão (OR = 5,36), usar cinco ou mais medicamentos (OR = 1,28) aumentou significativamente o risco do idoso utilizar psicotrópicos (Tabela 7).

Tabela 7 - Variáveis associadas ao uso de psicotrópicos pelos idosos. Município de São Paulo, 2006

Variáveis	OR bruto	IC 95%	p	OR ajustado	IC 95%	p
Faixa etária			0,006			
65 a 74	1,00					
75 ou mais	1,63	1,15- 2,30				
Sexo			<0,001			0,031
Masculino	1,00			1,00		
Feminino	2,76	1,72- 4,45		1,70	1,05-2,74	
Escolaridade						
Nenhuma	1,00					
1 a 3	0,77	0,32-1,84	0,555			
4 a 11	0,54	0,24 -1,24	0,142			
12 e mais	0,91	0,37- 2,25	0,843			
Companhia			0,798			
Vive só	1,00					
Acompanhado	1,07	0,62- 1,87				
Estado marital						
Divorciado	1,00					
Separado	0,10	0,01- 1,12	0,062			
Viúvo	0,74	0,18- 3,00	0,669			
Casado	0,67	0,17- 2,59	0,551			
Amasiado	0,22	0,01- 2,72	0,236			
Auto percepção saúde						
Muito boa/boa	1,00					
Regular	1,38	0,87- 2,19	0,163			
Ruim/ muito ruim	2,76	1,42- 5,36	0,003			
Limitação ABVD			<0,001			
Não	1,00					
Sim	2,62	1,71- 4,02				
Limitação AIVD			<0,001			0,012
Não	1,00			1,00		
Sim	3,08	2,01- 4,73		1,87	1,16- 3,04	
Declínio cognitivo			<0,001			0,042
Não	1,00			1,00		
Sim	3,12	2,09- 4,67		1,76	1,02-3,03	

continua

Variáveis	OR bruto	IC 95%	p	OR ajustado	IC 95%	p
HAS			0,129			0,038
Não	1,00			1,00		
Sim	1,39	0,91- 2,12		0,56	0,33- 0,97	
Diabetes			0,238			
Não	1,00					
Sim	1,31	0,83- 2,06				
DPOC			0,793			
Não	1,00					
Sim	1,08	0,59- 1,98				
Doença cardiovascular			0,724			
Não	1,00					
Sim	1,08	0,69- 1,70				
Doença cerebrovascular			<0,001			
Não	1,00					
Sim	2,72	1,51 - 4,90				
Artrite/reumatismo /artrose			0,039			
Não	1,00					
Sim	1,49	1,02-2,18				
Osteoporose			<0,001			0,768
Não	1,00			1,00		
Sim	2,53	1,60- 4,00		1,09	0,61- 1,96	
Incontinência urinária			<0,001			
Não	1,00					
Sim	2,37	1,62- 3,46				
Depressão			<0,001			<0,001
Não	1,00			1,00		
Sim	7,33	4,64 -11,6		5,36	3,34-8,61	
Número de medicamentos			<0,001			<0,001
1 a 4	1,00			1,00		
5 ou +	6,15	3,89-9,75		1,28	1,16- 1,42	
Queda			<0,001			
Não	1,00					
Sim	2,23	1,61-3,11				
Numero de quedas no último ano						
1	1,00					
2	1,28	0,55- 2,99	0,557			
3 ou mais	1,08	0,52- 2,25	0,823			
Fratura			0,031			
Não	1,00					
Sim	1,77	1,05-2,98				
Internações no último ano			0,005			
Não	1,00					
Sim	2,39	1,31- 4,37				
Incapacidade para realizar testes mobilidade			<0,001			
Não	1,00					
Sim	2,16	1,21- 3,81				
Número de doenças						
1 a 3			0,005			
4 e +	3,21	1,44- 7,16				
	6,53	2,68- 15,89	0,001			

IC: intervalo de confiança ;OR: Odds Ratio; ABVD: Atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; HAS: hipertensão arterial sistêmica;DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica

Fonte: SABE

Discussão

5 DISCUSSÃO

Os achados da presente pesquisa acerca da prevalência do uso de psicotrópicos em idosos foi de 12,2%, menor que estudos populacionais conduzidos em países desenvolvidos com idosos da comunidade, cuja frequência variou de 20,5% a 37,9%^(12,44). Apesar da cidade de São Paulo ser considerada uma metrópole de características muito semelhantes a países desenvolvidos, o aumento de idosos na população é um evento relativamente recente. Muito provavelmente no momento em que esse indicador demográfico igualar-se aos de países desenvolvidos, o consumo de medicamentos, inclusive de psicotrópicos, será maior.

A menor prevalência evidenciada pode estar relacionada ao acesso mais restrito dos idosos brasileiros aos serviços de saúde, ao custo elevado da terapia medicamentosa e à falta de diagnóstico de manifestações clínicas que demandam o uso dessa classe terapêutica^(9,69). No contexto assistencial, geralmente os especialistas não estão atentos às necessidades globais, especialmente emocionais do paciente, aspecto que dificulta o diagnóstico de doenças como depressão e ansiedade.

Dentre os psicotrópicos, os antidepressivos, independente do modo de ação, foram os mais utilizados (7,2%), seguido dos BZD (6,1%) (Figura 4). Em consonância com outras publicações, o uso de antidepressivos tem crescido e o de BZD, decrescido^(44,70,71). A mudança no padrão de prescrição pode ser decorrente do fato de que a depressão e sintomas depressivos eram sub-tratados; da introdução da prescrição de antidepressivos em outros quadros clínicos como dor crônica⁽⁷²⁾, e do reconhecimento de que indivíduos deprimidos que recebem BZD ou outros ansiolíticos no regime monoterapia são tratados de modo inadequado⁽⁷⁰⁾. Infere-se que o uso dessa classe foi maior no SABE em decorrência da existência de diversos problemas de saúde auto-relatados, os quais poderiam ocasionar quadros depressivos. Além disso, entre os idosos do

SABE que utilizaram psicotrópicos, 36,2% referiram depressão (Tabela 3), confirmando a necessidade de uso de antidepressivos.

A análise dos psicotrópicos aponta que os mais utilizados (fluoxetina, amitriptilina e diazepam) (Tabela 6), integram o rol dos chamados medicamentos inapropriados, segundo os critérios de Beers^(6,72-75). Esses agentes são assim denominados quando o potencial de dano relativo ao seu uso excede os benefícios⁽⁷⁶⁾. Em 1991, Beers e colaboradores estabeleceram critérios com o objetivo de identificar os medicamentos que não deveriam ser prescritos a idosos. Posteriormente esses critérios foram atualizados, havendo a elaboração de uma lista de medicamentos específicos ou classes terapêuticas que devem ser evitados em idosos, independente do diagnóstico ou da condição clínica desse indivíduo, e de medicamentos específicos ou classes terapêuticas que não devem ser usados na existência de determinadas condições clínicas⁽⁷⁷⁾.

Segundo esses critérios, a amitriptilina da classe terapêutica dos tricíclicos não deve ser prescrita na terceira idade em decorrência das propriedades anticolinérgicas (boca seca, taquicardia, retenção urinária, constipação, íleo paralítico) e sedativas, as quais podem ocasionar síncope e quedas^(28,29,77). Adicionalmente esses agentes podem ter seus níveis séricos elevados, com conseqüente aumento da toxicidade, quando associados a outros medicamentos (interações medicamentosas), tendo em vista que são substratos da enzima do citocromo P450⁽⁷⁸⁾. Entretanto, o uso desse medicamento pode ter ocorrido em função da indicação no tratamento de incontinência urinária de esforço – condição presente entre idosos – e que foi identificada em 20% do grupo que consumiu psicotrópicos (Tabela 3). Esses agentes inibem a recaptção da noradrenalina nas terminações nervosas adrenérgicas da uretra, aumentando assim a contração no músculo liso uretral e melhorando esse sintoma desconfortável⁽⁷⁹⁾. A fluoxetina, apesar de pertencer à classe dos ISRS, agentes supostamente mais indicados aos idosos, apresenta meia-vida prolongada, risco de produzir estimulação excessiva do SNC, causa distúrbios do sono e

aumento da agitação em idosos ⁽⁷⁷⁾. Esse agente é um inibidor do sistema enzimático do citocromo P450, afetando de modo significativo a metabolização de outros medicamentos, tornando seu uso ainda mais cauteloso nos idosos usuários de cinco ou mais medicamentos ⁽⁸⁰⁾.

Nos idosos, os BZD de ação prolongada como diazepam, clordiazepóxido e flunitrazepam, de modo geral, devem ser evitados em idosos, independente do diagnóstico de base ou da condição clínica. Esses agentes por apresentarem meia-vida longa, que excedem a 80h, podem causar sedação prolongada, por vários dias, com aumento do risco de queda e fratura ⁽⁷⁷⁾. Nos casos em que houver comprometimento de função renal, o problema poderá ser agravado, visto que haverá redução da excreção, elevando ainda mais os níveis séricos dos BZD ⁽³⁸⁾. Apesar dessas questões, cujo conhecimento não é recente, o percentual de uso desse medicamento na amostra foi considerável, aspecto que pode ter relação com a disponibilidade desses agentes na rede pública (distribuição gratuita) e com o seu baixo custo. Estudo recente mostrou que o diazepam foi o BZD mais prescrito as paciente atendidas em unidades de atenção primária, principalmente a mulheres (50 a 69 anos), para o tratamento da insônia ⁽⁸¹⁾.

Em concordância com estudos internacionais e nacionais, o uso de psicotrópicos pelos idosos foi associado ao sexo feminino ^(6,9,12,13,34,48,49,82) sendo que as mulheres consumiram 2,5 vezes mais psicotrópicos que os homens (Tabela). Mulheres geralmente preocupam-se mais com a saúde, procuram com maior frequência a assistência médica ⁽¹²⁾, descrevem com mais facilidade os problemas físicos e psicológicos, aumentando a probabilidade de receberem e aceitarem a prescrição de psicotrópicos ^(12,48). De acordo com o gênero, os médicos abordam de maneira diferente os sintomas de ansiedade e depressão, prescrevendo mais ansiolíticos para as mulheres ^(82,83). Talvez essa conduta seja pelo fato dos médicos considerarem as mulheres mais frágeis, vulneráveis, e com frequência maior de transtornos afetivos ⁽¹²⁾.

Dentre os fatores associados ao uso de psicotrópicos, dois deles – presença de declínio cognitivo e dificuldade no desempenho de AIVD – parecem estar intimamente relacionados, não sendo possível saber qual deles ocorreu primeiro. E, o declínio cognitivo tende a afetar o desempenho funcional. A combinação dessas variáveis pode indicar um idoso com maior grau de dependência de cuidados relacionados à saúde, especialmente porque nesse estudo a avaliação do declínio cognitivo foi feita por meio do MEEM associada ao questionário de Pfeffer. A associação desses dois instrumentos parece adequada para obter a confirmação de um declínio cognitivo mais grave, possibilitando, desse modo, afirmar que os idosos do SABE que utilizaram psicotrópicos, apresentavam declínio cognitivo grave.

O uso prolongado de psicotrópicos encontra-se relacionado a efeitos iatrogênicos, podendo piorar a capacidade funcional do idoso⁽⁸²⁾. Esses medicamentos podem ocasionar RAMs como, por exemplo, sonolência, vertigem, hipotensão ortostática e alteração cognitiva (confusão, letargia, lentidão de pensamento, amnésia)^(30,33), reações essas que podem levar a dificuldade de realização das AIVD. A utilização de psicotrópicos por tempo prolongado (superior a 2 anos) e o consumo de altas doses aumentaram o risco de declínio cognitivo em 39% e 87%, respectivamente⁽⁸⁴⁾. Além disso, esses agentes podem ser usados em idosos com declínio cognitivo associado ao quadro de demência como estratégia de “contenção química”. Idosos portadores dessa condição clínica, freqüentemente, apresentam comportamentos (por exemplo, agitação, confusão) que necessitam, na avaliação muitas vezes dos familiares e cuidadores, da prescrição de psicotrópicos para acalmá-los. Entretanto, estudos mostram que o uso dessa classe na presença de declínio cognitivo pode resultar na piora do quadro⁽⁸⁴⁾.

Em consonância com estudos populacionais realizados com idosos de países desenvolvidos que viviam na comunidade^(12,45), e que a avaliação da depressão ocorreu por meio de auto-relato, os achados do SABE indicaram uma clara associação entre consumo de psicotrópicos e depressão, cuja

razão de chance foi superior a todos os outros fatores (Tabela 7). Essa estimativa pode ser comparada a dados epidemiológicos internacionais e nacionais acerca da depressão e dos sintomas depressivos, os quais apontam que a prevalência destes entre idosos é maior que em indivíduos adultos^(45,85,86). No Brasil, autores relataram prevalência de 31% de depressão em idosos que freqüentavam centros de convivência⁽⁸⁵⁾.

Nos últimos anos, a depressão tornou-se prevalente entre os idosos, porém, muitas vezes não diagnosticada e tratada de modo apropriado⁽¹³⁾. Estudo brasileiro acerca da prevalência de transtornos depressivos mostrou que 39,8% dos pacientes apresentavam transtornos depressivos, mas apenas 17% deles foram diagnosticados pelo clínico geral⁽⁸⁷⁾.

O uso de psicotrópicos foi associado aos idosos que consumiram cinco ou mais medicamentos, ou seja, nos usuários de polifarmácia⁽⁶⁰⁾. A utilização de vários medicamentos, na terceira idade, pode refletir a presença de diversas doenças ou manifestações clínicas desconfortáveis, que levam à procura de várias especialidades médicas, aumentando o risco de prescrição de psicotrópico. Um idoso pode usar simultaneamente duas a seis prescrições médicas e ainda praticar automedicação com mais de dois medicamentos^(88,89).

Idosos, geralmente, utilizam prescrições médicas provenientes de diferentes especialistas, os quais, nem sempre tem a preocupação de averiguar o histórico medicamentoso. Nesse estudo, verificou-se que 20% dos idosos receberam de modo simultâneo dois psicotrópicos, aspecto que além de precipitar interações medicamentosas potenciais, pode contribuir no agravamento de RAMs no SNC. O risco de receber uma combinação terapêutica inapropriada encontra-se diretamente relacionado ao número de médicos que prescrevem para o idoso, fato que pode ocorrer especialmente entre idosos da comunidade⁽⁸⁹⁾.

O presente estudo traz contribuições à área da saúde do idoso. Trata-se do primeiro estudo brasileiro de base populacional que identificou a prevalência e os fatores associados ao uso de psicotrópicos em idosos com

65 anos ou mais. O questionário usado na coleta de dados foi elaborado por especialistas da área de envelhecimento, conferindo qualidade aos aspectos específicos da idade. Para verificação da prevalência, adotou-se o conceito de psicotrópico clássico, permitindo incluir na análise todos os medicamentos que alteram o estado mental do indivíduo. A identificação dos fatores de risco proveniente de um estudo epidemiológico nacional permite elaborar medidas preventivas, além de alertar o risco do uso em grupos mais vulneráveis^(90,91).

O estudo apresenta limitações, as quais devem ser apresentadas, no intuito de que os estudos futuros possam saná-las. A coleta de informações acerca dos psicotrópicos não permitiu identificar a indicação terapêutica, a adequação da dose e o tempo de tratamento, aspectos que certamente contribuiriam para o estudo. Não sendo possível identificar os idosos que utilizaram os psicotrópicos para tratar doenças relacionadas ao SNC ou como coadjuvantes de terapias como dor crônica ou incontinência urinária. Além disso, é possível que indivíduos com o mesmo número de itens de psicotrópicos prescritos apresentassem distintos regimes posológicos, impactando muitas vezes no tempo de terapia. É possível também que muitos idosos, apesar da indicação de uso de psicotrópicos não relataram, por terem abandonado o tratamento – pela existência de RAMs ou impossibilidade de aquisição, pois muitos psicotrópicos, especialmente os ISRS apresentavam custo elevado e não estavam disponíveis na rede pública. Outro aspecto é que, apesar da existência de instrumentos como a escala de depressão geriátrica (GDS) no questionário SABE de 2006, a avaliação da variável depressão foi feita por meio de auto-relato. Certamente o uso de instrumentos específicos na avaliação da depressão fortaleceria os dados evidenciados.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou extrair as seguintes conclusões:

- A prevalência de uso de psicotrópicos entre os idosos do município de São Paulo foi de 12,2%, sendo os antidepressivos (7,2%), seguido dos BZD (6,1%) os mais usados. Os representantes dessas classes mais frequentes na amostra foram amitriptilina (1,9%), fluoxetina (1,7) e diazepam (1,7) – ambos medicamentos inapropriados aos idosos .
- O uso de psicotrópicos mostrou-se associado a idade de 75anos ou mais ($p=0,006$); sexo feminino ($p<0,001$); auto percepção da saúde ruim/muito ruim ($p=0,003$); limitação de ABVD ($p<0,001$), limitação de AIVD ($p<0,001$); declínio cognitivo ($p<0,001$); presença de doença cérebro vascular ($p<0,001$); artrite/reumatismo/artrose ($p=0,039$); osteoporose ($p<0,001$); incontinência urinária ($p<0,01$); depressão ($p<0,001$); presença de quatro e mais doenças ($p<0,001$); uso de cinco ou mais medicamentos ($p<0,001$); queda ($p<0,001$); fratura ($p=0,031$); internação no último ano ($p=0,005$).
- A análise de regressão logística indicou que pertencer ao sexo feminino (OR = 1,70), apresentar limitação AIVD (OR = 1,87), declínio cognitivo (OR = 1,76), depressão auto-referida (OR = 5,36) e usar cinco ou mais medicamentos (OR = 1,28) aumentarem o risco dos idosos utilizarem psicotrópico.
- Cerca de um em cada dez idosos do SABE utilizou psicotrópicos, principalmente os antidepressivos. O conjunto dos fatores de risco associados ao uso de psicotrópicos pode indicar que os idosos mais vulneráveis foram aqueles com maior grau de dependência, seja em decorrência de comprometimento clínico causado por doenças, seja pelo uso de psicotrópicos inapropriados.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Lernfelt B, Samuelsson O, Skoog I, Landah S. Changes in drug treatment in elderly: 1971 and 2000. *Eur J Clin Pharmacol.* 2003;59(8/9):637-44.
2. LinjaKumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medication and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol.* 2002;55(8):809-17.
3. Pilotto A, Franceschi M, Vitale D, Zaninelli A, Masotti G, Rengo F. Drug use by the elderly in general practice: effects on upper gastrointestinal symptoms. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005;62(1):65-73.
4. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS. The consumption of drugs by 75 years-old individuals living in their own homes. *Eur J Clin Pharmacol.* 2000;56(6/7):501-9.
5. Jyrkkä J, Vartiainen L, Hartikainen S, Sulkava R, Enlund H. Increasing use of medicines in elderly persons: a five-year follow-up of Kuopio 75 + Study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2006;62(2):151-8.
6. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(4):672-8.
7. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(6):924-9.
8. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2004 [citado 2009 maio 21];38(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21086.pdf>
9. Loyola Filho AI, Uchoa E, Costa MFL. Estudo epidemiológico de base populacional sobre o uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(12):2657-67.
10. National Disease and Therapeutic Index. IMS Health [Internet]. December 2000 [cited 2009 Jun 18]. Available from: <https://web01.imshealth.com/ndti/ndtilogin.aspx>
11. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Psicotrópicos [Internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [citado 2009 maio 21]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

12. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Astasio-Arbiza P, Ortega-Molina P, Miguel AG. Psychotropics use em the Spanish elderly: predictors and evolution between years 1993 e 2003. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2007;16(4):449-57.
13. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Bégaud B. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *Eur J Clin Pharmacol.* 2001;57(5):419-25.
14. Chaimowicz F, Ferreira TJXM, Miguel DFA. Uso de medicamentos psicoativos e seu relacionamento com quedas entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(6):631-5.
15. Papaléo Netto M, Carvalho Filho ET, Pasini U. Farmacocinética e farmacodinâmica. In: Papaléo Netto M. *Tratado de gerontologia.* 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 619-31
16. Blazer DG, Williams CD. The epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry.* 1980;137(4):439-44.
17. Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006 [citado 2010 set. 7];40(1):107-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27123.pdf>
18. Rozenfeld S, Camacho LAB, Veras RP. Medication as a risk for falls in older women in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2003;13(6):369-75.
19. Hugenholtz GW, Heerdink ER, van Staa TP, Nolen WA, Egberts AC. Risk of hip/femur fractures in patients using antipsychotics. *Bone.* 2005;37(6):864-70.
20. Takkouche B, Montes-Martinez A, Gill SS, Etminan M. Psychotropic medications and the risk of fracture. *Drug Saf.* 2007;30(2):171-84.
21. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly. *Arch Intern Med.* 2009;169(21):1952-60.
22. Darowski A, Chambers SA, Chambers DJ. Antidepressants and falls in the elderly. *Drugs Aging.* 2009;26(5):381-94.
23. Organización Mundial de La Salud (OMS). *Vigilancia Farmacológica Internacional: función de los Centros Nacionales.* Ginebra; 1972. (Serie de Informes Técnicos, 498).
24. Canineu RP. Depressão no idoso. In: Papaléo Netto M. *Tratado de gerontologia.* 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 293-300.

25. Miranda-Scippa AMA, Oliveira I. Antidepressivos. In: Silva P. Farmacologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 328-44.
26. Harvey RA, Champe PC. Farmacologia ilustrada. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 1998. p 120,127.
27. Rang HP, Dale MM, Ritter JM. Farmacologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 451-73.
28. Scalco MZ. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24 Supl 1:55-63.
29. Moreno RA, Moreno DH, Soares MB. Psicofarmacologia de antidepressivos. Rev Bras Psiquiatr. 2001;21 Supl 1:S124-40.
30. MICROMEDEX Healthcare Serie [Internet]. Washington: Thomson Reuters; c1974-2010. [cited 2009 May 21]. Available from: <https://www.thomsonhc.com/hcs/librarian/CS/D4E673/PFActionId/pf.HomePage/ssl/true>
31. Charney S, Mihic J, Harris RA. Hipnóticos e sedativos. In: Goodman LS. Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica. 10ª ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 2003. p. 359-79.
32. Semla TP, Beizer JL, Higbee MD. Geriatric dosage handbook. 7th ed. Canada: Lexicomp; 2002.
33. Skidmore L. Mosby's drug guide for nurses. Elsevier: Saint Louis; 2010.
34. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchoa E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). Rev Bras Psiquiatr [periódico na Internet]. 2008 [citado 2009 maio 21];30(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n1/2495.pdf>
35. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduroz JCF, Kurowic W, et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(2):68-73.
36. Moreira FA, Guimarães FS. Mecanismos de ação dos antipsicóticos: hipóteses dopaminérgicas. Medicina (Ribeirão Preto). 2007;40(1):63-71.
37. Ramos MG, Rocha FL. Eficácia e segurança dos antipsicóticos atípicos nas demências: uma revisão sistemática. J Bras Psiquiatr [periódico na Internet]. 2006 [citado 2010 set. 20];55(3):218-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000300008

38. Secoli SR, Duarte YAOD. Medicamentos e a assistência domiciliária. In: Duarte YAOD, Diogo MJE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 326-35.
39. Mangoni AA, Jackson SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol*. 2004;57(1):6-14.
40. Gorzoni ML, Passarelli MCG. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: Freitas EV, Pyl L, Neri AL, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 942-49.
41. Katzung BG. Farmacologia básica & clínica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica; p.
42. Mann E, Köpke S, Haastert B, Pitkälä K, Meyer G. Psychotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2009;9:18
43. Hosia-Randell H, Pitkälä K. Use of psychotropic drugs in elderly nursing home residents with and without dementia in Helsinki, Finland. *Drugs Aging*. 2005;22(9):793-800.
44. Aparasu RR, Mort JR, Brandt H. Psychotropic prescription use by community-dwelling elderly in the United States. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(5):671-7.
45. Percudani M, Barbui C, Fortino I, Petrovich L. Antidepressant drug prescribing among elderly subjects: a population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(1):113-8.
46. Álvares LM, Lima RC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas Rio Grande do Sul. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):31-40.
47. Goldney R, Bain M. Prevalence of psychotropic use in a South Australian population. *Australas Psychiatry*. 2006;14(4):379-83.
48. Assem-Hilger E, Jungwirth S, Weissgram S, Kirchmeyr W, Fischer P, Barnas C. Benzodiazepine use in the elderly: an indicator for inappropriately treated geriatric depression? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(6):563-9.
49. Windle A, Elliot E, Duszynski K, Moore V. Benzodiazepine prescribing in elderly Australian general practice patients. *Aust N Z J Public Health*. 2007;31(4):379-81.

50. Huf G. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(2):351-62.
51. Chaimowicz F, Ferreira TJXM, Miguel DFA. Uso de medicamentos psicoativos e seu relacionamento com quedas entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(6):631-5.
52. American Psychiatric Association (APA). Benzodiazepine: dependence, toxicity and abuse. A task force report of the American Psychiatric Association. Washington (DC): APA;1990.
53. Ceolim MF. O sono dos idosos. In: Papaléo Netto M. *Tratado de gerontologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 351-68.
54. Pallon IA, Peláez M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE, Saúde, Bem Estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.15-32.
55. Silva NN. Aspectos metodológicos: processo de amostragem. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE, Saúde, Bem Estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 47-57.
56. Lima FDL. Elaboração do banco de dados. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE, Saúde, Bem Estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 69-71.
57. Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. Self-reported medication use for people in England and Wales. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26(2):129-40.
58. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1999 [citado 2009 maio 21];33(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0628.pdf>
59. Gorzoni ML, Fabri RM, Pires SL. Medicamentos em uso à primeira consulta geriátrica. *Diagn Tratamento*. 2006;11(3):138-42.
60. Kaufman D, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson T, Mitchel A. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. *JAMA*. 2002;287(3):337-44.
61. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em Região do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):924-9.
62. Ponzetto M, Maero B, Malna P, D'Agostino E, Scarafiotti C, Speme S, et al. Risk factors in the elderly. *Arch Gerontol Geriatr Suppl*. 2002;8:283-90.

63. Fletcher RH, Fletcher SW. Risco: um olhar sobre o futuro. In: Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia clínica : elementos essenciais*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.98-115.
64. Newman TB, Browner S. Delineando estudos transversais e de caso controle. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DH, Hearst N, Newman TB, et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: ArtMed; 2003. p. 124-44.
65. World Health Organization (WHO). Anatomical therapeutical chemical (ATC) classification index with defined daily doses (DDD) [Internet]. Geneva; 2007 [cited 2009 May 25]. Available from: www.who.int/entty/classificatons/atcddd/en
66. Cerqueira ATAR. Deterioração cognitiva e depressão. In: Lebrão ML, Duarte YA. *SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. São Paulo: OPAS; 2003. p.143-65
67. Rao JNK, Scott AJ. "On chi-squared tests for multi-way tables with cell proportions estimated from survey data". *Ann Statistics*. 1984;12(1):46-60.
68. Kleinbaum DG, Klein M. *Logistic regression: a self learning text*. 2nd ed. New York: Springer; 2002.
69. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:1545-55
70. Taylor S, McCracken CFM, Wilson KCM et al. Extent and appropriateness of benzodiazepine use. *Br J Psychiatry* 1998;173:433-438.
71. Mamdani MM, Parikh SV, Austin PC et al. Use of antidepressants among elderly subjects: Trends and contributing factors. *Am J Psychiatry* 2000;157:360-367.
72. Egberts, ACG, Leufkens HGM, Hofman A et al. Incidence of antidepressant drug use in older adults and association with chronic diseases: The Rotterdam study. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:217-223
73. Egger SS, Bachmann A, Hubmann N, Schlienger RG. Prevalence of potentially inappropriate medication use in elderly patients. *Drugs Aging*. 2006;23(10):823-37.
74. Prudent M, Dramé M, Jolly D, Trenque T, Parjoie R, Mahmoudi R, et al. Potentially inappropriate use of psychotropic medications in hospitalized elderly patients in France: cross-sectional analysis of the prospective, Multicentre SAFEs Cohort. *Drugs Aging*. 2008;25(11):933-46.

75. Pugh MJ, Fincke BG, Bierman AS, Chang BH, Rosen AK, Cunningham FE, et al. Potentially inappropriate prescribing in elderly veterans: are we using the wrong drug, wrong dose, or wrong duration? *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(8):1282-9.
76. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med.* 1997;157:1531-6. [Links]
77. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.* 2003;163:2716-24.
78. Bachmann KA. *Drug interactions handbook.* Hudson: Lexi - Comp; 2003.p96-98.
79. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto Diretrizes: elaboração final. São Paulo; 2006.
80. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1):136-40.
81. Nordon DG, Akamine K, Novo NF, Hubner CK. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2009;31(3):152-8.
82. Voyer P, Cohen D, Lauzon S, Collin,J. Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: a review of empirical studies. *BMC Nurs [serial on the Internet].* 2004 [cited 2009 July 30]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/3>
83. Moreno Luna ME, Clemente Lirola E, Piñero Acín MJ, Martínez Matías MR, Alonso Gómez F, Rodríguez Alcalá FJ. Influencia del género del paciente em el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Aten Primaria.* 2000;26(8):554-8.
84. Wright RM, Roumani YF, Boudreau R, Newman AB, Ruby CM, Studenski SA et al. Effect of central nervous system medication use on decline in cognition in community-dwelling older adults: findings from the Health, Aging And Body Composition Study. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Feb;57(2):243-50.
85. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Rev. Saúde Pública [online].* 2006, vol.40, n.4, pp. 734-736.

86. Tylee A, Gastpar M, Lépine JP. 1999. Identification of depressed patients in the community and their treatment needs: findings from the DEPRES II (Depression Research in European Society II) survey. *Int Clin Psychopharmacol* 14:153-165.
87. Caetano D, Stela F. Prevalência de depressão em um centro de atenção primária. *J Bras Psiquiatr.* 1999;39 Supl 1:5-8.
88. Frank C, Godwin M, Verma S, Kelly A, Birenbaum A, Seguin R, et al. What drugs are our frail elderly patients taking ? Do drugs they take or fail to take put them at increased risk of interaction and inappropriate medication use? *Can Fam Physician.* 2001;47:1198-204
89. Tamblyn RM, McLeod PJ, Abrahamowicz M, Laprise R. Do too many cooks spoil the broth? Multiple physician involvement in medical management of elderly patients and potentially inappropriate drug combinations. *Can Med Assoc J.* 1996;154(8):1177-84).
90. Tamblyn RM, McLeod PJ, Abrahamowicz M, Laprise R. Do too many cooks spoil the broth? Multiple physician involvement in medical management of elderly patients and potentially inappropriate drug combinations. *Can Med Assoc J.* 1996;154(8):1177-84)
91. American Society of Health-System Pharmacists. Suggested definitions and relationships among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and adverse drug reactions [Internet]. 1998 [cited 2009 Jan 21]. Available from: <http://www.ashp.org/public/proad/mederror>

Anexos

ANEXO A

ANEXO B



MINISTERIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 313/99

Processo nº 25000.024350/99-60 Registro CONEP = 675 (Protocolo CEP:118)
Projeto de Pesquisa: "As condições de saúde dos idosos na América do Sul e Caribe".
Pesquisador Responsável: Dr. Ruy Laurenti
Instituição: Faculdade de Saúde Pública / USP
Área Temática Especial: Pesquisa com cooperação estrangeira.

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, cabem as seguintes considerações:

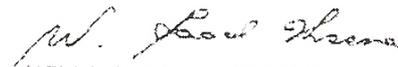
- a) as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais das Res. CNS 196/96 e 251/87, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;
- b) o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da instituição

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições da Res. CNS 196/96, manifesta - se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, com a seguinte recomendação a ser acompanhada pelo CEP:

- 1) Orçamento financeiro detalhado, especificando a remuneração do pesquisador (Res. CNS 196/96 VI,"j")

Situação : Projeto aprovado com recomendação.

Brasília, 17 de junho de 1999.


WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP-MS

ANEXO C



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of. COEP/67/99

24 de maio de 1999

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, aprovou, em sua 3ª/99, Sessão Ordinária, de 19.05.99, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa "AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NA AMÉRICA DO SUL E CARIBE", apresentado pelo pesquisador Ruy Laurenti, devendo ser remetido à CONEP conforme as normas da Resolução 196/96.

Atenciosamente.

Prof. Dr. Paulo Antônio de Carvalho Fortes
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP