

# Emergências psiquiátricas nos idosos. Estudo epidemiológico

Psychiatric emergencies in the elderly. Epidemiological study

Leonardo Baldaçara<sup>1</sup>, Irius Arthur Gonçalves Lucio Batista<sup>2</sup>, Alessandra Aparecida Martins Neves<sup>2</sup>,  
Ivaldo da Silva<sup>2</sup>, Andrea Parolin Jackowski<sup>2</sup>

## Resumo

**Introdução** Há poucos dados epidemiológicos sobre o perfil dos idosos atendidos em emergências psiquiátricas. **Objetivo** Investigar as características epidemiológicas de uma população idosa em serviço de emergência psiquiátrica de junho de 2006 a junho de 2007. **Método:** Estudo transversal onde foram observadas todas as consultas psiquiátricas realizadas para pessoas com 60 anos ou mais. Foram registrados dados demográficos e clínicos, tais como: idade, sexo, diagnóstico, origem, conduta e necessidade de internação. Os diagnósticos foram baseados na CID-10. **Resultados** Durante o período de junho de 2006 a junho de 2007, 13.118 pacientes foram atendidos na Unidade de Emergência Psiquiátrica do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental e 1390 (10,6%) eram idosos. O diagnóstico mais freqüente foi depressão maior (33,7%), seguido por transtornos psicóticos (19,6%), transtorno bipolar (12,7%), estado confusional agudo ou delirium (10,5%), ansiedade (7,1%), demência (4,9%) e abuso de substâncias (4,2%). Ter menos de 80 anos, gênero masculino e estar acompanhado por família foram fatores de risco para a hospitalização. **Conclusão** A população idosa apresenta grande demanda por atendimento de emergência psiquiátrica da mesma forma que os adultos jovens. Apesar de 62,4% necessitar apenas de tratamento ambulatorial, 25,3% requer observação e 12,2% internação

hospitalar. Acreditamos que todos os serviços de emergência devem estar preparados para lidar com a população idosa portadora de transtornos psiquiátricos.

**Descritores:** Serviços de saúde para idosos, Saúde do idoso, Serviços médicos de emergência, Serviços de emergência psiquiátrica, Psiquiatria geriátrica

## Abstract

**Background:** There is poor epidemiologic data about elderly in psychiatric emergency. **Objective:** To investigate the epidemiologic characteristics of an elderly population in a psychiatric emergency service in the period of June of 2006 to June of 2007. **Methods:** Transversal study. There were observed data from patients with 60 or more years old. There were collected demographic and clinical data, such as age, gender, diagnosis, origin, conduct and hospitalization need. We use the ICD-10 for diagnosis. **Results:** During the period of 2006 and 2007, 13118 patients were assisted in the Psychiatric Emergency Unit of Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental and 1390 (10.6%) are elderly. Major depression (33.7%) was the most frequent diagnosis, followed by psychotic disorder (19.6%), bipolar disorder (12.7%), delirium (10.5%), anxiety (7.1%), dementia (4.9%) and substance abuse (4.2%). Have less than 80 years, male gender and be accompanied by family were risk factors for hospitalization. **Conclusion:** The senior population needs psychiatric emergency support as young population. In spite of the 62.4% of seniors individuals need only treatment in outpatient clinic, 25.3% of them still needs observation and 12.2% hospital support. We believed that all of the emergency services should be prepared to deal with old age population.

**Key words:** Health Services for the Aged; Health of the elderly; Emergency medical services; Emergency services, Psychiatric; Geriatric psychiatry

## Introdução

A proporção mundial de indivíduos com 60 anos ou mais está crescendo mais rápido do que qualquer outro grupo etário. Entre 1970 e 2025 espera-se o cres-

1. Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo. Professor Adjunto da Universidade Federal do Tocantins. Ex-coordenador do Pronto Socorro de Psiquiatria do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

2. Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Tocantins

3. Pós-doutorado pela Yale University. Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo

4. Pós-doutorado pela Yale University. Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo

**Trabalho realizado:** Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Universidade Federal do Tocantins e na Universidade Federal de São Paulo.

**Endereço para correspondência:** Leonardo Baldaçara. Quadra 601 Sul, Avenida NS 01, Conjunto 02, Bloco 04 - Edifício CEMEDI - 77016-332 - Palmas - TO - Brasil. Tel. (+55) 63 - 3228-1807. E-mail: leonardobaldassara@gmail.com

cimento de 694 milhões de idosos, que equivale a um aumento de aproximadamente 223%. Em 2025, haverá cerca de 1,2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais e em 2050, 2 bilhões, 80% delas vivendo em países em desenvolvimento<sup>(1)</sup>. Por sua vez no Brasil, atualmente há cerca de 15 milhões de idosos ou entre 8 a 9% de sua população, que crescerá rapidamente até atingir o número de 30 milhões dentro de 20 anos<sup>(2)</sup>.

Na literatura, a morbidade por transtornos mentais varia de 22% a 31% nos idosos<sup>(3-6)</sup>. Nos serviços de emergência os transtornos mentais acometem entre 5,27% e 11,8% do total de pacientes atendidos<sup>(7-10)</sup>. Já os idosos representam de 12 a 24% dos casos de emergências, além de que comparecer com mais frequência que os jovens, apresentar doenças mais graves e necessitar de atendimento de maior complexidade. Relacionado às emergências psiquiátricas na literatura consultada apenas um estudo prévio avaliou a prevalência da população idosa de forma clara. Coincidentemente, tal pesquisa foi realizada no mesmo serviço deste manuscrito e observou que os idosos representavam 7,3% do total dos atendimentos em emergências psiquiátricas<sup>(11)</sup>.

O envelhecimento traz diversas consequências cardiovasculares, reumatológicas, visuais, auditivas, neoplásicas, diabetes e transtornos psiquiátricos. Transtornos mentais têm sido detectados em aproximadamente 5% da população de idosos com idades entre 65 e 74 anos. A incidência aumenta com o avançar da idade e quase 50% daqueles com idade mais avançada (85 anos ou mais) apresenta estados demenciais (DA)<sup>(12)</sup>.

Transtornos psiquiátricos interferem de forma negativa na família e em outras pessoas envolvidas no atendimento ao paciente. Esta faixa etária representa uma das áreas de maior despesa em saúde da população em países desenvolvidos<sup>(11)</sup>. A fim de implementar com sucesso a nova política de saúde mental no Brasil, é necessário melhor prestação de serviços de base comunitária em saúde mental para portadores de doenças mentais graves<sup>(13)</sup>.

Embora existam setores especializados em psicogeriatría no Brasil, ainda são frequentes casos de idosos buscando serviços médicos de emergência para realização de cuidados primários<sup>(4)</sup>. Agitação, agressividade, perda do autocuidado ou comportamento suicida<sup>(4)</sup> são as principais causas pelas quais os serviços de urgência em psiquiatria ainda são fundamentais.

Neste estudo, avaliou-se a prevalência e características clínicas da população idosa da Sala de Emergência Psiquiátrica do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, São Paulo, Brasil, em 2006 e 2007. A análise de pacientes idosos em emergência psiquiátrica ofereceu a oportunidade de observar o quanto representativo é esse grupo nos serviços de emergência,

variáveis associadas a cada caso e se há uma melhor maneira para atender esses pacientes.

## Métodos

### Desenho do Estudo

A presente investigação foi realizada na Unidade de Emergência Psiquiátrica do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (UEP-CAISM). É um dos poucos serviços de emergência do Brasil que atende exclusivamente indivíduos com transtornos mentais. O UEP-CAISM está localizado no bairro da Vila Mariana, região centro-sul da cidade de São Paulo, a cidade mais populosa do Brasil. É um dos serviços responsáveis pelo atendimento das regiões central e sul da cidade, mas há procura espontânea por pacientes de todas as regiões de São Paulo e mesmo de outros municípios.

A presente investigação incluiu 13.118 prontuários de indivíduos atendidos durante 2006 e 2007. Foram selecionados todos os registros de pacientes com 60 anos ou mais de idade de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para velhice. As variáveis foram idade, sexo, diagnóstico, origem e conduta.

Em todos os casos, os pacientes foram avaliados por pelo menos dois psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais. Para os pacientes que ficaram em observação, a avaliação médica foi realizada a cada seis horas ou quando houve alguma ocorrência clínica. A avaliação da assistência social foi realizada conforme a demanda.

No respectivo serviço, os médicos utilizam os critérios diagnósticos presentes no 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo que foram selecionados apenas os responsáveis pela procura na emergência. Para esta pesquisa adaptou-se os diagnósticos em grupos: *Delirium* (CID-10 F05, quando *delirium* mais demência registrou-se apenas *delirium* como causa principal da avaliação), Demência (CID-10 F00 até F03), Outros transtornos orgânicos (CID-10 F06 até F09), Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (CID-10 F10 até F19), Transtornos Psicóticos (CID-10 F20 até F29), Transtorno Bipolar (CID-10 F30 e F31), Transtornos Depressivos (CID-10 F32, F33 e F34.1), Transtornos de Ansiedade (CID-10 F40 até F43) e outros (qualquer outro diagnóstico que não estiver presente entre os anteriores). Agrupou-se os pacientes conforme o motivo da procura em emergência: comportamento suicida, agitação, agressividade, sintomas do humor, sintomas somáticos, sintomas psicóticos, insônia, ansiedade e outros. Foi realizado o registro segundo o tipo de acompanhante que auxiliou o pa-

ciente na busca pelo atendimento: familiar (paciente acompanhado por algum membro da família), sozinho (procura espontânea e sem acompanhante), serviço de resgate (encaminhado e acompanhado pelo serviço de emergência móvel) ou polícia (acompanhado pela polícia) e outros (outros tipos de acompanhante). A conduta foi classificada de três maneiras: retorno à comunidade e encaminhamento para o ambulatório, observação na sala de emergência seguida de alta e observação na sala de emergência seguida de hospitalização.

### Análise Estatística

Os dados no texto, tabelas e figuras estão expressos em números absolutos e percentuais. As taxas de proporção de todas as variáveis foram comparadas usando o teste do qui-quadrado. A razão de chances (*Odds Ratio* - OR) foi calculada através do modelo de regressão logística multivariada fornecendo um intervalo de confiança de 95% (IC 95%). A significância estatística foi indicada quando  $p < 0.05$ . Todos os cálculos foram realizados com SPSS 15.0 for Windows (SPSS, Chicago, IL, USA). Realizou-se análise univariada para estimar a proporção de pacientes colocados em observação na casuística total e também para estimar a proporção em diferentes categorias das variáveis explicativas possíveis. Construiu-se modelos de regressão Bayesiana binária<sup>(23)</sup> para investigar variáveis associadas ao uso de restrições. O modelo estratégico seguiu os passos propostos por Souza e Migon<sup>(23)</sup>. As variáveis que apresentaram significância estatística  $p \leq 0.05$  foram incluídas no modelo.

### Ética

Esse estudo foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki e as Boas Práticas Clínicas. Foi aprovado pelo Conselho de Revisão Institucional (CEP) da Santa Casa de São Paulo (Projeto CEP 361/07).

### Resultados

Da casuística total, 1390 (10,6%) tinham 60 anos de idade ou mais. Houve mais mulheres (52,4%) do que homens (47,6%) tanto entre idosos como entre pacientes jovens (51,5% de mulheres e 48,5% de homens). Quanto à idade, 60,4% tinham entre 60 e 69 anos, 31,1% entre 70 e 79 anos e 8,5% 80 anos ou mais.

Os principais diagnósticos estão representados na Tabela 1 e serão detalhados a seguir. Depressão Maior (principal causa de atendimento) foi mais frequente em homens (1,27 vezes maior que em mulheres) e o comportamento suicida foi a principal causa de

procura de atendimento, 72% dos pacientes idosos deprimidos. Transtorno psicótico foi o segundo grupo de transtornos mais diagnosticado e também foi mais frequente em homens (1,47 vezes mais frequente). Nesse grupo, o comportamento suicida foi a principal causa de procura do atendimento, seguido de agitação e agressividade.

Transtorno Bipolar (terceira diagnóstico mais frequente) esteve presente em cerca de 12% da amostra sendo agitação a principal causa de consulta desses pacientes. Demência foi a quarta causa mais diagnosticada. Pacientes com demência foram levados ao atendimento em decorrência de agitação, comportamento agressivo, comportamento suicida e fuga repetitiva do lar. O *Delirium* foi o quinto principal diagnóstico. Nesse caso, 96% foram levados ao serviço pelos familiares antes de consultarem outro médico. O *Delirium* por doença infecciosa foi a principal causa seguida de distúrbios metabólicos e medicações.

Outro diagnóstico relevante foi o abuso de substâncias em 15 casos por álcool, 39 casos por sedativos e 4 casos por maconha. Todos os diagnósticos foram firmados baseados em critérios do CID-10.

Após o serviço de emergência os pacientes foram: 62,4% direcionados ao ambulatório, 25,3% para observação seguida de alta e 12,2% para observação seguida de hospitalização. A internação hospitalar foi necessária em 100% dos casos de *delirium* (todos foram transferidos para a enfermaria de Clínica Médica da Santa Casa de São Paulo), 19,3% dos de Transtorno bipolar, 17,2% dos abusos de substâncias, 16,7% dos casos de depressão, 15,4% das psicoses e 8,8% das demências.

Para mais detalhes veja Tabela 1.

No modelo multivariado por regressão logística, observou-se fatores relacionados à observação e hospitalização quando comparados com pacientes cuja conduta foi a transferência para o ambulatório. O OR para homens, quando comparado a mulheres, em ser colocado em observação foi 0,571. A idade entre 60 e 70 anos foi 3,984 vezes mais frequente em pacientes colocados em observação e 3,027 vezes em pacientes conduzidos à hospitalização quando comparado com idades superiores a 80 anos de idade e conduzidos ao ambulatório. Idade entre 70 e 80 foi 5,391 vezes mais frequente na observação, quando comparado com a idade acima de 80 anos e a conduta para o ambulatório.

O acompanhamento com algum familiar relacionou-se 0,447 vezes mais com hospitalização quando comparado a pacientes que procuraram por atendimento sozinhos ou por meio do resgate. Não houve diferença entre o tipo de acompanhante e as condutas de observação ou encaminhamento ao ambulatório.

O OR de pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo cuja conduta foi observação foi 7,795, para o transtorno bipolar 5,545 e para o abuso de substân-

Tabela 1

**Características demográficas e clínicas de indivíduos idosos atendidos pelo UEP-CAISM<sup>1</sup> em 2006 e 2007.**

|                             | Mulheres |      | Homens |      | Total |      | X <sup>2</sup> | df | Sig.   |
|-----------------------------|----------|------|--------|------|-------|------|----------------|----|--------|
|                             | N.       | %    | N.     | %    | N.    | %    |                |    |        |
| <b>Total</b>                | 728      | 52,4 | 662    | 47,6 | 1390  | 100  |                |    |        |
| <b>Idade</b>                |          |      |        |      |       |      |                |    |        |
| 60 a 69                     | 448      | 32,2 | 392    | 28,2 | 840   | 60,4 |                |    |        |
| 70 a 79                     | 220      | 15,9 | 212    | 15,2 | 432   | 31,1 |                |    |        |
| 80 ou mais                  | 60       | 4,3  | 58     | 4,2  | 118   | 8,5  | 0,783          | 2  | 0,676  |
| <b>Acompanhado por</b>      |          |      |        |      |       |      |                |    |        |
| Família                     | 468      | 33,7 | 366    | 26,3 | 834   | 60,0 |                |    |        |
| Sozinho                     | 146      | 10,5 | 164    | 11,8 | 310   | 22,3 |                |    |        |
| Resgate                     | 62       | 4,5  | 54     | 3,9  | 116   | 8,3  |                |    |        |
| Outros*                     | 52       | 3,7  | 78     | 5,6  | 130   | 9,4  | 16,174         | 3  | 0,001  |
| <b>Diagnóstico</b>          |          |      |        |      |       |      |                |    |        |
| Depressão maior             | 206      | 14,8 | 262    | 18,8 | 468   | 33,7 |                |    |        |
| Transtorno Psicótico        | 110      | 7,9  | 162    | 11,7 | 272   | 19,6 |                |    |        |
| Transtorno bipolar          | 58       | 4,2  | 118    | 8,5  | 176   | 12,7 |                |    |        |
| Demência                    | 126      | 9,1  | 20     | 1,4  | 146   | 10,5 |                |    |        |
| <i>Delirium</i>             | 66       | 4,7  | 32     | 2,3  | 98    | 7,1  |                |    |        |
| Transtorno de ansiedade     | 36       | 2,6  | 32     | 2,3  | 68    | 4,9  |                |    |        |
| Substâncias psicoativas     | 58       | 4,2  | 0      | 0,0  | 58    | 4,2  |                |    |        |
| Outros <sup>2</sup>         | 68       | 4,9  | 36     | 2,6  | 104   | 7,5  | 191,230        | 7  | <0,001 |
| <b>Procedimento</b>         |          |      |        |      |       |      |                |    |        |
| Ambulatório                 | 452      | 32,5 | 416    | 29,9 | 868   | 62,4 |                |    |        |
| Observação e alta           | 100      | 7,2  | 106    | 7,6  | 206   | 14,8 |                |    |        |
| Observação e hospitalização | 212      | 15,2 | 104    | 7,5  | 316   | 22,7 | 35,526         | 2  | <0,001 |

<sup>1</sup> UEP-CAISM – Unidade de Emergência Psiquiátrica do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental.

<sup>2</sup> Outros diagnósticos além dos mencionados cujo número foi pequeno.

cias 4,298 quando comparado com outros diagnósticos conduzidos ao ambulatório. Não houve diferença entre a condução ao ambulatório e a hospitalização em decorrência do diagnóstico.

Ter menos de 80 anos, gênero masculino e estar acompanhado por família foram fatores de risco para a hospitalização.

## Discussão

É importante relatar a dificuldade de comparar pesquisas sobre emergências psiquiátricas, pois existem muitos modelos diferentes que respaldam esses trabalhos. O atendimento a um caso psiquiátrico agudo pode ocorrer em casa, no ambulatório, em clínicas de internação, em unidades de emergência psiquiátrica, na unidade de emergência geral e em outros locais ou situações. Depende dos pacientes, políticas e características de cada país. Além disso, a heterogeneidade e falta de padronização nos modelos de atendimento em emergências psiquiátricas é maior para a população idosa.

Os idosos representam 10,6% dos atendimentos em serviço de emergência psiquiátrica específico. Na literatura consultada, prevalência de transtornos psiquiátricos em idosos na comunidade varia de 22% a 31%<sup>(3-6)</sup>, porém, na emergência varia de 5,3% a 11,8%<sup>(7-10)</sup>. Acreditava-se que a diferença entre as taxas na comunidade e na emergência estivesse relacionada ao subdiagnóstico nos atendimentos de primeiros socorros. Para compreender melhor o fenômeno de subdiagnóstico, uma pesquisa americana realizada em um departamento de emergência de centro médico acadêmico no sudoeste do Texas conduziu entrevistas informais com mais de 50 médicos do departamento de emergência. Eles citaram a falta de perícia psiquiátrica, uma crença de que muitos transtornos mentais são ameaças relativamente sem importância para a saúde e a incapacidade de dar continuidade de cuidados para seus pacientes como as principais razões que podem contribuir para o subdiagnóstico<sup>(9)</sup>. O mesmo estudo refere que pacientes, não segurados, com transtornos psiquiátricos parecem ser fortes usuários dos serviços médicos do departamento de emergência. Neste

Tabela 2

Chance para conduta de observação e hospitalização em pacientes idosos atendidos pelo UEP-CAISM<sup>1</sup> em 2006 e 2007 relacionada aos dados demográficos e clínicos.

| Variável                        | Encaminhado para o ambulatório | Observação seguida de alta | Observação seguida de internação |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| <b>Gênero masculino</b>         |                                |                            |                                  |
| OR <sup>2</sup>                 | 1                              | 0,571                      | 3,027                            |
| 95% IC <sup>3</sup>             |                                | 0,338 – 0,965              | 1,054 – 8,699                    |
| P                               |                                | 0,036                      | 0,04                             |
| <b>Idade entre 60 e 70 anos</b> |                                |                            |                                  |
| OR <sup>2</sup>                 | 1                              | 3,984                      | 3,027                            |
| 95% IC <sup>3</sup>             |                                | 1,545 – 10,277             | 1,054 – 8,699                    |
| P                               |                                | 0,004                      | 0,04                             |
| <b>Idade entre 70 e 80 anos</b> |                                |                            |                                  |
| OR <sup>2</sup>                 | 1                              | 5,391                      | -                                |
| 95% IC <sup>3</sup>             |                                | 2,054 – 14,146             |                                  |
| P                               |                                | 0,001                      |                                  |
| <b>Acompanhado pela família</b> |                                |                            |                                  |
| OR <sup>2</sup>                 | 1                              | -                          | 0,447                            |
| 95% IC <sup>3</sup>             |                                |                            | 0,267 – 0,743                    |
| P                               |                                |                            | 0,002                            |
| <b>Transtorno depressivo</b>    |                                |                            |                                  |
| OR <sup>2</sup>                 | 1                              | 7,795                      | -                                |
| 95% IC <sup>3</sup>             |                                | 3,328 – 18,260             |                                  |
| P                               |                                | 0,001                      |                                  |
| <b>Transtorno bipolar</b>       |                                |                            |                                  |
| OR <sup>2</sup>                 | 1                              | 5,547                      |                                  |
| 95% IC <sup>3</sup>             |                                | 2,40 – 13,738              |                                  |
| P                               |                                | 0,001                      |                                  |
| <b>Abuso de substância</b>      |                                |                            |                                  |
| OR <sup>2</sup>                 | 1                              | 4,298                      |                                  |
| 95% IC <sup>3</sup>             |                                | 1,461 – 12,647             |                                  |
| P                               |                                | 0,008                      |                                  |

<sup>1</sup> UEP-CAISM – Unidade de Emergência Psiquiátrica do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental. <sup>2</sup> OR – Odds Ratio – Razão de Chances. <sup>3</sup> IC - Intervalo de confiança.

contexto uma unidade especializada em emergências psiquiátricas poderia melhorar muito bem essa problemática<sup>(9)</sup>.

Nos últimos anos, houve aumento nas taxas de idosos procurando departamentos de emergência por razões psiquiátricas, também representam uma proporção crescente da procura total dos idosos por departamentos de emergência<sup>(8)</sup>. Além disso, entre os usuários em geral dos departamentos de emergência os idosos possuem taxas mais elevadas de visita e permanência mais prolongada, são mais propensos a serem usuários repetitivos dos departamentos de emergência e se admitidos pelo departamento de emergência permanecem mais tempo no hospital que os adultos jovens<sup>(8,11)</sup>. Pensa-se que uma das razões para isso é o envelhecimento da população uma vez que o envelhecimento geralmente é considerado um

fator de risco para a demência. Outra razão poderia ser a situação familiar instável vivida pelos idosos em conjunto com a deteriorização da saúde física.

Em San Diego (EUA), os idosos tinham maior probabilidade de acesso ao sistema público de saúde mental através da Equipe de Resposta a Emergência Psiquiátricas (EREP), um serviço combinado entre aplicação de leis e serviços psiquiátricos que responde as chamadas relacionadas à psiquiatria pelo 911<sup>(14)</sup>. Idosos tiveram também menor probabilidade de receber seguimento longitudinal. Essa menor taxa de seguimento foi devida tanto pelo setor inicial de serviço — com associação de uma taxa menor de seguimento entre usuários EREP — bem como pela menor taxa de follow-up entre idosos atendidos inicialmente em outros setores<sup>(14,15)</sup>.

Um estudo similar com uma casuística de idosos

no mesmo hospital deste estudo<sup>(11)</sup> observou 5434 consultas realizadas em 1998 e encontrou uma proporção de 7,3% de pacientes com 60 anos ou mais. A presente casuística foi coletada oito anos depois e mostra crescimento de 12% por ano e aumento de 10,6% da população idosa. É necessário considerar que a unidade de saúde aceita a demanda espontânea e isso poderia influenciar os dados, por exemplo, pelo maior conhecimento, por parte da população, dos serviços prestados ou a proximidade de outros serviços geriátricos especializados. De qualquer modo, esse aumento da população idosa no serviço segue o crescimento da população de idosos observada no Brasil e no mundo. Além disso, é esperado que esse número cresça progressivamente durante os próximos anos com o envelhecimento da população brasileira baseado nas projeções recentes. Então, mesmo os serviços exclusivos de saúde mental como a sala de emergência do Departamento de Psiquiatria da Santa Casa de São Paulo, devem estar preparados para lidar com transtornos mentais na população idosa.

Sobre as características demográficas observou-se nessa casuística alto número de idosos mais jovens (60,4% entre 60 e 70 anos de idade). Esse dado é semelhante aos dados de comunidades de outras nações em desenvolvimento como Singapura, México, Venezuela e Equador<sup>(16)</sup>. Por outro lado, nações desenvolvidas apresentam maiores proporções de indivíduos com mais de 70 anos, em decorrência da maior expectativa de vida como Itália, Japão e Alemanha<sup>(16)</sup>. Essa faixa etária está associada ao maior risco de hospitalização. Provavelmente porque possui menor funcionalidade e piores comportamentos de risco.

Quanto aos diagnósticos, encontrou-se depressão como o transtorno mais prevalente conforme observado também em estudos na comunidade, mas em estudos relacionados à emergência a demência aparece como a principal e pior causa. Suicídio aparece como a situação de emergência mais importante relacionada à depressão. Um estudo encontrou a prevalência de pensamentos suicidas, durante um mês, de 9,6 por cento entre homens e 18,7 por cento entre mulheres<sup>(5)</sup>. Em outro, a ideação suicida foi fortemente associada com depressão. Apenas 6,2 por cento dos participantes que não satisfaziam critérios de depressão ou ansiedade apresentavam qualquer pensamento suicida, enquanto que quase a metade das pessoas com critérios para depressão apresentava ideação suicida<sup>(17)</sup>.

Transtorno psicótico e transtorno bipolar mostraram prevalência significativa embora a literatura consultada relate baixas taxas<sup>(11)</sup>. Outro problema importante na velhice é o abuso de substâncias como tem sido relatado previamente<sup>(11,18)</sup>. Na presente casuística o transtorno bipolar, bem como a depressão e o abuso de substâncias estiveram relacionados à conduta de

observação, mas não com hospitalização.

O *Delirium* aparece como uma causa importante mesmo em um serviço de emergência psiquiátrica<sup>(19,20)</sup>. Vê-se como é importante reconhecer o *delirium*, pois ainda é confundido com outros transtornos psiquiátricos pela comunidade. Ainda, 80% das pessoas com 65 anos ou mais apresentam ao menos uma doença<sup>(11,19,20)</sup>. Comorbidades em idosos com transtornos psiquiátricos representam séria preocupação para os serviços de emergência<sup>(11,19,20)</sup>. Condições médicas com capacidade de ocultar sintomas psiquiátricos é uma complicação inerente de apresentação em saúde mental de pacientes geriátricos. Por exemplo, pode ser difícil avaliar a depressão em pacientes devido as frequentes comorbidades físicas do paciente e médicos da emergência frequentemente não reconhecem a depressão nesses pacientes<sup>(11,19,20)</sup>. Idosos com muitas comorbidades como alterações metabólicas ou infecções podem apresentar-se com *delirium*. Enquanto o comprometimento do estado mental em idosos é comum nos departamentos de emergência, os médicos desses locais reconhecem pouco tal condição<sup>(11,19,20)</sup>. O escasso diagnóstico do *delirium* no ambiente do departamento de emergência é evidente, pois uma parte significativa de pacientes em *delirium* recebem alta<sup>(11,19,20)</sup>. Além disso, pacientes do departamento de emergência com *delirium* não detectado apresentam elevada taxa de mortalidade em seis meses após a alta quando comparado com pacientes com *delirium* reconhecido. No geral, a avaliação de prejuízo cognitivo não é realizada de forma adequada na sala de emergência<sup>(9,11,19,20)</sup>. Os profissionais da emergência podem incorretamente assumir que médicos de cuidados primários estejam cientes do estado mental do paciente. Ainda mais, a abordagem inadequada das situações psiquiátricas pode refletir em excesso de trabalho para a equipe do departamento de emergência e sua preocupação com comorbidades coexistentes que ameaçam a vida do paciente<sup>(9,11,19,20)</sup>.

Possíveis fatores de risco associados à conduta de observação foram gênero masculino, idade entre 60 e 80 anos de idade, depressão, transtorno bipolar e abuso de substâncias. Fatores de risco para hospitalização após observação foram a idade entre 60 e 70 anos e o acompanhamento por algum familiar. Mudanças familiares individuais bem como mudanças sociais afetarão as necessidades em saúde mental de futuras coortes com idosos. Apoio social deficiente e ser solteiro estão altamente associados à utilização dos serviços de emergência psiquiátrica<sup>(21)</sup>. A proporção de mulheres idosas divorciadas aumentou substancialmente nas últimas décadas e espera-se que seja ainda maior no futuro<sup>21</sup>. O acesso aos recursos deve aumentar visto que 65% dos idosos não institucionalizados dependem principalmente da assistência não

privada para os cuidados pessoais em saúde<sup>(21)</sup>. Como os idosos apresentam uma maior taxa de dependência, o aumento dessa população será um desafio para os recursos sociais<sup>(21)</sup>. Fatores como educação e emprego também influenciam a demanda em saúde mental<sup>(21)</sup>. A próxima geração de idosos será a população geriátrica com maior grau educacional até agora e isso tem sido associado à maior utilização de ambulatórios psiquiátricos<sup>(21)</sup>. A mudança no papel social da mulher e a integração dessas no mercado de trabalho têm sido sugeridas como fatores possíveis para as taxas mais elevadas de depressão entre mulheres atualmente<sup>(21)</sup>.

O desenvolvimento de tratamentos físicos e psicológicos efetivos nos últimos 50 anos tem reduzido os atendimentos baseados na hospitalização e expandido os serviços baseados no tratamento ambulatorial. Entretanto, o tratamento agudo hospitalar de pacientes idosos gravemente acometidos com depressão ou psicose ou ainda distúrbios de comportamento que não podem ser manejados de maneira segura na comunidade, ainda é considerado como recurso fundamental para idosos pelos serviços de psiquiatria. No entanto, tem havido uma quantidade relativamente baixa de investigação a cerca da efetividade do tratamento hospitalar agudo, em parte devido às dificuldades éticas em testar adequadamente essa área da prática clínica<sup>(22)</sup>. Observou-se que 62,4% dos pacientes foram encaminhados ao ambulatório e 14,8% dos pacientes receberam alta após observação o que demonstra que apenas 22,7% dos pacientes foram hospitalizados. Esses números parecem indicar o UEP-CAISM como bom meio de promover o atendimento emergencial e prevenir a hospitalização de idosos com transtornos mentais, contudo, ainda são necessários mais estudos epidemiológicos em outros serviços de saúde mental que permitam a comparação. A maior limitação do presente estudo diz respeito à confiabilidade do diagnóstico uma vez que foi formulado, por exemplo, após entrevista clínica, sem outras escalas, mas este tem como vantagem refletir a prática clínica dos profissionais envolvidos.

Outra possível inclinação aparente é que nosso serviço trata-se de uma das poucas salas de emergência psiquiátrica em hospitais gerais pertencentes ao SUS na cidade de São Paulo. Isso tende a atrair muitos pacientes com condições graves de outras áreas e distritos municipais da grande São Paulo. Observou-se que nosso serviço é composto por 60% de pacientes da nossa área e que, em média, essas pessoas percorrem um itinerário 115% maior para chegar ao UEP-CAISM do que para chegarem ao serviço de suas respectivas áreas. Tal situação pode ser responsável grande número de pacientes em condições graves e pela grande proporção de portadores de transtornos psicóticos e transtorno bipolar.

Concluindo, a assistência aos idosos tem suas peculiaridades, porém é parte da rotina dos serviços de emergência psiquiátrica. Ter menos de 80 anos, gênero masculino e estar acompanhado por família foram fatores de risco para a hospitalização. Profissionais dedicados a esse tipo de serviço devem estar preparados para o manejo correto de cada caso bem como auxiliar o paciente em como administrar sua saúde independente da fase de tratamento.

## Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Persons in emergencies: an active ageing perspective. Geneva: World Health Organization; 2008. 49 p.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. 25 de julho de 2002. [on line]. [Acesso 10 dez 2011]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>.
3. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Pelegrín C, Calvo JM, et al. Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23:915-21.
4. Martens PJ, Fransoo R, Burland E, Burchill C, Prior HJ, Ekuma O, et al. Prevalence of mental illness and its impact on the use of home care and nursing homes: a population-based study of older adults in Manitoba. *Can J Psychiatry*. 2007; 52:581-90.
5. Skoog I. Psychiatric epidemiology of old age: the H70 study—the NAPE lecture 2003. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 109:4-18.
6. Copeland JR, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C. Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. *Br J Psychiatry*. 1987;150:815-23.
7. Colenda CC, Greenwald BS, Crossett JH, Husain MM, Kennedy GJ. Barriers to effective psychiatric emergency services for elderly persons. *Psychiatr Serv*. 1997; 48:321-5.
8. Thienhaus OJ, Piasecki MP. Assessment of geriatric patients in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv*. 2004; 55:639-40, 642.
9. Baillargeon J, Thomas CR, Williams B, Begley CE, Sharma S, Pollock BH, et al. Medical emergency department utilization patterns among uninsured patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv*. 2008; 59:808-11.
10. Thienhaus OJ, Rowe C, Woellert P, Hillard JR. Geropsychiatric emergency services: utilization and outcome predictors. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39:1301-5.
11. Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21:12-8.
12. Sadock B, Sadock VA. Manual de psiquiatria clínica. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
13. Gulinelli A, Ratto LR, Menezes PR. The social adjustment of people with severe mental illness in Sao Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27:309-14.
14. Gilmer TP, Ojeda VD, Fuentes D, Criado V, Garcia P. Access to public mental health services among older adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009; 24:313-8.
15. Gilmer T, Ojeda VD, Folsom D, Fuentes D, Criado V, Garcia P, Jeste DV. Costs of community-based public mental health services for older adults: variations related to age and diagnosis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006; 21:1121-6.
16. World Health Organization. Ageing and life course. 2012. [on

- line]. Geneva: World Health Organization; 2012. [Access 10 Jan 2012]. Available from:
17. Arve S, Eloranta S, Rovio S, Isoaho H, Viitanen M, Lehtonen A. Depressive symptoms among older people: a 15-year follow-up. *Aging Clin Exp Res*. 2012 Apr 16. [Epub ahead of print].
  18. Puryear DA, Lovitt R, Miller DA. Characteristics of elderly persons seen in an urban psychiatric emergency room. *Hosp Community Psychiatry*. 1991; 42:802-7.
  19. Woo BKP. Utilization patterns of psychiatric emergency services by elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 57:182-3.
  20. de Lange E, Verhaak PF, van der Meer K. Prevalence, presentation and prognosis of delirium in older people in the population, at home and in long term care: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012 Apr 18. doi: 10.1002/gps.3814. [Epub ahead of print].
  21. Walsh PG, Currier G, Shah MN, Lyness JM, Friedman B. Psychiatric emergency services for the U.S. elderly: 2008 and beyond. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16:706-17.
  22. Draper B, Low L. What is the effectiveness of acute hospital treatment of older people with mental disorders? *Int Psychogeriatr*. 2005;17:539-55.
  23. Souza ADP, Migon HS. Bayesian binary regression model: an application to in-hospital death after AMI prediction. *Pesqu Oper*. 2004; 24:253-67.
- 

Trabalho recebido: 13/03/2012  
Trabalho aprovado: 08/05/2012