



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO**

Patrícia Pereira de Souza da Rosa

**Depressão e multimorbidade como fatores para aumento da prevalência de incapacidades funcionais em idosos brasileiros - ELSI-Brasil**

Araranguá

2021

Patrícia Pereira de Souza da Rosa

**Depressão e multimorbidade como fatores para aumento da prevalência de incapacidades funcionais em idosos brasileiros - ELSI-Brasil**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ione Jayce Ceola Schneider, Dra.

Araranguá

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rosa, Patrícia Pereira de Souza da  
Depressão e multimorbidade como fatores para aumento da  
prevalência de incapacidades funcionais em idosos  
brasileiros - ELSI-Brasil / Patrícia Pereira de Souza da  
Rosa ; orientadora, Ione Jayce Ceola Schneider, 2021.  
109 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Campus Araranguá, Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Reabilitação, Araranguá, 2021.

Inclui referências.

1. Ciências da Reabilitação. 2. Idosos. 3.  
Multimorbidade. 4. Incapacidades. 5. Depressão. I.  
Schneider, Ione Jayce Ceola. II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências da  
Reabilitação. III. Título.

Patrícia Pereira de Souza da Rosa

**Depressão e multimorbidade como fatores para aumento da prevalência de incapacidades funcionais em idosos brasileiros - ELSI-Brasil**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Heloyse Uliam Kuriki, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Larissa Pruner Marques, Dra.  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Tiago da Silva Alexandre, Dr.  
Universidade Federal de São Carlos

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Ciências da Reabilitação pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Profa. Ione Jayce Ceola Schneider, Dra.  
Orientadora

Araranguá, 2021.

## **APRESENTAÇÃO AOS LEITORES**

A Dissertação intitulada "Depressão e multimorbidade como fatores para aumento da prevalência de incapacidades funcionais em idosos brasileiros - ELSI-Brasil" foi desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Santa Catarina, campus Araranguá. Está inserida na linha de pesquisa em Desempenho e Capacidade dos Sistemas Cardiorrespiratório e Neurológico.

A primeira parte da dissertação contém a Introdução, objetivos geral e específicos, além da hipótese da pesquisa. A segunda parte engloba a Revisão de Literatura sobre envelhecimento, saúde mental, com foco na depressão e envelhecimento, multimorbidade e incapacidades funcionais. Apresenta também a Revisão Integrativa que traz a relação entre transtornos mentais, multimorbidade e incapacidades, realizada através de uma busca metodológica na literatura, com a síntese dos artigos selecionados sendo apresentada em um quadro descritivo e o fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos.

A terceira parte é composta pelos Métodos, que descreve a fonte de dados utilizada, desenho do estudo e os instrumentos de pesquisa. A quarta parte apresenta os resultados do estudo, com descrição dos achados e apresentação das tabelas resultantes da análise estatística. Na quinta parte se encontra a discussão dos resultados desta dissertação, seguido pela conclusão da pesquisa.

Os apêndices são compostos pelas chaves de busca utilizadas na Revisão Integrativa, o modelo teórico desenvolvido para esta dissertação, a tabela completa com a análise comparativa entre os casos incluídos e excluídos, e o artigo científico, escrito a partir dos resultados e discussão deste estudo.

Nos anexos estão as perguntas utilizadas na coleta de dados do ELSI-Brasil referentes ao consumo de bebidas alcoólicas, alimentação e atividades físicas, além dos aspectos éticos do ELSI-Brasil.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido Leonardo e à minha filha Betina, que são minha base, pelo apoio incondicional e amparo nos momentos difíceis desta trajetória. Pela compreensão quando, nas incontáveis tardes de sábado e domingo, eu me dediquei a esta pesquisa.

À Betina, que em meio a sua infância, mesmo sem ciência ainda de todo o mundo ao seu redor, foi minha pequena parceira nesta jornada.

Aos meus pais, Lourdes e Dilnei, e aos meus sogros, Dausa e Vilmar, pelo apoio e ajuda nas semanas mais turbulentas.

À minha orientadora Ione, que eu não poderia ter melhor! Profissional exemplar, extremamente dedicada e comprometida, com experiência singular em pesquisa, que nos desafiava em todos os momentos a sempre estudar mais, buscar mais, compreender mais!

Às minhas queridas amigas Máisa Jardim Rosa, Luciana Cardoso de Aguiar e Maria Helena Gava Backs, e minha prima, minha irmã, Priscila Pereira de Souza, que muito escutaram meus desabafos, quando o cansaço batia à minha porta.

Às minhas eternas professoras, Marilene Nonnemacher Luchtemberg, Priscila Romão Marcondes Ávila, Denise Maccarini e Lyziane Boer, por todo incentivo e por acreditarem em mim.

A Deus, nosso Pai, agradeço por ter colocado todas estas pessoas em minha vida. Pessoas certas nos momentos certos.

*“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.  
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.  
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.  
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.  
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.  
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!”*

*(Florence Nightingale)*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A assistência ao idoso precisa ser multidimensional, baseada nos fatores físicos, psicológicos, e sociais, com cuidado preventivo aos problemas cognitivos, de depressão e de funcionalidade. Os idosos estão na faixa etária mais afetada pela multimorbidade, incapacidade e depressão. As incapacidades são mais prevalentes em idosos com multimorbidade e depressão. Poucos estudos investigam a associação de depressão e multimorbidade como geradores de incapacidades funcionais. **OBJETIVO:** Verificar se depressão e multimorbidade associadas é fator para o aumento de incapacidades funcionais de idosos brasileiros. **MÉTODOS:** Estudo transversal com dados do Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso Brasileiro (ELSI-Brasil), pesquisa de base domiciliar, representativa da população brasileira, com 9.412 pessoas de 50 anos ou mais. Utilizou-se dados das atividades básicas (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD), depressão ( $\geq 4$  sintomas depressivos), multimorbidade, sociodemográficos e hábitos de vida. Foram realizadas análises descritivas, bivariadas, e para estimar as razões de prevalência brutas e ajustadas, com os intervalos de confiança de 95% (IC95%), utilizou-se a regressão de Poisson. **RESULTADOS:** Foram incluídos 7.842 participantes com 50 anos ou mais, 53,5% eram mulheres. A faixa etária prevalente foi de 50 a 59 anos (50,5%). A depressão esteve presente em 33,5%, a multimorbidade em 51,4%, 13,5% afirmaram ter dificuldades para realização de pelo menos uma ABVDs e 45,3% nas AIVDs. Na análise ajustada, para depressão e multimorbidade agrupadas, a prevalência de dependência em ABVD é 7,10 (IC95%:5,61;8,99) maior comparado aos que não possuem esse quadro. Nas AIVDs, esse agrupamento representou a prevalência de incapacidade de 2,76 (IC95%:2,51;3,03). **CONCLUSÃO:** Depressão e multimorbidade podem aumentar as incapacidades funcionais em idosos brasileiros para a realização das ABVDs e AIVDs, prejudicando autoeficácia, independência e autonomia. A detecção precoce desses fatores traz benefícios à pessoa, sua família e ao sistema de saúde, para promoção da saúde e prevenção de doenças. Este estudo pode servir como base aos serviços e profissionais de saúde, na tomada de decisões e planejamentos, para priorizar e intensificar o cuidado à saúde do idoso.

Palavras-chave: Idosos. Multimorbidade. Incapacidades. Depressão. Saúde Mental.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The assistance to the older adults needs to be multidimensional. It based on the physical, psychological, and social factors, with preventive care for cognitive, depression and functionality problems. The older adults are part of the age group who are the most affected by multimorbidity, disability and depression. The disabilities are more prevalent in the older adults who has multimorbidity and depression. Few studies investigate the association of depression and multimorbidity as functional disabilities generators. **OBJECTIVE:** To verify whether depression and multimorbidity associated are a factor to increase the functional disabilities in Brazilian older adults. **METHODS:** Cross-sectional study with data from The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil), household-based survey, representative of the Brazilian population, with 9,412 over 50-year-old people. We used data from the Basic Activities of Daily Living (BADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL), depression ( $\geq 4$  depressive symptoms), multimorbidity, sociodemographic and lifestyle. Descriptive and bivariate analyzes were performed. Crude and adjusted Poisson regression was performed to estimate the prevalence ratio, within the 95% confidence intervals (95CI%). **RESULTS:** 7,842 participants aged over 50 years old were included, 53.5% were women. The prevalent age group was between 50 and 59 years old (50.5%). Depression was present in 33.5% of the participants, multimorbidity in 51.4%, 13.5% reported having had difficulties in performing at least one BADL and 45.3% in IADL. In the adjusted analysis, for depression and multimorbidity grouped, the prevalence of dependence in BADL is 7.10 (95CI%: 5.61;8.99) higher compared to the ones who do not have this condition. In IADL, this grouping represented the prevalence of disability of 2.76 (95CI%:2.51;3.03). **CONCLUSION:** Depression and multimorbidity may increase the functional disabilities in Brazilian elderly to the performing of BADL and IADL, harming self-efficacy, independence and autonomy. The early detection of these factors brings benefits to the person, their family and the health system, for the health promotion and disease prevention. This study can be used as a base for health services and professionals, in decision making and planning, to prioritize and intensify the health care for the older adults.

**Keywords:** Elderly. Multimorbidity. Disabilities. Depression. Mental health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos.....	46
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Conceito de Multimorbidade.....	36
Quadro 2. Síntese das ABVDs e AIVDs.....	45
Quadro 3. Síntese dos artigos seleccionados.....	52
Quadro 4. Variáveis do estudo.....	59
Quadro 5. Modelo Teórico do estudo.....	104

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis da população incluída no estudo, ELSI-Brasil, 2015-16. ....	66
Tabela 2. Análise bivariada das ABVDs por fatores sociodemográficos e de saúde, depressão, multimorbidade, ELSI-Brasil, 2015-16. ....	68
Tabela 3. Análise ajustada por fatores sociodemográficos e de saúde, entre ABVD, depressão e multimorbidade e demais variáveis independentes, ELSI-Brasil, 2015-16. ....	68
Tabela 4. Análise bivariada das AIVDs por fatores sociodemográficos e de saúde, depressão, multimorbidade, ELSI-Brasil, 2015-16. ....	71
Tabela 5. Análise ajustada por fatores sociodemográficos e de saúde, entre AIVD, depressão e multimorbidade e demais variáveis independentes, ELSI-Brasil, 2015-16. ....	72
Tabela 6. Análise comparativa entre os casos incluídos e excluídos, ELSI-Brasil, 2015-16. ....	105

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CES-D	<i>Center for Epidemiological Scale - Depression</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ELSI-BRASIL	Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento
EPDS	Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i> ou Escala Geriátrica de Depressão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
MADRS	Escala de Classificação de Depressão de Montgomery-Aasberg
MeSH	<i>Medical Subject Heading Terms</i>
NIAAA	<i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ-2	Questionário de Saúde do Paciente-2
PHQ-9	Questionário de Saúde do Paciente-9
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SAGE	<i>Study on Global Ageing and Adult Health</i>
SC	Santa Catarina

SP	São Paulo
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1	OBJETIVOS.....	18
1.1.1	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>18</b>
1.1.2	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>18</b>
1.2	HIPÓTESE.....	18
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
2.1	ENVELHECIMENTO.....	19
2.2	SAÚDE MENTAL: DEPRESSÃO E ENVELHECIMENTO .....	23
2.2.1	<b>Escala Geriátrica de Depressão (GDS)</b> .....	<b>29</b>
2.2.2	<b>Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D)</b> .....	<b>31</b>
2.3	MULTIMORBIDADE .....	34
2.4	INCAPACIDADES FUNCIONAIS .....	38
2.4.1	<b>Índice de Katz</b> .....	<b>42</b>
2.4.2	<b>Escala de Lawton</b> .....	<b>44</b>
2.5	TRANSTORNOS MENTAIS, MULTIMORBIDADE E INCAPACIDADES.....	45
2.5.1	<b>Relação entre Transtornos Mentais, Multimorbidade e Incapacidades</b> ...	<b>47</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	<b>57</b>
3.1	FONTE DE DADOS .....	57
3.2	INVESTIGAÇÃO DA RELAÇÃO DA MULTIMORBIDADE E DEPRESSÃO PARA O AUMENTO DA INCAPACIDADE.....	58
3.2.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	<b>58</b>
3.2.2	<b>Participantes</b> .....	<b>58</b>
3.2.3	<b>Variáveis</b> .....	<b>59</b>
3.2.4	<b>Instrumentos de pesquisa</b> .....	<b>59</b>
3.2.5	<b>Análise estatística</b> .....	<b>64</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>66</b>
4.1	ABVD .....	67
4.2	AIVD .....	70
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>73</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>81</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>84</b>
	<b>APÊNDICE A – Chave de Busca para base de dados PubMed</b> .....	<b>99</b>

<b>APÊNDICE B - Chave de Busca para base de dados BVS.....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE C – Modelo Teórico.....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE D – Análise das perdas.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO A – Perguntas referentes ao consumo de bebidas alcóolicas .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO B – Perguntas referentes aos cuidados com alimentação .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO C – Perguntas referentes às atividades físicas.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO D – Aspectos Éticos ELSI-Brasil .....</b>	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Pesquisar sobre transtornos mentais é investigar doenças que correspondem a uma parcela de 34% das incapacidades na região das Américas. As doenças mentais geram comportamentos anormais, afetam relacionamentos interpessoais e são resultantes de sentimentos, pensamentos e percepções fora dos padrões saudáveis. Entre as doenças mentais, estão depressão, transtorno afetivo bipolar, psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento. A depressão, por exemplo, é considerada uma das principais causas de incapacidade, e estima-se que 300 milhões de pessoas possuem a doença (OPAS, 2018).

Associar doenças mentais com multimorbidade é foco de alguns estudos em saúde (BALÁZS *et al.*, 2018; FÄSSBERG *et al.*, 2016; LEE, W. *et al.*, 2018; PRIOR *et al.*, 2018; QUIÑONES *et al.*, 2018). A multimorbidade é a existência de duas ou mais doenças crônicas, simultaneamente, em um indivíduo (OMS, 2015). A depressão, por ser uma doença crônica não transmissível, ao ser associada a outras doenças, é considerada multimorbidade de ordem mental (FORTIN *et al.*, 2012; GARIN *et al.*, 2014).

Assim, a multimorbidade é geradora de maior utilização dos serviços de saúde que, por sua vez, historicamente voltam sua assistência para doenças de forma isolada, e não focados na existência de doenças concomitantes (SOUZA; FAERSTEIN; WERNECK, 2019). A multimorbidade afeta as atividades de vida diária, prejudica a autoeficácia do indivíduo, piora a qualidade de vida e gera maior dependência de cuidados (PETERS *et al.*, 2019). Essa incapacidade funcional para realizar os próprios cuidados, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), baseia-se na associação entre os modelos médico e social de saúde, com interação de forma biológica, individual e social (OMS, 2004). A funcionalidade é fator componente para a saúde do indivíduo, e a incapacidade advém da junção de fatores ambientais, condições de vida e pessoais (PIEXAK; CEZAR-VAZ; BONOW, 2019).

A capacidade funcional prejudicada dificulta a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Dentro das ABVDs, que são atividades importantes para o autocuidado, estão as ações de comer, vestir, tomar banho, entrar e sair da cama, vestir-se, arrumar a

casa, e entre as AIVDs, indispensáveis ao funcionamento global do ambiente no qual a pessoa vive, estão usar o telefone, ir a lugares à pé, fazer compras, tomar medicações, realizar afazeres domésticos e administrar as finanças (GOBBENS, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006; OMS, 2004; ST JOHN *et al.*, 2019). A capacidade para uma pessoa executar as ABVDs e AIVDs depende de habilidades cognitivas, como raciocinar e planejar, motoras, como equilíbrio, e perceptivas, como sensoriais (MLINAC; FENG, 2016).

A associação entre transtornos mentais, multimorbidade e o risco de desenvolvimento de incapacidades ainda é foco de alguns estudos (AMARAL *et al.*, 2018; BALÁZS *et al.*, 2018; FÄSSBERG *et al.*, 2016; GARIN *et al.*, 2014; LEE, W. *et al.*, 2018; QUIÑONES *et al.*, 2018; RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2018). Pesquisas de base populacional e ambulatorial evidenciam que as incapacidades estão presentes em pessoas com fragilidade, multimorbidade e doença mental, e mostram que a multimorbidade precisa ser foco para criação de novas políticas públicas de saúde (DINAPOLI *et al.*, 2016; FORJAZ *et al.*, 2015; GARIN *et al.*, 2014; LEE, W. *et al.*, 2018).

No Brasil, a assistência à saúde do idoso é preconizada especificamente pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa política pública descreve que o cuidado com o idoso precisa ser de forma interdisciplinar e multidimensional, baseada nos fatores físicos, psicológicos, e sociais deste indivíduo, com instrumentos de avaliação em saúde e cuidado preventivo, inclusive no que tange aos problemas cognitivos, de depressão e de funcionalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006).

Os idosos estão na faixa etária mais acometida pela multimorbidade e incapacidade. Pesquisas em países distintos relevam altas taxas de prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em indivíduos acima de 60 anos, incluindo depressão e incapacidades (LELES DA COSTA DIAS *et al.*, 2019; MOUSSAVI *et al.*, 2007; UCHOA *et al.*, 2019).

Alguns estudos (FORJAZ *et al.*, 2015; RIVERA-ALMARAZ *et al.*, 2018; SHERIDAN; MAIR; QUIÑONES, 2019; ST JOHN *et al.*, 2019) são voltados para idosos e para como a multimorbidade gera as incapacidades e resultam em condições crônicas na saúde mental. Porém, são raras as pesquisas que partem do inverso, ou seja, a doença mental associada à multimorbidade como geradores de incapacidades funcionais (BRUFFAERTS *et al.*, 2012; DINAPOLI *et al.*, 2016).

Diante desta problemática, do considerável número de indivíduos com condições crônicas e problemas mentais, surge a importância desta pesquisa, que busca responder a seguinte pergunta: depressão e multimorbidade associadas é fator para o aumento da prevalência de incapacidades funcionais de idosos brasileiros?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Verificar se depressão e multimorbidade associadas é fator para o aumento da prevalência de incapacidades funcionais de idosos brasileiros.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

Descrever as características sociodemográficas e de saúde dos participantes.

Identificar a prevalência de incapacidades dos participantes.

Relatar a prevalência de multimorbidade e depressão, e da associação de ambas.

Investigar se a associação entre multimorbidade e depressão modificam a prevalência de incapacidades, ajustado por características sociodemográficas e de saúde.

## 1.2 HIPÓTESE

Idosos não institucionalizados que apresentarem, concomitantemente, depressão e multimorbidade, terão maior prevalência de incapacidades em suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, verificadas, respectivamente, pelo Índice de Katz e Escala de Lawton.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é considerado um fenômeno social mundial, uma conquista e um desafio para a humanidade. A estimativa é que em 2050 haverá aproximadamente dois bilhões de pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais em todo mundo. Entre os anos de 1970 e 2025, a previsão de crescimento do número de idosos é de 223%, e em 2025 haverá 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Esse processo de envelhecimento ocorre pela diminuição do número de crianças e jovens e o aumento do número de adultos com mais de 60 anos. No Brasil, em 2002, havia 14,1 milhões de idosos e para 2025 a previsão é que este número chegue aos 33,4 milhões (OMS, 2005, 2021).

Por muito tempo a velhice era vista pela sociedade como sinônimo de pessoa doente, dependente de cuidados, em isolamento e com muitas privações e limitações físicas. O assunto era abordado de forma política, como um problema, inclusive oneroso ao poder público, ou de forma médica, baseado em tratamentos preventivos ou paliativos. O envelhecimento como um problema é tão enraizado socialmente que, a própria pessoa idosa assume esse patamar de sofrimento (COIMBRA JUNIOR; MINAYO, 2002; DARDENO; MAFRA, 2018).

Porém, há uma visão positiva do processo de envelhecimento, como etapa da vida que não necessariamente precisa ser configurada por doenças e incapacidades, mas viver com autonomia, compreendendo que possam ter limitações naturais, algumas como consequências de doenças, mas se colocando como protagonista em sua vida, com qualidade, não atribuindo essas possíveis barreiras como advindas exclusivamente da velhice. A forma como cada pessoa vive sua velhice é considerada como um processo heterogêneo, pois é precedido também pelos contextos social e familiar nos quais está inserida. De forma prática, social e economicamente, os idosos ocupam importante e ativo papel, usufruindo de vida social mais participativa, assim como os serviços de proteção, prevenção e atenção à saúde (COIMBRA JUNIOR; MINAYO, 2002; VERAS, R., 2009).

A OMS publicou o documento *Decade of Healthy Ageing* (OMS, 2021), que preconiza ações, que deverão ser colocadas em prática de forma mundial, para melhorar o envelhecimento e a vida dos idosos, de suas famílias e da comunidade.

Entre as ações estabelecidas, está a mudança na forma com que as pessoas pensam, sentem a agem acerca da idade e do processo de envelhecimento.

No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso, de 2003, é definida como idoso a pessoa que possuir idade igual ou superior a 60 anos (SENADO FEDERAL, 2003). Porém, pesquisadores (DARDENO; MAFRA, 2018; DEBERT, 1994; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008) defendem que a idade cronológica por si só não deve ser um marcador para determinar o ponto de partida do envelhecimento humano. É uma etapa norteadada por fatores como gênero, cultura, contexto familiar, classe social e condições de saúde física e mental, individuais e coletivas. Nesta ótica, têm-se as idades: cronológica, apenas a contagem de anos vividos; biológica, caracterizada pelas modificações corporais e mentais; psicológica, pelo comportamento ao longo da vida e como a pessoa se vê; e a social, como a pessoa se comporta de acordo com o padrão para cada idade, que varia conforme as culturas e inclui hábitos, vestimentas e linguagem. Essas medidas de idade determinam o processo de envelhecimento de uma pessoa, mas não definem sua velhice.

O Ministério da Saúde, em sua publicação Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2007), explica os conceitos de senescência e senilidade. O primeiro refere-se ao envelhecimento dentro de um processo natural, com progressiva diminuição da funcionalidade, mas sem problemas adicionais. O segundo é evidenciado pelo envelhecimento em condições que envolvam doenças, estresse emocional e que demanda maior assistência. Além disso, alerta para que dois erros comuns devam ser evitados: avaliar que qualquer problema de saúde da pessoa idosa seja em decorrência do envelhecimento, impedindo a detecção e tratamento precoces, e considerar o envelhecimento como doença, com procedimentos e tratamentos por ventura desnecessários (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2007).

A avaliação funcional da pessoa idosa deve ser pilar para a tomada de decisões sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento adequados. É parâmetro utilizado para verificar efetividade e eficiência da terapêutica aplicada. Permite avaliar em que patamar determinadas doenças ou agravos impedem o desempenho autônomo e independente da pessoa para realização das ABVDs e AIVDs, pois evitar a dependência é um grande desafio nesta faixa etária, tanto para o idoso, quanto sua família e a equipe de saúde, principal responsável pela assistência

(MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2007).

Neste contexto, a OMS (2015) traz o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde para preconizar que a idade avançada não se traduza em dependência, e que o envelhecimento saudável deve ser mais que a ausência de doença. O envelhecimento saudável, de acordo com a publicação, é poder desenvolver e manter a capacidade funcional para gerar o bem-estar durante esta fase da vida. Aborda dois conceitos importantes para este processo: capacidade intrínseca, que inclui as capacidades física e mental da pessoa, e capacidade funcional, combinando ambiente, indivíduo e seus atributos relacionados à saúde. Essas aptidões não são estáticas, elas mudam com o tempo e podem se tornar mais ou menos positivas. Assim, o Relatório preconiza ações para maximizá-las, com assistência integral focada nas necessidades dos idosos (OMS, 2015).

O *Decade of Healthy Ageing* (OMS, 2021) abrange cuidados em longo prazo aos idosos, e explica que manter a capacidade funcional faz parte do envelhecimento com saúde. Para tal, a capacidade intrínseca da pessoa deve ser mantida, ou seja, a combinação de capacidades físicas e mentais e o ambiente físico, social e político no qual está inserido. Esta capacidade intrínseca pode ser influenciada por fatores diversos, como alterações fisiológicas e psicológicas, presença ou ausência de doença, fator que evidencia a necessidade de assistência integral ao idoso pelos serviços de saúde.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, anterior a esse documento da OMS, descreve que o envelhecer precisa ocorrer de forma sadia, ativa e livre de dependência funcional, e faz-se necessária a promoção da saúde de forma preventiva em todas as idades. Dentre suas diretrizes, está a promoção do envelhecimento saudável e ativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006).

Anteriormente à publicação do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, a OMS adotou, no final dos anos 90, o conceito de “envelhecimento ativo”, que expressa uma visão ampla do envelhecimento dentro de oportunidades de saúde, participação social e segurança, tanto individual quanto coletivamente. O objetivo é permitir que cada pessoa reconheça seu bem-estar físico e mental e participe da sociedade conforme suas necessidades e capacidades, em ambientes com segurança e assistência adequados e, com isso, aumentar a expectativa de vida saudável. A palavra “ativo”, conforme os objetivos da OMS para o envelhecimento, enquadra-se na participação do idoso no âmbito social, cultural, econômico,

espiritual e civil, e não somente à capacidade física. Coloca a pessoa na posição de protagonista em sua vida, com independência, participação, dignidade, assistência e, como consequência, autorrealização, sem discriminação, mas reconhecendo a diversidade das necessidades das pessoas mais velhas. Os três pilares da estrutura política do envelhecimento ativo preconizado pela OMS são: participação, saúde e segurança (OMS, 2005).

Um dos desafios estipulados pela OMS para as ações de envelhecimento ativo é a criação de um novo paradigma para a terceira idade, desmistificando a visão de que o idoso é sinônimo de aposentadoria, doença e dependência de cuidados. A OMS explica que, principalmente em países em desenvolvimento, as pessoas com mais de 60 anos permanecem ativas no mercado de trabalho autônomo, em casa no cuidado dos netos, para que seus filhos possam sair para trabalhar, ou mesmo em trabalhos voluntários (OMS, 2005). A não discriminação etária é também preconizada pela OMS e deve fazer parte de uma mudança na forma de pensar de todas as gerações, para uma nova compreensão do envelhecimento. Os idosos não devem ser vistos como um fardo social e econômico, e a OMS preconiza ações como fortalecimento em campanhas de comunicação sobre envelhecimento saudável e legislações contra tal discriminação. Essa mudança de paradigma social acerca do envelhecimento deve envolver, inclusive, o poder público, tirando o foco do modelo curativo baseado na doença e se voltando para cuidado integral e preventivo ao idoso (OMS, 2015).

Estudo que verificou os fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em São Paulo constatou que é necessário que haja indicadores de saúde para identificar os idosos que possuam risco elevado de perda funcional, para elaborar ações de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional dessa população. A manutenção da capacidade funcional dos idosos é colocada como um novo paradigma em saúde, no qual envolve equipe multiprofissional e deve ser abordada como prioridade. O autor explica que uma pessoa com 80 anos de idade que seja independente para gerenciar sua vida, suas atividades de lazer, sociais e de trabalho em qualquer nível, é considerada saudável. A assistência com excelência deve garantir autonomia à pessoa, integrada socialmente (RAMOS, 2003).

Rowe e Kahan (1997) descreveram que o envelhecimento saudável é multidimensional e que, para ser alcançado, precisa de três bases: prevenir

doenças, realizar a manutenção da saúde física e cognitiva e o envolvimento em atividades sociais (W. ROWE; L. KAHN, 1997). Pesquisa com 501 idosos residentes na cidade de Juiz de Fora, em Minas Gerais, verificou a opinião deles sobre o que é envelhecimento saudável e o que é importante para este processo. As respostas abertas geraram 29 categorias, e as mais citadas para se obter um envelhecimento saudável foram: saúde física, saúde social e saúde mental, concluindo que os idosos são capazes de definir envelhecimento saudável e como obtê-lo (CUPERTINO; ROSA; RIBEIRO, 2007).

Menor capacidade funcional demanda de cuidados de saúde mais complexos. Políticas públicas de saúde voltadas às pessoas com idade avançada devem priorizar a manutenção da capacidade funcional, independência em diversas atividades de sua rotina, autonomia e participação no próprio cuidado, incentivando prevenção e atenção integral à saúde (VERAS, R., 2009).

## 2.2 SAÚDE MENTAL: DEPRESSÃO E ENVELHECIMENTO

Falar em saúde mental remete, inegavelmente, à doença mental. Historicamente a sociedade, de maneira geral, considera como louco a pessoa portadora de algum distúrbio mental, em contraponto aos normais, referindo-se aos que não apresentam problemas mentais. Os distúrbios psiquiátricos só começaram a ser considerados e estudados como doença após o século XVIII, pois até então eram vistos como loucura, estigmatizados, segregados do convívio social e familiar e aprisionados em manicômios (FOUCAULT, 2011, 2013).

Incorporado o caráter científico, a assistência aos problemas mentais é embasada não somente nos cuidados médicos, mas se alia à psicopatologia, ramo que agrega condições humanas especiais à doença mental (PAULO DALGALARRONDO, 2008). O estudo de Iglesias e Avellar (2019) aborda o matriciamento em saúde mental como forma de integralidade do cuidado àquele com transtorno psiquiátrico, enfatizando que as equipes de referência em saúde, como Unidade Básica de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dialoguem sobre o cuidado a este indivíduo, favorecendo o acolhimento multiprofissional e refletindo em melhor assistência.

Abordando a loucura como doença mental, a Reforma Psiquiátrica revolucionou ao introduzir o novo conceito de cuidado prestado ao indivíduo com

transtorno mental, além dos muros dos manicômios, fora do sistema de hospitais psiquiátricos, focando a assistência a este usuário na vida em sociedade, nas relações familiares e de trabalho, nas experiências humanas. Esses indivíduos, em geral mais sensíveis ao mundo ao seu redor, podem trocar experiências, vivências em comunidade, ultrapassando uma clínica baseada em medicalização, mas também voltada às psicoterapias, direitos, troca de experiências e crescimento (BRASIL, 2015).

A doença mental, além de sintomas físicos e psicológicos, acarreta outro problema, o estigma social e o autoestigma, que gera dificuldades no tratamento, convívio em comunidade e família, resulta em incapacidades, baixa resistência aos estressores e piora no quadro clínico. O estigma social e o preconceito provocam graves consequências à terapêutica destes indivíduos, pois inicia com a busca tardia por assistência, em fases mais avançadas da doença, e torna-se obstáculo para a reabilitação da pessoa (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) explica que a depressão faz parte dos transtornos depressivos, assim como os transtornos disruptivo da desregulação do humor, depressivo maior, depressivo persistente (distímia), disfórico pré-menstrual, depressivo induzido por substância/medicamento, depressivo devido à outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e não especificado. A característica comum entre eles está nos sintomas, evidenciados por humor triste, vazio ou irritação, alterações somáticas e cognitivas com consequências significativas na capacidade de funcionamento do indivíduo. A diferenciação entre esses transtornos depressivos está no tempo de duração, momento ou etiologia.

Entre o grupo de transtornos descritos, o DSM-5 traz o transtorno depressivo maior como a condição clássica, apoiada pela ocorrência de episódios com pelo menos duas semanas de duração com alterações no afeto, na cognição, em funções neurovegetativas e remissões interepisódicas. Além disso, é possível o diagnóstico com base em um episódio único, apesar de a recorrência ser comum. Porém, explica a importância da sua diferenciação com relação ao luto, fase normal diante de uma perda, mas que também acarreta sofrimento intenso ao indivíduo. Quando transtorno depressivo maior e luto ocorrem de forma concomitante, os sintomas depressivos são agravados, assim como o prejuízo funcional. Pessoas com

transtorno depressivo maior apresentam mais dor, doença física e diminuição do funcionamento físico e social, quando comparadas aos atendidos por outros problemas de saúde (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Para estabelecimento de diagnóstico de transtorno depressivo maior, são necessários cinco ou mais dos seguintes sintomas durante duas semanas: a) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; b) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias; c) perda ou ganho significativo de peso, sem dieta; d) insônia ou hipersonia quase todos os dias; e) agitação ou retardo psicomotor; f) fadiga ou perda de energia; g) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva; h) capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão; i) pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio. Dentre os cinco mínimos sintomas exigidos, pelo menos um deles é (a) humor deprimido ou (b) perda de interesse ou prazer (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A forma crônica de depressão, a distímia (transtorno depressivo persistente), tem como principal característica a perturbação do humor com duração de pelo menos dois anos em adultos. O diagnóstico para distímia ocorre quando há: a) humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, pelo período mínimo de dois anos; b) presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) características (apetite diminuído ou alimentação em excesso; insônia ou hipersonia; baixa energia ou fadiga; baixa autoestima; baixa concentração ou dificuldade em tomar decisões; sentimentos de desesperança); c) durante o período de dois anos de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos critérios “a” e “b” por mais de dois meses; d) os critérios para um transtorno depressivo maior podem estar presentes por dois anos; e) jamais houve episódio maníaco ou hipomaníaco; f) a perturbação não é explicada por esquizofrenia ou outro transtorno psicótico; g) os sintomas não são efeitos de substâncias químicas ou de outra condição médica; h) os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A depressão é uma doença crônica mais comum na população idosa do que em adultos mais jovens, geralmente relacionada à baixa condição socioeconômica, perda de um cônjuge, doença física concomitante e isolamento social. É pouco

diagnosticada nos indivíduos mais velhos, pois o transtorno pode ser relatado com mais frequência por meio de queixas somáticas, como dor, cefaleia, dificuldade de respirar, dores de estômago e náuseas, entre os idosos do que nos grupos mais jovens. A identificação precoce da depressão pode influenciar no sucesso do tratamento da doença e bom prognóstico. No caso do Transtorno Depressivo Maior, por exemplo, aproximadamente 50% das pessoas que apresentam o primeiro episódio exibiram sintomas depressivos antes do primeiro episódio identificado. Identificar de forma antecipada pode prevenir o desenvolvimento de um episódio depressivo completo, que possui a característica de cronicidade e constantes recidivas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (2017) relata que a depressão é um transtorno mental que tem suas taxas de prevalências de acordo com grupos etários e que o pico é alcançado pelos idosos, principalmente no sexo feminino, entre 55 e 74 anos. Também, define que os transtornos depressivos são observados por tristeza, anedonia, sentimento de culpa, problemas com autoestima, sono ou apetite, cansaço e falta de concentração. A depressão pode ser constante ou recorrente e traz prejuízos à vida do indivíduo, seja em instância profissional ou pessoal.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa descreve que o cuidado ao idoso deve ser baseado de forma holística e multidimensional, observando fatores físicos, psicológicos e sociais no contexto de saúde do indivíduo idoso. Deve-se, optar por práticas de cuidado preventivas com a utilização de instrumentos de avaliação para detectar problemas, como por exemplo, cognitivos, visuais, de mobilidade, de depressão e do comprometimento da funcionalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006).

Em números globais, a OMS estimou que o número aproximado de pessoas com depressão aumentou 18,4% entre os anos de 2005 e 2015 e estima-se que 322 milhões de vivem com esta doença. A proporção da população com depressão no ano de 2015 era de 4,4%, mais comum entre as mulheres (OMS, 2017). Entre os idosos, cerca de 36% possuem depressão associada a algum transtorno de ansiedade (OMS, 2015). No Brasil, o número de idosos com depressão representa 12% (BRASIL, 2014). Uma revisão sistemática estimou a prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros residentes na comunidade, com análise de 33 estudos publicados. Constatou que, no Brasil, a prevalência média da sintomatologia é de 21% (MENEGUCI *et al.*, 2019). Outro estudo brasileiro,

realizado na região sul do país, verificou a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos em 1.451 idosos. A prevalência dos sintomas depressivos foi estimada em 15,2% dos participantes, e a ocorrência de sintomas depressivos foi maior entre os idosos fisicamente inativos, assim como naqueles com incapacidade funcional, classificados como dependentes para realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), entre outros (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

Estudos associam depressão com outras doenças crônicas, de ordem física, com incapacidades e com idade avançada (FERRER *et al.*, 2019; LELES DA COSTA DIAS *et al.*, 2019; UCHOA *et al.*, 2019). A Pesquisa Mundial de Saúde, da OMS, com 245.404 participantes com mais de 18 anos, de 60 países das regiões Europeia, Africana, das Américas, do Leste do Mediterrâneo, do Sudeste da Ásia e do Pacífico Ocidental, verificou as condições de saúde, prevalência de depressão, angina, artrite, asma e diabetes. Constatou-se que a depressão representa maior declínio na saúde da população estudada, quando comparada às demais condições crônicas avaliadas pela pesquisa, além da maior prevalência de depressão nos participantes com doenças crônicas físicas, quando comparados aos sem doenças crônicas (MOUSSAVI *et al.*, 2007). Dados transversais do estudo da OMS sobre Envelhecimento Global e Saúde do Adulto (SAGE), com 41.557 indivíduos, permitiram concluir que os participantes com diabetes, acidente vascular cerebral e depressão tiveram o maior número de consultas ambulatoriais, aumento de dias de hospitalização e pior qualidade de vida (SUM *et al.*, 2019).

Na Holanda, um estudo observacional transversal analisou dados de cuidados primários de três bancos de dados somando 4.477 pessoas com 60 anos ou mais, divididos em grupos com histórico de depressão, com outros problemas de saúde mental e o terceiro grupo de controle. Quando comparado ao grupo controle, verificou-se que os deprimidos apresentaram maior chance de desenvolver multimorbidade. Os resultados não mostraram diferenças entre os grupos de indivíduos com depressão e indivíduos com outros problemas de saúde mental (HOLVAST *et al.*, 2017).

Uma coorte realizada na Dinamarca que descreveu a associação entre estresse mental e multimorbidade físico-mental, concluiu que os participantes com mais alto nível de estresse utilizaram com mais frequência os serviços da atenção primária à saúde, principalmente na assistência relacionada à saúde mental, assim como serviços para problemas crônicos de saúde (PRIOR *et al.*, 2018). Nos países

Camboja, Mianmar, Tailândia e Vietnã, um estudo que incluiu 6.236 participantes com média de idade de 53 anos, verificou que 47,3% da amostra tinha depressão, entre 21 condições crônicas de saúde avaliadas, e o maior índice de multimorbidade estava entre os indivíduos diagnosticados com transtornos mentais (PENGPID; PELTZER, 2017).

Estudos de base populacional têm utilizado escalas para avaliar a depressão entre os idosos. Na Noruega, pesquisa descreveu a prevalência, incidência e persistência de sintomas depressivos em 1001 idosos que foram acompanhados por 36 meses, utilizando a Escala de Cornell para Depressão na Demência. No início do estudo, 19,3% dos participantes apresentavam sintomas depressivos, que incluíam tristeza, irritabilidade, desinteresse, baixa autoestima e delírios. Ao final do acompanhamento, esse índice aumentou para 34,7%, e foi maior nos participantes com diagnóstico de demência (HELVIK *et al.*, 2019).

Também na Noruega, outra pesquisa com idosos descreveu a alteração na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em idosos no período de acompanhamento de um ano após internação para tratamento de depressão em sete unidades hospitalares de psiquiatria geriátrica. Foi verificado se a melhora na QVRS estava relacionada à remissão da depressão. Para avaliar a gravidade da depressão foi utilizada a Escala de Classificação de Depressão de Montgomery-Aasberg (MADRS), validada para estudos noruegueses, com 10 itens, variando de 0 a 6 pontos, e a pontuação mais alta indica depressão mais grave. A QVRS foi menor entre participantes mais idosos, com problemas de saúde física e apresentando maior escore na escala MADRS (HELVIK *et al.*, 2016).

O Questionário de Saúde do Paciente-2 (PHQ-2) foi utilizado em estudo americano, com 4.017 idosos com 65 anos ou mais e constatou que a depressão estava presente em 13% dos participantes (QUIÑONES *et al.*, 2018).

No Brasil, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, um estudo transversal comparou a precisão de dois testes com propriedades adequadas para triagem de pessoas com episódios depressivos maiores. O primeiro foi o Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), que consiste em nove perguntas para avaliar a presença de sintomas da depressão maior, e o segundo, a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), desenvolvida originalmente para identificar depressão pós-parto, mas também aplicada para rastrear depressão na comunidade, tanto em mulheres como em homens. Após aplicação das duas escalas em 447 participantes,

observou-se que os resultados foram concordantes em 87,5% dos entrevistados para investigação da sintomatologia, indicando que os testes podem ser aplicados com igual confiança na triagem de episódios depressivos maiores (SANTOS, I. S. *et al.*, 2017).

Percebe-se que o uso de escalas para investigação de sintomatologia depressiva é comumente utilizado em estudos científicos. Para avaliação da depressão em participantes de estudos populacionais são utilizadas escalas como a Escala de Cornell para Depressão na Demência, a Escala de Classificação de Depressão de Montgomery-Aasberg (MADRS), o Questionário de Saúde do Paciente-2 (PHQ-2), o Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), conforme demonstrado nos estudos supracitados. Revisões sistemáticas (MENEGUCI *et al.*, 2019; MICHELA *et al.*, 2018) apontam a Escala Geriátrica de Depressão (*Geriatric Depression Scale* ou *GDS*) e a escala do *Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D)* entre as mais utilizadas nas pesquisas epidemiológicas. A seguir serão descritas informações sobre essas escalas.

### **2.2.1 Escala Geriátrica de Depressão (GDS)**

A GDS é uma escala criada para servir de instrumento confiável para triagem de depressão em idosos, com fácil administração e pouco tempo para aplicação, não necessitando de um pesquisador treinado. Desenvolvida originalmente com base em 100 questões acerca da depressão englobando queixas somáticas, cognitivas, motivação, orientação para o futuro e passado, autoimagem, perdas, agitação, obsessão e humor, com um formato de resposta sim/não para facilitar a aplicação (YESAVAGE *et al.*, 1982).

Após o primeiro teste de aplicação da escala, em estudo com 47 participantes, foram escolhidos os 30 itens que, de acordo com a pontuação, melhor seriam para medir os sintomas depressivos, surgindo assim a GDS composta por 30 itens para detectar a sintomatologia depressiva em idosos. Porém, apesar dos 100 itens contemplarem queixas somáticas, a GDS não considera queixas somáticas, como alterações de padrão de sono, peso e disfunções sexuais, pois não constavam nas questões que mais se relacionaram à depressão na pesquisa e são fatores que podem estar ligados ao processo natural de envelhecimento (YESAVAGE *et al.*,

1982).

A confiabilidade da versão brasileira da GDS, em suas versões reduzidas com 15, 10, 4 e 1 itens, foi validada por Almeida e Almeida (1999), aplicadas em uma pesquisa com 64 idosos, na Santa Casa, em São Paulo (SP). Os resultados mostraram baixa estabilidade para itens individuais da GDS-15, quadro que se agrava para as versões com 4 e 1 itens. Porém, o uso das versões com 15 e 10 itens é indicado para análise de escores totais, pois demonstrou indicador estável de humor do entrevistado. O estudo de Apóstolo e colaboradores (2018) avaliou a capacidade de rastreio de depressão das versões de 10 e 5 itens da GDS. Concluiu que a GDS-10 pode ser utilizada como instrumento para rastrear a depressão em idosos, mas não utilizada para fins de diagnóstico. Já a GDS-5, devido à sua capacidade limitada, seu uso não é recomendado pelo estudo (APÓSTOLO *et al.*, 2018).

A versão em português da GDS-15 tem sua qualidade validada no estudo de Apóstolo e colaboradores (APÓSTOLO *et al.*, 2014), que conclui que a GDS pode ser aplicada em pessoas com doença física e demência leve a moderada, mas não com grau elevado de demência. A validade das versões curtas da GDS com 10 e 15 itens foram confirmadas por Almeida e Almeida (1999) para detectar episódio depressivo maior em idosos, conforme definição do Código Internacional de Doenças (CID-10) e DSM-IV, avaliadas como rápidas para aplicar e simples para avaliar, sendo instrumentos confiáveis. Porém, as versões mais curtas com 4 e 1 item são limitadas pela baixa confiabilidade e não são ideais para monitorar a gravidade do episódio depressivo (ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, 1999).

Na revisão sistemática com metanálise de Meneguci *et al.* (2019) foi estimada a prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros residentes na comunidade, identificando que, nos 33 artigos incluídos na revisão, a prevalência de sintomatologia depressiva foi de 21% em mais de 39 mil idosos. A versão curta, GDS-15, foi a mais utilizada, em 73% dos estudos, maioria utilizando ponto de corte maior que cinco (MENEGUCI *et al.*, 2019).

Outros estudos brasileiros utilizaram a GDS-15 como instrumento de pesquisa para rastreio de sintomas depressivos em idosos (DIDONÉ *et al.*, 2020; MENEGUCI *et al.*, 2019; NOGUEIRA *et al.*, 2014). Em Porto Alegre (RS), a GDS-15 foi aplicada por agentes comunitários de saúde em estudo que rastreou os sintomas depressivos em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A prevalência

encontrada foi de 30,6% de depressão, entre os 621 participantes (NOGUEIRA *et al.*, 2014). Em São Paulo, no estudo de coorte com 945 idosos, a GDS-15 foi utilizada com ponto de corte de 6 a 10 pontos para depressão leve e 11 ou mais pontos para depressão grave, com prevalência 14,2% de sintomas depressivos entre os participantes, 11,2% sintomas depressivos leves e 3% graves (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2018).

As prevalências nesses estudos variaram bastante. E os autores descrevem limitações em relação à utilização da escala. Nogueira *et al.* concluíram que, mesmo com o uso da GDS preconizado pelo Ministério da Saúde, é importante a padronização dos instrumentos de rastreio de depressão, pois sua utilização na atenção básica ocorre em iniciativas locais (NOGUEIRA *et al.*, 2014). Já Mendes-Chiloff *et al.* (2018) apresentam que a escala detecta os sintomas depressivos apenas do último mês, o que limita a análise ao longo da vida, e não leva em conta o caráter cíclico da doença (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2018).

Almeida & Almeida (1999) explicam que a escolha do instrumento para avaliação da depressão em idosos depende da sua sensibilidade e especificidade, capacidade de monitorar as mudanças ao longo do tempo, consistência de suas medidas e a facilidade de administração, o que justifica o uso das versões reduzidas na prática clínica, pois há uma redução no tempo investido na aplicação da escala (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

### **2.2.2 Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D)**

A CES-D foi criada para servir de instrumento de pesquisa para estudos epidemiológicos de investigação de sintomatologia depressiva na população em geral, e diferenciada de escalas anteriores pela capacidade de investigação e avaliação da gravidade da doença durante o tratamento. Projetada para pesquisas populacionais, foi desenvolvida para estudos que associam depressão e outras variáveis, e pode ser aplicada por entrevistadores leigos. Sua ênfase está no componente afetivo e humor deprimido (RADLOFF, 1977).

A CES-D foi desenvolvida pelo *National Institute of Mental Health* (EUA), com sua versão original composta por 20 itens aplicáveis para idosos clínicos ou não clínicos, mas possui versões com 10 e 8 itens (BATISTONI; NÉRI; CUPERTINO, 2010; KARIM *et al.*, 2015). Os itens para sua criação foram advindos de outras

escalas de depressão, previamente validadas, e seus componentes de sintomatologia depressiva incluíam humor deprimido, sentimentos de culpa e inutilidade, desamparo e desesperança, retardo psicomotor, perda de apetite e perturbações do sono. Esses componentes foram sintetizados em quatro fatores: afeto deprimido, fatores somáticos, interpessoal e afeto positivo. Cada resposta tem pontuação de zero a três pontos, conforme a frequência dos sintomas avaliados na última semana (RADLOFF, 1977). O ponto de corte original da CES-D para identificar presença de sintomas depressivos é de  $\geq 16$  pontos (BATISTONI, NÉRI; CUPERTINO, 2010).

O estudo de Batistoni e colaboradores (2007) teve como objetivo investigar a validade interna, de construto e de critério para a escala CES-D, assim como as propriedades psicométricas. O instrumento foi aplicado em 903 idosos residentes em Juiz de Fora (MG) avaliando 20 itens sobre humor, somáticos, interações e o funcionamento motor. Para analisar a validade de construto, esses itens passaram por uma avaliação fatorial que verificou o padrão de variação e a variância em cada fator. Os pesquisadores utilizaram a GDS-15 como escala comparativa, aplicada a uma subamostra de 446 participantes. Os resultados mostraram alta consistência interna, sensibilidade de 74,6% e especificidade de 73,6%, com indicação de ponto de corte  $> 11$  pontos. A análise fatorial confirmatória mostrou-se favorável à estrutura com três fatores: afetos negativos, dificuldades de iniciar comportamentos e afetos positivos, concluindo que a CES-D é um instrumento psicometricamente adequado para triagem de sintomatologia depressiva entre idosos.

Um ponto divergente acerca da CES-D é relacionado à avaliação dos sintomas somáticos, que constam na escala original com 20 itens (RADLOFF, 1977). As respostas às questões sobre distúrbios de sono, esforço e energia podem ser afetadas pela presença de outras doenças, porém, estas mesmas respostas indicam necessidade de investigação da sintomatologia depressiva (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007). A estrutura fatorial incluindo avaliação de sintomas somáticos também foi reproduzida no estudo de Carleton e colaboradores (2013), juntamente com afeto negativo e anedonia (CARLETON *et al.*, 2013).

As versões mais curtas da CES-D, como por exemplo, com 10 e oito itens, são indicadas por vários estudos devido à fácil aplicabilidade e confiabilidade idêntica à versão original (BJÖRGVINSSON *et al.*, 2013; JAMES *et al.*, 2020; KARIM *et al.*, 2015; MISSINNE *et al.*, 2014; O'HALLORAN; KENNY; KING-KALLIMANIS,

2014). Aplicada em 755 pessoas de um programa de tratamento em saúde comportamental de um hospital psiquiátrico dos Estados Unidos da América, a CES-D-10 foi a versão escolhida pela pesquisa que avaliou suas propriedades psicométricas. O ponto de corte utilizado para esta amostra foi de oito pontos, resultando em boa sensibilidade, porém baixa especificidade, e o ponto de corte 15 para a escala com 10 itens se mostrou mais equilibrado em sensibilidade e especificidade, funcionando melhor em amostras psiquiátricas. Os resultados também apontaram diferentes escores para os indivíduos com e sem episódio depressivo maior atual, confirmando a sensibilidade da escala e sua eficácia na avaliação da gravidade de sintomas entre pessoas com doenças psiquiátricas (BJÖRGVINSSON *et al.*, 2013).

A versão com oito itens, a CES-D8, é recomendada para utilização em populações idosas pela sua forma reduzida, de fácil aplicabilidade. Uma pesquisa realizada com 6.637 adultos com 50 anos ou mais, do Estudo Longitudinal Irlandês sobre o Envelhecimento, investigou a consistência, confiabilidade e validade da versão original e dos formatos curtos da CES-D. Os achados indicaram confiabilidade dos formatos curtos equivalente à versão original, enfatizando a vantagem da versão curta em evitar fadiga e longas avaliações para os idosos (O'HALLORAN; KENNY; KING-KALLIMANIS, 2014).

Outro estudo de validação da CES-D8, com amostra de 13.032 idosos europeus entre 60 e 90 anos, apontou as vantagens da versão curta com oito itens em relação à versão original de 20 itens. Foi elencado a facilidade de leitura do questionário, de entendimento, o formato simples, fácil administração e tempo mínimo, o que torna um instrumento adequado para medir ou rastrear depressão em idosos, seja em ambientes clínicos ou não clínicos, pois pode ser aplicada por diversos tipos de pesquisadores (KARIM *et al.*, 2015).

Na Inglaterra, pesquisas também optaram pela utilização da versão de oito itens da CES-D pela sua confiabilidade para investigação de depressão em idosos, aplicada em grande amostra representativa desta população. Para determinar estes sintomas depressivos, as oito perguntas nesta versão curta são com respostas em formato dicotômico de “sim” e “não”, o total de respostas “sim” para seis questões e “não” para dois itens reversos, totalizam pontuação final que pode variar de 0 a 8 pontos. O ponto de corte quatro, equivalente ao ponto de corte de 16 sintomas na versão original de 20 itens da escala (DEMAKAKOS; ZANINOTTO; NOUWEN, 2014;

ZIVIN *et al.*, 2010).

Os estudos apresentados sobre as escalas GDS e CES-D mostraram que ambos os instrumentos são validados e confiáveis para triagem de sintomatologia depressiva em idosos. Não são ferramentas exclusivas para fechamentos de diagnóstico de depressão, mas são preconizadas para investigação desta doença mental de forma precoce e de fácil aplicabilidade em idosos. Esta pesquisa adota a escala CES-D8 para a verificação dos sintomas depressivos.

### 2.3 MULTIMORBIDADE

A OMS traz, no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, que o acometimento de mais de uma condição crônica, instalada ao mesmo tempo no indivíduo, chama-se multimorbidade. Destaca a gravidade desse quadro de combinações, explicando que, com apenas uma doença crônica, a depender do nível do problema, um indivíduo consegue viver seu dia-a-dia de forma independente, caso que se agrava quando várias doenças crônicas coexistem (OMS, 2015).

Essa diferenciação também é expressa por Nicholson *et al.* (2019). Multimorbidade é um conceito relativamente novo na literatura, por vezes utilizada a palavra comorbidade como seu sinônimo. Porém, multimorbidade refere-se à existência de duas ou mais condições crônicas coexistindo em um indivíduo, focando em todas essas doenças; já comorbidade remete também às condições crônicas, porém advindas de uma única doença de base (NICHOLSON *et al.*, 2019).

Uma revisão sistemática realizada pela Rede Europeia de Pesquisa em Clínica Geral (LE RESTE *et al.*, 2013), produzida por uma equipe multilíngue de pesquisadores de oito diferentes nacionalidades, teve o objetivo de formular uma definição ampla de multimorbidade, dada à dificuldade existente na interpretação deste conceito, dificultando pesquisas científicas e, por consequência, o cuidado as pessoas nestas condições. Com base na revisão de artigos científicos publicados entre 1 de janeiro de 1990 e 31 de dezembro de 2010, a multimorbidade pode ser definida como a combinação de, no mínimo, duas doenças, agudas ou crônicas, ou ainda fatores biopsicossociais ou de risco somático. Concluiu-se também que a condição de multimorbidade afeta a qualidade de vida e leva à incapacidade.

Porém, os pesquisadores definiram que fatores de risco somáticos são

condições de saúde, e não a doença em si, mas devem ser incluídos na definição, pois são importantes para delinear a assistência, assim como fatores biopsicossociais, que englobam comportamentos, pensamentos e emoções, afetando diretamente o funcionamento do ser humano, sua saúde ou enfermidade (LE RESTE *et al.*, 2013). Os pesquisadores apontaram ainda que, ter um amplo conceito de multimorbidade remete à melhor qualidade das pesquisas científicas, adequado direcionamento dos recursos financeiros e redução de custos, e, principalmente, permite prognósticos mais precisos e individualizados. Esta linha de pensamento conceitual para multimorbidade, relativa às doenças agudas ou crônicas, foi abordada em outro estudo de revisão (DEGROOT *et al.*, 2003).

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), do Reino Unido, definiu o atendimento para adultos com multimorbidade baseado na existência de duas ou mais condições crônicas, de ordem física ou mental, condições contínuas, como dificuldade de aprendizagem, sintomas de fragilidade ou dor crônica, insuficiência sensorial, como visão ou audição, além do uso de álcool e substâncias (NICE, 2019).

A exemplo de outros autores que também conceituam multimorbidade baseada doenças crônicas concomitantes em uma pessoa (DIEDERICHS; BERGER; BARTELS, 2011; HUNTLEY *et al.*, 2012; WILLADSEN *et al.*, 2016), a *The Academy of Medical Sciences* traz o conceito de multimorbidade em sua publicação *Multimorbidity: a priority for global health research*, seguindo a OMS. Define que a multimorbidade é a coexistência de duas ou mais condições crônicas instaladas no indivíduo, todas de longa duração, categorizadas como doenças físicas não transmissíveis, mental ou infecciosa, podendo haver ou não a interação entre elas. A publicação difere também a multimorbidade dos conceitos de comorbidade, como a existência de condições paralelas a uma doença primária, e fragilidade, ou seja, maior vulnerabilidade de um indivíduo devido às doenças e seus tratamentos (THE ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES, 2018).

Visto que o conceito de multimorbidade ainda é amplo na literatura e sofre alterações de acordo com a necessidade de cada estudo científico, como por exemplo, a quantidade de doenças crônicas investigadas em cada pesquisa (DE ALMEIDA, M. G. N. *et al.*, 2020; NUNES, B. P. *et al.*, 2019), o quadro abaixo traz um resumo do conceito de multimorbidade trazido pela literatura estudada nesta pesquisa, como forma de padronização.

**Quadro 1. Conceito de Multimorbidade**

Referência	Conceito de Multimorbidade
(DEGROOT <i>et al.</i> , 2003)	Coocorrência de doenças crônicas ou agudas e condições médicas;
(DIEDERICHES; BERGER; BARTELS, 2011)	Coexistência de duas ou mais condições crônicas na mesma pessoa;
(HUNTLEY <i>et al.</i> , 2012)	Coocorrência de diversas doenças ou condições médicas;
(LE RESTE <i>et al.</i> , 2013)	Combinação de, no mínimo, duas doenças, agudas ou crônicas, ou ainda fatores biopsicossociais ou de risco somático, que afeta a qualidade de vida e leva à incapacidade;
Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015)	Acometimento de mais de uma condição crônica, instalada ao mesmo tempo no indivíduo;
(WILLADSEN <i>et al.</i> , 2016)	Duas ou mais condições crônicas simultâneas em uma pessoa, sejam elas doenças, fatores de risco ou sintomas;
(THE ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES, 2018)	Coexistência de duas ou mais condições crônicas instaladas no indivíduo, todas de longa duração, categorizadas como doenças físicas não transmissíveis, mental ou infecciosa, podendo haver ou não a interação entre elas;
(NICE, 2019)	Existência de duas ou mais condições crônicas, de ordem física ou mental, condições contínuas, como dificuldade de aprendizagem, sintomas de fragilidade ou dor crônica, insuficiência sensorial, como visão ou audição, além do uso de álcool e substâncias;
NICHOLSON <i>et al.</i> , 2019)	Multimorbidade está focada na existência de duas ou mais condições crônicas coexistindo em um indivíduo.

Fonte: Autor (2021)

É vasta a literatura relacionando multimorbidade com a idade avançada. Diversos estudos apresentam essa correlação entre aumento da expectativa de vida e, como consequência, o desenvolvimento de várias doenças crônicas não transmissíveis coexistindo (AMARAL *et al.*, 2018; BERNARDES *et al.*, 2019; DUARTE *et al.*, 2018; GARIN *et al.*, 2014; GINANE *et al.*, 2019). Em Portugal, dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, constatam essa

ligação: 38,3% da população entre 25 e 74 anos apresentaram multimorbidade. O risco maior foi em indivíduos mais velhos, os quais possuem prevalência de multimorbidade oito vezes superior quando comparado ao grupo mais jovem (QUINAZ ROMANA *et al.*, 2019).

Cavalcanti *et al.* (2017) realizaram um estudo transversal no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, com 676 participantes com 60 anos ou mais, que verificou a associação entre multimorbidade, autopercepção em saúde e polifarmácia (CAVALCANTI *et al.*, 2017). Constatou que a multimorbidade interfere de forma negativa na autopercepção de saúde desses idosos, colaborando para o uso de medicamentos. A hospitalização em idosos, associada à multimorbidade, foi o tema de outra pesquisa com 1.593 idosos residentes no município de Bagé (RS), concluindo que a multimorbidade foi fator contribuinte para aumento das hospitalizações nesse público, principalmente internações não cirúrgicas, alertando que o foco da assistência ao indivíduo esteja na sua prevenção e complicações, pois são doenças crônicas não transmissíveis, que se instalam ao longo do tempo e de difícil reversão rápida (NUNES, B. P. *et al.*, 2017).

A utilização dos serviços de saúde em decorrência da multimorbidade também foi alvo de estudo realizado no Rio de Janeiro, com mais de 700 participantes que apresentaram restrição de atividades habituais devido a problemas de saúde nos 15 dias que antecederam a coleta dos dados pelos pesquisadores. O resultado mostrou que, no sexo masculino, ter multimorbidade aumentou 43% a chance de utilização de serviços de saúde. Conclui que a atuação dos serviços de saúde precisa ser revista, pois ainda é voltada ao tratamento de doenças isoladas, e não forma de forma mais complexa, como na existência de várias doenças concomitantes (SOUZA; FAERSTEIN; WERNECK, 2019).

A multimorbidade não se refere somente às condições físicas crônicas, mas também aos distúrbios mentais. Por se tratar de doença crônica, a depressão faz parte do conceito de multimorbidade, justamente pela sua característica de cronicidade. Além de ser uma condição crônica em um indivíduo, torna-se um agravante em efeito sinérgico com doenças físicas (LE COSSEC *et al.*, 2016; MOUSSAVI *et al.*, 2007). Estudo baseado na Pesquisa de Saúde Mental Mundial, coletada em 26 países da África, Américas, Ásia e Pacífico, Europa e Oriente Médio, com mais de 121 mil indivíduos, constatou que problemas físicos e mentais são ligados à incapacidade parcial, mostrando que portadores de Transtorno de Estresse

Pós-traumático, Transtorno de Ansiedade Generalizada, insônia, Transtorno Bipolar ou Transtorno do Pânico referem até 50 dias por ano com incapacidade parcial (BRUFFAERTS *et al.*, 2012).

As pessoas com esse quadro de várias doenças crônicas paralelas devem ter maior acompanhamento e assistência pelos serviços de saúde, visando ações não só paliativas, mas também preventivas e curativas, com alvo também no manejo dos transtornos mentais (GARIN *et al.*, 2014). Uma coorte prospectiva com mais de quatro mil indivíduos, com dados do Estudo Nacional de Tendências em Saúde e em Idade dos Beneficiários do Medicare, nos Estados Unidos da América (EUA), relatou que 34% das associações de multimorbidade eram compostas por depressão e/ou comprometimento cognitivo (QUIÑONES *et al.*, 2018). Pesquisa com idosos da Europa constatou que indivíduos com multimorbidade e sintomas depressivos podem desenvolver mais incapacidades em comparação com pessoas que possuem apenas as condições somáticas (SHERIDAN; MAIR; QUIÑONES, 2019).

Conforme mostra a literatura acerca de multimorbidade, viver com condições crônicas de saúde gera, ao indivíduo, maiores necessidades de cuidados, dependência e incapacidades, além de afetar a vida em diversos aspectos, inclusive social e profissional. Em Cingapura, pesquisadores investigaram a relação entre condições físicas, mentais e prejuízos no desempenho do trabalho, levando em conta os dias de falta. Os problemas de saúde mais incapacitantes encontrados foram câncer, doenças cardiovasculares e transtorno bipolar. O resultado mostrou que esses distúrbios estão associados à incapacidade, tanto individual quanto social, principalmente na coexistência destes problemas, e não em condições individuais (ABDIN *et al.*, 2016).

Esta consideração foi vista também em um estudo sobre resistência ao trabalho nas avaliações da deficiência em países europeus, que investigou se a resistência ao trabalho está ligada às incapacidades advindas de multimorbidade. Concluiu que doenças mentais, somáticas, assim como musculoesqueléticas e do sistema circulatório, são causas de resistência limitada ao trabalho, considerada como a incapacidade de trabalhar em período integral (BOERSEMA *et al.*, 2018).

## 2.4 INCAPACIDADES FUNCIONAIS

A OMS traz o conceito universal de incapacidade descrito através da CIF,

criada em 1980. Baseia-se em condições físicas de saúde, o chamado modelo médico, assim como sociais, influenciada por fatores ambientais e pessoais, o modelo social. No modelo médico, a incapacidade é considerada como uma condição prejudicada de saúde que tem como causa uma doença ou trauma, necessitando de cuidados profissionais, visando à cura, adaptação ou mudança de comportamento. Já o modelo social preconiza que o problema de saúde do indivíduo é causado pela sociedade, e a incapacidade, uma gama de condições causadas pelo ambiente social (OMS, 2004).

Ambos os modelos citados concluem que a incapacidade relacionada à saúde do indivíduo é uma questão de políticas públicas. A CIF adota uma abordagem biopsicossocial do indivíduo, firmada na junção dos dois modelos de funcionalidade e incapacidade, com olhar para as perspectivas biológica, individual e social de saúde (OMS, 2004). A incapacidade resulta no comprometimento físico e/ou mental e na dificuldade na realização de atividades de rotina, como as ABVDs e Atividades instrumentais da vida diária (AIVD), que mensuram o estado funcional. As ABVDs envolvem ações como comer, vestir, tomar banho, entrar e sair da cama, ir ao banheiro e continência, e entre as AIVDs estão usar o telefone, ir a lugares à pé, fazer compras, tomar medicações, realizar afazeres domésticos, preparar refeições e administrar as finanças (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006; OMS, 2004; ST JOHN *et al.*, 2019).

No artigo de revisão que avaliou as ABVDs, autocuidado e independência (MLINAC; FENG, 2016), as autoras explicam que a capacidade de um indivíduo para realizar ABVDs e AIVDs depende das habilidades cognitivas, como raciocínio e planejamento, motoras, como equilíbrio, e perceptivas, como as sensoriais. Distinguem ABVD e AIVD remetendo à capacidade física e à capacidade cognitiva para realizar uma tarefa, respectivamente. Gobbens (2018) explica que as ABVDs são atividades importantes ao autocuidado do ser humano, e que as AIVDs estão relacionadas ao funcionamento global do ambiente no qual ele vive (GOBBENS, 2018). Em sua pesquisa, estudou a influência das incapacidades nas ABVDs e AIVDs em níveis físicos e mentais da qualidade de vida de idosos holandeses com 75 anos ou mais, comprovando a associação negativa de incapacidades à qualidade de vida dos participantes (GOBBENS, 2018).

A OMS explica, em seu Relatório Mundial sobre Deficiência, que a deficiência pode sofrer variações, dependendo de fatores como, por exemplo, idade,

estágio da vida, ambiente, *status* socioeconômico, cultura e com o aumento da deficiência aumentam os problemas crônicos de saúde como diabetes, doenças cardiovasculares, transtornos mentais, câncer, doenças respiratórias e lesões. Recomenda que as pesquisas sobre saúde e incapacidades sejam feitas baseadas nas definições da CIF, abordando dificuldades funcionais ao invés de deficiência para determinar sua prevalência (OMS, 2011).

Pesquisa americana com mais de 18 mil adultos com 50 anos ou mais avaliou a força de preensão manual e função cognitiva nas ABVDs e AIVDs dos participantes. Constatou que as chances de declínio para incapacidades nestas atividades eram altas para os indivíduos com dificuldades na força de preensão manual e função cognitiva, de forma independente ou conjunta, em ABVDs e AIVDs (MCGRATH *et al.*, 2020). Outro estudo americano, com uma coorte de 7.338 idosos com 65 anos ou mais, avaliou os efeitos da combinação de fragilidade física e comprometimento cognitivo sem demência, em um acompanhamento de oito anos, indicando que a fragilidade e comprometimento cognitivo são preditores de incapacidade e mortalidade (ALIBERTI *et al.*, 2019).

Publicado em 2015, um estudo com base no *Study on Global Ageing and Adult Health* (SAGE), que incluiu mais de 42 mil adultos com 18 anos ou mais da China, Gana, Índia, México, Rússia e África do Sul, constatou que há alta prevalência de limitações de ABVDs entre os adultos mais velhos, resultado impactado pela presença de multimorbidade sobre a saúde física e mental dos idosos da amostra, na qual 60,7% dos participantes com mais de 70 anos tinham multimorbidade (AROKIASAMY *et al.*, 2015). Estas evidências de que as incapacidades em ABVDs e AIVDs aumentam com o avanço da idade são corroboradas em outros estudos (ALEXANDRE *et al.*, 2018, 2019; BLEIJENBERG *et al.*, 2017; ÓWIRLEJ-SOZAŃSKA *et al.*, 2019; FRIED *et al.*, 2001b, 2001a; SCHEEL-HINCKE *et al.*, 2020).

Uma pesquisa com 2.207 idosos residentes do sudeste da Polônia buscou os determinantes das deficiências para ABVDs e AIVDs. Os resultados mostraram que os indivíduos do sexo feminino, solitários, baixa renda, sedentarismo, sem contatos sociais, com relações ruins com seus familiares, que vivem em ambientes com barreiras e obstáculos, com doenças crônicas e dor apresentaram mais incapacidades nas ABVDs e AIVDs, com destaque para idade avançada, dor e multimorbidade. A cada doença crônica, as chances de ter pelo menos um problema

com ABVD aumentam em 7%, e com AIVD em 4% (ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA *et al.*, 2019).

As ABVDs e AIVDs são intensificadas pela presença de multimorbidade, principalmente em populações idosas (CHEN *et al.*, 2019; FRIED *et al.*, 2001a; PENG *et al.*, 2020; RAINA *et al.*, 2020; STORENG *et al.*, 2020). Um estudo de coorte holandês, com 805 idosos residentes na comunidade, mostrou que os participantes com três ou mais doenças crônicas apresentaram aumento de 3 a 5 vezes no risco de desenvolver incapacidades, quando comparados àqueles indivíduos sem condições crônicas (BLEIJENBERG *et al.*, 2017).

Revisão sistemática que incluiu 37 estudos de coorte e transversais entre 1990 e 2014 avaliou a relação entre multimorbidade e o desenvolvimento de declínio funcional. A maioria dos estudos constatou essa associação, na qual indivíduos com multimorbidade desenvolvem declínio funcional, com diminuição da autonomia e aumento de incapacidades (RYAN *et al.*, 2015). Já pesquisa realizada com 133 idosos de Campinas (SP) para avaliar o impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevida desses idosos, concluiu que a fragilidade não foi fator significativamente associado ao declínio funcional, apesar de impactar de forma negativa na sobrevida (LEME *et al.*, 2019).

Mantendo a linha de pensamento em distúrbios psiquiátricos, a incapacidade funcional também pode desencadear comportamento suicida, principalmente em indivíduos idosos, em cuidados paliativos, com depressão e problemas físicos de saúde, como cardiovasculares, perda de visão e audição, pulmonares, gastrointestinais, renais, geniturinários, endócrinos, neurológicos, musculoesqueléticos, câncer e dor crônica (FÄSSBERG *et al.*, 2016). Na Espanha, um estudo transversal avaliou três coortes independentes, entre 2008 e 2012, com amostras de 705, 443 e 4.995 idosos, analisou as relações entre condições crônicas de saúde, incapacidade e qualidade de vida de idosos com multimorbidade. Os resultados apontaram que a incapacidade estava associada a ter transtornos mentais, principalmente depressão e demência, além de condições crônicas físicas como diabetes e problemas osteoarticulares, com impacto negativo na qualidade de vida dos idosos (FORJAZ *et al.*, 2015).

Sintomas depressivos foram associados ao aumento das incapacidades para ABVDs e AIVDs em adultos com 50 anos ou mais, em uma pesquisa que incluiu quatorze países europeus entre 2013 e 2015. Os participantes que possuíam

combinações de multimorbidade e sintomas depressivos foram avaliados como mais incapacitantes, em comparação aos que apresentavam apenas condições somáticas (SHERIDAN; MAIR; QUIÑONES, 2019). Em Quebec, no Canadá, um estudo avaliou as mudanças nas AIVDs em associação com os transtornos mentais, comprovando que há efeito sinérgico entre transtornos mentais crônicos e físicos com resultados negativos nas AIVDs (GONTIJO GUERRA; BERBICHE; VASILIADIS, 2020).

A depressão aliada à incapacidade também faz parte do desfecho da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, realizada no Brasil pela Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com indivíduos maiores de 18 anos. Com objetivo de verificar a relação em desigualdades sociais e limitações para atividades diárias, o estudo transversal mostrou que ter uma ou mais doença crônica limita moderadamente, intensamente ou muito intensamente essas atividades, gerando incapacidades, estando as doenças mentais entre as que mais limitam moderadamente (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

A incapacidade funcional normalmente é mensurada através de escalas. As principais escalas utilizadas serão descritas abaixo.

#### **2.4.1 Índice de Katz**

De acordo com o Relatório de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2007) as doenças crônicas não transmissíveis podem afetar a funcionalidade do indivíduo idoso, nos quais a dependência para as ABVDs tende a aumentar, e a avaliação funcional busca verificar, de forma sistematizada, em qual intensidade essas doenças ou agravos estão prejudicando as ABVDs de forma autônoma. A avaliação funcional no idoso permite a obtenção de informações que podem indicar um futuro declínio ou melhoria da saúde do indivíduo (SHELKEY; WALLACE, 1999).

A primeira escala desenvolvida como instrumento de avaliação funcional utilizado para mensurar a independência relacionada às ABVDs em idosos e pessoas com problemas crônicos de saúde foi o Índice de Katz, criado por Sidney Katz. Possibilita medir a habilidade do indivíduo em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente e com isso determinar as necessidades intervenções em reabilitação. É um instrumento utilizado com eficácia em idosos,

estejam eles em ambientes clínicos ou domésticos (KATZ *et al.*, 1970; SHELKEY; WALLACE, 1999).

O Índice permite avaliação do desempenho geral de seis funções: banho, vestir, banheiro, transferência, continência e alimentação. A avaliação para a atividade “banho” refere-se ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de se esfregar em qualquer uma dessas situações. Para “vestir”, é compreendido desde o momento de pegar as roupas do armário até o ato em si de vesti-las. A função “banheiro” abrange ir ao banheiro para realizar as eliminações, higienizar-se e, após, arrumar as próprias roupas. Em “transferência” é avaliado o movimento realizado para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. A função “continência” é autocontrole de urinar ou defecar e a função “alimentação” está relacionada ao ato de dirigir a comida do prato à boca (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; KATZ *et al.*, 1970). Em cada uma das funções descritas, os indivíduos são classificados em sim ou não para independência. A pontuação de 6 indica função completa (alta/independente), 4 indica comprometimento moderado e 2 ou menos indica comprometimento funcional grave (baixa/dependente) (SHELKEY; WALLACE, 1999).

Estudos de base populacional, que avaliam capacidade funcional em idosos, utilizam escalas que permitem avaliação subjetiva, baseados em instrumentos com questões autorreferidas envolvendo o cuidado pessoal diário (ANDRADE *et al.*, 2019; GIACOMIN *et al.*, 2019). Pesquisa que determinou a validade de critério das ABVDs presentes nos questionários de funcionalidade em idosos para pesquisas populacionais, de acordo com a autopercepção de dependência nas ABVDs, concluiu que essas atividades podem ser indicadores válidos de funcionalidade. Além disso, os melhores coeficientes de validade estiveram presentes nos questionamentos sobre a necessidade de ajuda para banho, vestir-se, deitar-se e sair da cama, sentar-se e se levantar da cadeira, caminhar 100 metros, subir escadas e usar transporte (REBOUÇAS *et al.*, 2017). As avaliações funcionais também podem ocorrer baseadas no desempenho dos participantes, de forma objetiva, como medidas de observação direta, exigindo que o indivíduo demonstre uma atividade ao observador treinado, geralmente envolvendo uma tarefa motora, como caminhada programada, por exemplo (ROYALL *et al.*, 2007).

### 2.4.2 Escala de Lawton

O grau de limitação nas AIVDs permite determinar se o idoso é capaz ou não de ter uma vida independente. A Escala de Lawton é um instrumento que avalia oito domínios de funções medidos pelas seguintes AIVDs: capacidade de usar o telefone, realizar compras, preparar refeições, executar tarefas domésticas, lavar as roupas, utilizar meios de transporte, manipular próprias medicações e gerenciar as próprias finanças (GRAF, 2008; LAWTON; BRODY, 1969; MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2007; SANTOS, R. L. Dos; JÚNIOR, 2008).

As AIVDs são ações um pouco mais complexas que as ABVDs e sua realização faz com que o indivíduo se torne independente em uma comunidade (GRAF, 2008; LAWTON; BRODY, 1969; SANTOS, R. L. Dos; JÚNIOR, 2008). A capacidade para o desempenho das AIVDs está ligada à cognição, ou seja, às memórias de conteúdo, temporal e prospectiva, e o declínio cognitivo afeta a habilidade do indivíduo nas suas AIVDs (BEAVER; SCHMITTER-EDGECOMBE, 2017; SCHMITTER-EDGECOMBE; PARSEY, 2014; TOMASZEWSKI FARIAS *et al.*, 2009).

A memória de conteúdo está relacionada à lembrança de ações e informações momentâneas e necessárias ao dia a dia. A memória temporal se refere à ordem cronológica dos acontecimentos, e a memória prospectiva é ligada à necessidade de lembrar-se de ações que precisam ser executadas no futuro (GUYTON; HALL, 2011). Estas memórias influenciam no sucesso da realização das atividades cotidianas, e elas possuem ligações, como por exemplo, a memória prospectiva depende de o indivíduo resgatar as informações da memória de conteúdo para agir em determinada tarefa (BEAVER; SCHMITTER-EDGECOMBE, 2017).

Estudo que investigou a relação entre funcionalidade e as memórias de conteúdo, temporal e prospectiva em idosos constatou que maior capacidade funcional independente estava associada à maior capacidade de memória de conteúdo. A memória prospectiva se mostrou mais importante para o bom funcionamento diário, na capacidade de seguir adequadamente as instruções para as realizações e conclusões das tarefas, assim como a memória de ordem temporal, para manter a capacidade cognitiva na realização das atividades (BEAVER; SCHMITTER-EDGECOMBE, 2017).

Lawton e Brody (1969) realizaram um estudo com idosos para validação da escala, pois contextualizam que as escalas são instrumentos eficazes para avaliação precoce, breve e objetiva, servindo para formulação, implementação e avaliação dos planos terapêuticos. Elencaram cinco utilizações práticas da Escala de Lawton: (1) fornece avaliação objetiva e breve, e pode ser aplicada por qualquer profissional da saúde; (2) formulação, implementação e avaliação do plano de tratamento, com reavaliação em intervalos periódicos através da escala, permite reavaliação dos objetivos do tratamento; (3) auxilia no processo de tratamento, na tomada de decisões; (4) ferramenta de ensino e treinamento; (5) planejamento de instalações e serviços, auxilia na avaliação e planejamento (LAWTON; BRODY, 1969).

A escala pode ser aplicada em idosos de ambientes comunitários, clínicos ou hospitalares, serve também como instrumento avaliativo para estudos comparativos entre linha de base e acompanhamento. A pontuação varia de acordo com o nível de funcionamento em cada categoria, variando de zero (0) para função baixa, dependente, a oito (8) para função alta, independente (GRAF, 2008).

Abaixo, um quadro síntese com as ABVDs e AIVDs.

**Quadro 2. Síntese das ABVDs e AIVDs**

<b>ABVDs</b>	<b>AIVDs</b>
Tomar banho	Utilizar meios de transporte
Vestir-se	Manipular medicamentos
Ir ao banheiro	Realizar compras
Transferência	Executar tarefas domésticas
Continência	Utilizar o telefone
Alimentação	Preparar refeições
	Gerenciar as próprias finanças

Fonte: (ANDRADE *et al.*, 2019; ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA *et al.*, 2019; GIACOMIN *et al.*, 2019; GONTIJO GUERRA; BERBICHE; VASILIADES, 2020)

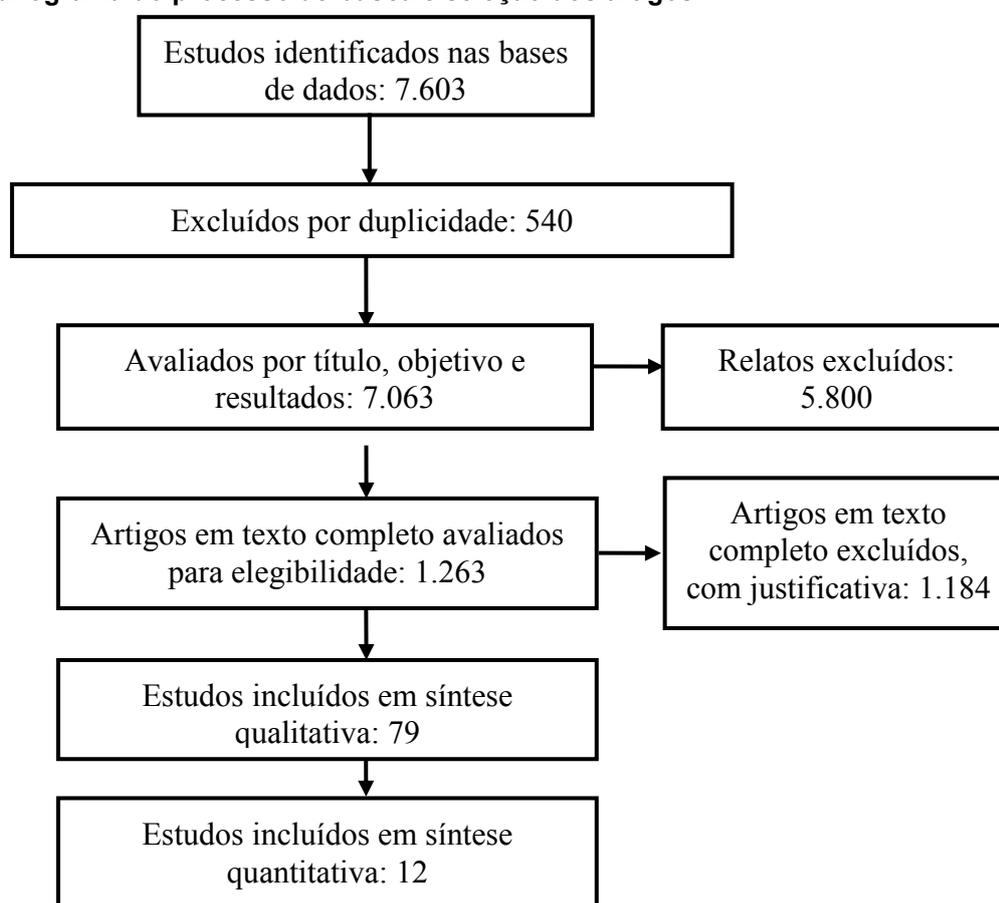
## 2.5 TRANSTORNOS MENTAIS, MULTIMORBIDADE E INCAPACIDADES

Nesta seção é apresentada uma revisão integrativa que embasa a relação entre transtornos mentais, multimorbidade e o desenvolvimento de incapacidades. A investigação entre os temas foi baseada em ampla pesquisa na literatura acerca dos temas citados e suas interações. A busca literária foi realizada nas bases de dados

eletrônicas PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), resgatando artigos sobre a temática no período de 2012 até junho de 2020, através dos descritores *Medical Subject Heading Terms* (MeSH), associadas aos operadores booleanos, assim como chaves de busca em português utilizadas na BVS. O Apêndice A mostra a chave de busca utilizada para busca dos artigos na base de dados PubMed, assim como o Apêndice B, na BVS.

As fases de seleção dos estudos que nortearam a revisão integrativa estão organizadas na Figura 1. Foram selecionados, segundo os critérios de inclusão, artigos escritos em português ou inglês.

**Figura 1: Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos**



Fonte: Autor (2021)

Como resultado da seleção dos artigos, foram escolhidos doze estudos que se adequaram aos critérios de inclusão determinados nesta pesquisa e abordaram a relação entre transtornos mentais, multimorbidade e incapacidades. A síntese dos artigos selecionados consta no Quadro 3.

### 2.5.1 Relação entre Transtornos Mentais, Multimorbidade e Incapacidades

Os artigos selecionados para esta revisão integrativa são originários de pesquisas realizadas na China, Gana, Índia, México, Rússia, África do Sul, Estados Unidos, Espanha, Suécia e Brasil. Trata-se de estudos nos seguintes desenhos: uma revisão sistemática, três coortes, sete transversais e um qualitativo descritivo. Estas investigações abordam a relação entre transtornos mentais, multimorbidade e incapacidades funcionais em idosos.

Os transtornos mentais englobam uma série de doenças, e entre elas está a depressão, que é considerada uma das principais causas de incapacidade, além de desencadear comportamentos anormais e prejudicar relacionamentos interpessoais (OPAS, 2018). A multimorbidade, que é a coexistência de duas ou mais doenças crônicas em uma pessoa (OMS, 2015), está intensamente ligada com limitações nas ABVDs, menores autoeficácia e qualidade de vida, além de maior dependência de cuidados (PETERS *et al.*, 2019). A incapacidade funcional é uma condição prejudicada de saúde devido a uma doença, trauma, ou também em decorrência de problemas pessoais e ambientais sociais (OMS, 2004). Desencadeia comprometimentos físico e mental e prejudica a realização, com independência, das ABVDs e AIVDs (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006; OMS, 2004).

A análise da interrelação entre condições crônicas de saúde, funções corporais e limitações de atividades e restrições à participação com base na CIF foi foco de um estudo transversal realizado na Espanha, com 864 participantes com 50 anos ou mais, de duas regiões distintas, uma área rural e uma zona urbana. O desfecho mostrou que as funções do corpo possuem ligação com as limitações e restrições nas atividades diárias, resultado agravado principalmente por problemas nas funções mentais e musculoesqueléticas. A depressão foi observada em 3% da amostra, que, somada aos transtornos mentais graves e demência, demonstraram concretas associações com comprometimento da função mental. A pesquisa enfatiza em suas discussões que transtornos mentais, principalmente demência e depressão, são as principais causas de incapacidades em saúde, concluindo que as estratégias de saúde pública para intervenções e tratamento devem ser voltadas também ao estilo de vida e comportamento desse público (RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ *et al.*, 2016).

Pesquisa com base nos dados do *Study on Global Ageing and Adult Health*

(SAGE), da OMS, sobre o envelhecimento global e saúde do adulto, onda 1 (2007/2010), realizada em países de baixa e média rendas (China, Gana, Índia, México, Rússia e África do Sul), incluiu 42.236 adultos com 18 anos ou mais e avaliou a prevalência e correlatos de multimorbidade e sua associação com autoavaliação da saúde, ABVDs, qualidade de vida e depressão. Os participantes com três doenças crônicas tinham quatro vezes mais chances de ter incapacidade em uma ABVD, depressão e autoavaliação em saúde ruim quando comparado aos adultos sem doenças (AROKIASAMY *et al.*, 2015).

Nos EUA, um estudo de coorte prospectivo, com dados longitudinais do Estudo de Saúde e Aposentadoria (2010-2012), pesquisa nacionalmente representativa de americanos não institucionalizados com 65 anos ou mais, incluiu 8.782 participantes para identificar padrões de multimorbidade e avaliar a associação destes padrões com incapacidades e sintomas depressivos. Descobriram que o padrão de multimorbidade composto por artrite e hipertensão arterial sistêmica era o mais presente na amostra, e que, aliado à combinação de sintomas depressivos, foi associado à maior incapacidade em ABVDs e AIVDs, quando comparado à somente artrite e hipertensão, sem depressão, ou qualquer outra doença crônica. Ressalta a importância do diagnóstico e tratamento da depressão com igual importância dispensada às doenças físicas (QUIÑONES; MARKWARDT; BOTOSNEANU, 2016).

Ainda nos EUA, outra pesquisa com foco em multimorbidade somático-mental como fator predisponente para incapacidades avaliou mais de quatro mil participantes e mostrou que, condições crônicas somáticas como a depressão, aliada ao comprometimento cognitivo, aumentam as incapacidades nas Atividades Básicas de Vida Diária e atividades instrumentais da vida diária. A coorte foi composta por idosos beneficiários do Medicare, com 65 anos ou mais, entrevistados em 2013/2014. Em seus achados, verificou que idosos com multimorbidade somático-mental apresentavam uma maior carga de incapacidades quando comparados com aqueles com multimorbidade apenas somática. Ressalta que, no geral, os estudos costumam apresentar prevalência de comorbidades de forma individual, sem focar na coexistência desses problemas, mostrando, com menos importância, as condições de saúde mental como multimorbidade. Os pesquisadores trazem as condições de saúde mental como precedentes ao desenvolvimento de incapacidades, justificando a identificação da depressão como parte da avaliação

funcional em idosos e enfatizam a necessidade da identificação e gerenciamento da condição de saúde mental do indivíduo (QUIÑONES *et al.*, 2018).

Uma revisão sistemática analisou 65 artigos com objetivo de mostrar que doença física que gera incapacidades está associada com comportamento suicida em idosos, caracterizado por desejo de morte, ideação suicida, comportamento suicida não fatal e o suicídio. O resultado mostrou que 59 estudos quantitativos apontam que o comportamento suicida está ligado às incapacidades trazidas por diversas condições de saúde específicas, como doenças malignas, dor crônica, hepatopatia, entre outros. A revisão contextualiza que é comum o desenvolvimento de depressão devido à perda de autonomia e às incapacidades, o que geral tal comportamento (FÄSSBERG *et al.*, 2016).

A associação entre fragilidade, multimorbidade, transtornos mentais e o risco de desenvolvimento de incapacidades foi abordada no estudo de Lee *et al.* (2018) (LEE, W. *et al.*, 2018), com 20.898 idosos de 65 anos ou mais da cidade de *New Taipei*, em Taiwan. O artigo traz a fragilidade em idosos como fator predisponente para multimorbidade, e a fragilidade apresenta maior prevalência nos participantes com multimorbidade ou naqueles com transtornos mentais. Observou que o desenvolvimento de incapacidades está presente em pessoas com fragilidade, multimorbidade e doença mental. Conclui que a prevenção das incapacidades deve ter origem que detecção precoce de fragilidade, multimorbidade e transtornos mentais.

Na Espanha, estudo transversal com 3.625 indivíduos com mais de 50 anos teve o objetivo de investigar o impacto das condições físicas e mentais crônicas na qualidade de vida. Os resultados mostraram que as condições crônicas de saúde mental, principalmente depressão e ansiedade, foram associadas aos piores resultados na qualidade de vida e incapacidades do que as condições físicas crônicas, e quanto mais condições crônicas, pior será a qualidade de vida e incapacidades. Argumenta que há a necessidade de mais estudos que abordem a relação de saúde mental e incapacidades, e que a multimorbidade precisa ser foco na criação de novas políticas públicas de saúde (GARIN *et al.*, 2014).

Fatores relacionados à qualidade de vida entre idosos com multimorbidade foi objetivo de estudo longitudinal na Suécia, em um acompanhamento de dois anos avaliando qualidade de vida, carga de sintomas de multimorbidade, ABVDs, atividade física e depressão. Em comparação à linha de base, houve piora na

qualidade de vida relacionada à saúde com a amostra ao longo do estudo, que esteve associada à maior carga de sintomas de doenças crônicas, menor capacidade para realização das ABVDs e maior grau de depressão ou mais sintomas depressivos (KLOMPSTRA *et al.*, 2019).

Permanecendo no contexto da qualidade de vida dos idosos, pesquisa com base de dados do Estudo de Saúde e Envelhecimento na África, com 2.627 homens e mulheres com 60 anos ou mais residentes nas áreas rurais, examinou preditores demográficos, comportamentais e socioeconômicos de saúde, depressão e qualidade de vida, associados com doenças crônicas não transmissíveis, dificuldades em ABVDs e depressão. Os desfechos mostraram associações negativas entre depressão, qualidade de vida, multimorbidade e dificuldade nas ABVDs. Enfatiza que as condições limitantes de saúde, principalmente as limitações funcionais, afetam a saúde, o bem estar, o estado nutricional, a imunidade, a capacidade de praticar exercícios, provocam isolamento social e solidão (WANG *et al.*, 2019).

No Brasil, na cidade de Senador Guiomard, no Acre, pesquisa verificou se a qualidade de vida é afetada pela presença de multimorbidade e depressão em idosos assistidos pela ESF. Concluiu-se que, como reação em cadeia, a multimorbidade em idosos está relacionada à presença de depressão e, em consequência, à piora da qualidade de vida. Os achados mostram também que, entre os idosos com multimorbidade, mais de 27% apresentaram depressão, conforme a GDS, quando comparados àqueles sem multimorbidade (AMARAL *et al.*, 2018). Este achado também se faz presente na pesquisa de Silva *et al.* (2018) sobre adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas, concluindo que as doenças crônicas que trazem prejuízos e limitações físicas, geram consequências na qualidade de vida e saúde mental do idoso (SILVA *et al.*, 2018).

A associação entre incapacidade funcional, multimorbidade e indicativo de depressão foi o objetivo de outro estudo brasileiro, realizado com 1.693 idosos de Uberaba, Minas Gerais, em 2012. A incapacidade nas ABVDs foi associada aos idosos de maior faixa etária, com maior número de doenças e presença de depressão, características também presentes nas incapacidades para as AIVDs, acrescida a baixa escolaridade (AGRELI *et al.*, 2017).

Foi possível observar, através dos estudos selecionados para esta revisão integrativa, que os adultos, em especial os idosos, têm suas capacidades funcionais

afetadas pela presença de multimorbidade e transtornos mentais, como a depressão. Os achados indicam a importância de estratégias de saúde voltadas à avaliação precoce com promoção da saúde e prevenção de doenças da população. Ressaltam a necessidade de identificar uma condição de saúde mental prejudicada, pois se trata de fator predisponente para incapacidades funcionais nas ABVDs e AIVDs.

Quadro 3. Síntese dos artigos selecionados

Autor/Ano/Local	Objetivo	Métodos	Resultados	Conclusão
(AROKIASAMY <i>et al.</i> , 2015) China, Gana, Índia, México, Rússia e África do Sul	Explorar a prevalência e os correlatos da multimorbidade em adultos e examinar as associações entre multimorbidade e autoavaliação geral da saúde geral, depressão, funcionamento físico e bem-estar subjetivo.	Dados obtidos no Estudo da OMS sobre envelhecimento global e saúde do adulto, Onda-1 (2007/10), com 42.236 adultos com 18 anos ou mais da China, Gana, Índia, México, Rússia e África do Sul. A multimorbidade foi a presença simultânea de duas ou mais das oito condições crônicas.	21,9% tinham multimorbidade. Maior nos mais velhos e reduziu com nível socioeconômico. A prevalência de limitação de 1 ou mais ABVD, saúde autoavaliada e depressão aumentaram com multimorbidade. Três doenças crônicas aumentaram em quatro vezes a chances de ter 1 ou mais ABVD, depressão e saúde autoavaliada. Comparados com adultos sem doença, aqueles com quatro ou mais doenças tiveram quase sete vezes mais chances de ter 1 ou mais ABVD, depressão e saúde autoavaliada ruim.	As estimativas revelaram efeito independente significativo e negativo de cada uma das doenças crônicas na limitação das ABVD, depressão, saúde autoavaliada ruim e qualidade de vida. Os resultados destacam o desafio da multimorbidade nos países de baixa e média renda, particularmente entre os grupos socioeconômicos mais baixos, e a necessidade premente de reorientação dos recursos de saúde, considerando a distribuição da multimorbidade e seu efeito adverso nos resultados da saúde.
(LEE, W. <i>et al.</i> , 2018) Taiwan, China	Avaliar o impacto da fragilidade na incapacidade e investigou se a urbanização e a saúde mental podem exercer efeitos sinérgicos.	Participaram 20.898 indivíduos com 65 anos ou mais, da cidade de Nova Taipei. Foi avaliada a fragilidade, multimorbidade, residência urbana ou rural e saúde mental. Os efeitos individuais versus combinados dos fatores de risco foram avaliados pelo índice de sinergia de Rothman.	A fragilidade foi prevalente entre os indivíduos com multimorbidade e transtornos mentais. A fragilidade em idosos é predominante e está significativamente associada à incapacidade, especialmente entre grupos vulneráveis que têm multimorbidade e/ou transtornos mentais, ou vivem em áreas menos urbanizadas.	A fragilidade é comum em idosos e está associada à incapacidade e sinérgica à multimorbidade, transtornos mentais e residentes na zona rural. O direcionamento da prevenção e intervenção da fragilidade precisa de uma atenção especial nesses grupos vulneráveis.
(QUIÑONES; MARKWARDT; BOTOSENEANU, 2016) Estados Unidos da América (EUA).	Examinar os padrões de multimorbidade e identificar as combinações de doenças mais prevalentes em adultos americanos com 65 anos ou mais. Avaliar a associação entre cada combinação de multimorbidade e	Estudo de coorte prospectivo com dados <i>Health and Retirement Study data</i> (2010–2012), com 8.782 participantes com 65 anos ou mais. A incapacidade prospectiva foi medida pelas atividades combinadas das ABVDs e AIVDs. A multimorbidade foi definida como a combinação de	Foram encontradas 291 combinações de doenças. As mais prevalentes foram: hipertensão e artrite; hipertensão, artrite e doença cardiovascular; e hipertensão, artrite e diabetes. Apenas uma das combinações incluiu sintomas depressivos, artrite e hipertensão, que foi associada a maior incapacidade das ABVDs e AIVDs.	Deve-se melhorar a compreensão de quais combinações de doenças são cada vez mais incapacitantes entre os adultos mais velhos. Compreender como as combinações de multimorbidade se relacionam com o status funcional é importante para reduzir a incapacidade e manter

	incapacidade, em relação a adultos mais velhos sem doença e àqueles com uma única doença.	pelo menos duas doenças crônicas.		a vida independente entre os idosos.
(QUINONES <i>et al.</i> , 2018) Estados Unidos da América (EUA).	Examinar a relação entre combinações de multimorbidade somático-mental e incapacidade em perspectiva em uma amostra nacionalmente representativa de beneficiários do Medicare.	Estudo de coorte prospectivo, com dados de 4.017 participantes com 65 anos ou mais, do <i>National Health and Aging Trends Study data of Medicare beneficiaries</i> , entrevistados em 2013 e 2014.	Depressão e/ou comprometimento cognitivo foram identificados em 1/3 dos idosos com multimorbidade. 34% das combinações de multimorbidade incluíram depressão, comprometimento cognitivo ou ambos. Nas relações de multimorbidade de condições somáticas, depressão e comprometimento cognitivo foram associados a aumento de 34% nas incapacidades. Idosos com combinações de multimorbidade somático-mental tinham maior carga de incapacidade comparados aos com multimorbidade exclusivamente somáticas, ou sem condições crônicas ou apenas uma doença crônica.	As combinações de multimorbidade que incluíram depressão e/ou comprometimento cognitivo foram associadas a incapacidade prospectiva substancialmente maior do que as combinações constituídas exclusivamente por condições somáticas. Isso argumenta para identificar e gerenciar condições de saúde mental que coocorrem com condições somáticas.
(GARIN <i>et al.</i> , 2014) Espanha	Avaliar o impacto individual e combinado das condições físicas e mentais crônicas na qualidade de vida e na incapacidade na Espanha e, em segundo lugar, mostrar as tendências de gênero.	Dados transversais coletados no estudo COURAGE. Incluídos 3.625 participantes da Espanha com mais de 50 anos.	Todas as condições crônicas, exceto hipertensão, foram associadas a incapacidade. Depressão, ansiedade e acidente vascular cerebral tiveram maior impacto nas incapacidades. O número de condições crônicas foi associado a maior incapacidade. Os transtornos mentais (depressão e ansiedade) têm um impacto maior na incapacidade do que na maioria das condições físicas crônicas.	Pessoas com multimorbidade devem ser consideradas como alvos para atendimento clínico, comunitário, com base em estratégias preventivas, curativas ou paliativas. As condições crônicas têm grande impacto na incapacidade da população mais velha. Multimorbidade deve ser prioridade no desenvolvimento de políticas de saúde focadas na incapacidade.
(WANG <i>et al.</i> , 2019) África do Sul	Examinar os preditores demográficos, comportamentais e socioeconômicos de	Dados coletados no <i>Health and Aging in Africa: A Longitudinal Study of INDEPTH Community in South Africa</i> (HAALSI). O	Mais de 2/5 e 2/3 dos participantes relataram boa saúde e boa qualidade de vida, respectivamente, com cerca de 1/5 relatando sintomas	O envolvimento de fatores sociodemográficos nos resultados de saúde e qualidade de vida pedem maiores esforços

	saúde subjetiva, depressão e Qualidade de Vida da população idosa vivendo com multimorbidade crônica e dificuldades nas ABVDs.	estudo incluiu 2.627 idosos com 60 anos ou mais. As principais variáveis foram doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas e dificuldades nas ABVDs. Os preditores de saúde subjetiva, depressão e qualidade de vida foram avaliados usando métodos de regressão multivariáveis.	depressivos. Ter mais de uma condição crônica e dificuldades nas ABVD reduziu significativamente as chances de boa saúde, sem depressão e qualidade de vida entre homens e mulheres.	para lidar com essas condições limitantes de saúde, como ABVDs e multimorbidade crônica.
(RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ <i>et al.</i> , 2016) Espanha	Analisar as relações entre condições crônicas, funções corporais, limitações de atividades e restrições de participação na estrutura da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).	Estudo transversal aplicado em duas áreas geográficas na Região Autônoma de Aragão, Espanha. Uma área rural, Cinco Villas, e uma urbana na cidade de Zaragoza. Participaram 864 indivíduos, com 50 anos ou mais, com incapacidades.	Incapacidade leve representou 51,5% da amostra; incapacidade morada com 28,9% e grave/extrema com 16,1%. A incapacidade foi associada ao comprometimento moderado a completo nas funções mental, neuromusculoesquelético, sensorial e dor. Demência, e doença cerebrovascular foram associadas aos escores do WHODAS-36.	As funções corporais estão heterogeneamente ligadas a limitações nas atividades e restrições à participação, com maior impacto devido às funções mentais e musculoesqueléticas. O controle de condições específicas de saúde, como demência e doença cerebrovascular, parece ser fundamental na redução da incapacidade entre pessoas com 50 anos ou mais.
(KLOMPSTRA <i>et al.</i> , 2019) Suécia	Investigar fatores relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde em idosos que vivem em casa com três ou mais doenças e alto consumo de serviços de saúde e fatores relacionados à mudança na qualidade de vida relacionada à saúde em um período de dois anos.	Estudo longitudinal com 238 idosos com 75 anos ou mais, com multimorbidade, que haviam recebido atendimento hospitalar três vezes ou mais no ano anterior. Foram acompanhados por dois anos. Avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde, carga de sintomas, atividades da vida diária, atividade física e depressão.	A pior qualidade de vida relacionada à saúde foi relacionada à maior idade, maior carga de sintomas e depressão. Maior carga de sintomas, menor capacidade para as ABVDs e mais sintomas depressivos estavam relacionados às mudanças negativas na qualidade de vida relacionada à saúde. As variáveis associadas à piora na qualidade de vida relacionada à saúde no período de dois anos foram: maior carga de sintomas, declínio para as ABVDs, depressão e mais sintomas depressivos, todos em comparação à	A menor qualidade de vida relacionada à saúde foi negativamente associada à maior carga de sintomas, mais sintomas depressivos e menor capacidade para as ABVDs em idosos com multimorbidade.

			linha de base.	
(FÄSSBERG <i>et al.</i> , 2016)	Revisar sistematicamente as evidências de uma relação entre doença física e incapacidade funcional e desejos de morte, ideação suicida, comportamento suicida não fatal e suicídio em adultos mais velhos (65 anos ou mais).	Artigos publicados até novembro de 2014 identificados por pesquisas eletrônicas nas bases de dados ERIC, Google Scholar, PsycINFO, PubMed e Scopus. Os termos de pesquisa utilizados foram suicídio, desejos de morte ou automutilação deliberada.	65 artigos preencheram os critérios de inclusão e exploraram a ligação entre doenças físicas, deficiências funcionais e comportamentos suicidas. Estudos quantitativos sugerem que o comportamento suicida está associado à incapacidade funcional e a condições de saúde. Estudos qualitativos realizaram essa contextualização.	A incapacidade funcional, assim como doenças físicas específicas, mostrou-se associada ao comportamento suicida em idosos.
(AGRELI <i>et al.</i> , 2017) Minas Gerais, Brasil	Verificar a associação entre incapacidade funcional com o sexo, a faixa etária, a escolaridade, a renda, o número de morbidades e o indicativo de depressão de idosos residentes na zona urbana; e verificar a associação entre o número de morbidades com o sexo, a escolaridade, a faixa etária, a renda e o indicativo de depressão.	Estudo transversal realizado com 1693 idosos em Uberaba (MG), em 2012. Utilizou-se o Mini Exame de Estado Mental, Escala de Katz, Escala de Lawton e Brody, Escala de Depressão Geriátrica Abreviada.	A incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (ABVDs) esteve associada à maior faixa etária, maior número de morbidades e presença de indicativo de depressão. Estas mesmas relações com incapacidades estiveram presentes nas AIVDs, incluindo menores escolaridade e renda.	Estes resultados reforçam que as desigualdades sociais e a situação de saúde do idoso podem estar relacionados a capacidade funcional e a presença de comorbidades. Destaca-se a importância da avaliação periódica da funcionalidade. A identificação de fatores associados com a incapacidade funcional dos idosos fornece elementos relevantes para as medidas de prevenção e intervenção.
(AMARAL <i>et al.</i> , 2018) Acre, Brasil.	Analisar a associação entre multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos cadastrados na ESF de Senador Guimard, Acre.	Estudo transversal com 264 idosos com 60 a 102 anos, de ambos os sexos, assistidos pela ESF da zona urbana do município de Senador Guimard, Acre.	A multimorbidade foi identificada em 66,3% dos entrevistados. Idosos com depressão representaram 27,3% da amostra, em maior proporção entre os com multimorbidade (33,1%) em comparação àqueles sem (15,7%). Aqueles com multimorbidade tiveram duas vezes mais chance de apresentar depressão e pior qualidade de vida.	A multimorbidade em idosos está associada à presença de depressão e pior qualidade de vida, impondo à ESF o desafio de garantir a essa população viver a senescência sem sofrimento e redução da qualidade de vida.
(SILVA <i>et al.</i> , 2018) Bahia, Brasil	Compreender as concepções de pessoas idosas acerca das	Estudo qualitativo e descritivo realizado com 13 idosos selecionados atendidos por	Dos participantes, 12 possuíam diagnóstico de doença crônica, dentre elas, diabetes, hipertensão arterial,	As doenças crônicas que trazem limitações alimentares, físicas e cujo tratamento é invasivo

	repercussões do adoecimento crônico na sua saúde mental.	uma Unidade de Saúde da Família localizada no município de Guanambi (BA). Informações coletadas a partir da aplicação de entrevista semiestruturada. Analisaram-se as entrevistas conforme a técnica de análise de conteúdo.	câncer, osteoporose, artrose e depressão. Emergiram quatro categorias: Sentimentos relacionados à doença crônica; Mudanças nos hábitos de vida após a descoberta da doença crônica; Dificuldade para aceitação da doença crônica; A busca pela espiritualidade para aceitação da doença crônica.	tendem a possuir uma maior repercussão na vida e na saúde mental do idoso, percebeu-se a necessidade de qualificação dos profissionais da Atenção Básica para assistir o idoso, não apenas para a resolutividade de suas demandas no momento, mas para saber ouvir e identificar as possíveis repercussões que esse adoecimento traz para a vida desses indivíduos e saúde mental.
--	--	---	--	--

Fonte: Autor (2021)

### 3 MÉTODOS

Esta seção está organizada em duas partes. A primeira contém a contextualização e descrição dos principais procedimentos utilizados no estudo original intitulado Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), que foi a fonte de dados para os procedimentos utilizados no presente estudo. A segunda parte compreende os métodos para investigar o objetivo dessa dissertação.

#### 3.1 FONTE DE DADOS

Os dados do ELSI-Brasil foram coletados nos anos de 2015 e 2016, com 9.412 participantes não institucionalizados, de 50 anos ou mais, de 70 diferentes municípios brasileiros, selecionados por meio da base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O plano de amostragem seguiu uma divisão estipulada em: municípios, os quais foram as principais unidades amostrais, seguidos pelos setores censitários e domicílios. Os municípios foram agrupados em quatro estratos, conforme o tamanho populacional. O primeiro estrato foi composto por 4.420 municípios de  $\leq 26.700$  habitantes; o segundo, com 951 municípios com 26.701 até 135 mil habitantes; o terceiro estrato contém 171 municípios com população de 135.001 a 750 mil habitantes; e o quarto, com 23 municípios de  $> 750$  mil habitantes. Nos três primeiros, a seleção da amostra aconteceu em três etapas: primeira etapa, com 18 municípios, segunda com 15 e a terceira com 14. Em seguida, foram escolhidos os setores censitários, sendo oito em cada município, finalizando com a seleção dos domicílios. No quarto estrato, por se tratar de municípios maiores, a seleção aconteceu em duas etapas: primeiro, selecionados os setores censitários, no total de 176, e em seguida os municípios. O tamanho amostral seguiu um método de amostragem reversa, no qual os pesquisadores estipularam quantas entrevistas precisaram ter para obter um determinado número de entrevistas realizadas. Com isso, visitaram domicílios previamente selecionados até que a quantidade de entrevistas desejadas fosse atingida. A meta de entrevistas era de 10 mil, com 9.412 participantes, de 70 municípios brasileiros (LIMA-COSTA *et al.*, 2018).

A pesquisa foi composta por entrevista sobre as características gerais do domicílio e condições socioeconômicas dos demais moradores, entrevista individual

sobre condições de saúde física e mental, aferição da pressão arterial, medidas antropométricas e da capacidade funcional, coleta de sangue e exames laboratoriais, além de armazenamento de amostras para futuras análises. Nas residências com mais de um morador, o respondente da pesquisa foi eleito pelos demais, sendo o que melhor possuir capacidade para responder ao questionário (LIMA-COSTA *et al.*, 2018; LIMA-COSTA; DE ANDRADE; DE OLIVEIRA, 2019).

O ELSI-Brasil é financiado pelo Ministério da Saúde, e a gestão do estudo fica a cargo da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Em seu comitê diretor estão pesquisadores membros destas instituições e consultores de outros países (LIMA-COSTA *et al.*, 2018; LIMA-COSTA; DE ANDRADE; DE OLIVEIRA, 2019).

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), de Minas Gerais, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 34.649.814.0000.5091. Todos os participantes entrevistados na pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para participar do estudo (ANEXO D).

## 3.2 INVESTIGAÇÃO DA RELAÇÃO DA MULTIMORBIDADE E DEPRESSÃO PARA O AUMENTO DA INCAPACIDADE

### 3.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal que utilizou os dados do ELSI-Brasil. Este tipo de estudo é indicado para quando se pretende verificar a frequência que um evento se manifesta em uma população específica e os fatores associados (BASTOS; DUQUIA, 2013). No estudo transversal, o pesquisador verifica se há correlação entre as variáveis que pesquisou na amostra da população participante da pesquisa (VIEIRA, SÔNIA, HOSSNE, 2001).

### 3.2.2 Participantes

Foram incluídos no estudo todos os participantes do ELSI-Brasil com 50 anos ou mais, de ambos os sexos. Foram excluídos das análises os que não tiverem dados completos entre as variáveis de interesse.

### 3.2.3 Variáveis

No quadro abaixo estão apresentadas as variáveis do estudo.

**Quadro 4. Variáveis do estudo**

Variáveis	Dependente/ Independente	Natureza	Utilização
Sexo	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Masculino, feminino
Idade	Independente	Quantitativa discreta	Anos completos na data da entrevista, nas faixas etárias de 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais
Cor/Raça	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Branca, parda, preta, amarela, indígena
Situação conjugal	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Com companheiro e sem companheiro
Escolaridade (Anos de estudo)	Independente	Qualitativa ordinal	Sem escolaridade formal, 1 a 8, 9 a 11, 12 ou mais
Tabagismo	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Nunca fumou, fuma atualmente; ex-fumante
Consumo de bebidas alcoólicas	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Não consome; consumo leve/moderado; consumo de risco
Consumo de frutas, verduras e legumes	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Adequado; inadequado
Atividade física	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Insuficientemente ativo; ativo
Depressão	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Não; sim
Multimorbidade	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Não; sim
Combinação de depressão e multimorbidade	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Sem depressão e multimorbidade; sem depressão e com multimorbidade; com depressão e sem multimorbidade; com depressão e multimorbidade
Atividades básicas de vida diária	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Dependente; independente
Atividades instrumentais de vida diária	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Dependente; independente

Fonte: Autor (2021).

### 3.2.4 Instrumentos de pesquisa

#### 3.2.4.1 Condições Sociodemográficas

As condições sociodemográficas foram avaliadas por meio de questões com

respostas autorreferidas, pelas variáveis idade em anos completos na data da entrevista, sexo (feminino, masculino), situação conjugal [com companheiro (casado, união estável) e sem companheiro (solteiro, viúvo, divorciado)], cor/raça (branca, parda, preta, amarela, indígena) e escolaridade (sem escolaridade formal, 1 a 8, 9 a 11, 12 ou mais).

#### 3.2.4.2 *Hábitos de Vida*

Os hábitos de vida foram analisados pelas variáveis tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de frutas, verduras e legumes e atividades físicas realizadas na semana anterior à entrevista (FIOCRUZ, 2015).

#### 3.2.4.3 *Tabagismo*

O tabagismo foi verificado por perguntas sobre o fumo de cigarros, que identificaram se o participante fuma, se já fumou ou há quanto tempo abandonou o hábito de fumar, sendo elas: “Atualmente o(a) Sr(a) fuma?”, tendo como opções de resposta “Sim, diariamente”, “Sim, menos que diariamente” e “Não”; “E no passado, o(a) Sr(a) fumou?”, com as opções “Sim, diariamente”, “Sim, menos que diariamente” ou “Não, nunca fumou”, sendo considerado não fumante o indivíduo que responder que não fuma atualmente e que nunca fumou no passado; seguido pela pergunta “Há quanto tempo parou de fumar?”, com a resposta sendo o número de anos que parou de fumar ou se foi há menos de um ano, sendo considerado ex-fumante quem já fumou no passado e parou há menos de um ano (DE ALMEIDA, M. G. N. *et al.*, 2020; FIOCRUZ, 2015).

#### 3.2.4.4 *Consumo de bebidas alcoólicas*

Acerca do consumo de bebidas alcólicas, foram utilizados os padrões de consumo de álcool estabelecidos pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), com os valores de referência: consumo leve/moderado (entre 1 a 7 doses/semana para mulheres e 1 a 14 doses/semana para homens) e o consumo de risco (mais de 7 doses/semana para mulheres e mais de 14 doses/semana para homens). Foram avaliados três padrões de consumo, baseados

na quantidade semanal ingerida: (I) não uso (abstinência), (II) uso leve/moderado; e (III) uso de risco aos participantes que relataram consumo de quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais doses para homens nos últimos 30 dias (DE ALMEIDA, M. G. N. *et al.*, 2020; NORONHA *et al.*, 2019). As perguntas referentes ao consumo de bebidas alcoólicas encontram-se no Anexo A.

#### 3.2.4.5 Consumo de frutas, verduras e legumes

Os cuidados com alimentação foram verificados por meio de perguntas sobre o consumo de frutas, verduras e legumes. Foi questionado o consumo de vegetais, em que o consumo é considerado adequado duas vezes ou mais por dia por pelo menos cinco dias; o consumo de frutas, com consumo adequado em três vezes ou mais por dia por pelo menos cinco dias; e o consumo de duas porções de legumes/vegetais e três porções de frutas por pelo menos cinco dias na semana. Foi avaliado como inadequado o consumo menor que cinco porções diárias em menos de cinco dias semanais (DE ALMEIDA, M. G. N. *et al.*, 2020; FIOCRUZ, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). As perguntas sobre os cuidados com a alimentação estão descritas no Anexo B.

#### 3.2.4.6 Atividade física

A atividade física foi analisada utilizando uma versão reduzida do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), instrumento mundial elaborado pela OMS para determinar o nível de atividade física e sedentarismo em escala populacional, com perguntas que avaliam a frequência e duração das atividades físicas praticadas por pelo menos 10 minutos contínuos na semana anterior à entrevista (FIOCRUZ, 2015). A versão curta do IPAQ traz questões que avaliam o tempo semanal investido em diferentes atividades físicas, entre as intensidades leve, moderada e vigorosa, inclusive tempo gasto sentado (MATSUDO *et al.*, 2002; MAZO; BENEDETTI, 2010).

O IPAQ é um instrumento internacional adaptado e validado para idosos brasileiros, aplicado de forma facilitada com método não invasivo por questionário, com baixo custo e podendo atingir grandes populações (MAZO; BENEDETTI, 2010). Foram considerados ativos os idosos que realizaram  $\geq 150$  minutos de atividades

semanais, calculados pelo somatório dos tempos gastos nas atividades leves, moderadas e vigorosas, sendo que o tempo em minutos gasto nas atividades de intensidade mais vigorosa é multiplicado por dois. Essas atividades incluem ações realizadas no trabalho, deslocamento de local o outro, esporte, exercícios e atividades domésticas (FIOCRUZ, 2015). Foi classificado como insuficientemente ativo aquele que totalizou tempo <150 minutos semanais destas atividades (CRAIG *et al.*, 2003; DE ALMEIDA, M. G. N. *et al.*, 2020; MAZO; BENEDETTI, 2010). As perguntas sobre atividade física estão descritas no Anexo C.

#### 3.2.4.7 Depressão

O instrumento para triagem de depressão foi a escala do *Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D)*, na versão curta, com oito itens (CES-D8). A avaliação é relacionada à sintomatologia referida na maior parte do tempo da semana anterior à entrevista, e os oito itens avaliados fazem parte de três fatores: afeto deprimido, afeto positivo e itens somáticos. As questões são: “...se sentiu deprimido(a)?”; “...sentiu que as coisas estavam mais difíceis do que costumavam ser antes?”; “...sentiu que o seu sono não era reparador, ou seja, o Sr(a) acordava sem se sentir descansado(a)?”; “...se sentiu feliz?”; “...se sentiu solitário(a)?”; “...aproveitou ou sentiu prazer pela vida?”; “...se sentiu triste?”; “...sentiu que não conseguiria levar adiante as suas coisas?”. As opções de respostas disponíveis são Não e Sim. Os itens com pontuação reversa são as avaliações relacionadas ao fator de afeto positivo (“...se sentiu feliz?” e “...aproveitou ou sentiu prazer pela vida?”) (FIOCRUZ, 2015). O ponto de corte para depressão é estabelecido em quatro ou mais sintomas depressivos (DEMAKAKOS; ZANINOTTO; NOUWEN, 2014; ZIVIN *et al.*, 2010).

#### 3.2.4.8 Multimorbidade

Para este estudo, foram definidas para multimorbidade as seguintes doenças crônicas: hipertensão arterial sistêmica, problemas cardíacos (infarto, angina e insuficiência cardíaca), doenças pulmonares (asma, enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica), acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, reumatismo,

osteoporose, câncer, Diabetes Mellitus. Todas foram avaliadas através da pergunta “Algum médico lhe disse que você tem...?”, no questionário do entrevistado. A presença de multimorbidade foi considerada de acordo com o ponto de corte de duas ou mais das doenças crônicas (NUNES, B. P. *et al.*, 2019; OMS, 2015).

#### 3.2.4.9 Incapacidade nas ABVDs

Para avaliar as ABVDs em idosos a pesquisa utilizou o Índice de Katz, um instrumento de avaliação funcional utilizado para mensurar a independência relacionada às ABVDs que possibilita medir a habilidade do indivíduo em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente ou não (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2007). É um dos instrumentos mais utilizados e citados na literatura nacional e internacional (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

A avaliação ocorre pelo desempenho geral de seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir, continência e alimentação. É considerado como dependente o indivíduo que relatar dificuldade em executar pelo menos uma das seis medidas de ABVD, assim como independente quem relatar não ter dificuldades (ANDRADE *et al.*, 2019; GIACOMIN *et al.*, 2019).

As funções citadas são verificadas nas seguintes perguntas: “...tem dificuldade para atravessar um cômodo ou andar de um cômodo para outro no mesmo andar?”; “...recebe ajuda para caminhar de um cômodo a outro no mesmo andar?”; “...quem mais o(a) ajuda a atravessar um cômodo ou andar de um cômodo para outro?”; “...tem dificuldade para vestir-se?”; “recebe ajuda para vestir-se?”; “...quem mais o(a) ajuda a vestir-se?”; “...tem dificuldade para tomar banho?”; “...recebe ajuda para tomar banho?”; “quem mais o(a) ajuda a tomar banho?”; “...tem dificuldade para comer a partir de um prato colocado à sua frente?”; “...recebe ajuda para comer?”; “...quem mais o(a) ajuda a comer?”; “...tem dificuldade para deitar e/ou levantar da cama?”; “...recebe ajuda para deitar e/ou levantar da cama?”; “...quem mais o(a) ajuda a deitar e/ou levantar da cama?”; “...tem dificuldade para usar o banheiro?”; “...recebe ajuda para usar o banheiro?”; “...quem mais o(a) ajuda a usar o banheiro?”; “no último mês, alguma vez, o(a) sr(a) perdeu o controle da urina ou das fezes sem querer?”; “...quanto o fato de perder urina ou fezes interfere em sua vida cotidiana?” (FIOCRUZ, 2015). A presença de incapacidade nas ABVDs

foi considerada de acordo com a presença de dificuldade para realização de uma das ABVDs.

#### 3.2.4.10 *Incapacidade nas AIVDs*

Para a avaliação das atividades instrumentais da vida diária nos idosos da amostra, este estudo utilizou a Escala de Lawton, instrumento que analisa as seguintes AIVDs nos aspectos: utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, executar tarefas domésticas, utilizar o telefone, preparar refeições e gerenciar as próprias finanças. É considerado como dependente o indivíduo que relatar ter dificuldade em executar pelo menos uma das medidas de AIVD (ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA *et al.*, 2019; GONTIJO GUERRA; BERBICHE; VASILIADIS, 2020).

Estas funções são mensuradas por meio das perguntas: “...tem dificuldade para fazer sua higiene pessoal?”; “...recebe ajuda para fazer sua higiene pessoal?”; “...quem mais o(a) ajuda a fazer sua higiene pessoal?”; “...tem dificuldade para preparar uma refeição quente?”; “...recebe ajuda para preparar uma refeição quente?”; “...tem dificuldade para administrar o próprio dinheiro?”; “...recebe ajuda para administrar o próprio dinheiro?”; “...tem dificuldade para utilizar algum tipo de transporte?”; “...recebe ajuda para utilizar algum tipo de transporte?”; “...tem dificuldade para fazer compras?”; “...recebe ajuda para fazer compras?”; “...tem dificuldade para utilizar o telefone (fixo ou celular)?”; “...recebe ajuda para utilizar o telefone?”; “...tem dificuldade para administrar os próprios medicamentos?”; “...recebe ajuda para administrar os próprios medicamentos?”; “...tem dificuldade para realizar tarefas domésticas leves (arrumar cama, tirar pó, cuidar do lixo etc.)?”; “...recebe ajuda para realizar tarefas domésticas leves?”; “...tem dificuldade para realizar tarefas domésticas pesadas?”; “...recebe ajuda para realizar tarefas domésticas pesadas?” (FIOCRUZ, 2015). A presença de incapacidade nas AIVDs foi considerada de acordo com a presença de dificuldade para realização de uma das AIVDs.

#### 3.2.5 **Análise estatística**

Foi realizada análise de casos completos. A análise descritiva utilizou

frequências absolutas e relativas de todas as variáveis do estudo, com os respectivos intervalos de confiança (IC95%). Para estimar a prevalência de ocorrência do desfecho, e os IC95%, segundo as demais variáveis, foi empregada análise bivariada com o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ).

As análises para estimar a prevalência de ocorrência do desfecho segundo as exposições principais (multimorbidade e depressão) foram realizadas por regressão de Poisson bruta e ajustada, com estimação das razões de prevalências com os respectivos IC95%. A análise ajustada seguiu os seguintes modelos: ajuste por variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor/raça, situação conjugal e escolaridade) no modelo 1; hábitos de vida (tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de frutas, verduras e legumes e atividade física) no modelo 2; e modelo 3, com ajuste simultâneo do modelo 1 e 2.

Todas as análises consideraram os pesos amostrais com a utilização do comando svy e foram realizadas no pacote estatístico Stata SE versão 16 (StataCorp (2019). Statistical Software: Release 16. College Station, TX: StataCorp LP).

## 4 RESULTADOS

Foram incluídos 7842 participantes no estudo com idade a partir de 50 anos ou mais, dos quais 53,5% da amostra eram mulheres. A faixa etária prevalente foi de 50 a 59 anos (50,5%), seguida por 60 a 69 anos (30,1%). Entre as raças mais identificadas estiveram a parda (44,9%) e a branca (42,3%). Os participantes com companheiro representaram 65,5% da amostra. Acerca da escolaridade, 37% afirmaram possuir de 1 a 4 anos de estudo, apenas 7,1% estudaram 12 anos ou mais (Tabela 1).

Entre os hábitos de vida, 45,3% relataram que nunca fumaram, e 17,4% fumam atualmente. Sobre o consumo de bebidas alcoólicas, a maioria (79,9%) não consome. Para consumo de frutas, verduras e legumes, a maioria, 91,2% afirmou consumir em quantidade inadequada e 68,9% relataram ser ativos (Tabela 1). A depressão esteve presente em 33,5% dos entrevistados. A multimorbidade foi identificada em 51,4%, 13,5% afirmaram ter dificuldades para realização de ABVDs e 45,3% nas AIVDs (Tabela 1).

**Tabela 1. Análise descritiva das variáveis da população incluída no estudo, ELSI-Brasil, 2015-16**

Variáveis	n	% (IC95%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	4394	53,5 (50,4; 56,6)
Masculino	3448	46,4 (43,4; 49,5)
<b>Faixa etária</b>		
50 a 59 anos	3554	50,5 (46,3; 54,8)
60 a 69 anos	2454	30,1 (28,1; 32,2)
70 a 79 anos	1389	14,6 (12,7; 16,8)
80 anos e mais	445	4,7 (3,9; 5,7)
<b>Situação conjugal</b>		
Com Companheiro	4675	65,5 (62,9; 68,0)
Sem companheiro	3167	34,5 (31,9; 37,1)
<b>Cor/Raça</b>		
Branca	3065	42,3 (37,2; 47,5)
Preta	778	9,8 (8,1; 11,8)
Parda	3730	44,9 (40,9; 49,1)
Amarela	80	1,1 (0,8; 1,4)
Indígena	189	1,9 (1,4; 2,6)
<b>Escolaridade</b>		
12 ou mais	510	7,1 (6,1; 8,4)
9 a 11 anos	1612	22,5 (20,7; 24,4)
5 a 8 anos	1643	22,2 (20,4; 24,1)
1 a 4 anos	2984	37,0 (34,7; 39,4)
Nunca estudou	1093	11,1 (9,0; 13,5)
<b>Tabagismo</b>		
Nunca fumou	3544	45,3 (43,7; 47,0)
Ex-fumante	2950	37,2 (35,4; 39,1)
Fuma atualmente	1348	17,4 (16,0; 18,9)

<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>		
Não consome	6427	79,9 (77,3; 82,1)
Consumo leve/moderado	708	10,5 (8,7; 12,7)
Consumo de risco	707	9,6 (8,6; 10,7)
<b>Consumo de frutas, verduras e legumes</b>		
Adequado	627	8,7 (7,7; 9,9)
Inadequado	7215	91,2 (90,0; 92,3)
<b>Atividade Física</b>		
Ativo	5351	68,9 (66,5; 71,1)
Insuficientemente ativo	2491	31,1 (28,8; 33,5)
<b>Atividades Básicas de Vida Diária</b>		
Independente	7782	83,7 (82,4; 85,0)
Dependente	1626	16,2 (14,9; 17,6)
<b>Atividades Instrumentais de Vida Diária</b>		
Independente	4520	51,5 (48,5; 54,5)
Dependente	4866	48,4 (45,4; 51,4)
<b>Depressão</b>		
Não ( $\leq 3$ sintomas)	5110	66,4 (64,6; 68,1)
Sim ( $\geq 4$ sintomas)	2732	33,5 (31,8; 35,3)
<b>Multimorbidade</b>		
Não ( $\leq 1$ doenças crônicas)	3723	48,5 (46,3; 50,7)
Sim ( $\geq 2$ doenças crônicas)	4119	51,4 (49,2; 53,6)
<b>Combinação de sintomas depressivos e multimorbidade</b>		
Ausência de Depressão e Multimorbidade	2732	36,2 (34,6; 37,9)
Presença apenas de Depressão	991	12,3 (11,2; 13,5)
Presença apenas de Multimorbidade	2378	30,2 (28,3; 32,1)
Presença de Depressão e Multimorbidade	1741	21,3 (19,7; 22,8)

Fonte: Autor (2021)

#### 4.1 ABVD

As dificuldades em ABVDs foram mais prevalentes no sexo feminino, naqueles de 70 a 79 anos, nos sem companheiro, nos que não tem estudo formal, ex-fumantes, inativos fisicamente, nos com sintomatologia depressiva e com multimorbidade.

A prevalência de dependência em ABVD em idosos com 70 a 79 anos é 1,37 (RP: 1,37; IC95%: 1,10; 1,70) quando comparados àqueles idosos de 50 a 59 anos, e 2,13 (RP: 2,13; IC95%: 1,71; 2,64) naqueles com 80 a 89 anos. Aqueles sem companheiro relataram prevalência de 1,20 (RP: 1,20; IC95%: 1,04; 1,38) comparado aos que vivem com companheiro.

Entre os participantes que nunca estudaram, quando comparados aos que possuem 12 anos de estudos ou mais, verificou-se que a prevalência desta dependência foi 2,79 (RP: 2,79; IC95%: 1,86; 4,17), assim como os participantes que afirmaram ter de 1 a 4 anos de estudo, com 2,35 (RP: 2,35; IC95%: 1,64; 3,37).

Nas análises dos hábitos de vida foi possível observar que ex-fumantes têm prevalência 1,37 de ter a dependência (RP: 1,37; IC95%: 1,18; 1,59) quando comparados à categoria dos que nunca fumaram. Aqueles classificados como

insuficientemente ativos tem prevalência de 1,83 mais dependência (RP: 1,83; IC95%: 1,60; 2,10) comparados aos ativos.

**Tabela 2. Análise bivariada das ABVDs por fatores sociodemográficos e de saúde, depressão, multimorbidade, ELSI-Brasil, 2015-16**

Variável	ABVD		
	% (IC95%)	valor de p	RP (IC95%)
<b>Sexo</b>		0,110	
Feminino	14,2 (12,7; 15,8)		1
Masculino	12,7 (11,1; 14,4)		0,89 (0,77; 1,03)
<b>Faixa etária</b>		<0,001	
50 a 59 anos	12,1 (10,5; 13,9)		1
60 a 69 anos	12,5 (10,7; 14,4)		1,03 (0,84; 1,26)
70 a 79 anos	16,5 (13,9; 19,5)		1,37 (1,10; 1,70)
80 anos e mais	25,7 (21,3; 30,8)		2,13 (1,71; 2,64)
<b>Situação conjugal</b>		0,012	
Com Companheiro	12,6 (11,2; 14,2)		1
Sem companheiro	15,1 (13,5; 16,9)		1,20 (1,04; 1,38)
<b>Cor/Raça</b>		0,017	
Branca	12,0 (10,2; 13,9)		1
Preta	15,2 (12,3; 18,6)		1,27 (0,99; 1,62)
Parda	14,1 (12,6; 15,7)		1,18 (1,00; 1,39)
Amarela	20,0 (11,7; 32,1)		1,67 (0,97; 2,88)
Indígena	20,4 (13,6; 29,5)		1,70 (1,10; 2,62)
<b>Escolaridade</b>		<0,001	
12 ou mais	7,0 (4,9; 10,0)		1
9 a 11 anos	8,2 (6,7; 10,1)		1,16 (0,76; 1,79)
5 a 8 anos	12,7 (10,5; 15,1)		1,80 (1,23; 2,61)
1 a 4 anos	16,6 (14,9; 18,5)		2,35 (1,64; 3,37)
Nunca estudou	19,7 (16,7; 23,0)		2,79 (1,86; 4,17)
<b>Tabagismo</b>		<0,001	
Nunca fumou	11,5 (10,2; 13,1)		1
Ex-fumante	15,9 (13,9; 18,0)		1,37 (1,18; 1,59)
Fuma atualmente	13,5 (11,6; 15,7)		1,17 (1,00; 1,37)
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>		<0,001	
Não consome	14,6 (13,4; 15,9)		1
Consumo leve/moderado	9,4 (7,1; 12,5)		0,64 (0,50; 0,83)
Consumo de risco	8,7 (6,6; 11,4)		0,59 (0,46; 0,77)
<b>Consumo de frutas, verduras e legumes</b>		0,419	
Adequado	12,3 (9,3; 16,0)		1
Inadequado	13,6 (12,4; 14,9)		1,10 (0,86; 1,42)
<b>Atividade Física</b>		<0,001	
Ativo	10,7 (9,4; 12,1)		1
Insuficientemente ativo	19,7 (17,7; 21,8)		1,83 (1,60; 2,10)
<b>Depressão</b>		<0,001	
Não ( $\leq 3$ sintomas)	8,4 (7,1; 9,8)		1
Sim ( $\geq 4$ sintomas)	23,6 (21,8; 25,6)		2,82 (2,44; 3,27)
<b>Multimorbidade</b>		<0,001	
Não ( $\leq 1$ doenças crônicas)	6,4 (5,3; 7,7)		1
Sim ( $\geq 2$ doenças crônicas)	20,2 (18,5; 22,0)		3,13 (2,64; 3,72)
<b>Combinação de sintomas depressivos e multimorbidade</b>		<0,001	
Ausência de Depressão e Multimorbidade	4,2 (3,3; 5,0)		1
Presença apenas de Depressão	13,0 (10,7; 15,8)		3,11 (2,43; 3,98)
Presença apenas de Multimorbidade	13,4 (11,2; 15,9)		3,19 (2,46; 4,15)
Presença de Depressão e Multimorbidade	29,8 (27,4; 32,3)		7,10 (5,61; 8,99)

Fonte: Autor (2021)

Acerca dos sintomas depressivos, os com quatro ou mais sintomas relataram ser dependentes nas ABVDs, com prevalência de 2,82 (RP: 2,82; IC95%: 2,44; 3,27) quando comparados aos que apresentaram três ou menos sintomas depressivos. Para os que relataram multimorbidade, a prevalência de dependência foi de 3,13 (RP: 3,13; IC95%: 2,64; 3,72) em comparação aos que não possuem multimorbidade. Os resultados das análises bivariadas das ABVDs por fatores sociodemográficos e de saúde, depressão, multimorbidade estão apresentados na Tabela 2.

Os resultados das associações, na análise ajustada por fatores sociodemográfico e de saúde, entre ABVD, depressão, multimorbidade e as demais variáveis independentes estão apresentados na Tabela 3. A presença de depressão aumenta prevalência em 3,11 (RP: 3,11; IC95%: 2,43; 3,98) de dependência em ABVD, e ter multimorbidade, a prevalência é 3,19 (RP: 3,19; IC95%: 2,46; 4,15) dessa dependência, quando comparados aos seus pares. Ao serem criados os agrupamentos de depressão e multimorbidade, a prevalência de dependência em ABVD é 7,10 (RP: 7,10; IC95%: 5,61; 8,99) maior comparados aos que não possuem esses quadros.

**Tabela 3. Análise ajustada por fatores sociodemográficos e de saúde, entre ABVD, depressão e multimorbidade e demais variáveis independentes, ELSI-Brasil, 2015-16**

Variável	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	IRR (IC95%)	IRR (IC95%)	IRR (IC95%)
<b>Depressão</b>			
Não	1	1	1
Sim	2,72 (2,37; 3,12)	2,67 (2,31; 3,09)	2,63 (2,28; 3,02)
<b>Multimorbidade</b>			
Não	1	1	1
Sim	3,09 (2,60; 3,67)	2,96 (2,49; 3,52)	2,98 (2,50; 3,54)
<b>Depressão e Multimorbidade</b>			
Ausência de Depressão e Multimorbidade	1	1	1
Presença apenas de Depressão	3,04 (2,35; 3,92)	2,96 (2,30; 3,81)	2,93 (2,26; 3,81)
Presença apenas de Multimorbidade	3,20 (2,47; 4,15)	3,03 (2,33; 3,96)	3,09 (2,38; 4,01)
Presença de Depressão e Multimorbidade	6,95 (5,49; 8,80)	6,52 (5,16; 8,24)	6,52 (5,14; 8,27)

Modelo 1: análise ajustada pelas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor/raça, situação conjugal e escolaridade).

Modelo 2: análise ajustada pelos hábitos de vida (tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de frutas, verduras e legumes e atividade física).

Modelo 3: análise ajustada entre ABVD e fatores sociodemográficos, hábitos de vida, depressão e multimorbidade.

Fonte: Autor (2021)

## 4.2 AIVD

Nas AIVDs as dificuldades estiveram mais prevalentes no sexo feminino, naqueles com idades de 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, nos sem companheiro, indígenas, nos sem estudo formal, ex-fumantes, naqueles com baixo consumo de frutas, verduras e legumes, inativos fisicamente, com sintomatologia depressiva e com multimorbidade.

Os idosos de 80 anos ou mais possuem 1,81 a prevalência de dependência para as AIVDs (RP: 1,81; IC95%: 1,60; 2,04), assim como os de 70 a 79 anos, 1,49 (RP: 1,49; IC95%: 1,33; 1,67), ambos em comparação à idade de 50 a 59 anos. A prevalência de dependência em AIVD encontrada nos participantes sem companheiro foi 1,15 a prevalência de dependência (RP: 1,15; IC95%: 1,08; 1,24) a dos com companheiro.

Observou-se que os indígenas apresentam prevalência de incapacidade em AIVD foi de 1,42 (RP: 1,42; IC95%: 1,21; 1,66) comparados aos brancos. Entre os participantes que nunca estudaram foi 2,65 (RP: 2,65; IC95%: 2,19; 3,21) a dos que possuem 12 anos ou mais de escolaridade.

As análises dos hábitos de vida mostraram que a prevalência de dependência nas AIVDs de ex-fumantes é 1,11 (RP: 1,11; IC95%: 1,04; 1,18) quando comparados aos que nunca fumaram, e entre os idosos que consomem frutas, verduras e legumes em quantidade inadequada é 1,16 (RP: 1,16; IC95%: 1,01; 1,33) em relação aos que consomem em quantidade adequada. Os fisicamente inativos apresentam prevalência de 1,28 dificuldades nas AIVDs (RP: 1,28; IC95%: 1,20; 1,38) ao comparar com os que praticam atividade física.

Com relação aos sintomas depressivos, a prevalência de dependência nas AIVDs entre os participantes que apresentaram quatro ou mais sintomas foi de 1,74 (RP: 1,74; IC95%: 1,64; 1,84) quando comparados aos que apresentam três ou menos. Entre os idosos com multimorbidade, a prevalência da dependência foi de 1,85 (RP: 1,85; IC95%: 1,70; 2,01) em comparação aos que não possuem multimorbidade. Os resultados das análises bivariadas das AIVDs por fatores sociodemográficos e de saúde, depressão, multimorbidade estão apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4. Análise bivariada das AIVDs por fatores sociodemográficos e de saúde, depressão, multimorbidade, ELSI-Brasil, 2015-16**

Variável	AIVD		
	% (IC95%)	valor de p	IRR (IC95%)
<b>Sexo</b>		<0,001	
Feminino	52,2 (49,2; 55,1)		1
Masculino	37,4 (34,0; 41,0)		0,72 (0,67; 0,77)
<b>Faixa etária</b>		<0,001	
50 a 59 anos	39,0 (34,9; 43,1)		1
60 a 69 anos	45,9 (43,1; 48,6)		1,18 (1,06; 1,30)
70 a 79 anos	58,2 (54,3; 62,0)		1,49 (1,33; 1,67)
80 anos e mais	70,5 (64,2; 76,1)		1,81 (1,60; 2,04)
<b>Situação conjugal</b>		<0,001	
Com Companheiro	43,0 (39,5; 46,6)		1
Sem companheiro	49,7 (46,7; 52,8)		1,15 (1,08; 1,24)
<b>Cor/Raça</b>		<0,001	
Branca	40,6 (37,0; 44,3)		1
Preta	49,2 (44,6; 53,8)		1,21 (1,09; 1,34)
Parda	48,3 (45,1; 51,5)		1,19 (1,10; 1,27)
Amarela	51,9 (39,2; 64,3)		1,28 (0,98; 1,65)
Indígena	57,7 (49,6; 65,4)		1,42 (1,21; 1,66)
<b>Escolaridade</b>		<0,001	
12 ou mais	27,0 (22,2; 32,3)		1
9 a 11 anos	31,1 (27,6; 34,7)		1,15 (0,94; 1,41)
5 a 8 anos	39,7 (35,7; 43,7)		1,47 (1,21; 1,78)
1 a 4 anos	53,1 (49,9; 56,4)		1,97 (1,63; 2,38)
Nunca estudou	71,5 (67,6; 75,1)		2,65 (2,19; 3,21)
<b>Tabagismo</b>		0,002	
Nunca fumou	43,4 (40,1; 46,7)		1
Ex-fumante	48,1 (44,6; 51,6)		1,11 (1,04; 1,18)
Fuma atualmente	44,6 (40,5; 48,8)		1,03 (0,96; 1,10)
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>		<0,001	
Não consome	49,3 (46,3; 52,3)		1
Consumo leve/moderado	30,7 (26,1; 35,7)		0,62 (0,54; 0,72)
Consumo de risco	28,7 (24,3; 33,6)		0,58 (0,50; 0,67)
<b>Consumo de frutas, verduras e legumes</b>		0,022	
Adequado	39,5 (33,3; 46,0)		1
Inadequado	45,9 (42,9; 48,9)		1,16 (1,01; 1,33)
<b>Atividade Física</b>		<0,001	
Ativo	41,6 (38,6; 44,7)		1
Insuficientemente ativo	53,5 (49,1; 57,9)		1,28 (1,20; 1,38)
<b>Depressão</b>		<0,001	
Não ( $\leq 3$ sintomas)	36,3 (33,4; 39,3)		1
Sim ( $\geq 4$ sintomas)	63,1 (59,1; 67,0)		1,74 (1,64; 1,84)
<b>Multimorbidade</b>		<0,001	
Não ( $\leq 1$ doenças crônicas)	31,5 (28,2; 35,0)		1
Sim ( $\leq 2$ doenças crônicas)	58,4 (55,2; 61,4)		1,85 (1,70; 2,01)
<b>Depressão e multimorbidade</b>		<0,001	
Ausência de Depressão e Multimorbidade	26,3 (23,5; 29,2)		1
Presença apenas de Depressão	47,0 (41,3; 52,7)		1,79 (1,63; 1,95)
Presença apenas de Multimorbidade	48,4 (44,9; 52,0)		1,84 (1,67; 2,02)
Presença de Depressão e Multimorbidade	72,6 (68,7; 76,1)		2,76 (2,51; 3,03)

Fonte: Autor (2021)

O resultado da análise ajustada para fatores sociodemográficos e de saúde mostra que a prevalência de dependência em AIVD para os que possuem depressão é de 1,79 (RP: 1,79; IC95%: 1,63; 1,95) em comparação aos que não possuem

depressão. Para multimorbidade, a prevalência de incapacidade em AIVD é de 1,84 (RP: 1,84; IC95%: 1,67; 2,02) quando comparado aos que não têm multimorbidade. Nos agrupamentos de depressão e multimorbidade, a prevalência de incapacidade em AIVD foi de 2,76 (RP: 2,76; IC95%: 2,51; 3,03) para pessoas com depressão e com multimorbidade comparadas às que não possuem. Os resultados das associações, na análise ajustada, entre AIVD, depressão, multimorbidade e as demais variáveis independentes estão apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5. Análise ajustada por fatores sociodemográficos e de saúde, entre AIVD, depressão e multimorbidade e demais variáveis independentes, ELSI-Brasil, 2015-16**

Variável	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
<b>Depressão</b>			
Não	1	1	1
Sim	1,59 (1,50; 1,68)	1,67 (1,57; 1,77)	1,56 (1,48; 1,65)
<b>Multimorbidade</b>			
Não	1	1	1
Sim	1,70 (1,58; 1,83)	1,78 (1,64; 1,92)	1,68 (1,56; 1,80)
<b>Depressão e Multimorbidade</b>			
Ausência de Depressão e Multimorbidade	1	1	1
Presença apenas de Depressão	1,67 (1,53; 1,81)	1,73 (1,58; 1,90)	1,65 (1,51; 1,79)
Presença apenas de Multimorbidade	1,73 (1,58; 1,88)	1,78 (1,62; 1,95)	1,70 (1,56; 1,86)
Presença de Depressão e Multimorbidade	2,40 (2,20; 2,61)	2,58 (2,35; 2,82)	2,34 (2,15; 2,55)

Modelo 1: análise ajustada pelas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor/raça, situação conjugal e escolaridade)

Modelo 2: análise ajustada pelos hábitos de vida (tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de frutas, verduras e legumes e atividade física).

Modelo 3: análise ajustada entre AIVD e fatores sociodemográficos, hábitos de vida, depressão e multimorbidade.

Fonte: Autor (2021)

## 5 DISCUSSÃO

Depressão e multimorbidade aumentaram a prevalência de incapacidades funcionais de idosos brasileiros, tanto nas atividades básicas quanto nas instrumentais, de forma independente e combinada. A prevalência de depressão estava presente em 33,5% dos idosos. A presença de multimorbidade foi identificada em 51,4%. As dificuldades em uma ou mais ABVDs e AIVDs foi relatada em 13,5% e 45,3% respectivamente.

Estes resultados foram corroborados por estudos com idosos na Espanha (GARIN *et al.*, 2014), nos Estados Unidos (QUIÑONES; MARKWARDT; BOTOSENEANU, 2016), na China (LEE, W. *et al.*, 2018), na China, Gana, Índia, México, Rússia e África do Sul (AROKIASAMY *et al.*, 2015) e no Brasil (AGRELI *et al.*, 2017; SCHMIDT *et al.*, 2020). Na Espanha, uma pesquisa incluiu 3.625 participantes a partir de 50 anos e o resultado destacado pelo estudo é acerca da associação com transtornos mentais, no qual a depressão e a ansiedade foram os mais citados, que se agravam de acordo com o número de condições crônicas, para gerar incapacidades funcionais (GARIN *et al.*, 2014). Nos Estados Unidos, no estudo com 8.782 participantes com 65 anos ou mais, os pesquisadores encontraram 291 combinações de doenças crônicas entre os idosos. A combinação que apresentou sintomas depressivos, artrite e hipertensão apresentou o nível mais alto de incapacidades para as ABVDs e AIVDs, comparado aos participantes saudáveis ou com apenas uma doença (QUIÑONES; MARKWARDT; BOTOSENEANU, 2016).

Na China, uma pesquisa com 20.898 idosos de 65 anos ou mais, apresentou em seu desfecho a associação entre transtorno mental, multimorbidade e aqueles que moram em áreas menos urbanizadas, relatando efeito sinérgico significativo para o desenvolvimento de incapacidades (LEE, W. *et al.*, 2018). No Brasil, estudo com 1.693 idosos observou que maior número de doenças crônicas e depressão estava associado ao declínio funcional das ABVDs e AIVDs (AGRELI *et al.*, 2017). Em outro estudo brasileiro, as incapacidades para as ABVDs e AIVDs foram associadas a três padrões de multimorbidade determinados pelos pesquisadores: cardiorrespiratório, vascular-metabólico e mental-musculoesquelético. O padrão mental-musculoesquelético, que inclui, entre outras doenças, a depressão, apresentou incapacidades nas ABVDs em 28,3% dos idosos, e nas AIVDs em 41,3% (SCHMIDT *et al.*, 2020).

A multimorbidade é mais grave nos idosos porque a maioria dos problemas de saúde vividos por esta população é advinda de condições crônicas não transmissíveis, e parte delas pode ser prevenida com adoção de hábitos saudáveis ao longo da vida (OMS, 2015). Pesquisas brasileiras anteriores apontam níveis mais altos de multimorbidade, como na cidade de Bagé (RS), 64% dos idosos foram identificados com multimorbidade (NUNES, B. P. *et al.*, 2017). Esta maior prevalência pode ser explicada pelo critério de inclusão estudo, já que foram adicionadas à pesquisa pessoas com história de saúde pregressa de internações por questões não cirúrgicas. Em Campinas (SP), estudo que avaliou a sobrevivência de 133 idosos ambulatoriais, identificou a presença de multimorbidade em 66,2% (LEME *et al.*, 2019). Porém esta pesquisa se difere da atual pelo tamanho da amostra e pela população do estudo ser composta por pessoas já assistidas em um ambulatório geriátrico em diversas especialidades médicas.

O aumento da expectativa de vida trouxe consigo o envelhecimento populacional. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) preconiza o envelhecimento ativo, no qual nem todas as alterações físicas são inerentes a este processo. O envelhecimento saudável deve fazer parte da vida de todas as pessoas, e a capacidade intrínseca do indivíduo, que é a combinação das capacidades físicas e mentais, é determinada por fatores diversos, como mudanças fisiológicas, psicológicas, presença ou ausência de doença. Porém, para um envelhecimento saudável são necessários cuidados integrados e sem discriminação, principalmente na promoção à saúde e na prevenção de doenças (OMS, 2021). As equipes de saúde, por vezes, analisam as doenças de forma desconectada, seguindo assim o tratamento individual a cada agravo. A multimorbidade requer um olhar além, uma visão global de como estas doenças instaladas ao mesmo tempo no organismo da pessoa interagem uma com a outra, necessitando de intervenção voltada para o quadro de doenças associadas.

A depressão é considerada uma das principais causas de incapacidades funcionais (OPAS, 2018). É uma doença que acarreta alterações somáticas, cognitivas e comportamentais, e significativas consequências na capacidade funcional do ser humano, diminuindo seu funcionamento físico e social (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). No idoso esta doença mental necessita ser identificada precocemente pelos profissionais na atenção primária à saúde para evitar o desenvolvimento de multimorbidade e agravos à saúde, em decorrência da

saúde mental prejudicada (AMARAL *et al.*, 2018; FÄSSBERG *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2018). A multimorbidade agrava a saúde da pessoa e gera dificuldades para viver seu dia a dia de forma independente (KLOMPSTRA *et al.*, 2019; OMS, 2015; WANG *et al.*, 2019). A depressão é uma doença mais comum na população idosa do que em adultos jovens e geralmente está associada à doença física concomitante, entre outros fatores (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). A depressão e multimorbidade associadas potencializam o desenvolvimento das incapacidades funcionais para realização das ABVDs e AIVDs em idosos brasileiros. A capacidade funcional preservada resulta em uma vida com autonomia e independência, pois mantém as habilidades físicas e mentais no idoso, necessárias à realização das ABVDs e AIVDs (VERAS, R., 2009). Os idosos estão mais sujeitos ao desenvolvimento de incapacidades não somente pelo processo biológico de envelhecimento, mas também devido às questões sociais, afetivas e do ambiente físico no qual estão inseridos (VERAS, R. P.; CALDAS, 2004).

As doenças crônicas não transmissíveis nos idosos potencializam o surgimento de agravos à saúde e limitações funcionais. Quando há depressão a este quadro, a pessoa passa também a um estado de isolamento social, sedentarismo, alterações cognitivas e somáticas, como a dor, além de baixa autoestima e abandono do autocuidado. Esse quadro de declínio nas funções físicas e mentais prejudica as atividades de rotina, pois para a realização das ABVDs e AIVDs são necessárias as habilidades cognitivas, motoras e perceptivas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; MLINAC; FENG, 2016; RAMOS, 2003). As ABVDs são remetidas à necessidade de habilidades físicas para sua realização, sendo importantes para o autocuidado da pessoa (GOBBENS, 2018). Já as AIVDs são funções que exigem maior grau de complexidade para seu desempenho, pois sua execução exige integridade nas habilidades cognitivas, de raciocínio e de memória (BEAVER; SCHMITTER-EDGEcombe, 2017; GRAF, 2008; LAWTON; BRODY, 1969; SANTOS, R. L. Dos; JÚNIOR, 2008; SCHMITTER-EDGEcombe; PARSEY, 2014; TOMASZEWSKI FARIAS *et al.*, 2009). Esse quadro de combinação de multimorbidade e depressão prejudica o envelhecimento saudável da pessoa, e acarreta debilidade física e mental, o que gera incapacidades.

Nos Estados Unidos, pesquisa comparativa dos sintomas depressivos entre americanos e ingleses, utilizando a escala CES-D8, apontou nível mais baixo de

depressão nos americanos, 14,6%, do que nos ingleses 17,6%, diferença atribuída pelos níveis mais altos de educação e riqueza e baixas dificuldades em ABVD e AIVD (ZIVIN *et al.*, 2010). Revisão sistemática, conduzida no Brasil, incluiu 33 estudos com idosos e concluiu que a prevalência média de sintomatologia depressiva é de 21%, porém a maioria dos estudos desta revisão utilizou a escala GDS como instrumento para investigar a depressão (MENEGUCI *et al.*, 2019). Uma diferença entre as escalas GDS e CES-D é o fato de que a primeira não considera itens somáticos na avaliação, como padrão de sono, de peso, dores, disfunções sexuais, pois os considera como fatores inerentes ao processo de envelhecimento (YESAVAGE *et al.*, 1982). Já a CES-D, mesmo em sua versão curta, analisa também estes aspectos somáticos como indicativos de depressão, pois são fatores que indicam a necessidade de investigação desta doença mental (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007). Essa diferença entre os instrumentos pode refletir nas distintas prevalências encontradas pelos estudos.

No Camboja, Mianmar, Tailândia e Vietnã, em amostra de 6.236 participantes, selecionados nas unidades de saúde destas localidades, 47,3% tinham depressão, mensurada através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, que avaliou a ansiedade através de sete itens e a depressão também por sete itens. O agravante apresentado pelos pesquisadores para o resultado é o fato dos participantes deste estudo já serem portadores de doenças crônicas, o que agrava a condição de saúde e leva à depressão (PENGPID; PELTZER, 2017).

A depressão em idosos é tema de extrema importância para o desenvolvimento de estudos e para a prática assistencial a esta população, principalmente quando associada à doença física concomitante. Porém seu diagnóstico em idosos ainda ocorre de forma tardia, ou até mesmo pouco diagnosticada, pois há o confundimento dos seus sintomas com queixas somáticas advindas de outras doenças (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017) explica que a prevalência de depressão varia de acordo com a idade, mas que o pico é alcançado pelos idosos, podendo ser uma doença constante e recorrente, que acarreta prejuízos à vida da pessoa, tanto no nível profissional, quando pessoal. No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006) preconiza que a depressão seja avaliada no idoso de forma preventiva, através de instrumentos de avaliação padronizados para detectar a doença de forma precoce. A identificação

tardia de quadros depressivos prejudica a vivência dos idosos, resulta em prognósticos ruins para sua saúde e acarreta prejuízos nas atividades diárias pelo comprometimento físico e isolamento social.

A prevalência de incapacidades para realização das ABVDs foi avaliada pelo Índice de Katz e foi semelhante ao resultado de um estudo transversal na Polônia, com idosos acima de 60 anos (ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA *et al.*, 2019). Estudo na Espanha apontou maior diferença nas prevalências de incapacidades, no qual mais da metade (51,5%) dos participantes apresentaram incapacidade leve, 28,9% para incapacidade moderada e 16,1% para incapacidade extrema, dados mensurados através do *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (Whodas 2.0), com avaliação em seis itens: compreensão e comunicação, locomoção, autocuidado, convivência social, atividades da vida e participação (RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ *et al.*, 2016). A comparação direta desses resultados pode ser prejudicada, pois diferentes instrumentos podem trazer diferentes resultados nas pesquisas, por isso a escolha do instrumento que será utilizado precisa avaliar determinados critérios, como validação da escala, tradução para a língua de origem do estudo e sua aplicabilidade ao público alvo da pesquisa (SANVEZZO; MONTANDON; ESTEVES, 2018).

A prevalência de incapacidades para as AIVDs foi semelhante à identificada na Polônia (ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA *et al.*, 2019). Prevalências maiores de incapacidades em AIVD foram encontradas em um estudo com idosos na Holanda, com 67,4%, porém este estudo utilizou a Escala de Restrição de Atividade de Groningen (GARS), que é dividido em duas subescalas, uma para ABVD e outra para AIVD (GOBBENS, 2018).

A incapacidade traz consigo o comprometimento físico para a pessoa, prejudicando seu dia a dia, pois impede ou dificulta a realização das atividades diárias, com prejuízos à autonomia e independência, o que demanda maiores cuidados. Este quadro exige das equipes de saúde a avaliação funcional precoce do idoso na investigação de como as doenças crônicas, sejam elas físicas e/ou mentais, prejudicam seu funcionamento e em qual nível está o declínio funcional, para assim basear a assistência e promover a saúde ao idoso.

Além disso, a presente pesquisa mostrou que as incapacidades para a realização das ABVDs e AIVDs estavam mais associadas, na análise bivariada, ao sexo feminino, resultado corroborado por estudos prévios (GARIN *et al.*, 2014;

RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ *et al.*, 2016; SCHEEL-HINCKE *et al.*, 2020). As mulheres tem expectativa de vida maior do que os homens, porém, também sofrem mais com condições incapacitantes, além de terem força física menor que os homens, o que pode explicar o declínio nas ABVDs e AIVDs (WHEATON; CRIMMINS, 2016). As incapacidades funcionais estiveram mais presentes com a idade avançada, principalmente entre os idosos com 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, o que também é apresentado em outro estudo brasileiro (AGRELI *et al.*, 2017). Os idosos estão na faixa etária mais acometida pela multimorbidade que, conseqüentemente, gera dificuldades no funcionamento físico e incapacidades funcionais nas ABVDs e AIVDs (GINANE *et al.*, 2019; PENG *et al.*, 2020; WEI *et al.*, 2018). No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa explica que a incapacidade funcional aumenta com a idade, além de limitações físicas, cognitivas e sensoriais, porém não são conseqüências do processo de envelhecimento, e é preconizada a avaliação funcional como abordagem preventiva e promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006).

A associação com incapacidades funcionais em ABVDs e AIVDs esteve entre aqueles sem companheiro na análise bivariada, resultado apresentado também em outras pesquisas (ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA *et al.*, 2019; GARIN *et al.*, 2014). A inserção da família e do companheiro na assistência ao dia a dia da pessoa permite que ela realize suas atividades diárias, maximizando a capacidade funcional (OMS, 2005). A raça indígena mostrou associação com desenvolvimento de incapacidades funcionais nas AIVDs, resultado encontrado em outro estudo brasileiro no Estado do Rio Grande do Sul (NUNES *et al.*, 2017b), que explica que a raça/cor está ligada ao nível socioeconômico no Brasil, e às condições estilo de vida, habitação, alimentação e escolaridade. No Brasil, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2002) descreve que prevalece entre esses povos doenças infecciosas agudas, sexualmente transmissíveis e doenças que poderiam ser prevenidas pela vacinação, evidenciando o quadro de agravos em saúde. Entretanto, esta realidade tem mudado e dado espaço às doenças crônicas não transmissíveis, devido às mudanças principalmente no estilo de vida e na alimentação dos indígenas e, com isso, o surgimento de doenças como hipertensão arterial, câncer e depressão (GARLENO; PONTES, 2012).

Acerca da escolaridade, os participantes sem estudo formal desenvolveram

mais incapacidades funcionais, fato corroborado por outros estudos (AGRELI *et al.*, 2017; HOOGENDIJK *et al.*, 2008; KAGAWA; CORRENTE, 2015; NUNES, J. D. *et al.*, 2017), que explicam que, quanto maior o tempo de escolaridade, maiores as chances que a pessoa tem em manter sua autonomia para realização de suas atividades e um estilo de vida mais saudável.

Entre as análises dos hábitos de vida, os ex-fumantes e os fisicamente inativas foram associados ao aumento de incapacidades em ABVD e AIVD, na análise bivariada. Para as dificuldades em AIVD, houve associação também com baixo consumo de frutas, verduras e legumes. Uma pesquisa brasileira, no Estado da Paraíba, constatou que idosos que não praticavam atividades físicas desenvolviam mais incapacidades funcionais (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016). Entende-se que a atividade física mantém o bom condicionamento da pessoa, promove saúde e disposição e, conseqüentemente, diminui suas dificuldades para realização das atividades diárias. Um estudo com idosos da Polônia concorda com esses achados e enfatiza que a atividade física é um dos meios terapêuticos de prevenção para redução de problemas físicos e mentais, e de maior independência à vida diária (ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA *et al.*, 2019).

A relação entre o tabagismo e as incapacidades funcionais foi apresentada por outro estudo brasileiro (NUNES, J. D. *et al.*, 2017). Uma possível explicação para o fato é que os ex-fumantes abandonam o vício, geralmente, ao apresentarem problemas de saúde, e estes mesmos problemas também podem gerar dificuldades funcionais (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006). A relação entre hábitos alimentares e dificuldades nas AIVDs foi encontrada por um estudo com idosos longevos no Estado brasileiro do Paraná (RIBEIRO *et al.*, 2015). Uma hipótese é que o baixo consumo de frutas, verduras e legumes contribui negativamente para um bom estado nutricional e capacidade funcional. Estudos analisados por uma revisão sistemática explicam que estado nutricional e capacidade funcional são dependentes, e os idosos em risco de desnutrição apresentam maior dependência funcional, comparados aos com padrões nutricionais normais (LEE; TSAI, 2012).

A presente pesquisa traz consigo algumas limitações que devem ser descritas e ponderadas ao interpretar os resultados. O desenho do tipo transversal tem seu foco nos dados de prevalência, o que impede que sejam estabelecidas relações de causalidade entre as variáveis independentes investigadas e as incapacidades funcionais, pois exposição e desfecho são aferidos simultaneamente.

Contudo mostra fortes associações entre estas variáveis e o desfecho, resultado que pode servir de base para nortear a assistência ao idoso, além de novas pesquisas na área. Outro ponto inerente ao desenho do estudo é o viés de memória, que pode estar presente em questões de autorrelato, pois os participantes podem deixar de informar alguns dados, como a quantidade de condições crônicas existentes. Como aspectos positivos, a coleta de dados foi realizada com base em escalas validadas e preconizadas pela literatura, aplicada por equipe treinada. Destaca-se também que os dados analisados neste estudo são representativos da população de idosos brasileiros não institucionalizados, pois partiram de um banco de dados de amostra nacional com grande número de participantes.

## 6 CONCLUSÕES

Pesquisar sobre a saúde do idoso traz diversas reflexões holísticas acerca da pessoa e seu processo de envelhecimento: sua saúde física e mental, a doença, a prevenção de novos agravos, a reabilitação, a inserção social e a autonomia. É um dos extremos da faixa etária de vida que necessita de assistência de forma global, para que seu envelhecer ocorra da forma mais saudável e independente possível. O envelhecimento saudável é preconizado pelas organizações governamentais de saúde, desmistificando a crença que idade avançada é sinônimo de doenças e incapacidades, mas compreender que há limitações naturais vindas com o avanço da idade.

Alguns problemas de saúde são mais comuns na população idosa do que nas demais faixas etárias, como a depressão e a presença de multimorbidade. A depressão é uma doença crônica mental que traz uma variedade de sintomas físicos e psicológicos, considerada como uma das principais causas de incapacidades na pessoa. É mais comum entre os idosos, mas ao mesmo tempo ainda pouco diagnosticada nesse público, ou de difícil investigação, pois seus sintomas por vezes são confundidos com os de outras doenças crônicas. A identificação precoce da depressão na pessoa idosa é crucial para o sucesso de seu tratamento, evitando agravos e declínios funcionais. Neste sentido, práticas preventivas de assistência ao idoso podem ditar um bom prognóstico.

A multimorbidade, conceituada como a presença de duas ou mais doenças crônicas instaladas ao mesmo tempo na pessoa, traz condições propícias ao agravamento da saúde do idoso, com menor autoeficácia, impondo limitações físicas e incapacidades. Afeta a realização das atividades diárias e traz maior dependência e necessidade de cuidados. A funcionalidade deve ser fator componente na saúde do idoso. O declínio funcional é originado pelas incapacidades, resultantes do comprometimento físico ou mental, e prejudica a realização das ABVDs e AIVDs.

Este estudo investigou se depressão e multimorbidade associadas é fator para o aumento da prevalência de incapacidades funcionais de idosos brasileiros, e o desfecho mostrou que sintomas depressivos e multimorbidade aumentaram a prevalência de incapacidades funcionais de idosos brasileiros, tanto nas atividades básicas quanto nas instrumentais. As incapacidades em decorrência dessa combinação, principalmente em idosos longevos e nas AIVDs, acarretam

consequências ruins para sua funcionalidade, com necessidade de assistência integral, seja pela família ou por um cuidador, perda autonomia e independência, isolamento social, e maior utilização dos serviços de saúde, tanto na atenção básica, quando em maiores chances de internação hospitalar pelos agravos.

As atividades relacionadas às ABVDs e AIVDs são de extrema importância para a manutenção do dia a dia da pessoa. Ser capaz ações como preparar a própria refeição e conseguir comê-la, vestir-se, tomar banho e usar o banheiro para as necessidades fisiológicas e ter controle sobre elas, conseguir deitar-se na cama, arrumar a casa, usar o telefone, fazer compras, utilizar meios de transporte, administrar a própria medicação e as finanças. Para muitas pessoas, como adultos jovens e saudáveis, são atividades realizadas de forma automática e independente, porém, para os idosos com incapacidades, são tarefas que exigem empenhos físico e cognitivo além do normalmente já empregado.

A sociedade atualmente tem o envelhecimento como um fenômeno social mundial, visto o aumento da expectativa de vida populacional. Envelhecer se tornou uma conquista, mas também um desafio para a humanidade e para os serviços de saúde, que cada vez mais precisarão voltar suas práticas assistenciais para a promoção à saúde e prevenção de doenças, identificando precocemente os geradores de incapacidades em idosos, como a depressão e a multimorbidade. A avaliação da capacidade funcional é de extrema importância para tomada de decisões sobre assistência de prognóstico, pois evitar a dependência e proporcionar autonomia é um novo desafio às equipes de saúde, assim como ao próprio idoso e sua família.

Este estudo transversal evidencia, através dos dados epidemiológicos do desfecho, a importância da prevenção e da investigação de depressão e multimorbidade, pois se tratam de fontes que podem aumentar as incapacidades funcionais para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, prejudicando autoeficácia, independência e autonomia da pessoa idosa. Serve como base científica aos serviços e profissionais de saúde, na tomada de decisões e planejamentos, para que possam priorizar e intensificar o cuidado à saúde do idoso, assim como embasamento para futuras pesquisas com outros desenhos metodológicos acerca do tema. A detecção precoce de fatores de risco que aumentam a prevalência de incapacidades funcionais traz benefícios à pessoa, sua família e ao sistema de saúde, para promoção da saúde com a prevenção de

doenças. O idoso ativo, livre de incapacidades funcionais, torna-se protagonista em sua vida, com autonomia para realizar suas atividades diárias e participação social, com dignidade e autorrealização.

## REFERÊNCIAS

ABDIN, Edimansyah *et al.* Days Out of Role Due to Mental and Physical Conditions: Results from the Singapore Mental Health Study. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. e0148248, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148248>

AGRELI, Bárbara Ferreira *et al.* Functional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and indicative of depression. **Investigación y Educación en Enfermería**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 48–58, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a06>

ALEXANDRE, Tiago da Silva *et al.* Dynapenic Abdominal Obesity as a Risk Factor for Worse Trajectories of ADL Disability Among Older Adults: The ELSA Cohort Study. **The Journals of Gerontology: Series A**, [s. l.], v. 74, n. 7, p. 1112–1118, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/gly182>

ALEXANDRE, Tiago da Silva *et al.* The combination of dynapenia and abdominal obesity as a risk factor for worse trajectories of IADL disability among older adults. **Clinical Nutrition**, [s. l.], v. 37, n. 6, p. 2045–2053, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.018>

ALIBERTI, Márlon J. R. *et al.* Assessing Risk for Adverse Outcomes in Older Adults: The Need to Include Both Physical Frailty and Cognition. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 67, n. 3, p. 477–483, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.15683>

ALMEIDA, OSVALDO P.; ALMEIDA, SHIRLEY A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 57, n. 2B, p. 421–426, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>

ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, [s. l.], v. 14, n. 10, p. 858–865, 1999. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8)

AMARAL, Thatiana Lameira Maciel *et al.* Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 9, p. 3077–3084, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM - 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, Fabíola Bof de *et al.* Inequalities in basic activities of daily living among older adults. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 52, n. Suppl 2, p. 14s, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000617>

APÓSTOLO, João *et al.* Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale -15 into portuguese. **Revista de Enfermagem Referência**, [s. l.], v. IV Série, n. 3, p. 65–73, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV14033>

APÓSTOLO, João *et al.* Screening capacity of Geriatric Depression Scale with 10 and 5 items. **Revista de Enfermagem Referência**, [s. l.], v. IV Série, n. Nº16, p. 29–40, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17062>

AROKIASAMY, Perianayagam *et al.* The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low- and middle-income countries: what does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? **BMC Medicine**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 178, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0402-8>

BALÁZS, Judit *et al.* Comorbidity of Physical and Anxiety Symptoms in Adolescent: Functional Impairment, Self-Rated Health and Subjective Well-Being. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 15, n. 8, p. 1698, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph15081698>

BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Erratum para: Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: Estudo transversal [volume 17, número 4]. **Scientia Medica**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 229–232, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707300>

BATISTONI, Samila Sather Tavares; NERI, Anita Liberalesso; CUPERTINO, Ana Paula F Bretas. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 41, n. 4, p. 598–605, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400014>

BATISTONI, Samila Sathler Tavares; NÉRI, Anita Liberalesso; CUPERTINO, Ana Paula. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. **Psico-USF**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 13–22, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100003>

BEAVER, Jenna; SCHMITTER-EDGECOMBE, Maureen. Multiple Types of Memory and Everyday Functional Assessment in Older Adults. **Archives of Clinical Neuropsychology**, [s. l.], v. 32, n. 4, p. 413–426, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/arclin/acx016>

BERNARDES, Gabriella Marques *et al.* Perfil de multimorbidade associado à incapacidade entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 5, p. 1853–1864, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17192017>

BJÖRGVINSSON, Thröstur *et al.* Psychometric Properties of the CES-D-10 in a Psychiatric Sample. **Assessment**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 429–436, 2013.

Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1073191113481998>

BLEIJENBERG, Nienke *et al.* Disability in the individual ADL, IADL, and mobility among older adults: A prospective cohort study. **The journal of nutrition, health & aging**, [s. l.], v. 21, n. 8, p. 897–903, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0891-6>

BOCCOLINI, Patricia de Moraes Mello *et al.* Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 11, p. 3537–3546, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.22552017>

BOERSEMA, Henk-Jan *et al.* The assessment of work endurance in disability evaluations across European countries. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 13, n. 9, p. e0202012, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202012>

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. **XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**, [s. l.], p. 1–42, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf)

BRITO, Kyonayra Quezia Duarte; MENEZES, Tarciana Nobre de; OLINDA, Ricardo Alves de. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 69, n. 5, p. 825–832, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690502>

BRUFFAERTS, Ronny *et al.* Role of common mental and physical disorders in partial disability around the world. **British Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 200, n. 6, p. 454–461, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.097519>

CAPILHEIRA, Marcelo F; SANTOS, Iná da Silva dos. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 436–443, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000300011>

CARLETON, R. Nicholas *et al.* The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A Review with a Theoretical and Empirical Examination of Item Content and Factor Structure. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. e58067, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0058067>

CAVALCANTI, Gustavo *et al.* Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 634–642, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170059>

CHEN, Haiying *et al.* Cognitive Function as a Predictor of Major Mobility Disability in Older Adults: Results From the LIFE Study. [s. l.], v. 3, n. 2, p. 1–8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geroni/igz010>

COIMBRA JUNIOR, Carlos C. A.; MINAYO, Maria Cecília de Souza.

**Antropologia , Saúde e Envelhecimento.** Rio de Janeiro: [s. n.], 2002.

CRAIG, Cora L. *et al.* International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, [s. l.], v. 35, n. 8, p. 1381–1395, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>

CUPERTINO, Ana Paula F Bretas; ROSA, Fernanda Heringer Moreira; RIBEIRO, Pricila Cristina Correa. DEFINIÇÃO DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 81–86, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.22533/at.ed.3731918127>

ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA, Agnieszka *et al.* Determinants of ADL and IADL disability in older adults in southeastern Poland. **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 297, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1319-4>

DARDENO, Cassia Figueiredo Rossi; MAFRA, Simone Caldas Tavares. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, [s. l.], v. 18, n. 2, 2018.

DE ALMEIDA, Marina Gabriela Nascimento *et al.* Lifestyle factors and multimorbidity among older adults (ELSI-Brazil). **European Journal of Ageing**, [s. l.], n. 0123456789, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00560-z>

DEBERT, Guita Grin. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. **Antropologia e velhice: Textos didáticos**, [s. l.], p. 7–27, 1994.

DEGROOT, V *et al.* How to measure comorbidity a critical review of available methods. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 56, n. 3, p. 221–229, 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00585-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00585-1)

DEMAKAKOS, Panayotes; ZANINOTTO, Paola; NOUWEN, Arie. Is the Association Between Depressive Symptoms and Glucose Metabolism Bidirectional? Evidence From the English Longitudinal Study of Ageing. **Psychosomatic Medicine**, [s. l.], v. 76, n. 7, p. 555–561, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000082>

DIDONÉ, Leticia Souza *et al.* Factors associated with depressive symptoms in older adults in context of social vulnerability. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. suppl 1, p. 1–7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0107>

DIEDERICHS, Claudia; BERGER, Klaus; BARTELS, Dorothee B. The Measurement of Multiple Chronic Diseases--A Systematic Review on Existing Multimorbidity Indices. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, [s. l.], v. 66A, n. 3, p. 301–311, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glq208>

DINAPOLI, Elizabeth A. *et al.* Mental health treatment preferences and challenges of living with multimorbidity from the veteran perspective. **International**

**Journal of Geriatric Psychiatry**, [s. l.], v. 31, n. 10, p. 1097–1104, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.4550>

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira *et al.* Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 21, n. suppl 2, p. e180021, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.2>

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira de; LEBRÃO, Maria Lúcia. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 41, n. 2, p. 317–325, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>

FÄSSBERG, Madeleine Mellqvist *et al.* A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. **Aging & Mental Health**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 166–194, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>

FERRER, Michele Lacerda Pereira *et al.* WHODAS 2.0-BO: dados normativos para avaliação de incapacidade em idosos. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 53, p. 19, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000586>

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **ELSI-BRASIL Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso Brasileiro - Questionário Individual**. Brasil: [s. n.], 2015.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz; (UFMG), Universidade Federal de Minas Gerais. **ELSI-BRASIL - ESTUDO LONGITUDINAL DA SAÚDE DOS IDOSOS BRASILEIROS**. [S. l.], 2015. Disponível em: <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>. Acesso em: 20 out. 2020.

FORJAZ, Maria João *et al.* Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. **European Journal of Internal Medicine**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 176–181, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.016>

FORTIN, Martin *et al.* A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. **The Annals of Family Medicine**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 142–151, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1337>

FOUCAULT, Michel. **Arte, Espistemologia, Filosofia e História da Medicina**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

FRIED, Linda P *et al.* Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, [s. l.], v. 56, n. 3, p. M146–M157, 2001a. Disponível em:

<https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>

FRIED, Linda P *et al.* Self-reported preclinical disability identifies older women with early declines in performance and early disease. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 54, p. 889–901, 2001b. Disponível em: [https://doi.org/10.1016 / s0895-4356 \(01\) 00357-2](https://doi.org/10.1016 / s0895-4356 (01) 00357-2)

GARIN, Noe *et al.* Impact of Multimorbidity on Disability and Quality of Life in the Spanish Older Population. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 9, n. 11, p. e111498, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111498>

GARLENO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (organizadoras). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. 22. ed. Brasília (DF): Ministério da Educação do Brasil; UNESCO, 2012.

GIACOMIN, Karla Cristina *et al.* Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 52, n. Suppl 2, p. 9s, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000650>

GINANE, Mariana *et al.* **ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E DOENÇAS CRÔNICAS NA TERCEIRA IDADE: REVISÃO LITERÁRIA**. Campina Grande: Realize Editora, 2019.

GOBBENS, Robbert J. Associations of ADL and IADL disability with physical and mental dimensions of quality of life in people aged 75 years and older. **PeerJ**, [s. l.], v. 6, p. e5425, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7717/peerj.5425>

GONTIJO GUERRA, Samantha; BERBICHE, Djamal; VASILADIS, Helen-Maria. Changes in instrumental activities of daily living functioning associated with concurrent common mental disorders and physical multimorbidity in older adults. **Disability and Rehabilitation**, [s. l.], v. 0, n. 0, p. 1–9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1745303>

GRAF, Carla. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. **AJN, American Journal of Nursing**, [s. l.], v. 108, n. 4, p. 52–62, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000314810.46029.74>

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HELLWIG, Natália; MUNHOZ, Tiago Neuenfeld; TOMASI, Elaine. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 11, p. 3575–3584, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>

HELVIK, Anne-sofie *et al.* Health-related quality of life in older depressed psychogeriatric patients: one year follow-up. **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 131, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0310-6>

HELVIK, Anne-sofie *et al.* The course of depressive symptoms with decline in

cognitive function - a longitudinal study of older adults receiving in-home care at baseline. **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 231, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1226-8>

HOLVAST, Floor *et al.* Late-life depression and the association with multimorbidity and polypharmacy: a cross-sectional study. **Family Practice**, [s. l.], v. 34, n. 5, p. 539–545, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz018>

HOOGENDIJK, Emiel *et al.* Educational differences in functional limitations: comparisons of 55–65-year-olds in the Netherlands in 1992 and 2002. **International Journal of Public Health**, [s. l.], v. 53, n. 6, p. 281–289, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00038-008-8079-9>

HUNTLEY, Alyson L. *et al.* Measures of Multimorbidity and Morbidity Burden for Use in Primary Care and Community Settings: A Systematic Review and Guide. **The Annals of Family Medicine**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 134–141, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1363>

JAMES, Caryl *et al.* Exploring the psychometric properties of the CES-D-10 and its practicality in detecting depressive symptomatology in 27 low- and middle-income countries. **International Journal of Psychology**, [s. l.], v. 55, n. 3, p. 435–445, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijop.12613>

KAGAWA, Carlos Alexandre; CORRENTE, José Eduardo. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 577–586, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14140>

KARIM, Jahanvash *et al.* Validation of the Eight-Item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Among Older Adults. **Current Psychology**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 681–692, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12144-014-9281-y>

KATZ, S. *et al.* Progress in Development of the Index of ADL. **The Gerontologist**, [s. l.], v. 10, n. 1 Part 1, p. 20–30, 1970. Disponível em: [https://doi.org/10.1093/geront/10.1\\_Part\\_1.20](https://doi.org/10.1093/geront/10.1_Part_1.20)

KLOMPSTRA, Leonie *et al.* Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 187, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1194-z>

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **The Gerontologist**, [s. l.], v. 9, n. 3 Part 1, p. 179–186, 1969. Disponível em: [https://doi.org/10.1093/geront/9.3\\_Part\\_1.179](https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179)

LE COSSEC, C. *et al.* Pre-frailty, frailty, and multimorbidity: Prevalences and associated characteristics from two French national surveys. **The journal of nutrition, health & aging**, [s. l.], v. 20, n. 8, p. 860–869, 2016. Disponível em:

<https://doi.org/10.1007/s12603-016-0802-2>

LE RESTE, Jean Yves *et al.* The European General Practice Research Network Presents a Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long Term Care, Following a Systematic Review of Relevant Literature. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 14, n. 5, p. 319–325, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.001>

LEE, Li-Chin; TSAI, Alan Chung-hong. Mini-Nutritional-Assessment (MNA) without Body Mass Index (BMI) predicts functional disability in elderly Taiwanese. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, [s. l.], v. 54, n. 3, p. e405–e410, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.12.006>

LEE, Wei-ju *et al.* The synergic effects of frailty on disability associated with urbanization, multimorbidity, and mental health: implications for public health and medical care. **Scientific Reports**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 14125, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-32537-5>

LELES DA COSTA DIAS, Filipi *et al.* Prevalence of late-life depression and its correlates in a community-dwelling low-educated population aged 75+ years: The Pietà study. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 242, n. July 2018, p. 173–179, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.012>

LEME, Daniel Eduardo da Cunha *et al.* Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevivência de idosos ambulatoriais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 137–146, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.04952017>

LIMA-COSTA, M. Fernanda *et al.* The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 187, n. 7, p. 1345–1353, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>

LIMA-COSTA, M. Fernanda; DE ANDRADE, Fabíola Bof; DE OLIVEIRA, Cesar. Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *In*: **ENCYCLOPEDIA OF GERONTOLOGY AND POPULATION AGING**. Belo Horizonte (MG): Springer International Publishing, 2019. v. 000, p. 1–5. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2\\_332-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_332-1)

MATSUDO, Sandra Mahecha *et al.* Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev. bras. ciênc. mov**, [s. l.], p. 41–50, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.18511/rbcm.v10i4.469>

MAZO, Giovana Zarpellon; BENEDETTI, Tânia Bertoldo. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, [s. l.], v. 12, n. 6, p. 480–484, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2010v12n6p480>

MCGRATH, Ryan *et al.* Weakness and cognitive impairment are independently and jointly associated with functional decline in aging Americans.

**Aging Clinical and Experimental Research**, [s. l.], v. 32, n. 9, p. 1723–1730, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01351-y>

MENDES-CHILOFF, Cristiane Lara *et al.* Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 21, n. suppl 2, p. 1–16, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>

MENEGUCI, Joilson *et al.* Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s. l.], v. 68, n. 4, p. 221–230, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000250>

MICHELA, Balsamo *et al.* Assessment of late-life depression via self-report measures: a review. **Clinical Interventions in Aging**, [s. l.], v. Volume 13, p. 2021–2044, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CIA.S178943>

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS - Saúde Mental**. Volume 5ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA**. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2007. *E-book*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 -Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002). **Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde**, Brasil: [s. n.], 2002. p. 40. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasil: [s. n.], 2006. p. 19. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)

MISSINNE, Sarah *et al.* Measurement equivalence of the CES-D 8 depression-scale among the ageing population in eleven European countries. **Social Science Research**, [s. l.], v. 46, p. 38–47, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.02.006>

MLINAC, Michelle E.; FENG, Michelle C. Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. **Archives of Clinical Neuropsychology**, [s. l.], v. 31, n. 6, p. 506–516, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/arclin/acw049>

MOUSSAVI, Saba *et al.* Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. **The Lancet**, [s. l.], v. 370, n. 9590, p. 851–858, 2007. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)

NICE, Excellence National Institute for Health and Care. Multimorbidity :

clinical assessment and management. [s. l.], n. September 2016, 2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/resources/multimorbidity-clinical-assessment-and-management-pdf-1837516654789>

NICHOLSON, Kathryn *et al.* Multimorbidity and comorbidity revisited: refining the concepts for international health research. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 105, n. January 2018, p. 142–146, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.09.008>

NOGUEIRA, Eduardo Lopes *et al.* Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 48, n. 3, p. 368–377, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>

NORONHA, Beatriz Prado *et al.* Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 11, p. 4171–4180, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.32652017>

NUNES, Bruno Pereira *et al.* Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 51, n. 43, p. 1–10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006646>

NUNES, Bruno Pereira *et al.* Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 52, n. Suppl 2, p. 10s, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000637>

NUNES, Juliana Damasceno *et al.* Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 295–304, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200007>

O'HALLORAN, A.M.; KENNY, R.A.; KING-KALLIMANIS, B.L. The latent factors of depression from the short forms of the CES-D are consistent, reliable and valid in community-living older adults. **European Geriatric Medicine**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 97–102, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.12.004>

OMS, Organização Mundial de Saúde. **CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: [s. n.], 2004.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Decade of Healthy Ageing**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Depression and Other Common Mental Disorders**. [S. l.: s. n.], 2017.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 1 ed.ed. Brasília (DF): [s. n.], 2005.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. [S. l.: s. n.], 2015.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **WORLD REPORT ON DISABILITY**. [S. l.: s. n.], 2011.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha informativa - Transtornos mentais**. [S. l.], 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839). Acesso em: 24 mar. 2020.

PAULO DALGALARRONDO. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PENG, Xin *et al.* The mediating effect of pain on the association between multimorbidity and disability and impaired physical performance among community-dwelling older adults in southern China. **Aging Clinical and Experimental Research**, [s. l.], v. 32, n. 7, p. 1327–1334, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01324-1>

PENGPID, Supa; PELTZER, Karl. Multimorbidity in Chronic Conditions: Public Primary Care Patients in Four Greater Mekong Countries. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 14, n. 9, p. 1019, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph14091019>

PETERS, Michele *et al.* Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. **Health and Quality of Life Outcomes**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 37, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1103-3>

PIEXAK, Diéssica Roggia; CEZAR-VAZ, Marta Regina; BONOW, Clarice Alves. International Classification of Functioning, Disability and Health: a Content Analysis / Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma Análise de Conteúdo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 363, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.363-369>

PRIOR, Anders *et al.* Association between perceived stress, multimorbidity and primary care health services: a Danish population-based cohort study. **BMJ Open**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. e018323, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018323>

QUINAZ ROMANA, Guilherme *et al.* Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. **Acta Médica Portuguesa**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 30, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.11227>

QUIÑONES, Ana R. *et al.* Prospective Disability in Different Combinations of Somatic and Mental Multimorbidity. **The Journals of Gerontology: Series A**, [s. l.], v. 73, n. 2, p. 204–210, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glx100>

QUIÑONES, Ana R.; MARKWARDT, Sheila; BOTOSENEANU, Anda. Multimorbidity Combinations and Disability in Older Adults. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, [s. l.], v. 71, n. 6, p. 823–830, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glw035>

RADLOFF, Lenore Sawyer. The CES-D Scale. **Applied Psychological Measurement**, [s. l.], v. 1, n. 3, p. 385–401, 1977. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

RAINA, Parminder *et al.* Individual and population level impact of chronic conditions on functional disability in older adults. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. e0229160, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229160>

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 793–797, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>

REBOUÇAS, Monica *et al.* Validity of questions about activities of daily living to screen for dependency in older adults. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 51, p. 84, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006959>

RIBEIRO, Dâmarys Kohlbeck de Melo Neu *et al.* Contributory factors for the functional independence of oldest old. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 49, n. 1, p. 89–96, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100012>

RIVERA-ALMARAZ, Ana *et al.* Disability, quality of life and all-cause mortality in older Mexican adults: association with multimorbidity and frailty. **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 236, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0928-7>

ROCHA, Fábio Lopes; HARA, Cláudia; PAPROCKI, Jorge. Mental illness and stigma. **Revista Médica de Minas Gerais**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 590–596, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>

RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, Carmen *et al.* Associations between chronic conditions, body functions, activity limitations and participation restrictions: a cross-sectional approach in Spanish non-clinical populations. **BMJ Open**, [s. l.], v. 6, n. 6, p. e010446, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010446>

ROYALL, Donald R. *et al.* The Cognitive Correlates of Functional Status: A Review From the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Association. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 249–265, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/jnp.2007.19.3.249>

RYAN, Aine *et al.* Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. **Health and Quality of Life Outcomes**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 168, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0355-9>

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **COMPÊNDIO DE PSIQUIATRIA**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTOS, Roberto Lopes dos; JÚNIOR, Jair Sindra Virtuoso. Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living. **Rbps**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 290–296, 2008. Disponível em: [http://hp.unifor.br/pdfs\\_notitia/2974.pdf](http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/2974.pdf)

SANTOS, Iná S *et al.* Patient Health Questionnaire-9 versus Edinburgh Postnatal Depression Scale in screening for major depressive episodes: a cross-sectional population-based study. **BMC Research Notes**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 57, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2364-0>

SANVEZZO, Vitória Marques de Sá; MONTANDON, Diego Santiago; ESTEVES, Larissa Sapucaia Ferreira. Instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 604–615, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180033>

SHEEL-HINCKE, Lasse Lybecker *et al.* Cross-national comparison of sex differences in ADL and IADL in Europe: findings from SHARE. **European Journal of Ageing**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 69–79, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00524-y>

SCHMIDT, Tauana Prestes *et al.* Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 11, p. 1–12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00241619>

SCHMITTER-EDGECOMBE, Maureen; PARSEY, Carolyn M. Cognitive Correlates of Functional Abilities in Individuals with Mild Cognitive Impairment: Comparison of Questionnaire, Direct Observation, and Performance-Based Measures. **The Clinical Neuropsychologist**, [s. l.], v. 28, n. 5, p. 726–746, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13854046.2014.911964>

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 585–593, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>

SENADO FEDERAL. **Estatuto do Idoso e normas correlatas**. Dispositivos Constitucionais Pertinentes Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Normas Correlatas. Índice Temático. **SECRETARIA ESPECIAL DE EDITORAÇÃO E PUBLICAÇÕES**, Brasil: [s. n.], 2003. Seção 3, p. 55. Disponível em: [https://www.m-culture.go.th/mculture\\_th/download/king9/Glossary\\_about\\_HM\\_King\\_Bhumibol\\_Adul\\_yadej's\\_Funeral.pdf](https://www.m-culture.go.th/mculture_th/download/king9/Glossary_about_HM_King_Bhumibol_Adul_yadej's_Funeral.pdf)

SHELKEY, Mary; WALLACE, Meredith. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. **Journal of Gerontological Nursing**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 8–9, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19990301-05>

SHERIDAN, Paige E.; MAIR, Christine A.; QUIÑONES, Ana R. Associations between prevalent multimorbidity combinations and prospective disability and self-rated health among older adults in Europe. **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 198, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1214-z>

SILVA, Geisiane Oliveira *et al.* Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [s. l.], v. 12, n. 11, p. 2923, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a234540p2923-2932-2018>

SOUZA, Ana Sara Semeão de; FAERSTEIN, Eduardo; WERNECK, Guilherme Loureiro. Multimorbidade e uso de serviços de saúde em indivíduos com restrição de atividades habituais: Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 11, p. 1–12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00155118>

ST JOHN, Philip D. *et al.* Multimorbidity predicts functional decline in community-dwelling older adults Prospective cohort study. **Canadian family physician Medecin de famille canadien**, [s. l.], v. 65, n. 2, p. e56–e63, 2019. Disponível em: <https://doi.org/NA>

STORENG, Siri H. *et al.* Associations between complex multimorbidity, activities of daily living and mortality among older Norwegians. A prospective cohort study: the HUNT Study, Norway. **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1425-3>

SUM, Grace *et al.* Implications of multimorbidity patterns on health care utilisation and quality of life in middle-income countries: cross-sectional analysis. **Journal of Global Health**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 1–11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7189/jogh.09.020413>

THE ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES. Multimorbidity: a priority for global health research. [s. l.], n. April, 2018.

TOMASZEWSKI FARIAS, Sarah *et al.* Longitudinal Changes in Memory and Executive Functioning are Associated with longitudinal change in instrumental activities of daily living in older Adults. **The Clinical Neuropsychologist**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 446–461, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13854040802360558>

UCHOA, Verediana Sousa *et al.* FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 24, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.60868>

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 548–554, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência &**

**Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 423–432, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200018>

VIEIRA, SÔNIA, HOSSNE, Willian Saad. **Metodologia científica para a área de saúde**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Inc., 2001.

W. ROWE, John; L. KAHN, Robert. Successful Aging. **The Gerontologist**, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 433–440, 1997. Disponível em: [https://doi.org/10.1207/s15327019eb0101\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327019eb0101_6)

WANG, Chao *et al.* Subjective health and quality of life among elderly people living with chronic multimorbidity and difficulty in activities of daily living in rural South Africa. **Clinical Interventions in Aging**, [s. l.], v. Volume 14, p. 1285–1296, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CIA.S205734>

WEI, Melissa Y. *et al.* Multimorbidity and Physical and Cognitive Function: Performance of a New Multimorbidity-Weighted Index. **The Journals of Gerontology: Series A**, [s. l.], v. 73, n. 2, p. 225–232, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glx114>

WHEATON, FELICIA V.; CRIMMINS, EILEEN M. Female disability disadvantage: a global perspective on sex differences in physical function and disability. **Ageing and Society**, [s. l.], v. 36, n. 06, p. 1136–1156, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000227>

WILLADSEN, Tora Grauers *et al.* The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity – a systematic review. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 112–121, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/02813432.2016.1153242>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. [S. l.: s. n.], 2003. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/>

YESAVAGE, Jerome A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 37–49, 1982. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

ZIVIN, Kara *et al.* Depression Among Older Adults in the United States and England. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, [s. l.], v. 18, n. 11, p. 1036–1044, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181dba6d2>

## APÊNDICE A – Chave de Busca para base de dados PubMed

(((((((("multimorbid"[AllFields] OR "multimorbidities"[AllFields]) OR "multimorbidity"[MeSHTerms]) OR  
 "multimorbidity"[AllFields]) OR (("chronicdisease"[MeSHTerms] OR ("chronic"[AllFields] AND  
 "disease"[AllFields])) OR "chronicdisease"[AllFields])) OR  
 (("noncommunicablediseases"[MeSHTerms] OR ("noncommunicable"[AllFields] AND  
 "diseases"[AllFields])) OR "noncommunicablediseases"[AllFields])) OR  
 (("chronicdiseaseindicators"[MeSHTerms] OR (("chronic"[AllFields] AND "disease"[AllFields]) AND  
 "indicators"[AllFields])) OR "chronicdiseaseindicators"[AllFields])) AND  
 (((((((((((("consciousnessdisorders"[MeSHTerms] OR ("consciousness"[AllFields] AND  
 "disorders"[AllFields])) OR "consciousnessdisorders"[AllFields]) OR "depressed"[AllFields]) OR  
 "depression"[MeSHTerms]) OR "depression"[AllFields]) OR "depressions"[AllFields]) OR "depression  
 s"[AllFields]) OR "depressivedisorder"[MeSHTerms]) OR ("depressive"[AllFields] AND  
 "disorder"[AllFields])) OR "depressivedisorder"[AllFields]) OR "depressivity"[AllFields]) OR  
 "depressive"[AllFields]) OR "depressively"[AllFields]) OR "depressiveness"[AllFields]) OR  
 "depressives"[AllFields])) AND (((("international classificationoffunctioning,  
 disabilityandhealth"[MeSHTerms] OR (((("international"[AllFields] AND "classification"[AllFields]) AND  
 "functioning"[AllFields]) AND "disability"[AllFields]) AND "health"[AllFields])) OR "disabilityandhealth  
 international classificationoffunctioning"[AllFields]) OR (((("international"[AllFields] AND  
 "classification"[AllFields]) AND "functioning"[AllFields]) AND "disability"[AllFields]) AND  
 "health"[AllFields])) OR "international classificationoffunctioningdisabilityandhealth"[AllFields]) OR  
 (("activitiesofdailyliving"[MeSHTerms] OR (("activities"[AllFields] AND "daily"[AllFields]) AND  
 "living"[AllFields])) OR "activitiesofdailyliving"[AllFields])) TranslationsMultimorbidity:  
 "multimorbid"[AllFields] OR "multimorbidities"[AllFields] OR "multimorbidity"[MeSHTerms] OR  
 "multimorbidity"[AllFields] ChronicDisease: "chronicdisease"[MeSHTerms] OR ("chronic"[AllFields]  
 AND "disease"[AllFields]) OR "chronicdisease"[AllFields] NoncommunicableDiseases:  
 "noncommunicablediseases"[MeSHTerms] OR ("noncommunicable"[AllFields] AND  
 "diseases"[AllFields]) OR "noncommunicablediseases"[AllFields] ChronicDiseaseIndicators:  
 "chronicdiseaseindicators"[MeSHTerms] OR ("chronic"[AllFields] AND "disease"[AllFields] AND  
 "indicators"[AllFields]) OR "chronicdiseaseindicators"[AllFields] depression:  
 "consciousnessdisorders"[MeSHTerms] OR ("consciousness"[AllFields] AND "disorders"[AllFields])  
 OR "consciousnessdisorders"[AllFields] OR "depressed"[AllFields] OR "depression"[MeSHTerms] OR  
 "depression"[AllFields] OR "depressions"[AllFields] OR "depression's"[AllFields] OR  
 "depressivedisorder"[MeSHTerms] OR ("depressive"[AllFields] AND "disorder"[AllFields]) OR  
 "depressivedisorder"[AllFields] OR "depressivity"[AllFields] OR "depressive"[AllFields] OR  
 "depressively"[AllFields] OR "depressiveness"[AllFields] OR "depressives"[AllFields] International  
 ClassificationofFunctioning, Disabilityand Health: "international classificationoffunctioning,  
 disabilityandhealth"[MeSHTerms] OR ("international"[AllFields] AND "classification"[AllFields] AND  
 "functioning"[AllFields] AND "disability"[AllFields] AND "health"[AllFields]) OR "disabilityandhealth  
 international classificationoffunctioning"[AllFields] OR ("international"[AllFields] AND

*"classification"[AllFields] AND "functioning"[AllFields] AND "disability"[AllFields] AND "health"[AllFields]) OR "international classification of functioning, disability and health"[AllFields] activities of daily living: "activities of daily living"[MeSH Terms] OR ("activities"[AllFields] AND "daily"[AllFields] AND "living"[AllFields]) OR "activities of daily living"[AllFields]*

Fonte: Autor (2021)

## APÊNDICE B - Chave de Busca para base de dados BVS

*“Doença Crônica AND Saúde Mental”; “Multimorbidade AND Saúde Mental AND Desempenho Físico Funcional”; “Multimorbidade AND Saúde Mental”; “Saúde Mental AND Doenças não Transmissíveis”; “Multimorbidade AND Depressão AND Atividades Cotidianas”; “Multimorbidade AND Depressão AND Atividades Diárias”; “Multimorbidade AND Depressão”.*

Fonte: Autor (2021)

## APÊNDICE C – Modelo Teórico

O desenvolvimento de incapacidades funcionais para desempenho das ABVDs e AIVDs pode ser afetado por uma série de fatores, como a presença de uma doença mental, como a depressão, além de multimorbidade, idade avançada e hábitos de vida, como o tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, baixo consumo de frutas, verduras e legumes e o hábito de não praticar atividades físicas.

De acordo com a OMS o número estimado de pessoas com depressão aumentou 18,4% entre os anos de 2005 e 2015 e 322 milhões vivem a doença, que é mais comum entre as mulheres do que nos homens (OMS, 2017). Nos EUA, um estudo de coorte acompanhou mais de quatro mil idosos não institucionalizados para avaliar a depressão como fator predisponente para incapacidades funcionais. Foi observado que idosos com a doença mental desenvolveram mais incapacidades para as ABVDs e AIVDs quando comparados àqueles sem depressão (QUIÑONES *et al.*, 2018).

A multimorbidade e a idade avançada são fatores que também contribuem para desencadear estas incapacidades funcionais. Estudo brasileiro com 1.693 idosos constatou que incapacidades para as ABVDs estavam associadas aos idosos de maior faixa etária, que possuíam maior número de doenças e depressão, mesmas características encontradas para o declínio nas AIVDs, apenas acrescida a baixa escolaridade (AGRELI *et al.*, 2017).

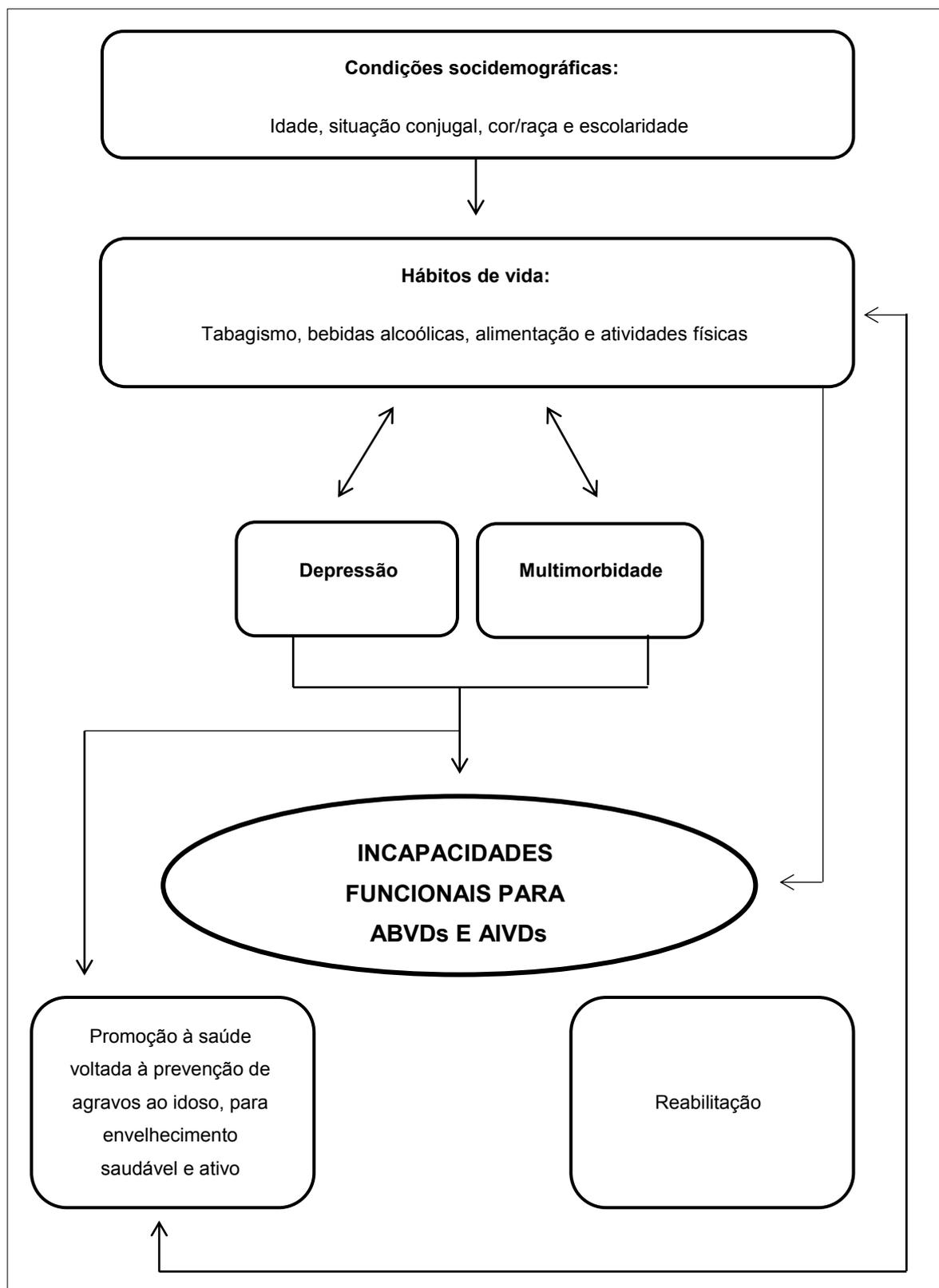
O estilo de vida saudável envolvendo alimentação adequada balanceada e prática de atividades físicas, além de comportamentos relacionados ao modo de vida, como não consumir bebidas alcoólicas e não fumar, é fator que contribui para prevenção de incapacidade funcionais em idosos (OMS, 2005). Pesquisa brasileira, na Paraíba, com 420 idosos, verificou a prevalência de incapacidade funcional entre esses idosos e sua associação com condições de saúde e prática de atividade física regular. Observou que, entre a amostra, os participantes que possuíam quatro ou mais condições crônicas de saúde, autoavaliação de saúde ruim e que não praticavam atividade física, apresentaram maior índice de incapacidades funcionais (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016).

Ainda no Brasil, estudo no Rio Grande do Sul com 1.593 idosos verificou a prevalência e os fatores associados para incapacidade funcional em ABVD e AIVD e descobriu que estas incapacidades estavam associadas à idade avançada, baixa

escolaridade e consumo de bebidas alcoólicas, entre outros fatores sociais e biológicos (NUNES, J. D. *et al.*, 2017).

No Brasil, a Política Nacional Saúde da Pessoa Idosa (2006) preconiza que o envelhecimento saudável e ativo deve ser livre de qualquer dependência funcional, com promoção da saúde, atenção integral ao idoso, promovendo autonomia e independência da pessoa. Enfatiza que as ações de promoção não se encerram aos 60 anos, e a prevenção deve estar presente em todas as idades (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006).

Quadro 5. Modelo Teórico do estudo



## APÊNDICE D – Análise das perdas

**Tabela 6. Análise comparativa entre os casos incluídos e excluídos, ELSI-Brasil, 2015-16**

Variável	Incluído		Excluído		Total		Valor de p
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	
<b>Sexo</b>							0,2932
Feminino	4394	53,5 (50,4; 56,6)	920	56,0 (51,3; 60,7)	5314	53,9 (51,0; 56,9)	
Masculino	3448	46,4 (43,4; 49,5)	650	43,9 (39,3; 48,7)	4098	46,0 (43,1; 49,0)	
<b>Faixa etária</b>							<0,0001
50 a 59 anos	3554	50,5 (46,3; 54,8)	426	32,7 (28,1; 37,5)	3980	47,6 (43,6; 51,7)	
60 a 69 anos	2454	30,1 (28,1; 32,2)	421	27,4 (24,2; 30,7)	2875	29,7 (27,9; 31,5)	
70 a 79 anos	1389	14,6 (12,7; 16,8)	392	20,8 (17,8; 24,5)	1781	15,6 (13,8; 17,6)	
80 anos e mais	445	4,7 (3,9; 5,7)	331	19,1 (15,5; 23,3)	776	7,1 (5,9; 8,5)	
<b>Situação conjugal</b>							0,0002
Com Companheiro	4675	65,5 (62,9; 68,0)	767	53,1 (45,9; 60,2)	5442	63,5 (60,5; 66,3)	
Sem companheiro	3167	34,5 (31,9; 37,1)	803	46,9 (39,7; 54,1)	3970	36,5 (33,7; 39,5)	
<b>Cor/Raça</b>							0,7200
Branca	3065	42,3 (37,2; 47,5)	525	45,5 (33,5; 58,0)	3590	42,7 (37,2; 48,3)	
Preta	778	9,8 (8,1; 11,8)	109	9,1 (5,8; 14,1)	887	9,7 (7,9; 11,9)	
Parda	3730	44,9 (40,9; 49,1)	553	42,9 (33,7; 52,6)	4283	44,7 (40,4; 49,0)	
Amarela	80	1,1 (0,8; 1,4)	10	0,9 (0,4; 1,9)	90	1,1 (0,8; 1,4)	
Indígena	189	1,9 (1,4; 2,6)	31	1,5 (0,7; 3,1)	220	1,9 (1,3; 2,6)	
<b>Escolaridade</b>							<0,0001
12 ou mais	510	7,1 (6,1; 8,4)	48	3,5 (2,5; 4,5)	558	6,6 (5,6; 7,7)	
9 a 11 anos	1612	22,5 (20,7; 24,4)	134	8,6 (6,7; 11,0)	1746	20,3 (18,5; 22,3)	
5 a 8 anos	1643	22,2 (20,4; 24,1)	235	18,1 (12,5; 25,5)	1878	21,5 (19,3; 23,9)	
1 a 4 anos	2984	37,0 (34,7; 39,4)	654	44,9 (41,1; 48,6)	3638	38,2 (36,0; 40,5)	
Nunca estudou	1093	11,1 (9,0; 13,5)	437	24,9 (19,3; 31,4)	1530	13,3 (11,0; 16,0)	
<b>Tabagismo</b>							0,3168
Nunca fumou	3544	45,3 (43,7; 47,0)	712	46,9 (42,5; 51,3)	4256	45,6 (43,7; 47,4)	
Ex-fumante	2950	37,2 (35,4; 39,1)	596	37,9 (34,1; 41,9)	3546	37,3 (35,4; 39,3)	
Fuma atualmente	1348	17,4 (16,0; 18,9)	256	15,2 (12,5; 18,5)	1604	17,1 (15,6; 18,6)	
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>							0,0029
Não consome	6427	79,9 (77,3; 82,1)	1398	87,6 (82,8; 91,3)	7825	81,1 (78,7; 83,3)	
Consumo leve/moderado	708	10,5 (8,7; 12,7)	100	7,7 (5,2; 11,3)	808	10,1 (8,4; 12,0)	
Consumo de risco	707	9,6 (8,6; 10,7)	65	4,6 (3,3; 6,5)	772	8,8 (7,9; 9,9)	
<b>Consumo de frutas, verduras e legumes</b>							0,9867
Adequado	627	8,7 (7,7; 9,9)	124	8,8 (7,0; 10,8)	751	8,7 (7,7; 9,9)	
Inadequado	7215	91,2 (90,0; 92,3)	1347	91,2 (89,1; 92,9)	8562	91,2 (90,1; 92,2)	
<b>Atividade Física</b>							<0,0001
Ativo	5351	68,9 (66,5; 71,1)	772	52,1 (46,1; 58,1)	6123	66,1 (63,5; 68,8)	
Insuficientemente ativo	2491	31,1 (28,8; 33,5)	775	47,8 (41,8; 5,8)	3266	33,8 (31,2; 36,5)	
<b>Depressão</b>							0,4433
Não (<=3 sintomas)	5110	66,4 (64,6; 68,1)	286	64,0 (57,9; 69,6)	5396	66,3 (64,2; 67,9)	
Sim (>=4 sintomas)	2732	33,5 (31,8; 35,3)	175	36,0 (30,3; 42,1)	2907	33,7 (32,0; 35,4)	
<b>ABVD</b>							<0,0001
Independente	6723	86,5 (85,1; 87,7)	1059	69,8 (66,0; 73,4)	7782	83,7 (82,4; 85,0)	
Dependente	1119	13,5 (12,2; 14,8)	507	30,1 (26,2; 34,0)	1626	16,2 (14,9; 17,6)	
<b>AIVD</b>							<0,0001
Independente	4016	54,6 (51,1; 57,7)	504	35,5 (31,0; 40,4)	4520	51,5 (48,5; 54,5)	
Dependente	3826	45,3 (42,2; 48,5)	1040	64,4 (59,5; 69,0)	4866	48,4 (45,4; 51,4)	
<b>Multimorbidade</b>							0,0153
Não (<=1)	3723	48,5 (46,3; 50,7)	661	44,3 (40,7; 48,0)	4384	47,9 (45,7; 50,0)	
Sim (>=2)	4119	51,4 (49,2; 53,6)	909	55,6 (52,0; 59,2)	5028	52,1 (50,0; 54,3)	

Fonte: Autor (2021)

### ANEXO A – Perguntas referentes ao consumo de bebidas alcóolicas

Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	(1) Nunca (2) Menos de uma vez por mês (3) Uma vez ou mais por mês (9) Não sabe/não respondeu
Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?	_  dias por semana (de 1 a 7 dias) (0) Menos de um dia na semana (9) Não sabe/não respondeu
Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebidas alcóolicas o(a) Sr(a) consome?  <i>Considerar que 1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer bebida destilada.</i>	_ _  doses por dia (99) Não sabe/não respondeu
PARA HOMENS: nos últimos 30 dias, o Sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebidas alcóolicas em uma única ocasião?	(1) Sim (2) Não (8) Não se aplica (é mulher) (9) Não sabe/não respondeu
PARA MULHERES: nos últimos 30 dias, a Sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebidas alcóolicas em uma única ocasião?	(1) Sim (2) Não (8) Não se aplica (é homem) (9) Não sabe/não respondeu

(FIOCRUZ, 2015)

### ANEXO B – Perguntas referentes aos cuidados com alimentação

<p>Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer verduras ou legumes (tais como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, alface, tomate)?</p> <p><i>Não inclui: batata, mandioca ou inhame</i></p>	<p>___ dias por semana (de 1 a 7 dias)  (0) Nunca ou menos de uma vez por semana  (9) Não sabe/não respondeu</p>
<p>Em geral, quantas vezes por dia o(a) Sr(a) costuma comer verduras ou legumes?</p>	<p>(1) 1 vez por dia  (2) 2 vezes por dia  (3) 3 vezes ou mais por dia  (9) Não sabe/não respondeu</p>
<p>Em quantos dias na semana, o(a) Sr(a) costuma tomar suco de fruta natural?</p>	<p>___ dias por semana (de 1 a 7 dias)  (0) Nunca ou menos de uma vez por semana  (9) Não sabe/não respondeu</p>
<p>Em geral, quantas vezes por dia o(a) Sr(a) toma suco de fruta natural?</p>	<p>(1) 1 vez por dia  (2) 2 vezes por dia  (3) 3 vezes ou mais por dia  (9) Não sabe/não respondeu</p>
<p>Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer frutas?</p>	<p>___ dias por semana (de 1 a 7 dias)  (0) Nunca ou menos de uma vez por semana  (9) Não sabe/não respondeu</p>
<p>Em geral, quantas vezes por dia o(a) Sr(a) costuma comer frutas?</p>	<p>(1) 1 vez por dia  (2) 2 vezes por dia  (3) 3 vezes ou mais por dia  (9) Não sabe/não respondeu</p>

Fonte: (FIOCRUZ, 2015)

### ANEXO C – Perguntas referentes às atividades físicas

<p>Em quantos dias da última semana o(a) Sr(a) CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?</p>	<p>___ ___ número de dias na semana</p> <p>(0) Nenhum dia (9) Não sabe/não respondeu</p>
<p>Nos dias em que o(a) Sr(a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou caminhando POR DIA?</p>	<p>___ ___ horas: ___ ___  minutos</p> <p>(000) Nenhum (9999) Não sabe/não respondeu</p>
<p>Em quantos dias da última semana, o(a) Sr(a) realizou ATIVIDADES MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos?</p> <p><i>Atividades físicas MODERADAS: aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal ou fazem o coração bater UM POUCO mais forte.</i></p> <p><i>Exemplos de atividades físicas moderadas: pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim etc.</i></p> <p><i>Não inclui caminhada.</i></p>	<p>___ ___ número de dias na semana</p> <p>(0) Nenhum dia (9) Não sabe/não respondeu</p>
<p>Quando o(a) Sr(a) fez essas ATIVIDADES MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades POR DIA?</p>	<p>___ ___ horas: ___ ___  minutos</p> <p>(000) Nenhum (9999) Não sabe/não respondeu</p>
<p>Em quantos dias da última semana, o(a) Sr(a) realizou ATIVIDADES VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos?</p> <p><i>Atividades físicas VIGOROSAS: aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal ou fazem o coração bater MUITO mais forte.</i></p> <p><i>São exemplos de atividade física vigorosa: correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos etc.</i></p>	<p>___ ___ número de dias na semana</p> <p>(0) Nenhum dia (9) Não sabe/não respondeu</p>
<p>Nos dias em que o(a) Sr(a) fez essas atividades</p>	<p>___ ___ horas: ___ ___  minutos</p>

vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou fazendo essas atividades POR DIA?	(000) Nenhum (9999) Não sabe/não respondeu
As próximas perguntas são em relação ao tempo que o(a) Sr(a) gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, durante o tempo livre ou na escola (se pertinente). Isso inclui o tempo sentado no escritório, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.	
Quanto tempo POR DIA o(a) Sr(a) GASTA SENTADO em UM DIA normal da semana?	____ ____ horas: ____ ____  minutos (000) Nenhum (9999) Não sabe/não respondeu
Quanto tempo POR DIA o(a) Sr(a) GASTA SENTADO em UM FINAL DE SEMANA?	____ ____ horas: ____ ____  minutos (000) Nenhum (9999) Não sabe/não respondeu
O(A) Sr(a) conhece algum programa público no seu município de estímulo à prática de atividade física?	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu
O(A) Sr(a) participa desse programa?	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu

Fonte: (FIOCRUZ, 2015)

## ANEXO D – Aspectos Éticos ELSI-Brasil

04/09/2020

Aspectos éticos – ELSI-Brasil

ESTUDO LONGITUDINAL DA SAÚDE DOS IDOSOS BRASILEIROS

Idioma: Português English

### Aspectos éticos

O ELSI-Brasil cumpre todos os preceitos éticos requeridos para estudos científicos realizados com seres humanos, tais como a participação voluntária, a privacidade dos participantes e a confidencialidade das informações.

Os procedimentos da pesquisa incluem: (1) entrevista sobre as características gerais do domicílio e condições socioeconômicas dos demais moradores; (2) entrevista individual sobre condições de saúde física e mental e outros aspectos relevantes; (3) aferição da pressão arterial, medidas antropométricas e medidas da capacidade funcional; (4) coleta de sangue e exames laboratoriais. Um morador adulto é convidado a responder à entrevista (1), acima mencionada. Todos os moradores com idade igual ou superior a 50 anos são convidados a participar dos demais procedimentos, com exceção do procedimento (4), que foi conduzido em uma sub-amostra dos participantes do estudo.

Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram Termo de Consentimento Livres e Esclarecido específico para cada um dos procedimentos acima mencionados. Esse documento assegura os direitos e deveres dos participantes. A equipe de campo foi treinada para esclarecer as dúvidas dos participantes e a estes está assegurado o direito de consulta a terceiros antes da assinatura do documento.

Os entrevistadores foram treinados e certificados antes do início do trabalho de campo. Todas as medidas físicas obedecem rigorosamente às normas de proteção à saúde vigente no país e a protocolos previamente estabelecidos. Os resultados das medidas de pressão arterial são entregues ao participante. Caso apresente algum problema, durante as medidas físicas, que exija atendimento de urgência ou emergência, o participante é avisado e encaminhado para assistência na rede credenciada do município. O mesmo procedimento é adotado com referência aos exames laboratoriais.

A confidencialidade dos dados obtidos nas entrevistas e exames está garantida em todas as fases do estudo. As informações são arquivadas sem identificação nominal e são utilizadas exclusivamente para fins de investigação científica.

No tocante aos aspectos regulatórios e legais, o ELSI-Brasil cumpre as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, como a 196/96 e suas complementares, entre elas a 292/99, 340/2004, 346/2005, 347/2005 e 466/2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz e o processo está cadastrado na Plataforma Brasil (Protocolo no. 886.754).

ELSI-Brasil - Estudo Longitudinal da Saúde e Bem-Estar dos Idosos Brasileiros - 2015  
Desenvolvido com WordPress

Fonte: (FIOCRUZ; (UFMG), 2015)