

Depressão em idosos: caracterização das internações hospitalares no estado de Minas Gerais no período de 2008 a 2017

Depression among the elderly: Characterization of hospital admissions in the State of Minas Gerais in the period of 2008 to 2017

Leonardo Oliveira Leão e Silva; Suely Maria Rodrigues; Carlos Alberto Dias

Resumo:

Introdução: A depressão é geradora de preconceitos, e pode ocasionar tentativas de suicídio, internações hospitalares e mortes. Devido à prevalência desse agravo entre idosos, conhecer o número e características dos pacientes que desenvolvem complicações dela decorrentes se mostra relevante. **Objetivo:** Caracterizar as internações hospitalares por depressão entre idosos no período de 2008 a 2017 em Minas Gerais. **Método:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, com dados obtidos no Departamento de Informática DATASUS, oriundos do formulário de “Autorização de Internação Hospitalar” (AIH), preenchido pelo médico no momento da internação hospitalar. Para análise dos dados, utilizou-se o software R®. **Resultados:** Média de idade foi de 67 anos (dp=6,4), predomínio de pardos (69%), seguido dos brancos (21,23%). Dos 765 idosos internados, 1,7% veio a óbito, com média de uma morte anual. Não foram observadas diferenças significativas de idade entre o grupo que faleceu e demais internados por depressão. Somente pacientes que vieram a óbito utilizaram UTI. Custos por internação com idosos que faleceram (R\$598,64 em média) foram menores quando comparado aos demais (R\$786,63). **Considerações Finais:** Maior número de internações foi de mulheres pardas; utilização de UTI (1,7%) e ocorrência de óbito (1,7%) foram baixas; gastos ao longo desse período decresceu, embora elevou-se o número de diagnósticos.

Palavras-chave: Idoso; Transtorno depressivo; Hospitalização.

Abstract:

Introduction: Depression causes prejudices, enables suicide attempts, deaths and hospital admissions. Because of the high prevalence of depression among the elderly, knowing the number and characteristics of patients who develop complications as a result of it becomes relevant. **Objective:** Characterize hospital admissions because of depression among the elderly in the period 2008-2017, in Minas Gerais. **Method:** Descriptive study, interconnected, quantitative with data obtained from the Computer Department of Public Health Department, originated from the form “Hospital Admission Authorization” (AIH). To analyze the data software R® was used. **Results:** The average age of the elderly was 67 years old (dp=6.4), predominantly colored (69%), then whites (21.23%). Of the 765 elderly admitted 1.7% died, with the average of one death year. No significant differences of age were observed between the group that died and the others hospitalized because of depression. Only patients who died made use of the Intensive Care Unit (UTI). The cost of hospitalization of died (in average R\$598.64) was less compared the others (R\$786.63). **Conclusions:** Colored women were the largest number of admissions; the use of UTI (1.7%) and the occurrence of death (1.7%) were low; costs during this period diminished although the number of diagnoses increased.

Keywords: Aged; Depressive Disorder; Hospitalization.

Como citar este artigo:

LEÃO e SILVA, L. O.;
RODRIGUES, S. M.;
DIAS, Carlos Alberto.
Depressão em idosos:
caracterização das
internações hospitalares
no estado de Minas Gerais
no período de 2008 a 2017.
Revista Saúde (Sta. Maria).
2024; 50.

Autor correspondente:

Nome: : Leonardo Oliveira
Leão e Silva

E-mail: leonardo.silva@
univale.br

Formação: Enfermeiro
graduado pela
Universidade Vale do Rio
Doce (UNIVALE), Doutor
em Saúde Coletiva pela
Universidade Federal do Rio
de Janeiro (UFRJ), Brasil.
Filiação Institucional:
Universidade Vale do Rio
Doce (UNIVALE)

Data de Submissão:
12/09/2021

Data de aceite:
10/04/2023

Conflito de Interesse: Não
há conflito de interesse

DOI: 10.5902/223658367638



INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional é uma realidade que abrange vários países na atualidade, resultado da transição demográfica (queda nas taxas de fecundidade e mortalidade) e do aumento da expectativa de vida. Transformações populacionais como esta tendem a causar alteração no perfil de morbidade e mortalidade na população idosa, o que em termos técnicos, é chamada de transição epidemiológica. A substituição das doenças infecciosas como motivo de grande parte dos óbitos pelas doenças crônicas não transmissíveis que acometem em larga escala a população idosa, é aqui um exemplo¹.

O crescente número de idosos na população mundial é considerado fato concreto nas projeções demográficas, tanto em termos absolutos quanto relativos. Esse aumento tem provocado alterações na sociedade, gerando impactos na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde².

O acréscimo do número de idosos na população brasileira é resultado da urbanização adequada, melhoria nutricional, melhores condições de saneamento básico, maior cuidado com a higiene pessoal, acesso à educação, redução nas taxas de mortalidade e controle da natalidade. A isto, soma-se o avanço da ciência e tecnologia aplicado à área da saúde, cujas pesquisas e resultados científicos conseguiram aumentar a média da expectativa de vida^{3,4}.

A Organização Mundial de Saúde⁵ considera que saúde para terceira idade não significa necessariamente ausência de doença, mas sobretudo independência física, psicológica, social e espiritual. A obtenção de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social depende de fatores que não estão somente ao alcance da medicina, mas sim da sociedade em geral.

O processo de envelhecimento pode favorecer ao indivíduo idoso vivenciar perdas em diversos momentos da vida. De forma quase sucessiva, algumas ocorrências fazem parte deste período da vida, como sentir um gradual e inevitável processo de degradação ou limitação física, experienciar maior necessidade de procura por serviços de saúde, refletir sobre acertos e fracassos para verificar o quanto foi ou não produtivo ao longo da vida e, sobretudo, aceitar a própria vulnerabilidade. Esta necessidade de avaliar, resumir e aceitar os fatos que guiaram sua vida constitui-se em um “balanço” de vida para melhor

lidar com a aproximação da morte. O não alcance de metas traçadas ao longo da vida, bem como sentimentos de não utilidade e isolamento social tendem a gerar possíveis quadros depressivos. Esses podem desencadear desordens psiquiátricas, perda da autonomia e agravamento de distúrbios patológicos preexistentes^{4,6,7}.

Os distúrbios psiquiátricos contribuem inexoravelmente para a redução da capacidade funcional e da qualidade de vida em idosos. Dentre esses distúrbios, a depressão surge como uma doença de alta frequência mundial, apontada como a segunda causa de morbidade para as próximas décadas⁸.

Segundo Carreira⁷, a depressão pode ser caracterizada como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor. É capaz de proporcionar impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social. Apresenta como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Para González et al.⁹, esse agravo é considerado a enfermidade mental de maior prevalência em nível mundial, tendo sido estimado que a partir de 2020 será a segunda causa global de incapacidade.

Além da sintomatologia, a depressão se manifesta por meio de uma ampla variedade de alterações físicas, funcionais e psíquicas específicas do envelhecimento, influenciadas pelo contexto social em que se insere o indivíduo¹⁰. No idoso, a depressão apresenta prognóstico insatisfatório, com maior incidência ao suicídio. O tempo de duração desse agravo pode interferir na capacidade funcional, de autocuidado e nas relações sociais mantidas com outros indivíduos¹¹.

Em virtude dos fatores evidenciados, faz-se necessário o incremento na divulgação de resultados de pesquisas e estudos a respeito da morbidade dessa patologia em idosos, principalmente em situações que ocorrem evolução para complicações e necessitam de internação hospitalar. Identificar as Autorizações de Internação Hospitalares (AIHs), contabilizar, determinar os custos para os cofres públicos e demonstrar o número de casos que evoluem a óbito pode gerar subsídios para preparação de políticas públicas na saúde do Idoso. Dessa forma, o presente trabalho possui o objetivo de caracterizar as internações hospitalares por depressão entre idosos no período de 2008 a 2017 no território de Minas Gerais.

METODOS

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com delineamento transversal, utilizando uma abordagem quantitativa. A fonte de informação utilizada neste estudo foi obtida pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que possui registros administrativos das AIHs do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SIH é considerado uma fonte de informações, com registros sistemáticos mensais desagregados por indivíduos e hospitais, além de fornecer subsídios tanto para o planejamento e gestão de pesquisas epidemiológicas (estudos de mortalidade/morbididade, prevenção e promoção à saúde, avaliação da qualidade dos serviços), quanto para fiscalização e auditoria do Ministério da Saúde¹².

O formulário de AIH é documento preenchido pelo médico responsável no momento da internação hospitalar. Está organizado com diversas informações referentes às internações, como identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, valores incorridos, entre outros. As unidades hospitalares do SUS enviam aos gestores municipais, por meio da AIH, informações das internações efetuadas. Os registros são processados e consolidados pelo departamento de informática do SUS (Datusus) e disponibilizados em formato DBC no Website do Ministério da Saúde.

Na amostra foram incluídos dados referentes a todas as AIHs, cujo diagnóstico primário de internação tenha sido devido a alguma causa relacionada à depressão, em indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, ocorridas no período de 2008 a 2017, no estado Minas Gerais.

A fonte de dados utilizada compreende informações sobre as internações hospitalares financiadas pelo SUS, excluindo as que são financiadas pelo setor privado. Os códigos relativos à doença depressiva utilizados para captar as AIHs estão em acordo com o Código Internacional de Doenças (CID 10), tendo sido os seguintes: F320, F321, F322, F323, F328, F329, F331, F332, F333.

As estimativas populacionais foram obtidas a partir dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Inicialmente, foram realizados procedimentos de padronização e estruturação da base de dados com o uso do software PostgreSQL. Em seguida, para tabulação e análise estatística dos dados, utilizaram-se os

softwares R® (Open Source) e Microsoft Excel®. Por se tratar de informações não identificadas e disponíveis no DATASUS, não foi necessária a submissão do presente estudo ao comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora não seja representativa da morbidade da população, as internações hospitalares são importantes fontes de informações para o aperfeiçoamento das ações de atenção básica desenvolvidas no SUS. As observações referentes às complicações de muitas doenças e agravos, que a atenção básica possui condições de prevenir, podem gerar reflexos sobre a morbidade hospitalar. Além disso, a prevenção da evolução do processo patológico após a alta hospitalar, por meio de ações terapêuticas, pode evitar sequelas e mortes¹³.

A notificação regular dessas altas hospitalares para acompanhamento ambulatorial básico ou especializado tem sido um problema para os gestores em saúde. É difícil implantar um fluxo regular de notificação para as unidades de saúde responsáveis pelo seguimento ambulatorial de pacientes egressos de internação. O alcance deste objetivo depende da iniciativa de alguns serviços hospitalares, de profissionais de saúde e do próprio paciente¹⁴.

Em relação às características sociodemográficas, a média de idade encontrada foi de 67 anos (dp=6,3), sendo as internações mais frequentes entre indivíduos do sexo feminino (54%). Esse fato pode estar relacionado com a feminização da velhice, ou seja, o predomínio de mulheres na população idosa. Predomínio este, decorrente do maior cuidado que as mulheres têm com sua saúde em comparação aos homens, diferenças de atitude em relação ao controle e tratamento das doenças. Soma-se a isto, a maior taxa de viuvez e de isolamento social, bem como a mudanças hormonais e fisiológicas ocasionadas pelo processo de envelhecimento, distintas entre os sexos.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no Brasil em 2013 com amostra nacionalmente representativa, identificou que a prevalência de depressão é mais elevada entre as mulheres que vivem em áreas urbanas, com baixos níveis educacionais e possuem alguma condição crônica como a hipertensão e diabetes¹⁵.

De acordo com Cole e Dendukuri¹⁶, a prevalência da depressão entre sujeitos do sexo

feminino é duas vezes maior do que entre sujeitos do sexo masculino, independentemente do país ou cultura onde residem. As causas dessa ocorrência são diversas e estão relacionadas ao estresse, à gestação e parto, efeitos hormonais como a privação de estrogênio, que contribui para que as mulheres sejam mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais na velhice. Para Chan et al.¹⁷, a ocorrência da depressão é mais frequente em indivíduos que não possuem relações interpessoais íntimas, divorciadas ou separadas. Relatam que a morte de um ente familiar ou pessoa importante representa um evento que, possivelmente, desencadeia a ocorrência de quadros depressivos.

Quanto à variável raça/cor, pode-se notar conforme a Tabela 1, o predomínio de pacientes pardos (69%), seguido dos brancos (21,23%), no ano de 2017. A predominância da cor parda observada possivelmente está relacionada às desigualdades econômicas e sociais em diferentes contextos de vida, bem como à dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis Raça/cor e Sexo das AIH de idosos com depressão, Minas Gerais, 2008-2017

ANO	RAÇA/COR								SEXO			
	Parda		Negro		Branco		Outros		Masculin o		Feminin o	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2008	3	55,6	8	12,3	14	21,5	7	10,8	17	26,2	48	73,8
2009	2	64,9	5	13,5	3	8,1	5	13,5	14	37,8	23	62,2
2010	5	69,7	2	2,4	12	14,6	11	13,4	28	34,1	54	65,9
2011	5	62,6	2	2,2	2	26,7	8	8,9	29	32,2	61	67,8
2012	3	56,3	1	1,7	2	34,0	4	6,9	25	43,1	33	56,9
2013	3	50,8	3	4,0	18	24,0	16	21,3	33	44,0	42	56,0
2014	4	47,7	9	10,2	2	30,7	10	11,4	30	34,1	58	65,9
2015	2	33,3	7	8,6	4	54,4	3	3,7	38	46,9	43	53,1
2016	4	46,1	8	9,0	3	33,7	10	11,2	44	49,4	45	50,6
2017	7	69,8	5	4,4	2	21,2	6	5,3	52	46,0	61	54,0

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH SUS), DATASUS, 2018.

A raça/cor da pele pode intervir nas oportunidades educacionais, financeiras e sociais dos indivíduos, e, portanto, ser capaz de influenciar na posição socioeconômica¹⁸. Segundo Williams et al.¹⁹, a raça possivelmente influencia a exposição ao estresse por dois caminhos: 1) estresse ligado à estrutura social, status social, e papéis sociais, causado pelo fato de que raça é um determinante de posição socioeconômica; 2) o estresse ligado às experiências de discriminação e racismo.

Foi possível observar que, dos 765 idosos internados no período estudado, 13 vieram a óbito, com média de uma morte por ano. Desses, todos necessitaram de cuidados na unidade de tratamento intensivo (UTI). Nesse sentido, entende-se que os pacientes que

faleceram em decorrência de depressão já se encontravam em grave estado ao procurarem auxílio hospitalar. Provavelmente, possuíam comprometimento clínico grave. Não foram observadas diferenças de idade entre o grupo que faleceu dos demais idosos.

Em relação ao tempo de internação, detectou-se que os idosos permaneceram internados em média por 18,6 dias (dp=12,8 dias). Esses resultados possivelmente reforçam a procura tardia dos serviços de saúde e a gravidade da condição do indivíduo no momento da internação. Para Delfini; Roque e Peres²⁰, o ambiente hospitalar pode aumentar o tempo de internação devido à vivência em um lugar estranho, ocasionando ao indivíduo uma experiência de insegurança. A exposição da intimidade a estranhos, o contato com outras pessoas em situação de doença e a incerteza da evolução do tratamento também podem se tornar ansiogênicos.

Quanto aos custos por internação, observou-se que os gastos com os pacientes foram em média R\$786,63. Avaliando os custos, detectou-se redução na proporção dos gastos com o passar dos anos, conforme apresentado na Tabela 2. A redução dos gastos pode derivar da consolidação da atenção primária, aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado e ampliação do acesso a ações de saúde.

Tabela 2. Distribuição dos gastos hospitalares com as AIH entre idosos com depressão no Estado de Minas Gerais, 2008-2017

ANO	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	AIH TOTAL
2008	801,98	548,932	65
2009	884,46	552,997	37
2010	984,14	622,456	82
2011	940,97	666,304	90
2012	939,72	674,528	58
2013	820,32	591,256	75
2014	829,82	582,605	88
2015	696,29	569,786	81
2016	585,33	600,091	89
2017	546,61	412,281	113

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), DATASUS, 2018.

Quando os fatores de risco ou os casos iniciais de doença depressiva não são trata-

dos de maneira adequada acarretam o agravamento do quadro de saúde dos pacientes idosos, levando-os à internação, com elevação dos gastos no tratamento, e maior susceptibilidade ao óbito. Diante disso, o diagnóstico precoce é de suma importância, sendo um fator colaborador para que se implemente ações efetivas de acompanhamento desses usuários no setor primário. Quando o diagnóstico é realizado na Estratégia Saúde da Família e o tratamento se instala rapidamente, reduz-se a probabilidade de o paciente evoluir para o quadro de internação e colabora para a redução da superlotação do setor terciário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A frequência de internações predominante foi de sujeitos do sexo feminino. Em relação à variável raça/cor, houve um predomínio de pardos e sem distinção de sexo. O tempo médio de internação dos idosos foi de 18,6 dias, observando-se o valor médio de gasto de R\$786,63 para os sujeitos que sobreviveram.

São considerados como limitações desse estudo, lacunas encontradas nas AIH em relação às informações. Embora este fato não invalide as análises aqui apresentadas, a maior atenção dos profissionais de saúde no preenchimento das AIH permitiria maior precisão dos resultados. Além disso, o delineamento epidemiológico transversal dificulta o estabelecimento de relações causais com base em um corte no tempo, ou seja, a coleta do dado não está concomitante sobre a exposição e desfecho em um único momento no tempo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva, Switzerland: WHO, 2011:2-21. <https://www.who.int/nmh/wha/59/dpas/en/>.
2. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020). Geneva, Switzerland: WHO; 2016:1-56. <https://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>.
3. Nogueira SL, Geraldo JM, Machado JC, Ribeiro RCL. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. Rev.

bras. estud. popul. 2008;25(1):195-98. <https://rebep.org.br/revista/article/view/182>.

4. De Marco MA, Abud CC, Lucchese AC, Zimmermann VB. Psicologia Médica: abordagem integral do processo saúde-doença. 1.ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

5. World Health Organization. World aging and health report. Geneva, Switzerland: WHO, 2015:1-296. <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>.

6. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento Humano. 10.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

7. Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. Rev. enferm. UERJ. 2011;19(2):268-73. <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/bde-20451>.

8. Teston EF, Carreira L, Marcon SS. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. Rev Bras Enferm. 2014;67(3):450-6. <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0450.pdf>.

9. González LA, Romero YMP, López MR, Ramírez M, Stefanelli MC. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010;44(1):32-39. <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a05v44n1.pdf>.

10. Hartmann Junior AP, Silva RA, Bastos O. Idosos institucionalizados: relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. Neurobiologia. 2009;72(3):19-30.

11. Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. Rev Rene (Online). 2010;11(1):19-27. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4464/3382>.

-
12. Berenstein CK, Wajnman S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação na saúde pública: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2008;24(10):2301-13. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/11.pdf>.
13. Lebrão ML. Estatísticas hospitalares. In: Lebrão ML. *Estudos de morbidade*. 3^a ed. São Paulo: USP; 1997. p.59-72.
14. Melione LPR. Utilização de informações hospitalares do sistema único de saúde para vigilância epidemiológica e avaliação de serviços ambulatoriais em São José dos Campos-São Paulo. *Inf. epidemiol. SUS*. 2002;11(4):215-25. <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v11n4/v11n4a04.pdf>.
15. Lopes CS, Hellwig N, Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *Int. j. equity health*. 2016;15(154):1-8. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112732/pdf/12939_2016_Article_446.pdf.
16. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am P Psychiatry*. 2003;160(6):1147-56. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>.
17. Chan CL, Wang CW, Ho AH, Qu ZY, Wang XY, Ran MS, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among bereaved and non-bereaved survivors following the 2008 Sichuan earthquake. *J Anx Dis*. 2012;26(6):673-9. <https://www.science-direct.com/science/article/abs/pii/S0887618512000679?via%3Dihub>.
18. Warner DF, Brown TH. Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: an intersectionality approach. *Soc. sci. med*. 2011;72(8):1236-48. PMC3087305
19. Williams DR, Yu Y, Jackson JS, Anderson NB. Racial differences in physical and mental
-

health: socioeconomic status, stress and discrimination. *J. health psychol.* 1997;2(3):335-51. DOI: 10.1177 / 135910539700200305.

20. Delfini ABL, Roque AP, Peres RS. Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermaria clínica. *Gerias (Univ. Fed. Juiz Fora)*. 2009;2(1):12-22. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v2n1/v2n1a03.pdf>