

Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais

Generalized anxiety disorder in a population aged 80 years and older

Flávio MF Xavier^a, Marcos PT Ferraz^b, Clarissa M Trenti^a, Irani Argimon^a, Paulo H Bertollucci^c, Dalva Poyares^d e Emílio H Moriguchi^a

^aAssociação de Neuropsicologia do Idoso do Instituto de Geriatria e Gerontologia. Porto Alegre, RS, Brasil. ^bDepartamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM). São Paulo, SP, Brasil. ^cDepartamento de Neurologia da Unifesp/EPM. São Paulo, SP, Brasil. ^dDepartamento de Psicobiologia da Unifesp/EPM. São Paulo, SP, Brasil

Rev. Saúde Pública vol.35 no.3 São Paulo June 2001

INTRODUÇÃO

Existem poucos estudos sobre a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) para populações acima de 65 anos. Schneider,¹⁶ buscando na literatura estudos de prevalência de TAG baseados em populações de idosos residentes em uma comunidade, identificou apenas três estudos. Neles, a taxa de prevalência de TAG entre idosos variava consideravelmente. No estudo nacional de uso de drogas psicoterapêuticas¹⁸ feito com 442 sujeitos com mais de 65 anos, foi encontrada uma prevalência de TAG (pela DSM-III) de 7,1% ao ano. Já Copeland et al⁴ encontraram em Londres e Nova York as prevalências de TAG entre idosos de 1,1% e de 0,7%, respectivamente. Estudando uma amostra de 890 sujeitos acima de 65 anos, Lindesay et al¹¹ encontraram a prevalência de TAG de 3,7% entre os idosos entrevistados.

Nenhum desses trabalhos citados esteve especificamente atento à prevalência de transtorno de ansiedade generalizada na subamostra de idosos acima de 80 anos de idade. Entre os idosos acima dessa faixa etária, mais frequentemente que entre os sexagenários, existem casos de sujeitos que os gerontólogos denominam de "frágeis". Essa fragilidade biopsicossocial traz um maior risco para quadros ansiosos? Como fica a memória e o sono de idosos da faixa mais velha, quando acometidos por transtorno de ansiedade? Seria a ansiedade desses sujeitos uma decorrência de um estado geral de saúde significativamente pior?

O presente estudo teve por objetivo: a) determinar a prevalência, nos últimos 12 meses, de TAG em uma população de sujeitos acima de 80 anos residentes em uma comunidade; b) estimar a frequência de outros transtornos psiquiátricos entre controles e sujeitos com TAG; c) comparar os padrões de sono, a função cognitiva e o estado de saúde geral entre controles normais e sujeitos com transtorno de ansiedade generalizada; d) comparar os padrões de satisfação com a vida e de qualidade de vida entre idosos normais e com TAG.

MÉTODOS*

Amostra

De uma população de 219 sujeitos com mais de 80 anos, residentes no município de Veranópolis, Rio Grande do Sul, foi desenhada uma amostra randômica e representativa de 77 sujeitos. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado por meio do pacote Epi Info versão 6.02. Para a escolha dos indivíduos a serem incluídos na amostra, foi utilizado o método de amostragem aleatória simples a partir do sorteio de 77 nomes de uma lista de 219 idosos acima de 80 anos, do município. Dos 77 indivíduos sorteados, 4 recusaram-se a participar do estudo. Outros 4 (5% ou 4/73) sujeitos apresentavam critérios da DSM-IV para demência e 2 para *delirium*. Um outro sujeito apresentou intensa ansiedade ao responder a entrevista e não pôde ser estudado. Assim, o grupo final estudado foi constituído de 66 sujeitos.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por um médico geriatra, um médico psiquiatra e um psicólogo clínico. Cada pesquisador aplicou uma parte dos instrumentos, sendo a avaliação neuropsicológica desenvolvida pelo psicólogo, o exame geriátrico global pelo médico geriatra, e o preenchimento da Entrevista Clínica Estruturada (Structured Clinical Interview-SCID)⁶ para DSM-IV pelo médico psiquiatra. Cada entrevistado era avaliado por cada entrevistador em dias diferentes, com o objetivo de não tornar a entrevista cansativa para os sujeitos. Os que participaram do presente estudo deram seu consentimento informado.

Escalas e procedimentos

Saúde geral

Todos os sujeitos tiveram uma avaliação geriátrica global. Esta incluía: entrevista clínica, exame físico e neurológico e uma entrevista estruturada com perguntas específicas sobre a presença, a duração, os principais sintomas e as complicações de tratamento de doença pulmonar crônica, doença cardíaca, doença aterosclerótica, diabetes mellitus, neoplasia maligna, doença osteoarticular e enfermidades dos órgãos dos sentidos. O índice "Cumulative Illness Rating Scale" (CIRS)¹² foi utilizado para quantificar a comorbidade

médica geral em ambos os grupos: grupo com TAG e o grupo sem este transtorno de ansiedade. O CIRS é um instrumento validado que quantifica as disfunções de seis sistemas orgânicos (cardiorrespiratório, gastrointestinal, genitourinário, musculoesquelético, psiconeurológico e sistema geral-endócrino) em uma escala de gravidade de 0-4 pontos.

Cognição

A percepção subjetiva do funcionamento da memória foi avaliada com base no Questionário de Queixas de Memória (MAC-Q),⁵ sendo que uma pontuação igual a 25 pontos ou maior que esse índice foi considerada indicativa de perda subjetiva de memória. O desempenho objetivo da memória foi avaliado fazendo-se uso de dois testes neuropsicológicos. O teste de evocação de Buschke⁹ foi utilizado, avaliando a memória e o aprendizado. O escore utilizado foi o número total de estímulos recordados (somatório das lembranças livres e das lembranças decorrentes do uso de pistas semânticas), sendo a pontuação máxima de 96 lembranças. Também foram incluídos as lembranças tardias e o número de estímulos dentre os 16 apresentados/recordados após 30 min. A memória verbal foi quantificada com o teste "Lista-de-palavras"¹³ da bateria neuropsicológica do CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease), sendo o escore o número de palavras lembradas na evocação tardia do total de 10 palavras. Além da memória, outras funções cognitivas estudadas foram: atenção, habilidade verbal e função visoconstrutiva. Aplicaram-se os seguintes testes neuropsicológicos para esse estudo: atenção — o subteste "Span de Números" da Escala de Inteligência de Adultos de Wechsler (WAIS),²¹ sendo o escore o valor "bruto", ou seja, o somatório do total de acertos da forma direta com o do total de acertos da forma inversa; habilidade verbal — o teste da fluência verbal, categoria animais,² sendo o escore o número total de nomes de animais produzido em um minuto e função visoconstrutiva; teste da reprodução visual de figuras da escala de memória de Wechsler²⁰ segundo a adaptação de Russell's,¹⁵ sendo a pontuação o número de componentes presentes no desenho tardio (após 10 min da apresentação da figura).

Também foram utilizados os instrumento miniexame do estado mental⁷ e a escala de severidade de sintomas demenciais "The Clinical Dementia Rating" (CDR),⁸ com o objetivo de quantificar o funcionamento cognitivo em um sentido mais amplo.

Sono

Para a identificação dos casos de insônia, foi formulada a seguinte questão aos sujeitos: "com referência ao mês anterior, você alguma vez teve um período de duas semanas ou mais, no qual tenha tido (a) dificuldade em iniciar o sono?, (b) dificuldade em manter-se dormindo?, (c) situação de acordar muito cedo pela manhã? ou (d) presença de sono não restaurador?". A questão foi formulada na forma de 4 perguntas separadas, sendo considerado com insônia o sujeito que tinha, pelo menos, uma das 4 situações acima positiva.

Cada sujeito ou seu cuidador mais próximo entre os iletrados completou um diário de padrões de sono durante duas semanas. A primeira seção do diário era respondida logo antes de ir para a cama e referia-se a atividades do dia, presença de sonolência diurna excessiva, bem como presença, duração e horário de cochilos diurnos. A segunda seção, a ser completada logo que o sujeito acordava pela manhã, referia-se ao horário de ida para a cama, duração do sono e de despertares. Essa seção também incluía escalas analógicas visuais, quando era perguntado ao sujeito sobre a qualidade do sono da noite, o humor e a disposição ao acordar. A opinião subjetiva sobre a "qualidade do sono" foi medida pelo índice de qualidade de sono de Pittsburgh,³ e a sonolência excessiva diurna, pela escala Epworth¹⁰ (versão modificada^{**}).

Variáveis psiquiátricas

A avaliação psiquiátrica estruturada incluiu o uso da versão brasileira da SCID⁶ para DSM-IV. Com a aplicação desse instrumento, objetivou-se a identificação dos casos de transtorno de ansiedade generalizada, de episódio depressivo maior e de transtorno depressivo menor. A escala de depressão geriátrica (GDS)¹⁷ foi usada para mensurar sintomas depressivos.

Para a caracterização do padrão de consumo de fármacos da classe dos benzodiazepínicos, foram colocadas as seguintes questões aos sujeitos: "Você já tomou alguma coisa para dormir (na vida)?; O que tomou para dormir?; Já tomou remédio para dormir?; Qual remédio usou para dormir?; Frequência que toma remédio para dormir (classificando-se entre: diariamente, entre três e seis vezes por semana, entre uma a duas vezes por semana, entre duas e três vezes por mês, uma vez por mês, menos de uma vez por mês, nunca, já tomou e não toma mais)? e "Tomou remédio para dormir ontem? Qual?". Além desse questionário, o uso de benzodiazepínicos também foi registrado no diário do sono de duas semanas. Os sujeitos denominados de consumidores de benzodiazepínicos, no presente estudo, foram os que faziam uso na frequência de três até sete dias por semana, ao longo dos últimos 30 dias.

Os idosos também foram avaliados quanto à satisfação com a vida, fazendo uso do instrumento *Índice de satisfação com a vida* de Neugarten & Havighurst,¹⁴ e quanto à qualidade de vida, fazendo uso do instrumento "Medical outcomes study 36-item short-form" (SF36).¹⁹

Estatística

O teste qui-quadrado foi usado para identificar se existia associação entre presença de TAG e gênero. Também foi utilizado para identificar se existiam associações e presença de TAG com maior prevalência de comorbidades psiquiátricas, um maior uso de benzodiazepínicos ou uma maior presença de insônia.

O teste não paramétrico de Mann-Whitney foi usado para comparar o desempenho dos 7 idosos do grupo com TAG e o desempenho dos idosos do grupo-controle nas medidas de saúde geral, nas medidas dos testes neuropsicológicos da cognição, nas medidas do diário

do sono e nas escalas de sono bem como nas escalas de satisfação com a vida e qualidade de vida. O intervalo de confiança foi de 95%, e os valores foram considerados significativos, quando o valor de p era $\leq 0,05$.

RESULTADOS

A proporção de 36% de homens na amostra (24 homens) e de 64% de mulheres (42 mulheres) não diferia da proporção na população total de sujeitos acima de 80 anos no município, cuja população é de 37% do sexo masculino (81 homens) e 63% do sexo feminino (138 mulheres). O tempo médio de escolaridade era de 2,6 ($\pm 2,8$) anos de estudo, sem diferença do tempo de escolaridade por gênero. Na amostra estudada, 25 sujeitos (38%) residiam na área rural do município, e 41 (62%), na área urbana.

Um percentual de 10,6% (7/66) apresentava critérios de DSM-IV para TAG. Todos os sujeitos com TAG eram do sexo feminino, porém não foi evidenciada distribuição diferenciada em associação com gênero ($p=0,10$). A idade média de sujeitos com TAG e de sujeitos sem TAG não diferia, sendo em média de 83 anos (desvio-padrão de $\pm 1,7$) para sujeitos com TAG e de 84 anos ($dp \pm 3,5$) para sujeitos sem esse diagnóstico.

Quanto ao uso de bebida alcoólica, os idosos com TAG bebiam em média um dia por semana ($dp \pm 2,6$), enquanto sujeitos afetivamente hígidos bebiam com frequência mais significativa ($p=0,03$), em média, 3,6 dias por semana ($dp \pm 3,3$). Já o uso diário de benzodiazepínicos não diferia entre sujeitos com e sem diagnóstico de TAG: enquanto 16% dos sujeitos com TAG faziam uso freqüente de benzodiazepínicos, um percentual de 14% dos controles tinha esse padrão de uso ($p=1,0$).

Os padrões de saúde geral, cognitivos, de sono, as comorbidades psiquiátricas, a satisfação com a vida e a qualidade de vida foram comparados e estão apresentados nas tabelas, em que o número de sujeitos no grupo-controle considerado não foi de 59 sujeitos sem TAG, e sim de 47 sujeitos. Para essas análises, foram excluídos 12 sujeitos em função do fato de 8 deles estarem no grupo sem TAG, mas fazerem uso de remédios benzodiazepínicos, e 4 deles não terem informações sobre o uso ou não de benzodiazepínicos. Como eventualmente esses sujeitos sem TAG poderiam estar assintomáticos da ansiedade devido ao remédio, foi opção excluí-los como grupo-controle.

Estado de saúde geral

A [Tabela 1](#) resume a comparação da saúde dos 7 idosos do grupo com TAG e dos 47 do grupo-controle. O estado de saúde geral pela escala CIRS dos idosos com TAG tendia a ser pior do que o estado daqueles sem qualquer sintomatologia de humor ansioso ($p=0,005$). Contudo, a escala CIRS, além dos itens para aferir enfermidades nos diferentes órgãos, também apresenta um subitem para presença de sintomas psiquiátricos. Quando sujeitos com TAG e sujeitos-controle foram comparados apenas nos itens de

"saúde geral", isto é, excluindo o item de saúde emocional, a tendência dos sujeitos com TAG e controles a pontuar diferentemente na escala desaparecia. Assim, ao remover o subitem psiquiátrico, observou-se que sujeitos com TAG e controles não tinham diferenças ($p=0,09$) nos demais aspectos de seu estado de saúde geral, conforme pontuação pela CIRS. Os idosos com TAG consultaram médicos menos frequentemente que os idosos-controle nos últimos 12 meses. Também havia uma tendência ($p=0,06$) para os com TAG terem estado menos dias doentes no último ano.

Tabela 1 - Variáveis de saúde geral entre idosos com transtorno de ansiedade generalizada e entre controles.

Variáveis	Idosos com TAG		Idosos sem TAG		Significância*
	Média (±DP)	Mediana	Média (±DP)	Mediana	
Consultas no ano					
Número de vezes que esteve consultando no ano passado	0,8 (±0,9)	1,0	2,4 (±2,0)	2,0	$p=0,059$ (s)
Dias doente/ano					
Quantos dias esteve doente ano passado	0,4 (±1,1)	0	5,1 (±8,7)	0,5	$p=0,06$ (ns)
Dias doente/mês					
Quantos dias doente no último mês	0,2 (±0,7)	0	0,3 (±0,9)	0	$p=0,9$ (ns)
Saúde geral – Índice CIRS					
a) CIRS total (pontuações mais altas significando maior comprometimento da saúde geral)	9,2 (±2,8)	9,0	6,1 (±2,7)	6,0	$p=0,005$ (s)
b) CIRS - apenas TGI (subscore de trato gastrointestinal inferior)	2,0 (±0,0)	2,0	0,26 (±0,49)	0	$p=0,000$ (s)
c) CIRS - sem psiquiátrico (escore na escala CIRS deixando de fora o subitem psiquiátrico)	7,2 (±2,8)	7,0	5,7 (±2,6)	5,0	$p=0,09$ (ns)

*Resultado do teste não paramétrico de Mann-Whitney (2-tailed P) s: significativo; ns: não significativo; dp: desvio-padrão
TAG – Transtornos de ansiedade generalizada CIRS – “Cumulative Illness Rating Scale” TGI – Trato gastrointestinal

Cognição e memória

Conforme representado na [Tabela 2](#), idosos que tinham TAG, quando comparados com os do grupo-controle, não apresentaram mais queixas de memória pelo questionário MAC-Q, nem pior desempenho cognitivo em nenhum dos testes neuropsicológicos aplicados e nem mesmo no miniexame do estado mental. Apenas no teste *digit span*, observou-se desempenho melhor de idosos com TAG do que entre os controles normais.

Tabela 2 - Desempenho em diferentes testes neuropsicológicos e presença de transtorno de ansiedade generalizada.

Testes	Idosos com TAG		Idosos sem TAG		Significância*
	Média (±DP)	Mediana	Média (±DP)	Mediana	
MEEM	21,8	22	21,1	21	p=0,63 (ns)
Miniexame do estado mental	(±3,6)		(±4,9)		
Buschke (SOMLP-imediate)	90,5	90,5	87	94	p=0,12 (ns)
Buschke (SOMLP-tardia)	(±3,5)		(±18,0)		
Buschke (SOML-tardia)	9	9	11	13	p=0,15 (ns)
Buschke (SOMLP-tardia)	(±3,3)		(±4,9)		
Fluência verbal	16	16	15	16	p=0,80 (ns)
	(±0,4)		(±2,8)		
Digit span	10,2	11	10,4	9	p=0,83 (ns)
	(±2,2)		(±3,7)		
Memória de lista de palavras (3º trial)	8,0	8	6,3	7	p=0,013 (s)
Teste da reprodução visual (imediate)	(±1,1)		(±2,0)		
Teste da reprodução visual (imediate)	4,8	5	5,0	4	p=0,61 (ns)
Teste da reprodução visual (imediate)	(±1,5)		(±2,2)		
Teste da reprodução visual (imediate)	1,5	1	1,9	1	p=0,38 (ns)
Teste da reprodução visual (imediate)	(±1,2)		(±2,2)		
Escala CDR de sintomas demenciais	0,35	0,5	0,31	1	p=0,78 (ns)
Escala CDR de sintomas demenciais	(±0,24)		(±0,30)		
Escala MAC-Q de percepção subjetiva de perda de memória	26	26	26	26	p=0,74 (ns)
Escala MAC-Q de percepção subjetiva de perda de memória	(±2,6)		(±4,1)		

*Resultado do teste não paramétrico de Mann-Whitney (2-tailed P) s: significativo; ns: não significativo.

SOMLP: somatório do número de lembranças livres e de lembranças com pistas.

SOML: somatório do número de lembranças livres.

CDR – "Clinical Dementia Rating".

MAC-Q – Questionário de Queixas de Memória.

Sono

Na [Tabela 3](#) estão representados os padrões do sono de idosos com transtorno de ansiedade generalizada. Significativamente os idosos com TAG, mais frequentemente que os controles, queixavam-se de acordar muito cedo pela manhã e não conseguir voltar a dormir (p=0,045). Entre os 7 sujeitos com TAG, um fazia uso de benzodiazepínicos de maneira contínua. Refizeram-se as comparações dos padrões de sono, excluindo-se esse indivíduo, com o objetivo de observar as alterações do sono exclusivamente associadas à presença de ansiedade, sem o fator confundidor do uso de ansiolíticos. Essa segunda análise seguia sem diferenças significativas nos padrões de sono entre idosos com TAG e controles. Inclusive, a diferença estatística que era observada na queixa de insônia terminal desaparecia, o que, eventualmente, seja decorrente apenas de um número menor de sujeitos com TAG.

Tabela 3 - Padrões de sono e presença de transtorno de ansiedade generalizada.

Padrões de sono	Idosos com TAG		Idosos sem TAG		Significância*
	Média (±DP)	Mediana	Média (±DP)	Mediana	
Qualidade do sono (Índice de Pittsburgh)	6,7 (±1,7)	8,0	6,0 (±2,9)	5,0	p=0,50 (ns)
Pontos na escala Sonolência diurna (Escala de Epworth)	7,0 (±1,4)	7,0	6,4 (±3,5)	6,0	p=0,51 (ns)
Horas dormindo (Tempo líquido dormindo de noite)	7,5 (±0,7)	7,0	7,7 (±1,5)	8,0	p=0,76 (ns)
Horas dormindo					
Eficácia do sono					
Em percentual do tempo de fato dormindo, de todo o tempo que fica na cama	80% (±6,7)	82%	78% (±13)	79%	p=0,81 (ns)
Despertares de noite					
Número de despertares por noite na média de 14 noites	1,5 (±0,7)	1,0	1,9 (±0,9)	2,0	p=0,31 (ns)
Cochilo diurno (Percentual na forma "sestear" do sono total de 24 horas)	7,2% (±3,9)	8%	11% (±6,1)	10%	p=0,13 (ns)
	Questionário sobre insônia Idosos com TAG		Idosos sem TAG		Significância**
Dificuldade de iniciar		50% (3/6)	38% (18/47)		P=0,91(ns)
Na opinião do sujeito, há dificuldades para INICIAR o sono?		SIM	SIM		
Dificuldade no meio da noite (acordar muito e não conseguir pegar no sono)?		50% (3/6)	40% (19/47)		P=0,99(ns)
Acordar cedo demais		SIM	SIM		
Na opinião do sujeito, há dificuldades pois acorda MUITO CEDO, e não consegue dormir novamente?		83% (5/6)	32% (15/47)		P=0,045 (s)
Sono é não restaurador		SIM	SIM		
		16% (1/6)	21% (10/47)		P=1,00 (ns)
		tem sono não restaurador	tem sono não restaurador		
Diagnóstico de insônia		83% (5/6)	66% (31/47)		P=0,69 (ns)
		SIM	SIM		

*Resultado do teste não paramétrico de Mann-Whitney (2-tailed P) s: significativo; ns: não significativo;

**Resultado do teste qui-quadrado.

Comorbidade com síndromes depressivas

Na [Tabela 4](#), estão representadas as freqüências de ocorrência de quadros de humor depressivo entre os 7 sujeitos com TAG e entre os 47 controles sem TAG e sem o uso de benzodiazepínicos. A presença de TAG estava associada a uma maior freqüência simultânea de diagnóstico de episódio depressivo maior, à maior freqüência de depressão menor e a um maior número de sintomas depressivos, quando medidos pela escala de sintomas depressivos GDS.

Tabela 4 - Quadros depressivos e presença de transtorno de ansiedade generalizada.

Quadros depressivos	Idosos com TAG	Idosos sem TAG	Significância
Episódio depressivo maior	28%	2,1%	
Frequência de comorbidade	2 com EDM entre 7 com TAG	1 com EDM entre 47 controles	p=0,049 (s)*
Depressão menor	43%	8,5%	
Frequência de comorbidade	3 com D< entre 7 com TAG	4 com D< entre 47 controles	p=0,054 (s)*
Sintomas depressivos	mediana: 8 pontos	mediana: 3 pontos	
Pontos na escala de sintomas depressivos GDS	média: 7,7 (DP:±1,4)	média: 3,0 (Dp:±2,2)	p=0,0002 (s)**

*Resultado do teste qui-quadrado.

**Resultado do teste não paramétrico de Mann-Whitney (2-tailed P); s: significativo

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

EDM Episódio depressivo maior

Satisfação com a vida e qualidade de vida

A [Tabela 5](#) compara a pontuação nos índices de satisfação com a vida (LSI) e de qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36)¹⁹ de idosos com TAG e de idosos-controle. A presença de TAG associava-se à menor satisfação com a vida e aos piores padrões de qualidade de vida na maior parte dos domínios da escala SF-36.

Tabela 5 - Pontuação na escala “Índice de Satisfação com a Vida” e na escala de qualidade de vida “Short-form-36” de idosos com e sem transtorno de ansiedade generalizada.

	Escala de satisfação com a vida		Idosos sem TAG		Significância
	Idosos com TAG		Média	Mediana	
	Média (±DP)	Mediana	Média (±DP)	Mediana	
Índice de satisfação com a vida	22,8	24	26,7	28	p= 0,030 (s)*
Pontuação na escala	(±4,4)		(±5,0)		
Escala de Qualidade de vida “SHORT-FORM-36”.					
	Idosos com TAG		Idosos sem TAG		Significância*
	Média	Mediana	Média	Mediana	
Capacidade funcional	68	80	83	90	p=0,10 (ns)
Aspectos físicos	25	0	68	100	p=0,02 (s)
Dor	62	72	76	84	p=0,49 (ns)
Estado geral de saúde	51	50	78	82	p=0,01 (s)
Vitalidade	42	40	70	70	p=0,001(s)
Aspectos sociais	51	50	84	87	p=0,0009 (s)
Aspectos emocionais	47	33	79	100	p=0,07 (ns)
Saúde mental	41	44	76	76	p=0,0003 (s)

*Resultado do teste não paramétrico de Mann-Whitney (2-tailed P) s: significativo; ns: não significativo;

DISCUSSÃO

A especificidade do presente estudo está relacionada à idade média elevada dos idosos avaliados. Entre esses sujeitos com mais de 80 anos, observou-se uma prevalência de TAG mais alta do que a identificada pelos três estudos revisados. Qualquer desses estudos incluía idosos de idade média não maior que 70 anos. Na comunidade estudada, entre os sujeitos com TAG da faixa acima de 80 anos, observou-se, em comparação com controles sem TAG, um estado de saúde geral equivalente, nenhuma diferença na função cognitiva, maior frequência de insônia terminal sem outras dificuldades com o sono,

frequente comorbidade com síndromes depressivas, menor satisfação com a vida e pior padrão de qualidade de vida.

A prevalência encontrada é mais elevada do que os resultados de outros estudos de prevalência entre idosos. Não se pode determinar pela metodologia empregada o quanto essa taxa mais elevada está em associação com a idade mais avançada. Eventualmente, a comunidade estudada pode ter mais TAG que as demais citadas na literatura. Nesse sentido, estudando a prevalência de ansiedade entre adultos no Brasil, Almeida Filho¹ encontrou, em outra cidade do Rio Grande do Sul, prevalência de 9,6% para qualquer transtorno de ansiedade, maior do que em outros locais do Brasil.

A maior prevalência identificada no presente estudo pode estar influenciada pela presença de maior proporção de mulheres na população estudada. Almeida Filho¹ também observou que a distribuição de ansiedade era diferenciada por gênero, sendo de 5,2% para homens e de 14,0% para mulheres. Como a longevidade da comunidade estudada é maior para mulheres do que para homens, o aumento da taxa de prevalência entre os octogenários poderia estar refletindo apenas a presença de maior proporção de mulheres a cada década, após os 60 anos.

A ansiedade observada entre os pacientes não estava associada a um pior estado de saúde geral. Curiosamente, os sujeitos com TAG haviam ido menos ao médico no ano anterior, o que, eventualmente, poderia refletir esquiva social. Uma inferência possível desse achado é supor que estudos de frequência de TAG conduzidos em ambulatórios médicos poderiam diminuir a magnitude da prevalência desse transtorno entre idosos. A característica de maior número de queixas de trato gastrointestinal inferior entre os com TAG, se confirmada em outros estudos, poderia auxiliar o clínico geral a pensar em TAG diante de idosos com queixas intestinais.

Não houve diferenças importantes no desempenho cognitivo nem nos padrões de sono entre os idosos com TAG. Existe uma tradição na clínica de associar a queixa de insônia terminal com depressão e a de insônia inicial com ansiedade. Neste estudo, por outro lado, ansiedade esteve associada à insônia terminal. Contudo, dada a grande sobreposição vista de ansiedade com depressão, a queixa referida pelos ansiosos de acordarem mais cedo do que gostariam poderia ser tanto uma característica depressiva quanto ansiosa.

Apesar de não ser uma característica particular de idosos, a associação de TAG a todas as três situações de humor depressivo (depressão maior, depressão menor e número de sintomas depressivos) aponta a importância do clínico ter sempre em mente a frequência das comorbidades em psiquiatria. O clínico deve estar atento ao atender idosos com ansiedade a eventuais quadros de humor depressivo nem sempre evidentes.

A satisfação com a vida e os padrões em diferentes domínios da qualidade de vida relacionada à saúde eram piores entre os com TAG. Entre os domínios avaliados pelos idosos com TAG como comprometidos, além da saúde geral, mental e dos aspectos físicos, observa-se também um pior escore no campo da vitalidade e dos aspectos sociais. Pode-se inferir que essa menor vitalidade e retraimento social, identificados nesse

instrumento, estejam associados à menor busca de consultórios médicos, também vista entre os com TAG.

Chama a atenção que idosos com TAG não façam mais uso de álcool do que os sujeitos-controle, tendo sido, inclusive, observado um uso significativamente menos freqüente de álcool. Quanto ao uso de fármacos sedativo-hipnóticos, sujeitos com TAG não faziam uso diário de benzodiazepínicos com mais freqüência do que os controles.

Em conclusão, os dados apontam para uma ocorrência freqüente de TAG entre os muito idosos. Esses quadros de ansiedade não ocorriam em idosos com saúde geral pior, salvo pela particularidade deles apresentarem mais enfermidades intestinais. Cognição e sono, essencialmente, não diferiam entre controles e sujeitos com TAG, porém estes últimos tendiam a ter mais quadros depressivos associados. Os sintomas ansiosos associavam-se à menor satisfação com a vida e ao pior padrão de qualidade de vida, havendo menor consumo de álcool entre os com TAG.

REFERÊNCIAS

1. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological feature and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.
[[Medline](#)]
2. Butters N, Granholm E, Salmon DP, Grant I, Wolfe J. Episodic and semantic memory: a comparison of amnesic and demented patients. *J Clin Exp Neuropsychol* 1987;9:479-97.
3. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.
[[Medline](#)]
4. Copeland JRM, Gurland BJ, Dewey ME, Kelleher MJ, Smith AM, Davidson IA. Is there more dementia, depression and neurosis in New York? A comparative study of elderly in New York and London using the computer diagnosis AGE-CAT. *Br J Psychiatry* 1987;151:466-73.
[[Medline](#)]
5. Crook T, Bartus RT, Ferris S, Whitehouse P, Cohen GD, Gershon S. Age-associated Memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change-report of a national institute of mental health work group. *Dev Neuropsychol* 1986;2:261-76.

6. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P, versão 2). Versão brasileira*. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 1998.

7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.

[[Medline](#)]

8. Grober E, Buschke H. Genuine memory deficits in dementia. *Dev Neuropsychol* 1987;3:13-36.

9. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatr* 1982;140:566-72.

10. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991;14:540-5.

[[Medline](#)]

11. Lindsay J, Briggs K, Murphy E. The Guy's/age concern survey: prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in an urban elderly community. *Br J Psychiatry* 1989;155:317-29.

[[Medline](#)]

12. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc* 1968;16:622-6.

13. Morris JC, Heyman A, Mohs RC, Hughes JP, van Belle G, Fillenbaum G, Mellits ED, Clark C et al. The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). *Neurology* 1984;34:939-44.

14. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin S. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol* 1961;16:134-43.

15. Russell EW. A multiple scoring method for the assessment of complex memory functions. *J Consult Clin Psychol* 1975;43:800-9.

16. Schneider LS. Overview of generalized anxiety disorder in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1996;57(Suppl 7):34-45.

17. Sheikh JI, Yesavage J. A Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-73.

18. Uhlenhuth EH, Balter MB, Mellinger GD, Cisin IH, Clinthorne J. Symptom checklist syndromes in the general population: correlations with psychotherapeutic drug use. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1167-73.

[[Medline](#)]

19. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.

[[Medline](#)]

20. Wechsler D. A standardized memory scale for clinical use. *J Psychol* 1945;19:87-95.

21. Wechsler D. *Teste de Inteligencia para Adultos (WAIS)*. 2^a ed. Buenos Aires: Editora Paidós; 1993.

Correspondência para/Correspondence to:

Flávio Xavier

Associação de Neuropsicologia do Idoso do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUC/RS

Avenida Ipiranga 6690, Hospital São Lucas, sala 304

90610-000 Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: flax@zaz.com.br

Edição subvencionada pela Fapesp (Processo n. 01/01661-3).

Recebido em 29/6/2000. Reapresentado em 9/11/2000. Aprovado em 23/1/2001.

*A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM).

**No presente estudo não foi incluída uma das questões deste questionário que perguntava sobre a probabilidade do sujeito adormecer dirigindo automóveis no trânsito, pois a maior parte dos sujeitos nessa comunidade não costuma dirigir.