



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

RENATA BRITO CRISÓSTOMO CACHULO TRINDADE

INFLUÊNCIA DA DEPRESSÃO NO CONSUMO DE RECURSOS DE SAÚDE NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA INTERNA – GERIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA MARQUES VERÍSSIMO
DR. HELDER FILIPE DA CUNHA ESPERTO**

[Março 2012]

AGRADECIMENTOS

Na realização deste trabalho final de 6º ano, tive o prazer de poder contar com a colaboração de várias pessoas, sem as quais este trabalho ter-se-ia tornado mais difícil, moroso e menos satisfatório. Desejo, por isso, agradecer:

Ao orientador do meu trabalho, Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo, disponível para colaborar em diversas teses de mestrado, facultando e sugerindo diversos temas na área da Geriatria, aos alunos do curso de Medicina. E, por ter aceite, em particular, orientar o meu trabalho final.

Ao meu co-orientador, Dr. Helder Filipe da Cunha Esperto, que além de ter aceite colaborar no meu trabalho final, demonstrou imensa disponibilidade para orientar a execução do mesmo, esclarecendo dúvidas, fomentando ideias e observações, sempre de forma objectiva e muito pertinente.

Ao Professor Doutor Nascimento Costa por possibilitar a oportunidade de realizar um trabalho científico, disponibilizando instrumentos, espaços e meios e contribuindo com conhecimentos científicos.

Ao Dr. Pedro Mota Veiga pela ajuda prestada na análise estatística.

À minha família, pais, irmã e avós, e amigos, que sempre demonstraram apoio, paciência e compreensão, não só ao longo de todo o exigente curso de Medicina, como durante a realização deste trabalho.

Às minhas colegas e amigas de curso (Márcia, Maria João, Maria Teresa e Ana Sofia), que estiveram sempre presentes e partilharam comigo todo o percurso do curso de Medicina.

Aos meus amigos de Erasmus (Paola, Marie, Angie, Martyn, Primoz e Pablo) que acompanharam o meu crescimento, numa fase importante da minha vida académica e pessoal.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente vascular cerebral

DM2 – Diabetes mellitus tipo 2

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica

EAM – Enfarte agudo do miocárdio

HTA – Hipertensão arterial

ICC – Insuficiência cardíaca congestiva

SU – Serviço de Urgência

ÍNDICE

Índice de tabelas e gráficos	5
Resumo	6
Abstract	7
Introdução	8
População e Métodos	11
Análise Estatística e Resultados	12
➤ 1.Descrição da Amostra	12
➤ 2.Análise Univariada	16
➤ 3.Objectivos Principais	18
Discussão	23
Conclusão	26
Referências Bibliográficas	27

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Dados demográficos	13
Tabela 2 – Número total de Co-morbilidades	13
Tabela 3 – Co-morbilidades segundo o sexo	14
Tabela 4 – Utilização de recursos	15
Tabela 5 – Número total de eventos segundo o sexo	15
Tabela 6 – Número de eventos discriminados segundo o sexo	16
Tabela 7 – Variáveis demográficas e co-morbilidades segundo a existência de depressão	17
Tabela 8 – Número de medicamentos, duração do internamento e número de eventos segundo a existência de depressão	19
Tabela 9 – Novos internamentos segundo a existência de depressão	19
Tabela 10 – Estimativa de Kaplan-Meier para o tempo do primeiro Internamento	20
Tabela 11 – Comparação do tempo do primeiro internamento entre os doentes com e sem depressão através dos métodos de sobrevida	20
Tabela 12 – Ocorrência de morte e dados censurados para a estimativa de Kaplan-Meier da sobrevida	21
Tabela 13 – Estimativa de Kaplan-Meier para a sobrevida	21
Tabela 14 – Comparação da sobrevida dos doentes com e sem depressão	21
Tabela 15 – Mortalidade	22
Gráfico 1 – Tempo de internamento	20
Gráfico 2 – Gráfico de sobrevida	22

RESUMO

Introdução: Actualmente, o ritmo de crescimento da população idosa é aproximadamente quatro vezes superior ao da população jovem, prevendo-se que este seja ainda mais acentuado num futuro próximo. Trata-se de uma população susceptível a uma diversidade de doenças crónicas, que geram várias limitações, onde a depressão ocupa um lugar importante. Como tal, é fácil prever que o consumo de recursos de saúde seja elevado numa faixa etária que exige cuidados especiais a nível físico, psíquico e cognitivo.

Objectivos: Verificar na população geriátrica internada num Serviço de Medicina qual é a influência da depressão no consumo de recursos de saúde, analisando o número de vindas ao SU e internamentos, número de medicamentos, co-morbilidades e mortalidade.

Metodologia: Estudo descritivo, de idosos, com idade superior a 65 anos, de ambos os sexos, internados no serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra, e que tiveram alta para o domicílio entre Janeiro e Março de 2010.

Resultados: Foram identificados 231 idosos, dos quais 41 sofriam depressão. No que diz respeito à utilização de recursos de saúde, verificou-se apenas uma correlação entre a depressão e o número de medicamentos ($t=-2,436$; $p=0,016$), onde os indivíduos com depressão consomem, em média, um número superior de medicamentos ($8\pm 3,3$).

Conclusões: Na população geriátrica internada num Serviço de Medicina a presença de depressão associa-se apenas a um maior consumo de medicamentos.

Palavras-chave: idoso, depressão, recursos de saúde, número de medicamentos.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, the rate of growth of elderly people is approximately four times that of young people, and, it is expected to be even more pronounced in a near future. It is a population very susceptible to a variety of chronic diseases, which leads to several limitations, in which depression plays an important role. The consumption of health resources in a population that requires special physical, psychological and cognitive care seems to be high.

Objectives: Verify in geriatric population admitted to an Internal Medicine Ward which is the influence of depression in the consumption of health resources, examining differences in the number of emergency care visits or hospitalizations, number of medication, co-morbidities and mortality.

Methodology: Descriptive study, of elderly subjects (over 65 years old), of both sexes, admitted to Internal Medicine Department of the Hospital of University of Coimbra, who were discharged home between January and March of 2010.

Results: From 231 elderly people, 41 were identified as suffering from depression. In relation to the main goal of this study, it was only found a correlation between depression and number of drugs use ($t=-2,436$; $p=0,016$), where depressed individuals consume, on average, a higher number of medication ($8\pm 3,3$).

Conclusions: In geriatric population admitted to an Internal Medicine Ward depression is only related to a major use of chronic medication.

Keywords: elderly, depression, health resources, number of medication.

INTRODUÇÃO

No último século, assistiu-se, a nível mundial, a um fenómeno de transição demográfica, do qual resultou um envelhecimento da população, verificado principalmente a nível dos países industrializados (1).

De facto, actualmente, o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem e prevê-se que a percentagem mundial desta população tenha uma tendência crescente, com um aumento de 6,9% em 2000 para 15,6% em 2050 (1).

Ao longo do processo de envelhecimento, são várias as alterações que ocorrem a nível dos órgãos e sistemas, sendo estas relacionadas também com o estilo de vida e condicionantes sócio-económicas (2). Verifica-se também nos idosos um aumento de doenças crónicas, assim como das incapacidades físicas e mentais associadas, que conduzem a dependência na execução das actividades de vida diárias (3).

É ampla a variedade de transtornos psiquiátricos que afectam os idosos, sendo mais vulneráveis aqueles que sofrem de alguma doença física. Neste contexto, a depressão é bastante frequente, afectando aproximadamente 30% dos idosos e associando-se a elevados custos sociais e de saúde. Por exemplo, a prevalência média de idosos que desenvolvem depressão durante um internamento hospitalar por uma afecção aguda é de aproximadamente 29% (4).

A depressão é definida pela OMS (5) como uma diminuição do humor, redução da energia, perda de prazer pelas actividades habituais e decréscimo de actividade, presente por um período de duas ou mais semanas.

No entanto, em muitos casos, a depressão não é detectada, o que impossibilita que seja abordada e tratada de maneira adequada (4). Esta falha no diagnóstico da depressão no idoso

pode estar relacionada com a forma como esta doença se manifesta nesta população, apresentando muitas vezes sintomas atípicos como ansiedade e perda de memória, que podem ser confundidos com demência (6).

O aumento generalizado do uso e custos nos serviços de saúde na população geriátrica associado à depressão pode ser entendido por dois mecanismos: em primeiro lugar, os pacientes podem desenvolver ou ampliar os seus sintomas, percebendo-se como mais doentes do que realmente estão; em segundo lugar, os pacientes podem vir em busca de atenção e apoio emocional que obtêm numa consulta com um profissional de saúde (7).

Muitos idosos, no entanto, podem não recorrer aos serviços de saúde pela depressão, devido ao facto de acreditarem que esta seja uma consequência natural da idade avançada ou por não terem um número significativo de sintomas (8).

Contudo, vários estudos concluíram que será mais provável a vinda de pelo menos uma vez ao Serviço de Urgência (SU) por parte de idosos que sofrem de depressão do que aqueles que não sofrem (9,10), assim como um maior número de vindas ao SU (11) e custos mais elevados (12).

A depressão tem sido considerada a principal causa de anos vividos com incapacidade no mundo (13,14), sendo a quarta causa de morbilidade, com a perspectiva de que suba para o segundo lugar em 2025.

A sintomatologia depressiva em idosos também apresenta relação com outras doenças crónicas (15) e, conseqüentemente, com o uso simultâneo de vários medicamentos (16). De facto, quase um terço dos pacientes portadores de doenças crónicas Hipertensão arterial (HTA), Acidente vascular cerebral (AVC), Insuficiência cardíaca congestiva (ICC), Diabetes mellitus (DM), Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) sofre de depressão (17).

O objectivo principal deste artigo é verificar qual a relação da depressão com o consumo de recursos de saúde pela população geriátrica e se esta se traduz numa maior utilização dos mesmos. Pretende-se comparar o número de eventos, que incluem vindas ao Serviço de Urgência e internamentos, taxas de mortalidade, co-morbilidades e medicação numa amostra de doentes com e sem depressão dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).

POPULAÇÃO E MÉTODOS

Estudo descritivo, com uma amostra de 231 doentes, com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, dos quais 41 sofriam de depressão. A amostra foi composta por indivíduos com mais de 65 anos, de ambos os sexos, admitidos no internamento do Serviço de Medicina Interna dos HUC e que tiveram alta entre Janeiro e Março de 2010. Foi registada a duração do internamento, co-morbilidades e medicação à data de alta.

Através da consulta do processo clínico, foi observado qual o comportamento destes idosos e registado o número de vindas ao SU, internamentos e óbitos.

Foram excluídos todos os idosos em que não foi possível fazer o seguimento durante um ano.

Os dados obtidos foram tratados através do Software SPSS versão 18.0. As variáveis numéricas são resumidas através da média, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão, as qualitativas são resumidas recorrendo às frequências absolutas e relativas. Na análise univariada, para comparar os doentes com e sem depressão, utilizou-se o teste t para as variáveis quantitativas e o teste do Qui-Quadrado para as qualitativas. Para a verificação dos objectivos principais do estudo utilizaram-se igualmente os testes t e do Qui-Quadrado, bem como a metodologia de Kaplan-Meier para analisar o tempo de internamento e a sobrevida global dos doentes. Para o tempo de sobrevida, nos doentes em que ocorreu o óbito, calculou-se a diferença, em anos, entre a data de óbito e a data de entrada e nos restantes o tempo foi determinado através da diferença entre a data de entrada e a data do último episódio.

RESULTADOS

1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra era constituída por 231 pessoas, sendo 55,4% do sexo feminino e com uma média etária de $79,5 \pm 7,7$ anos variando esta entre os 65 e 99 anos (Tabela 1). Analisando a Tabela 1, observa-se que a média de idade do sexo feminino ($81,0 \pm 7,5$) é significativamente superior ($p=0,001$) à do sexo masculino ($77,7 \pm 7,5$).

No que respeita à depressão, 17,7% dos doentes possuíam esta patologia (Tabela 1).

Quanto às co-morbilidades, estes doentes apresentavam em média $4,6 \pm 2,0$, existindo doentes sem qualquer co-morbilidade (dois) e doentes com 10 co-morbilidades (três).

Nestas, destacam-se a Hipertensão arterial com 69,7%, a Insuficiência cardíaca com 35,5%, a Diabetes mellitus tipo 2 com 32,5%, a Dislipidémia com 29% (Tabela 3).

Em relação ao número de co-morbilidades observam-se diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,003$) no número médio de co-morbilidades entre o sexo masculino ($5,1 \pm 2,3$) e feminino ($4,3 \pm 1,7$), sendo que os homens têm em média um maior número de co-morbilidades. Observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,007$) entre o sexo feminino e masculino na prevalência de Hiperuricémia em que nos homens 23,3% possuíam esta patologia e nas mulheres essa proporção era de 10,2% (Tabela 3).

Na utilização de recursos de saúde desta amostra (Tabela 4) salienta-se que em média cada pessoa estava a utilizar 7 ± 3 medicamentos, existindo um doente sem qualquer toma de medicamento bem como um doente com 17 medicamentos. No que respeita ao número médio de eventos (vindas ao SU/internamentos nos 12 meses após alta) foi de $3,7 \pm 4,1$, sendo que 18,2% não tiveram quaisquer novos eventos e dois doentes com 26 eventos.

Por último, em relação à duração do internamento, observa-se que, em média, o tempo de internamento foi de $10,8 \pm 7,1$ dias, variando este entre 1 e 46 dias. Quanto ao número médio total de eventos, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,024$) entre o sexo masculino ($4,4 \pm 5,0$) e feminino ($3,1 \pm 3,0$) em que os homens em média têm um maior número de eventos. (Tabela 5).

Quanto ao número de idas ao SU e ao número de internamentos, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,037$ e $p=0,049$ respectivamente) entre o sexo masculino (SU: $2,9 \pm 3,9$; Internamentos: $1,5 \pm 1,7$) e feminino (SU: $2,1 \pm 2,1$; Internamentos: $1,0 \pm 1,2$) em que os homens em média têm um maior número de idas ao SU e de internamentos (Tabela 6).

Tabela 1 – Dados demográficos

	Masculino	Feminino	Total	p ¹
N (%)	103 (44,6%)	128 (55,4%)	231	
Idade Média ± Desvio padrão	77,7±7,5	81,0±7,5	79,5±7,7	0,001
Idade Mediana (Mín – Máx)	77 (65-94)	82 (66-99)	79 (65-99)	
Depressão (%)	13,6%	21,1%		0,138

¹ Teste t

Tabela 2 – Número total de Co-morbilidades

Nº de Co-morbilidades (Total)	Média ± Desvio Padrão	4,6 ± 2,0
	Mediana (Mín - Máx)	5 (0-10)

Tabela 3 – Co-morbilidades segundo o sexo

Nº de Comorbilidades ²	Masculino	Feminino	P
Média ± Desvio Padrão	5,1 ± 2,3	4,3 ± 1,74	0,003
Mediana (Mín - Máx)	5 (0 - 10)	4(1 - 8)	

¹ Teste do Qui-Quadrado, ² Teste t

Co-Morbilidade	Total	Masculino	Feminino	p
HTA ¹	161 (69,70%)	71 (68,9%)	90 (70,3%)	0,820
ICC ¹	82 (35,5%)	39 (37,9%)	43 (33,6%)	0,500
DM2 ¹	75 (32,47%)	40 (38,8%)	35 (27,3%)	0,064
Dislipidemia ¹	67 (29,00%)	30 (29,1%)	37 (28,9%)	0,971
Antecedentes AVC ¹	45 (19,48%)	25 (24,3%)	20 (15,6%)	0,099
DPOC ¹	43 (18,61%)	23 (22,3%)	20 (15,6%)	0,193
Depressão ¹	41 (17,75%)	14 (13,6%)	27 (21,1%)	0,138
Demência ¹	40 (17,32%)	17 (16,5%)	23 (18,0%)	0,770
Hiperuricemia ¹	37 (16,02%)	24 (23,3%)	13 (10,2%)	0,007
Patologia Neoplásica	35 (15,2%)	15 (14,6%)	20 (15,6%)	0,823
Antecedentes EAM ¹	22 (9,52%)	14 (13,6%)	8 (6,3%)	0,059

¹ Teste do Qui-Quadrado, ² Teste t

Tabela 4 – Utilização de recursos

		N	%
Nº de medicamentos	Média ± Desvio Padrão	7,0 ± 3,0	
	Mediana (Mín - Máx)	7 (0 - 17)	
Nº eventos	Média ± Desvio Padrão	3,7 ± 4,1	
	Mediana (Mín - Máx)	2 (0 - 26)	
Duração do internamento	Média ± Desvio Padrão	10,8 ± 7,1	
	Mediana (Mín - Máx)	9 (1 - 46)	

Tabela 5 – Número total de eventos segundo o sexo

		SEXO				p ¹
		Masculino		Feminino		
		N	%	N	%	
Nº de Eventos	Média ± Desvio Padrão	4,4 ± 5,0		3,1 ± 3,0		0,024
	Mediana (Mín - Máx)	3 (0 - 26)		2 (0 - 17)		

¹ Teste t

Tabela 6 – Número de eventos discriminados segundo o sexo

		SEXO		Total	p ¹
		Masculino	Feminino		
Nº de Medicamentos	Média ± Desvio Padrão	6,9 ± 2,7	7,0 ± 3,2	7,0 ± 3,0	0,687
	Mediana (Mín - Máx)	7 (1 - 14)	7 (0 - 17)	7 (0 - 17)	
Duração do internamento	Média ± Desvio Padrão	11,1 ± 8,1	10,6 ± 6,3	10,8 ± 7,1	0,598
	Mediana (Mín - Máx)	9 (1 - 42)	9 (1 - 46)	9 (1 - 46)	
Nº de idas ao SU	Média ± Desvio Padrão	2,9 ± 3,9	2,1 ± 2,1	2,5 ± 3,1	0,037
	Mediana (Mín - Máx)	2 (0 - 26)	1 (0 - 14)	2 (0 - 26)	
Nº de internamentos	Média ± Desvio Padrão	1,5 ± 1,7	1,0 ± 1,2	1,2 ± 1,5	0,049
	Mediana (Mín - Máx)	1 (0 - 11)	1 (0 - 5)	9 (0 - 11)	

¹Teste t

2. ANÁLISE UNIVARIADA

Nesta secção da análise, averigua-se se existem diferenças estatisticamente significativas entre os doentes com e sem depressão no que respeita às variáveis demográficas e às co-morbilidades (Tabela 7). Observa-se que não existe quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os doentes com e sem depressão no que respeita aos dados demográficos (sexo e idade) bem como no que se refere às diferentes co-morbilidades analisadas.

Tabela 7 – Variáveis demográficas e co-morbilidades segundo a existência de depressão

		Depressão					P
		Não		Sim		Total	
		N	%	N	%	N	
Sexo ¹	Feminino	101	78,9%	27	21,1%	128	0,138
	Masculino	89	86,4%	14	13,6%	103	
Idade ²	Média ± Desvio	79,4 ± 7,5		80,0 ± 8,4		0,703	
	Padrão						
	Mediana (Mín - Máx)	79 (65 - 99)		80 (65 - 94)			
HTA ¹	Não	56	80,0%	14	20,0%	70	0,555
	Sim	134	83,2%	27	16,8%	161	
Dislipidemia ¹	Não	135	82,3%	29	17,7%	164	0,967
	Sim	55	82,1%	12	17,9%	67	
DM2 ¹	Não	125	80,1%	31	19,9%	156	0,223
	Sim	65	86,7%	10	13,3%	75	
Obesidade ¹	Não	183	81,7%	41	18,3%	224	0,212
	Sim	7	100,0%	0	0,0%	7	
ICC ¹	Não	124	83,2%	25	16,8%	149	0,603
	Sim	66	80,5%	16	19,5%	82	
DPOC ¹	Não	156	83,0%	32	17,0%	188	0,545
	Sim	34	79,1%	9	20,9%	43	
AVC ¹	Não	152	81,7%	34	18,3%	186	0,668
	Sim	38	84,4%	7	15,6%	45	
EAM ¹	Não	173	82,8%	36	17,2%	209	0,521
	Sim	17	77,3%	5	22,7%	22	
Hiperuricemia ¹	Não	159	82,0%	35	18,0%	194	0,790
	Sim	31	83,8%	6	16,2%	37	
Hipotireoidismo ¹	Não	175	81,8%	39	18,2%	214	0,502
	Sim	15	88,2%	2	11,8%	17	
Obstipação ¹	Não	176	81,9%	39	18,1%	215	0,569
	Sim	14	87,5%	2	12,5%	16	
Demência ¹	Não	159	83,2%	32	16,8%	191	0,387
	Sim	31	77,5%	9	22,5%	40	
Patologia Neoplásica ¹	Não	163	83,2%	33	16,8%	196	0,391
	Sim	27	77,1%	8	22,9%	35	

¹Teste do Qui-Quadrado, ² Teste t

3. OBJECTIVOS PRINCIPAIS

Na Tabela 8 representa-se a utilização de alguns recursos de saúde (número de medicamentos, duração do internamento e número de novos internamentos) segundo a ocorrência de depressão. Observa-se que os doentes com depressão têm um número médio de medicamentos superior aos doentes sem depressão ($8\pm 3,3$ vs $6,7\pm 2,9$, $p=0,016$). Já no que se refere à duração do internamento não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em análise ($t=-1,054$; $p=0,293$), sendo em média de $11,9\pm 8,5$ dias nos indivíduos com depressão e $10,6\pm 6,8$ naqueles sem depressão.

Na Tabela 9 observa-se a não existência de uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2=0,041$; $p=0,839$) entre a ocorrência de novos internamentos e a depressão.

Através da análise de sobrevivência analisou-se possíveis diferenças estatisticamente significativas entre os doentes com e sem depressão (Tabelas 10 e 11, Gráfico 1) no que respeita ao tempo do primeiro internamento (Tabelas 9 e 11, Gráfico 1), bem como à sobrevida global dos doentes (Tabelas 12, 13 e 14, Gráfico 2). Observa-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao tempo de internamento (Log-Rank: $\chi^2=1,26$; $p=0,262$) bem como à sobrevida global dos doentes (Log-Rank: $\chi^2=0,03$; $p=0,866$).

Ainda em relação à mortalidade, observa-se que aos três meses nos idosos com depressão esta era de 79,6% (IC95%: 73,7% - 85,2%) e nos sem depressão 78% (IC95%: 65,3% - 90,7%), aos 6 meses era respectivamente 71,6% (IC95%: 65,1% - 78,0%) e 73,2% (IC95%: 59,6% - 86,7%), aos 9 meses era 65,8% (IC95%: 59% - 72,5%) e 70,7% (IC95%: 56,8% - 84,7%) e aos 12 meses essas proporções eram 64,2% (IC95%: 57,4% - 71,0%) e 61% (IC95%: 46% - 75,9%). Face a estes resultados não existem diferenças significativas na mortalidade entre os idosos com e sem depressão aos 3, 6, 9 e 12 meses (Tabela 15).

Tabela 8 – Número de medicamentos, duração do internamento e número de eventos segundo a existência de depressão

	Depressão	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	T	p ¹
Nº de medicamentos	Não	187	6,7	7,0	0,0	15,0	2,9	- 2,436	0,016
	Sim	41	8,0	8,0	2,0	17,0	3,3		
Duração do internamento	Não	189	10,6	9,0	1,0	42,0	6,8	- 1,054	0,293
	Sim	41	11,9	11,0	2,0	46,0	8,5		
Nº eventos	Não	190	3,6	2,0	0,0	26,0	4,3	- 0,405	0,686
	Sim	41	3,9	4,0	0,0	11,0	3,2		

¹Teste t

Tabela 9 – Novos internamentos segundo a existência de depressão

	Depressão	Depressão					χ^2	p ¹
		Não		Sim		Total		
		N	%	N	%	N		
Novos internamentos	Não	35	83,3%	7	16,7%	42	0,041	0,839
	Sim	155	82,0%	34	18,0%	189		
	Total	190	82,3%	41	17,7%	231		

¹Teste do Qui-Quadrado

Tabela 10 – Estimativa de Kaplan-Meier para o tempo do primeiro internamento

Depressão	Mean				Median			
	Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Interval				Interval	
			Limite Inferior	Limite Superior			Limite Inferior	Limite Superior
Não	10,61	0,49	9,64	11,58	9,00	0,32	8,36	9,64
Sim	11,90	1,32	9,31	14,50	11,00	1,19	8,66	13,34
Total	10,84	0,47	9,92	11,76	9,00	0,40	8,22	9,78

Tabela 11 – Comparação do tempo do primeiro internamento entre os doentes com e sem depressão através dos métodos de sobrevivência

	Chi-Square	df	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	1,26	1	0,262

Gráfico 2 – Tempo de internamento

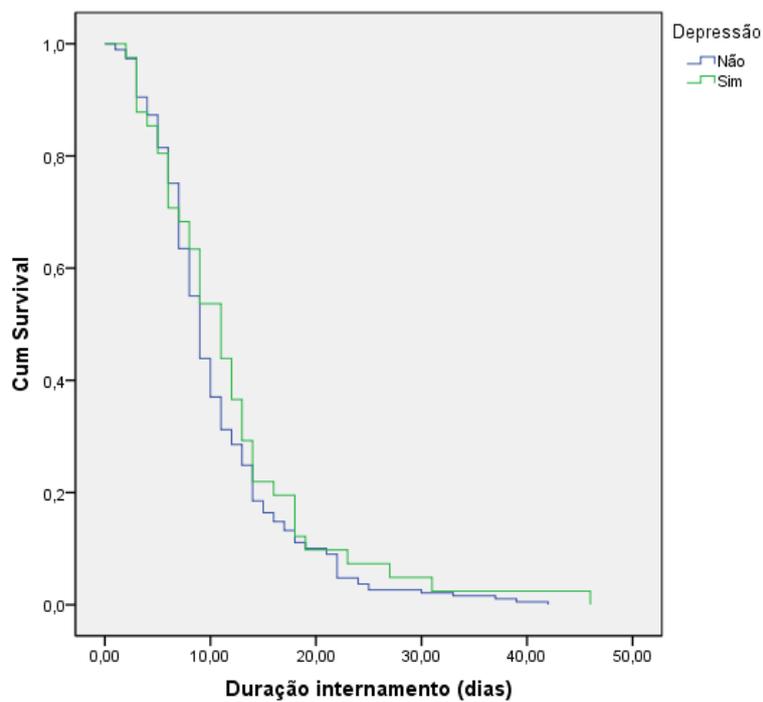


Tabela 12 – Ocorrência de morte e dados censurados para a estimativa de Kaplan-Meier da sobrevida

Depressão	N	Nº mortes	Censurados	
			N	%
Não	190	68	122	64,2%
Sim	41	16	25	61,0%
Overall	231	84	147	63,6%

Tabela 13 – Estimativa de Kaplan-Meier para a sobrevida

Depressão	Mean			
	Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Interval	
			Limite Inferior	Limite Superior
Não	1,18	0,05	1,09	1,28
Sim	1,09	0,09	0,92	1,27
Total	1,18	0,04	1,10	1,27

Tabela 14 – Comparação da sobrevida dos doentes com e sem depressão

	Chi-Square	df	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	0,03	1	0,866

Gráfico 2 – Gráfico de sobrevida

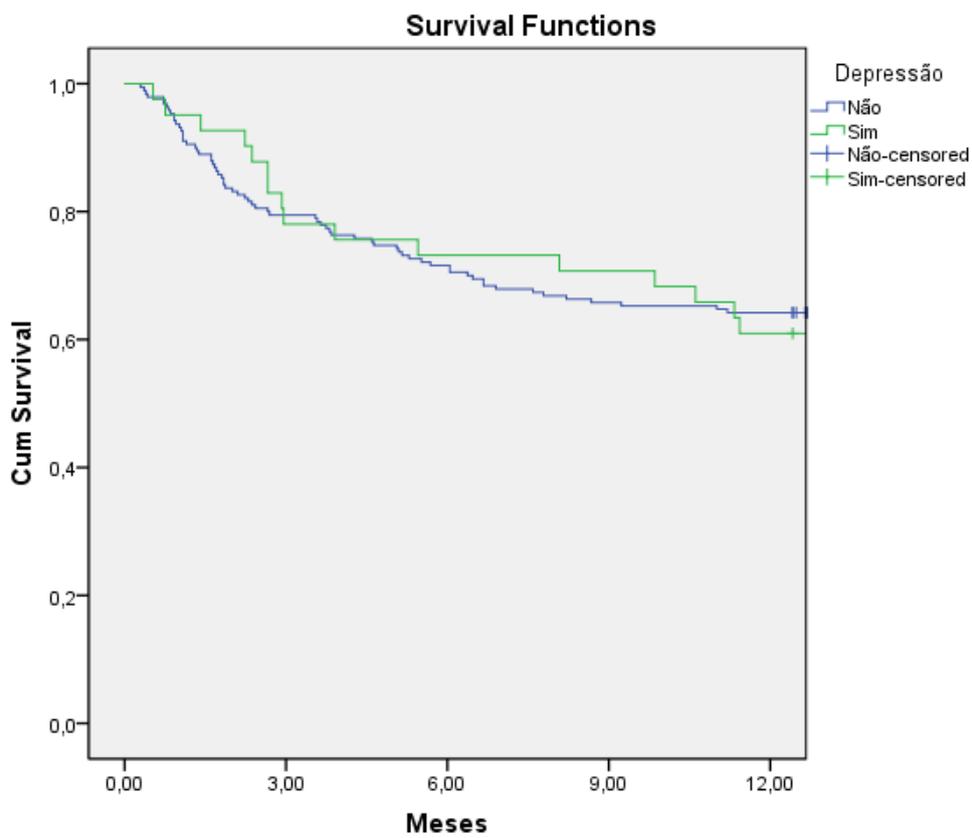


Tabela 15 – Mortalidade

DEPRESSÃO	3 MESES		6 MESES		9 MESES		12 MESES	
		IC 95%		IC 95%		IC 95%		IC 95%
SIM	79,6%	73,7%-85,2%	71,6%	65,1%-78,0%	65,8%	59% -72,5%	64,2%	57,4% -71,0%
NÃO	78,0%	65,3%-90,7%	73,2%	59,6% -86,7%	70,7%	56,8%-84,7%	61%	46% -75,9%

DISCUSSÃO

A depressão é, actualmente, uma doença muito prevalente no idoso e que implica exigentes cuidados de saúde, torna-se assim interessante realizar estudos que abordem as necessidades destes doentes face a esta doença.

Numa primeira análise da amostra estudada, verificou-se que 55,4% dos elementos eram do sexo feminino e que a média etária era de 79,5 anos, observando-se uma média de idade no sexo feminino ($81,0 \pm 7,5$) significativamente superior ($p=0,001$) à do sexo masculino ($77,7 \pm 7,5$).

Estes doentes possuíam em média cerca de 5 doenças concomitantes destacando-se a Hipertensão arterial com 69,7%, a Insuficiência cardíaca com 35,5%, a Diabetes mellitus tipo 2 com 32,5% e a Dislipidémia com 29%, sendo que os homens tinham em média um número maior de co-morbilidades. Estes dados apoiam o facto de existir na população geriátrica um elevado predomínio de doenças crónicas, o que a torna uma população mais vulnerável e consequentemente mais propensa a necessitar e consumir recursos de saúde. Neste contexto, verificou-se que, em média, cada doente tomava 7 ± 3 medicamentos, não havendo diferença entre sexos e que o número médio de eventos (vindas ao SU/novos internamentos 12 meses após a alta) era de $3,7 \pm 4,1$. Ainda em relação ao número de eventos, este era superior no sexo masculino (nos homens $4,4 \pm 5,0$ vs nas mulheres $3,1 \pm 3,0$), tanto no que diz respeito ao número de idas ao SU como ao número de novos internamentos (homens SU: $2,9 \pm 3,9$; Internamentos: $1,5 \pm 1,7$ vs mulheres SU: $2,1 \pm 2,1$; Internamentos: $1,0 \pm 1,2$).

Verificou-se que 17,7% dos elementos sofriam de depressão. Este valor está de acordo com a elevada percentagem de idosos que se estima sofrer desta patologia. Alguns estudos, como referem Godfrey e Denby (18), relatam que a depressão é uma patologia mais frequente no sexo feminino, o que de facto se verificou neste estudo (13,6% dos homens têm vs 21,1 %

das mulheres), ainda que não houvesse diferença estatisticamente significativa ($p=0,138$). Pode-se concluir, no entanto, que haverá uma tendência para que seja mais prevalente no sexo feminino (18). Em relação à média de idades, esta era semelhante nos dois grupos.

Ao longo dos últimos anos houve a consciencialização de que a depressão é um problema sério de saúde, que comporta riscos tanto na saúde física como mental assim como na longevidade (19). No entanto, neste estudo verificou-se que o número de co-morbilidades era semelhante entre os dois grupos (com e sem depressão), assim como a sobrevivência global, não se revelando a depressão como um factor de risco para agravamento de outras patologias e para uma mortalidade mais precoce. Analisando a mortalidade nos indivíduos com e sem depressão aos 3, 6 e 9 meses não se verificam igualmente quaisquer diferenças estatisticamente significativas, embora os valores tenham uma tendência decrescente.

No entanto, esta ocorrência pode ser justificada pelo facto de a depressão apenas constituir um factor de risco para morte precoce e para problemas funcionais, cognitivos e psicológicos quando não é identificada ou tratada, como foi já demonstrado em estudos anteriores (4). Pode ainda dever-se ao facto da depressão estar a ser sub-diagnosticada nesta população, quer por falta de consciencialização dos médicos para esta patologia, quer pela sub-valorização dos próprios doentes para os sintomas depressivos, atribuindo-os à evolução natural do envelhecimento (8). Entre os ditos sintomas da depressão estão a perda de contacto social, falta de esperança e inércia (19) que podem condicionar a procura de ajuda por parte dos doentes nos serviços de saúde. Por outro lado, existem estudos que afirmam que estes doentes procuram mais os serviços de saúde em busca de apoio emocional ou de compreensão por parte do médico (7), sugerindo que estas taxas deveriam ser mais elevadas nestes indivíduos.

Em relação à duração do internamento assim como ao número de novos internamentos também não se verificou qualquer diferença significativa estatisticamente.

Em relação ao tempo do primeiro internamento não se verificaram igualmente diferenças. Há, no entanto, estudos que revelam que, aproximadamente 29% dos idosos desenvolvem depressão durante um internamento hospitalar (4), o que poderia ser a causa de um prolongamento do mesmo.

Por último, dentro dos objectivos principais deste estudo, observou-se somente uma diferença estatisticamente significativa entre os doentes com e sem depressão no que respeita ao número de medicamentos, em que os indivíduos com depressão, em média, têm um número superior de medicação. Este facto pode vir ao encontro de conclusões obtidas em outros estudos que examinaram a relação entre a qualidade do tratamento da depressão e o seu respectivo resultado, em que a adesão à medicação anti-depressiva estava associada ao aumento da adesão à medicação para outras co-morbilidades, diminuição de hospitalizações médicas e psiquiátricas e redução dos custos totais (20,21).

Na sequência dos resultados obtidos neste estudo, o elevado número de co-morbilidades orgânicas presentes na população geriátrica internada parece ser o factor dominante para o maior número de vindas ao SU, novos internamentos e índices de mortalidade.

Por se tratar de um doente que requer cuidado e uma abordagem especial, deve haver uma consciencialização da importância de exercer um diagnóstico correcto e ainda mais uma terapêutica efectiva.

CONCLUSÃO

Dentro dos objectivos propostos para o estudo, conclui-se que existe apenas uma correlação estatisticamente significativa ($t=-2,436$; $p=0,016$) em relação ao número de medicamentos entre os indivíduos idosos com e sem depressão. De facto, verifica-se que na população geriátrica que sofre desta patologia, há o consumo de um maior número de medicamentos ($8\pm 3,3$ nos indivíduos com depressão vs $6,7\pm 2,9$ naqueles sem depressão).

Perante estes resultados conclui-se que, para a população estudada, a depressão não aumenta o consumo de recursos de saúde na sua generalidade. Todavia, verificou-se tratar-se de uma população com um elevado número de co-morbilidades orgânicas, nomeadamente aquelas que conferem um maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, responsáveis por significativos índices de morbi-mortalidade. Provavelmente, serão estas que exercem uma maior influência no consumo de recursos de saúde, no aumento de custos e procura de auxílio médico na população geriátrica internada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) FERREIRA, Pedro Lopes; RODRIGUES, Rogério; NOGUEIRA, Dália (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- (2) FILLENBAUM, G.G. (1986). *Troisième âge et bien être. Approches d'une évaluation multidimensionnelle*. Geneve: Organization Mondiale de la Santé.
- (3) RAMOS, L.R.; VERAS, R.; KALACHE, A. (1987). Populational ageing: a Brazilian reality. *Rev. Saúde Pública*. 21, p. 211-24.
- (4) ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS - *Who Cares Wins. Improving the outcome for older people admitted to the general hospital: Guidelines for the development of liaison mental health services for older people*. London, Royal College of Psychiatrists, 2005.
- (5) WORLD HEALTH ORGANISATION – *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. London: Churchill Livingstone, 2003.
- (6) WOODS, R. - *Psychological Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care*. Chichester: Wiley, 1999.
- (7) KIRMAYER, L.J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnoses and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 62 Supl 13: 22-28.
- (8) CURRAN, S. [et al] - *Practical Management of Depression in Older People*. London: Arnold, 2001.
- (9) CALLAHAN, C.M. [et al] - Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 42 (1994), p. 833-838.

- (10) HIMELHOCH, S. [et al]. - Chronic medical illness, depression and use of acute medical services among Medicare beneficiaries. *Medical Care*. 42 (2004), p. 512-521.
- (11) UNUTZER, J. [et al]. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years older. *JAMA*. 277 (1997), p. 1618-23.
- (12) KATON, W.G. [et al]. - Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*. 60 (2003), p. 897-903.
- (13) EISENBERG, L. - Psychiatry and health in low-income populations. *Comprehensive Psychiatry*, 38: Supl 2 (1997), p. 69-73.
- (14) MURRAY, C.J.; LOPEZ A.D. - The utility of DALYs for public health policy and research: a reply. *Bull World Health Organ*. 75: Supl 4 (1997), p. 377-81.
- (15) EVERSON-ROSE, S.A.; LEWIS, T.T. - Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annu Rev. Public Health*. 26 (2005), p. 469-500.
- (16) ROZENFELD, S. - Prevalence, associated factors and misuse of medication in the elderly: a review. *Cad Saúde Pública*. 19: Supl 3 (2003), p. 717-24.
- (17) BUTLER, R.N.; LEWIS, M.I. - Late-life depression: when and how to intervene. *Geriatrics*. 50: Supl 8 (1995), p. 44-6, 49-52, 55; quiz 56.
- (18) GODFREY, M.; DENBY, T. - *Depression and Older People: Towards securing wellbeing in later life*. Bristol: Help the Aged, 2004.
- (19) MANTHROPE, J.; ILLIFFE, S. - *Depression in Later Life*. London: Jessica Kingsley, 2005.
- (20) KATON W. [et al] - Impact of antidepressant drug adherence on comorbid medication use and resource utilization. *Archives of Internal Medicine*. 165 (2005), p. 2497–2503.
- (21) CHARBONNEAU A. [et al] - Monitoring depression care: in search of an accurate quality indicator. *Medical Care*. 42 (2004), p. 522–531.

PINTO, Anabela Mota - *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

RAYMOND C. Tallis; HOWARD M. Fillit – *Geriatrics*, vol2. Madrid: Marbán, 2005.