

COMO CITAR:

Ladessa LECL, de Oliveira LG, Barroso LP, Neves LM, França CN. Sintomas depressivos entre idosos internados aumentam a chance de mortalidade após a alta hospitalar. Rev Contexto & Saúde. 2022;22(45): e10107

Sintomas Depressivos Entre Idosos Internados Aumentam a Chance de Mortalidade Após a Alta Hospitalar

Lilian Elizabeth Cassia Leite Ladessa¹, Lucio Garcia de Oliveira²
Lucia Pereira Barroso³, Lucas Melo Neves¹, Carolina Nunes França⁴

RESUMO

Este estudo teve o objetivo de estimar a prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de idosos hospitalizados, bem como a sua relação com o prognóstico do paciente 90 e 180 dias após a alta hospitalar. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 213 idosos internados em um hospital geral-secundário da zona sul da cidade de São Paulo, durante os anos de 2016-2017. Os participantes foram solicitados a responder questionários sobre dados pessoais, sintomas depressivos e variáveis de confusão, tendo sido contatados novamente aos 90 e 180 dias após a alta. Um modelo de regressão logística foi ajustado individualmente para indicadores de saúde; a hipótese nula foi refutada quando $p < 0,05$. Nesse sentido, um total de 42,5% dos idosos internados tinham sintomas depressivos. Aos 90 dias, 26% deles relataram piora do estado de saúde, 20,5% foram reinternados e 18,7% evoluíram para óbito, prevalências que aumentaram aos 180 dias. A presença de sintomas depressivos aumentou a chance de mortalidade depois de 180 dias da alta hospitalar. Dessa forma, concluímos que a prevalência de sintomas depressivos nessa amostra foi superior à encontrada em estudos anteriores. Desperta a atenção que esses sintomas interferem negativamente na chance de mortalidade após a alta hospitalar, de tal forma que sugerimos a identificação precoce e o tratamento desses sintomas durante a internação dos pacientes.

Palavras-chave: Idoso; saúde do idoso; transtornos mentais; atenção terciária à saúde.

DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG HOSPITALIZED ELDERLY PEOPLE INCREASE THE CHANCE OF MORTALITY AFTER HOSPITAL DISCHARGE

ABSTRACT

This study aimed to estimate the prevalence of depressive symptoms in a sample of hospitalized elderly people, as well as their relationship with the chance of a death event 90 and 180 days after hospital discharge. This is a cross-sectional study, carried out with 213 elderly people admitted to a general-secondary hospital in the south of the city of São Paulo, during the years 2016-2017. Participants were asked to answer questionnaires about personal data, depressive symptoms and confounding variables, and were contacted again at 90 and 180 days after discharge. A logistic regression model was individually adjusted for health indicators; the null hypothesis was refuted when $p < 0.05$. In this sense, a total of 42.5% of hospitalized elderly people had depressive symptoms. At 90 days, 26% of them reported worsening health status, 20.5% were readmitted and 18.7% progressed to death; those prevalences increased at 180 days. The presence of depressive symptoms increased the chance of a mortality event 180 days after hospital discharge. Thus, we conclude that the prevalence of depressive symptoms in this sample was higher than that found in previous studies. It is noteworthy that these symptoms negatively affect the chance of mortality after hospital discharge, so we suggest the early identification and treatment of these symptoms during the hospitalization of patients.

Keywords: Aged; health of the elderly; mental disorders; tertiary healthcare.

Submetido em: 16/1/2020

Aceito em: 8/1/2022

¹ Universidade de Santo Amaro – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde. São Paulo/SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina do ABC – Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica. Santo André/SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo – Instituto de Matemática e Estatística – Departamento de Estatística. São Paulo/SP, Brasil.

⁴ Autor correspondente: Universidade de Santo Amaro – Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Ciências da Saúde. Rua Professor Enéas de Siqueira Neto Jardim das Imbuías. CEP 04829300- São Paulo/SP, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/6580677601405775>. <https://orcid.org/0000-0002-4167-4293>. carolufscar24@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde¹ apontou que a população global vem envelhecendo mais rapidamente que no passado. Estima-se que a prevalência de idosos quase duplique do ano de 2015 a 2050, aumentando de 12% para 22% da população global. Nesse cenário, o continente americano é a região de envelhecimento mais rápido, estimando-se uma população de 200 milhões de idosos para o ano de 2020².

No Brasil, a situação não é diferente. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou que o país vem passando por um processo importante de mudança do padrão etário; nesse sentido, até o ano 2050, espera-se um crescimento de 239% do número de pessoas com idade igual ou maior que 60 anos.³ Recentemente, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad), conduzida pelo próprio IBGE, identificou que a população idosa do país alcançou um total de 30,2 milhões de pessoas no ano de 2017⁴.

Paralelamente a uma maior expectativa de vida, ocorre um aumento de doenças crônico-degenerativas, entre elas os transtornos mentais e comportamentais que podem gerar incapacidades graves e progressivas à pessoa.^{1,2} A depressão é o transtorno mental de maior prevalência entre os idosos, atingindo 7% da população idosa mundial.¹ Um estudo de revisão sistemática conduzido com uma amostra de 14.720 idosos brasileiros apontou que 26% deles tinham sintomas depressivos.⁵ Outro estudo brasileiro, de corte transversal e base populacional, realizado com 994 idosos, apontou que 8,1% dos participantes teriam sintomas depressivos indicativos de um Episódio Depressivo Maior.⁶

Uma prevalência maior de sintomas depressivos tem sido notificada entre idosos hospitalizados por condições orgânicas.⁷⁻¹⁰ Um estudo de metanálise brasileiro avaliou a presença de sintomas depressivos entre idosos atendidos em diferentes espaços públicos de saúde, tendo apontado que 36% dos 1.454 idosos hospitalizados apresentavam sintomas depressivos.⁹ Preocupante é notar que pacientes com sintomas depressivos comumente têm outras complicações crônicas de saúde, uma situação que é claramente observada entre pacientes idosos.¹¹ Assim, pacientes idosos com sintomas depressivos acabam também apresentando doenças cardiovasculares, problemas gastrointestinais e câncer, assim como têm pior desempenho funcional, ingerem maior quantidade de medicamentos e têm um estilo de vida menos saudável que pacientes sem sintomas depressivos.^{8,10,12,13}

Preocupa notar que a conjugação dos sintomas depressivos aos de outras condições médicas acaba implicando um pior manejo dos agravos de saúde, bem como um pior prognóstico para o paciente, constituindo um indicador de risco para a ocorrência de novas internações hospitalares e dias de permanência do paciente no hospital.¹⁴ Sobretudo, o elevado risco de mortalidade entre pessoas com sintomas depressivos é o indicador de maior preocupação.^{11,13,15} Cuijpers e Smit¹⁵, por exemplo, ao realizarem uma metanálise de estudos populacionais, contando com uma amostra de 106.628 sujeitos, avaliaram que o risco de morte entre pessoas com depressão é maior que o risco de morte entre pessoas não deprimidas, uma relação que se inicia desde formas mais leves de depressão.



Essa mesma relação foi encontrada entre pessoas idosas atendidas em recursos de atenção básica para tratamento de sintomas depressivos.^{11,13}

Além do sofrimento causado ao paciente e seus familiares, ocorre um alto custo ao sistema de saúde brasileiro decorrente do tratamento de transtornos mentais, demandando um investimento total de 139.941 internações,¹⁶ bem como envolvendo um período médio de 103 dias de internação para tratamento e um valor médio de R\$ 3 mil por internação, o que torna altamente oneroso para o sistema de saúde público brasileiro as internações por transtornos mentais.¹⁷

Nesse cenário, os estudos epidemiológicos seguem descrevendo as estimativas de prevalência de sintomas depressivos entre os idosos, bem como seus determinantes; muitas vezes, entretanto, os idosos hospitalizados e os institucionalizados são excluídos dessa amostragem, dificultando a compreensão da situação vivenciada por eles.

Ademais, são poucos os estudos que contemplem o acompanhamento de pacientes após a alta hospitalar. Não temos conhecimento de estudos brasileiros que tenham avaliado o prognóstico de pacientes depressivos após a alta hospitalar, muito menos entre os idosos. Os resultados desse tipo de estudo seriam de extrema valia para estimular o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção precoce no sentido de reduzir os sintomas depressivos entre pacientes hospitalizados e seus desdobramentos.

Com fins de sanar essa deficiência, este estudo teve a intenção de estimar a prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de idosos hospitalizados em um hospital público de grande porte da cidade de São Paulo, bem como avaliar o impacto dos sintomas depressivos com o prognóstico do paciente 90 e 180 dias após a alta hospitalar. Nossa hipótese inicial é que a prevalência desses sintomas fosse maior em idosos nos serviços de saúde do que na população geral, bem como que os sintomas depressivos interferissem negativamente sobre desfechos clínicos, como piora do estado clínico, reinternação e evolução para óbito.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo, exploratório e de corte transversal; dividido em três etapas: (1) caracterização de uma amostra probabilística de pacientes idosos, internados por condições orgânicas, em relação à existência de sintomas depressivos; (2) identificação da interferência dos sintomas depressivos sobre o prognóstico dos pacientes após 90 dias da alta hospitalar; (3) identificação da interferência dos sintomas depressivos sobre o prognóstico dos pacientes após 180 dias da alta hospitalar.

Casuística

Foi recrutada uma amostra probabilística de 213 pacientes idosos internados por condições orgânicas (não psiquiátricas) em enfermaria de clínica médica de um hospital geral-secundário da zona sul da cidade de São Paulo. Foram efetivamente incluídos os pacientes que estivessem conscientes, com crítica sobre



sua situação de saúde e que, no momento da entrevista, não relatassem diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico. Os pacientes sem crítica, cognitivamente prejudicados ou que desistissem de responder os instrumentos de pesquisa foram excluídos da amostra; também foram excluídos aqueles que apresentassem pelo menos uma das seguintes condições clínicas: dificuldade de contato verbal; comprometimento cognitivo; existência de desconforto respiratório (pacientes poderiam estar em oxigenioterapia), bem como aqueles com histórico de diagnóstico psiquiátrico na vida. Nesse sentido, é importante ressaltar que a pesquisadora principal, com formação profissional em Psicologia, teve a oportunidade de avaliar os pacientes cognitivamente durante a entrevista inicial e, sobretudo, à medida que os participantes respondiam os instrumentos de pesquisa, de tal forma a avaliá-los quanto ao nível de compreensão e processamento das informações, atenção, concentração e memória.

Etapas do estudo

Etapa 1: realizada com fins de avaliar a prevalência de sintomas depressivos entre os participantes, bem como sua caracterização quanto às variáveis de confusão do estudo (presença de outros sintomas de sofrimento psicológico, de estresse, de ansiedade e de desempenho quanto às atividades básicas e instrumentais da vida). Com tal fim, os participantes foram solicitados a responder os instrumentos de pesquisa descritos a seguir.

- Questionário Geral: conjunto de perguntas aplicado com fins de caracterizar os participantes em termos de informações sociodemográficas, ocupacionais e sobre a internação;
- Escala de Ansiedade e Depressão em Hospitais (HAD): constituída por 14 questões que avaliam a presença de sintomas de depressão e ansiedade (7 questões para cada tipo de sintoma). Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, com pontuação que varia de 0 a 3, conforme a alternativa escolhida pelo respondente; a pontuação final é atribuída pela soma direta dos itens a cada um dos tipos de sintoma (depressão ou ansiedade);¹⁸
- Escala de sofrimento psíquico (SRQ-20): composta de 20 questões com duas possibilidades de resposta, do tipo sim/não, visando a identificar a presença (ou não) de sintomas físicos e psicoemocionais vigentes em quadros clínicos de transtornos emocionais comuns. É atribuído um (1) ponto a cada resposta do tipo sim; todos os pontos são somados, de tal forma que quanto maior a pontuação final, maior o sofrimento psíquico do paciente;¹⁹
- Escala de estresse percebido (EEP): composta de 14 questões com opções de resposta que variaram de zero a quatro (onde: 0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre). As questões de teor negativo de estresse foram somadas diretamente, enquanto que as questões com conotação positiva tiveram a pontuação somada de forma invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. O total da escala é a soma de todos os pontos, podendo variar de zero a 56; quanto maior a pontuação final da escala, maior o estresse percebido pelo paciente;²⁰



-
- Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs): escala constituída por questões que avaliam o autocuidado como se alimentar, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, locomover-se, manter controle sobre as próprias eliminações. Tais questões foram divididas no sentido de avaliar o grau de independência da pessoa, conforme três categorias: independente, dependente moderado, muito dependente. Especificamente quanto à pontuação da escala, no item vestimenta: vestir-se sozinho ou necessitar de ajuda para amarrar os sapatos conta um ponto; no item banho: banhar-se sozinho ou ajuda parcial conta um ponto; nos demais itens é contado um ponto apenas quando há independência para a atividade. Os pontos são somados, aplicando-se o critério seguinte: (a) 6 pontos = Independente; (b) 4 pontos = Dependência moderada; (c) 2 ou menos pontos = Muito dependente;²¹
 - Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs): escala que avalia a capacidade da pessoa de ter uma vida independente dentro da comunidade em que vive, incluindo itens sobre a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, usar telefone e administrar as próprias atividades da vida. É uma escala composta por sete questões, cada qual constituída por três alternativas, cuja pontuação varia de 1 a 3. Após a somatória das pontuações aplica-se a seguinte classificação: (a) Dependência total ≤ 5 ; (b) Dependência parcial $\geq 5 < 21$; (c) Independência = 21²²;



Etapas 2 e 3: após 90 e 180 dias da alta hospitalar, cada um dos participantes e/ou seus familiares foi localizado por contato telefônico com fins de identificar se os sintomas depressivos identificados no momento da internação hospitalar poderiam interferir sobre o prognóstico do paciente. Quando localizadas, essas pessoas foram questionadas sobre os seguintes indicadores clínicos:

- (a) piora (ou não) do estado de saúde do paciente;
- (b) acontecimento de novas internações e, em caso positivo, a quantidade delas e,
- (c) evolução do paciente para óbito. Esses indicadores clínicos foram avaliados um a um para então identificar seus fatores preditores por meio de modelo de regressão logística, conforme descrito adiante.

Procedimentos

A etapa 1 do estudo, referente à coleta de dados durante a internação hospitalar, foi realizada no período de novembro/2016 a outubro/2017. Os participantes foram entrevistados apenas por pesquisadora treinada para estudos desta natureza. Entre os pacientes elegíveis, a pesquisadora escolhia o primeiro participante de acordo com a ordem numérica dos leitos, certificando-se da presença do paciente na enfermaria naquele dia; posteriormente, dirigia-se a ele, explicando-lhe os objetivos da pesquisa e, caso cumprisse todos os critérios de inclusão, o paciente era informalmente convidado a participar. Em caso positivo de participação e após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo paciente, a pesquisadora explicava-lhe sobre a participação voluntária, o sigilo das informações, bem como a possibilidade de desistência a qualquer momento sem nenhum tipo de ônus quanto aos cuidados recebidos. A coleta de dados com cada participante demorou entre 45 a 60 minutos.

Finalizado com o participante, a pesquisadora pulava os dois próximos pacientes elegíveis no censo dinâmico, abordando o terceiro participante elegível, aleatorizando a amostra; dessa forma, um paciente a cada três elegíveis era abordado. Na existência de algum critério de exclusão, a pesquisadora desconsiderava o participante que até então era elegível, sem possibilidade de substituição, tomando nota do motivo de exclusão e das informações básicas desse paciente. O prontuário clínico de cada participante foi consultado para o levantamento de suas características gerais, bem como para anotar seus contatos telefônicos. Finalizada a primeira etapa da pesquisa, todas as escalas preenchidas foram agrupadas e devidamente corrigidas de acordo com sua validação para a população brasileira; posteriormente, a pesquisadora iniciou a etapa 2 da pesquisa, contactando cada um dos participantes após 90 dias da realização da coleta de dados no momento da internação hospitalar. Nos casos de difícil acesso, a pesquisadora consultou o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) para levantar a possibilidade de acontecimento de novas internações para esse participante na própria instituição hospitalar, bem como a possibilidade de atualização das informações de contato. Para esses casos, a pesquisadora tentou localizar cada paciente até três vezes. Os mesmos procedimentos foram realizados na etapa 3 do estudo, transcorridos 180 dias da alta hospitalar.

Análise dos dados

As informações dos instrumentos de pesquisa foram tabuladas no *software* Excel. Nesse estágio foram realizadas checagens de consistência e correções pertinentes. Depois, os dados foram transferidos e analisados no programa Minitab versão 18.1.0; as variáveis categóricas foram expressas em porcentagens e as numéricas foram caracterizadas conforme sua média±desvio padrão. A prevalência dos indicadores clínicos pesquisados – piora ou não do estado de saúde, acontecimento ou não de reinternação e evolução ou não para óbito – foi comparada aos 90 e 180 dias após a alta hospitalar, por meio do teste de Fisher. A hipótese nula foi refutada quando $p < 0,05$. Posteriormente, um modelo de regressão logística foi ajustado individualmente a cada um dos indicadores clínicos supracitados aos 90 e 180 dias. Os sintomas depressivos, bem como as variáveis de confusão, identificados na Etapa 1 do estudo, foram incluídos como variáveis explicativas nos modelos de regressão logística, controlando também pelos efeitos de confusão advindos da idade do paciente e do tipo de evolução da doença. A razão de chances (OR; IC95%) foi calculada como medida de associação. A hipótese nula foi refutada quando $p < 0,05$. Utilizou-se a estratégia “backward” para a exclusão de variáveis explicativas que não atingissem significância estatística. O diagnóstico de multicolinearidade foi avaliado pelo impacto nas estimativas dos parâmetros e por meio do Variance Inflation Factor (VIF).

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está em conformidade com a Declaração de Helsinki, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Santo Amaro (Unisa) conforme preconizado pela Resolução 466 do Conselho Na-



cional de Saúde (CNS), de 12 de dezembro de 2012, tendo recebido o parecer nº1928573.

RESULTADOS

Dos 213 pacientes idosos recrutados para participação voluntária na pesquisa, um total de 93 foi excluído da etapa de análise dos dados por apresentar algum critério de exclusão; assim sendo, 83,1% dos participantes excluídos não estavam em condições favoráveis para participação, enquanto 16,9% recusaram-se a participar do estudo, restando então informações referentes a 120 sujeitos. As informações sociodemográficas, ocupacionais e de saúde dos participantes foram descritas na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Etapa 1 – caracterização sociodemográfica, ocupacional e de saúde dos pacientes entrevistados em enfermaria de clínica médica (N=120), 2016-2017

	Média (\pm DP) ou N	% ou amplitude
Idade (em anos)	68,7 (\pm 6,6)	60-88
Sexo		
Masculino	62	51,7
Feminino	58	48,3
Escolaridade (em anos)	4,1 (\pm 3,3)	0-15
Estado Civil		
Solteiro, separado ou viúvo	70	58,3
Casado ou UE	50	41,7
Religião		
Sim	111	92,5
Não	9	7,5
Tipo de religião		
Católico	64	57,7
Evangélico	44	39,6
Espírita	2	1,8
Budista	1	0,9
Trabalha		
Sim	35	29,2
Não	85	70,8
Aposentadoria		
Sim	61	50,8
Não	59	49,2
Renda familiar (em SM)	1,3 (\pm 0,9)	0-5
Contribui renda		
Sim	102	85,0
Não	18	15,0
Dias de internação no hospital	5,8 (\pm 3,0)	2-15
Dias de internação na enfermaria	3,5 (\pm 2,4)	1-13
Tipo de doença		
Aguda	68	56,7



Crônica	52	43,3
Internação prévia		
Sim	84	70,0
Não	36	30,0
Número de internações prévias	2,4 ($\pm 2,4$)	0-10
Total	120	

Onde se lê: DP=desvio padrão; N=Número absoluto; UE=União Estável; SM=número de salários mínimos

Fonte: Elaborada pelos autores.

No momento da internação hospitalar – etapa 1 – 42,5% (N=51) dos participantes [IC95%=33,7–51,3] tinham sintomas depressivos e 52,5% (N=63) [IC95%=43,6–61,4] apresentavam sintomas ansiosos. Some-se a isso que a amostra pontuou, em média, 6,66 pontos ($\pm 3,77$) na escala SRQ-20, o que equivale a dizer que tinham, em média, sete sintomas de sofrimento psicológico naquele momento. À imagem e semelhança, a amostra pontuou, em média, 25,3 pontos ($\pm 9,1$) na escala EEP, o que equivale a dizer que tinham, em média, 25 sintomas de estresse naquele momento. Especificamente sobre o grau de dependência para a realização de atividades da vida diária (ABV), 89,2% (N=107) deles foram categorizados como independentes, 5% (N=6) eram moderadamente dependentes e 5,8% (N=7) eram muito dependentes; quanto à realização de atividades instrumentais da vida (AIV), 90% (N=108) apresentavam dependência parcial e apenas 10% (N=12) eram completamente independentes (informações não mostradas em tabela).

Em relação à continuidade do estudo (etapas 2 e 3), dos 120 pacientes entrevistados durante a internação hospitalar, a pesquisadora conseguiu contatar novamente 98 deles após o período de 90 dias (etapa 2) e depois de 180 dias (etapa 3). Os que foram a óbito até a etapa 2 foram considerados mortos na etapa 3 e os que estavam vivos na etapa 3 foram imputados como vivos na etapa 2 em caso de não resposta. As prevalências de piora no estado de saúde e de reinternação foram diferentes entre os segmentos de 90 e 180 dias ($p=0,030$ e $p=0,003$, respectivamente), entretanto não houve diferença para as prevalências de óbito ($p=0,284$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Etapas 2 e 3- caracterização dos participantes quanto aos indicadores clínicos de piora ou não do estado de saúde, acontecimento ou não de reinternação e evolução ou não para óbito aos 90 e 180 dias após a alta hospitalar, 2016-2017

	Etapa 2		Etapa 3		Valor-p
	N	% (IC-95%)	N	% (IC-95%)	
Piora do estado de saúde					0,030
Não	57	74,0 (64,2 – 83,8)	33	55,9 (43,2 – 68,6)	
Sim	20	26,0 (16,2 – 35,8)	26	44,1 (31,4 – 56,8)	
Reinternação					0,003
Não	62	79,5 (70,5 – 88,5)	32	54,2 (41,5 – 66,9)	
Sim	16	20,5 (11,5 – 29,5)	27	45,8 (33,1 – 58,5)	
Óbito					0,284
Não	78	81,3 (73,9 – 88,7)	59	73,8 (64,2 – 83,4)	
Sim	20	18,7 (11,3 – 26,1)	21	26,2 (16,6 – 35,8)	

Onde se lê: %=percentagem; IC-95%: intervalo de confiança de 95%

Fonte: Elaborada pelos autores.



Quando analisada a interferência dos sintomas depressivos sobre cada um dos desfechos clínicos, individualmente, estes foram excluídos de todos os modelos aos 90 dias de acompanhamento após a alta hospitalar. Já aos 180 dias, os sintomas depressivos foram excluídos dos modelos referentes aos desfechos clínicos de piora do estado de saúde e “reinternação; entretanto, a presença de sintomas depressivos explicou o desfecho “evolução para óbito”, de tal forma que o aumento de um sintoma depressivo na escala HAD aumentou a chance de óbito em 20% em relação à ausência de tais sintomas, mantidas as outras variáveis de confusão constantes (Tabela 3).

Tabela 3 – Resultado do modelo de regressão logística para o indicador clínico “evolução para óbito” no seguimento 180 dias (Etapa 3) após a coleta de dados durante internação hospitalar, 2016-2017

	OR	IC (95%)
Óbito		
HAD-d	1,1951	(1,0113; 1,4123)

Onde se lê: OR: razão de chances; IC-95%: intervalo de confiança de 95%; HADd: número de sintomas de depressão conforme a Escala de Ansiedade e Depressão em Hospitais.

Fonte: Elaborada pelos autores.



DISCUSSÃO

Conforme os resultados deste estudo, cinco a cada dez pacientes idosos internados em hospital geral (42,5%), cognitivamente preservados e sem histórico psiquiátrico prévio, foram identificados com sintomas depressivos após o preenchimento da escala HAD.

A prevalência de sintomas depressivos entre os idosos avaliados neste trabalho é superior a estudos conduzidos com amostras populacionais de idosos brasileiros que não estavam institucionalizados, tampouco hospitalizados, com estimativas de prevalência de sintomas depressivos de 26% conforme um artigo de revisão sistemática da literatura.⁵ Essa diferença pode ser explicada especialmente pelo impacto que a internação hospitalar pode causar na pessoa, que, num primeiro momento, sente-se forçada a interromper sua rotina diária, com a perda temporária de sua função social e, sobretudo, tornando-se vulnerável ao diagnóstico, aos sintomas da enfermidade, às condutas médicas e às regras da instituição hospitalar.

Some-se a isso que a prevalência de sintomas depressivos identificada por nossa pesquisa foi superior às estimativas relatadas por estudos prévios conduzidos com idosos internados. Assim, para fins de ilustração, Helvik, Skancke e Selbæk⁸, por exemplo, relataram que 10% da amostra de pacientes idosos hospitalizados em uma instituição na Noruega tinham sintomas depressivos, enquanto que Alamri, Bari e Ali¹⁰ encontraram que 27% de uma amostra de idosos hospitalizados em uma instituição hospitalar da Arábia Saudita apresentavam sintomas depressivos.

De fato, especulamos que essa diferença de estimativas seja primeiramente atribuída a diferenças culturais e sociais entre as populações estudadas. Some-se a isso a importância de ressaltar que o nosso estudo foi conduzido com pacientes

de uma enfermaria de pronto-socorro, em um hospital público geral e de referência para um importante aglomerado populacional da cidade de São Paulo; assim, entendendo-se que a oferta de leitos é restrita para uma grande demanda populacional, a situação de internação descrita é caracterizada por sua precariedade. Além disso, é importante ressaltar que há uma diferença metodológica significativa entre os estudos, especialmente pelos instrumentos que são utilizados (e seus pontos de corte) para aferir a presença de sintomas depressivos.

Em nosso estudo, por exemplo, utilizamos a Escala de Ansiedade e Depressão em Hospitais – HAD, que tem sido sugerida como uma escala de importante sensibilidade para a identificação de sintomas depressivos entre pacientes internados. Nesse sentido, de La Torre et al,¹² em estudo conduzido com 257 pacientes internados em três hospitais da cidade de Buenos Aires, apontou que a escala HAD conseguiu identificar 25,1% de pacientes com sintomas depressivos, um resultado muito próximo aos 26,9% identificados por meio da realização de entrevista clínica estruturada conduzida por especialista; assim, para esses autores, essa escala foi a que mais se aproximou dos resultados de uma avaliação psiquiátrica estruturada e padronizada, entre outras, ressaltando a sensibilidade e fidedignidade da escala.

Também é importante mencionar que os nossos resultados se aproximam dos já relatados por Mendes-Chillof et al.⁷ que identificaram uma prevalência de 56% de sintomas depressivos entre 189 pacientes idosos internados em um hospital universitário do Estado de São Paulo. A diferença é que referido estudo não acompanhou os pacientes internados no pós-alta, observando-se que poucos são os estudos que têm acompanhado os pacientes nesse período.

Nesse sentido, observamos que após 90 dias da alta hospitalar, 26% dos pacientes relataram piora do estado de saúde, 20,5% foram internados novamente e 18,7% evoluíram para óbito. A situação piorou aos 180 dias, de tal forma que se identificou o aumento da prevalência de pacientes que relataram piora do estado de saúde (44,1%) e daqueles que tiveram uma nova internação (45,8%), não tendo sido identificada diferença para o número de óbitos. Sobretudo, embora os sintomas depressivos não tenham permanecido nos modelos de regressão logística como variáveis explicativas dos desfechos de piora do estado de saúde e reinternação, identificamos que o aumento de relato de um sintoma depressivo na escala de HAD aumentou a chance de óbito do paciente em 20% aos 180 dias após o controle dos efeitos de confusão advindos de outros sintomas de sofrimento psicológico, sintomas de estresse, de ansiedade e funcionalidade dos idosos no dia a dia. O nosso estudo, até onde sabemos, é inédito, o primeiro a ter um resultado dessa natureza no Brasil.

Consistente com os nossos resultados, Alamri, Bari e Ali¹⁰ constataram que a taxa de mortalidade hospitalar foi maior entre os pacientes idosos com sintomas depressivos em relação àqueles sem sintomas; da mesma forma, Mendes-Chillof et al.⁷ apontaram que 83,3% dos pacientes idosos internados e que evoluíram para óbito tinham sintomas depressivos. Com esse estudo incluímos que essa relação segue com um prognóstico negativo após a alta hospitalar, como também identificado por outros estudos internacionais. Pederson et al.²³ identificaram que pacientes com sintomas depressivos estiveram mais propensos a serem readmitidos aos serviços hospitalares após um período de 90 dias, um



risco que foi maior entre os pacientes de idade igual ou superior a 75 anos; ademais, os mesmos autores destacaram que os pacientes que receberam alta com sintomas depressivos estiveram mais propensos a morrer dentro de um período de 30 dias após a alta, comparados àqueles sem sintomas depressivos.

É improvável estabelecer um único caminho que possa explicar a relação entre depressão e mortalidade, dado que essa é uma relação complexa que envolve uma ampla gama de mediadores. Nesse sentido, uma revisão sistemática da literatura, conduzida com 21 estudos que englobavam uma população de 47.625 idosos, detectou que os participantes com sintomas depressivos tiveram um risco comparativamente maior de sofrer um acidente vascular cerebral e evoluir para óbito por várias causas.²⁴ Também recentemente, outro estudo apontou que a presença de sintomas depressivos aumenta a mortalidade entre idosos, entretanto essa relação é ainda maior entre os pacientes que têm diabetes como comorbidade clínica.²⁵ Seja como for, a presença de sintomas depressivos entre idosos é destacada como um mediador de baixa qualidade de vida, multimorbidade e suas consequências.²⁶

De toda forma, os pacientes que foram avaliados por nosso estudo estavam internados para o tratamento de questões orgânicas e não referiam qualquer diagnóstico psiquiátrico por ocasião da entrevista, o que nos leva a inferir que seus sintomas depressivos poderiam estar subnotificados. Consistente com outros estudos, o diagnóstico de sintomas depressivos é realizado tardiamente. Cheung *et al.*,²⁷ ao realizarem um estudo de base populacional com 3.212 canadenses com transtornos de humor, apontaram que o diagnóstico de sintomas depressivos é mais tardio entre os respondentes mais velhos, de tal forma que o aumento de um ano da idade do respondente retardava em 5% o tempo para o diagnóstico apropriado. O problema disso é que quanto maior o período de tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico em si, maior o número de limitações físicas relatadas pelo respondente, bem como mais frequente ter uma percepção negativa sobre a própria saúde mental. Interessante notar que esse resultado é consistente com a piora de saúde que observamos dos 90 aos 180 dias após a alta hospitalar.

Assim, acreditamos que a avaliação rotineira de sintomas depressivos entre idosos admitidos em unidade hospitalar é uma ação que pode ser refletida e discutida entre os profissionais de saúde, para que os casos identificados sejam imediatamente encaminhados para avaliação por especialista para um diagnóstico preciso, bem como para o delineamento de tratamento adequado no caso da existência de algum transtorno de humor. Na vigência do tratamento, considera-se imprescindível a avaliação contínua e rigorosa dessas pessoas pelos setores de saúde, dado o risco de polimorbidade e polifarmácia entre idosos.²⁸⁻³⁰ Nesse cenário, também acreditamos que a capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) seja primordial para o aceleração do atendimento de saúde mental de idosos, dada a sua posição estratégica como porta de entrada ao sistema de saúde e como definidora do percurso das pessoas em todos os níveis de atendimento à saúde.²⁹ Ressaltamos que a presença de sintomas depressivos em APS pode ser acompanhada por meio de métodos simples, rápidos e baratos, a exemplo da administração da escala HAD utilizada neste estudo. De toda forma, esperamos que os nossos resultados tragam subsídios que possibilitem melhor orientar o planejamento de intervenções e políticas voltadas à saúde dos idosos.



LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora a amostra seja probabilística, não representa a população de idosos da cidade de São Paulo, ou de qualquer outra grandeza, que esteja passando por situação de internação hospitalar. A natureza do estudo é transversal, de tal forma que não é possível identificar relações de causalidade entre as associações identificadas. Esse estudo utilizou um instrumento de triagem para estimar a presença de sintomas depressivos entre pacientes hospitalizados, de modo que não podemos especular sobre a prevalência de transtornos depressivos, para a qual seria necessária a realização de entrevista diagnóstica por profissional especialista. O fato de a pesquisadora ter lido as instruções, questões e alternativas das escalas de autoperenchimento pode ter gerado algum viés aos resultados. Como não acessamos o funcionamento cognitivo dos pacientes recrutados, é muito possível que na existência de deficiências intelectuais algumas inconsistências de informação podem ter acontecido.

CONCLUSÃO

Dessa forma, concluímos que 42,5% dos participantes do estudo tinham sintomas depressivos à época de sua internação no local de realização do estudo. Essa prevalência é maior que a relatada em estudos prévios. Posteriormente, identificamos que a existência de sintomas depressivos aumentou a chance de ocorrência de mortalidade entre os pacientes idosos depois de 180 dias de sua alta da instituição hospitalar. Esse resultado não foi identificado para os 90 dias após a alta hospitalar e tampouco para os demais indicadores de saúde avaliados. Assim, sugerimos a importância de identificar e tratar precocemente esses sintomas, especialmente pela Atenção Primária à Saúde, antes da necessidade de acontecimento de alguma internação por alguma dificuldade de saúde.



CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

- A autora LECLL participou ativamente do levantamento dos dados na instituição proponente, elaboração do banco de dados, análise e interpretação das informações, redação do manuscrito, assim como aprovação de sua redação final.
- O autor LGO participou ativamente do levantamento da literatura sobre o tema, da concepção do projeto científico, construção do banco de dados, análise e interpretação das informações, redação do manuscrito, assim como aprovação de sua redação final.
- A autora LPB participou ativamente da análise estatística dos dados, redação do manuscrito, assim como aprovação de sua redação final.
- O autor LMN participou da interpretação dos resultados, redação do manuscrito, assim como aprovação de sua redação final.
- A autora CNP participou da concepção do projeto científico, análise e interpretação das informações, redação do manuscrito, assim como aprovação de sua redação final.

REFERÊNCIAS

- ¹ World Health Organization (WHO). Mental health of older adults 2017. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. Acesso em: 26 dez. 2021.
- ² Pan American Health Association (PAHO), World Health Organization (WHO). Health Aging & Non-Communicable Diseases. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9979:2014-healthy-aging-a-non-communicable-diseases&Itemid=40721\(=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9979:2014-healthy-aging-a-non-communicable-diseases&Itemid=40721(=en). Acesso em: 26 dez. 2021.
- ³ Simões CCdS. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016. 113 p.
- ⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 26 dez. 2021.
- ⁵ Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CMC. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*. 2010;22(5):712-726.
- ⁶ Corrêa ML, Carpena MX, Meucci RD, Neiva-Silva L. Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25:2.083-2.092.
- ⁷ Mendes-Chiloff CL, Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP, Torres AR. Depressive symptoms among elderly inpatients of a Brazilian university hospital: prevalence and associated factors. *International psychogeriatrics*. 2008;20(5):1.028-1.040.
- ⁸ Helvik AS, Skancke RH, Selbæk G. Screening for depression in elderly medical inpatients from rural area of Norway: prevalence and associated factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*. 2010;25(2):150-159.
- ⁹ Castro-de-Araújo LFS, Barcelos-Ferreira R, Martins CB, Bottino C. Depressive morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2013;35(2):201-207.
- ¹⁰ Alamri SH, Bari AI, Ali AT. Depression and associated factors in hospitalized elderly: a cross-sectional study in a Saudi teaching hospital. *Depression*. 2017;37(2).
- ¹¹ Gallo JJ, Hwang S, Joo JH, Bogner HR, Morales KH, Bruce ML, et al. Multimorbidity, depression, and mortality in primary care: randomized clinical trial of an evidence-based depression care management program on mortality risk. *Journal of general internal medicine*. 2016;31(4):380-386.
- ¹² de la Torre AY, Oliva N, Echevarrieta PL, Pérez BG, Caporusso GB, Titano AJ, et al. Major depression in hospitalized Argentine general medical patients: Prevalence and risk factors. *Journal of affective disorders*. 2016;197:36-42.
- ¹³ Gallo JJ, Morales KH, Bogner HR, Raue PJ, Zee J, Bruce ML, et al. Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *Bmj*. 2013;346:f2570.
- ¹⁴ Prina AM, Cosco TD, Denning T, Beekman A, Brayne C, Huisman M. The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2015;78(1):25-33.
- ¹⁵ Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of affective disorders*. 2002;72(3):227-236.
- ¹⁶ Santos VC, Anjos KF, Boery RN, Moreira RM, Cruz DP, Boery EN. Hospitalization and hospital mortality of elderly people with mental and behavioral disorders in Brazil, 2008-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):39-49.



-
- ¹⁷ da Silveira RE, da Silva Santos Á, de Sousa MC, Silva Alves Monteiro T. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. *Einstein* (16794508). 2013;11(4).
- ¹⁸ Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa Â. Validity of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic pain. *Revista brasileira de anesthesiologia*. 2006;56(5):470-477.
- ¹⁹ Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de saúde pública*. 2008;24(2):380-390.
- ²⁰ Luft CDB, Sanches SdO, Mazo GZ, Andrade A. Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly. *Revista de saúde pública*. 2007;41(4):606-615.
- ²¹ Duarte YAdO, Andrade CLd, Lebrão ML. Katz Index on elderly functionality evaluation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007;41(2):317-325.
- ²² dos Santos RL, Júnior JSV. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2012;21(4):290-296.
- ²³ Pederson JL, Warkentin LM, Majumdar SR, McAlister FA. Depressive symptoms are associated with higher rates of readmission or mortality after medical hospitalization: A systematic review and meta-analysis. *Journal of hospital medicine*. 2016;11(5):373-380.
- ²⁴ Eurelings LSM, van Dalen JW, Ter Riet G, van Charante EPM, Richard E, van Gool WA, et al. Apathy and depressive symptoms in older people and incident myocardial infarction, stroke, and mortality: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clinical epidemiology*. 2018;10:363.
- ²⁵ Castro-Costa E, Diniz BS, Firmo JOA, Peixoto SV, de Loyola Filho AI, Lima-Costa MF, et al. Diabetes, depressive symptoms, and mortality risk in old age: the role of inflammation. *Depression and anxiety*. 2019;36(10):941-949.
- ²⁶ She R, Yan Z, Jiang H, Vetrano DL, Lau JTF, Qiu C. Multimorbidity and health-related quality of life in old age: role of functional dependence and depressive symptoms. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2019;20(9):1.143-1.149.
- ²⁷ Cheung R, O'Donnell S, Madi N, Goldner E. Factors associated with delayed diagnosis of mood and/or anxiety disorders. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2017;37(5):137-148.
- ²⁸ de Oliveira HSB, Corradi MLG. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. *Revista de Medicina*. 2018;97(2):165-176.
- ²⁹ Júnior VAO, Martins VS, Marin MJS. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016;19(1):21-33.
- ³⁰ Zepeda Bermudez JA, Berti de Azevedo Barros M. Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira – contribuições e desafios da PNAUM – Inquérito Domiciliar. *Revista de Saúde Pública*. 2016;50(2).

