



UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**

FACULDADE  
DE  
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA SALOMÉ DE ALMEIDA GUEDES

**Multimorbilidade: Fragilidade, Atividades De Vida Diária  
e Depressão no idoso, em função do Sexo e do Estatuto  
Socio-Económico**

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIGAO

FEVEREIRO/2020

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina**

**MULTIMORBILIDADE: FRAGILIDADE, ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E  
DEPRESSÃO NO IDOSO, EM FUNÇÃO DO SEXO E DO ESTATUTO  
SOCIO-ECONÓMICO**

**Investigadores:**

**Ana Salomé de Almeida Guedes <sup>1</sup>, Luiz Miguel Santiago <sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

salome.guedes@hotmail.com

**Como se morre de velhice**

*Como se morre de velhice  
ou de acidente ou de doença,  
morro, Senhor, de indiferença.*

*Da indiferença deste mundo  
onde o que se sente e se pensa  
não tem eco, na ausência imensa.*

*(...)*

*De boca amarga e de alma triste  
sinto a minha própria presença  
num céu de loucura suspensa.*

*(Já não se morre de velhice  
nem de acidente nem de doença,  
mas, Senhor, só de indiferença.)*

*Cecília Meireles, in 'Poemas (1957)'*

## **Índice**

Resumo .....	4
Abstract .....	5
Lista de Abreviaturas .....	6
Introdução .....	7
Material e Métodos .....	10
Resultados .....	12
Discussão .....	19
Conclusão .....	24
Agradecimentos.....	25
Bibliografia .....	26
<b>Anexos</b>	
Anexo 1.....	30
Anexo 2.....	31
Anexo 3 .....	32

## Resumo

**Introdução:** Multimorbidade é a presença de duas ou mais doenças crónicas na mesma pessoa. A sua relação com a Idade, Fragilidade, Depressão, Estatuto Socioeconómico e Limitações na execução das Atividades de Vida Diária merece um estudo mais aprofundado devido à sua prevalência crescente.

**Objetivos:** Estudar a relação entre a Multimorbidade e a Fragilidade, Depressão, Limitação na execução das Atividades de Vida Diária e Estatuto Socioeconómico.

**Métodos:** Estudo observacional transversal por entrevista a amostra quasi-aleatória de idosos que compareceram em consulta de ambulatório de geriatria em diversas Unidades de Cuidados de Saúde Primários em Portugal, no ano de 2019. Foram recolhidos os dados de 110 indivíduos com mais de 65 anos de idade aplicando um instrumento que incluía as versões portuguesas de: PRIMA-7, Índice de Barthel e Escala de Depressão Gereátrica, caracterização sociodemográfica e consentimento informado. O Estatuto Socioeconómico foi estudado recorrendo ao instrumento SEDI. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial dos dados, para  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Foram entrevistados 110 idosos, 52.7% mulheres, 47.3% homens, 41.8% tinha entre 65 a 74 anos, 36,4% entre 75 e 84 anos e 21.8% acima de 85. Todos os inquiridos declararam Multimorbidade, sendo o número médio de patologias  $4,5 \pm 1,9$ . A grandeza da Multimorbidade esteve associada ao Estatuto Socioeconómico ( $p=0,042$ ), Dependência para as atividades básicas de Vida Diária ( $p=0.004$ ), Fragilidade ( $p=0,021$ ) e Depressão ( $p=0,020$ ), mas apenas se correlacionou com a Fragilidade. Todas as variáveis estiveram diretamente relacionadas com a idade, evidenciando-se um aumento da prevalência de fragilidade, do grau de dependência e estado depressivo para faixas etárias mais velhas.

Uma idade igual ou superior a 85 anos ( $p=0.001$ ), possuir 5 a 7 comorbidades, um grau de dependência grave ( $p=0.009$ ) e depressão grave ( $p=0.006$ ) foram preditores independentes do desenvolvimento de fragilidade nos idosos avaliados.

**Discussão e Conclusões:** A Multimorbidade no idoso tem impacto na Fragilidade, Atividades de Vida Diária e Depressão no idoso, encontrando-se também relacionada com mais baixo Estatuto Socioeconómico. Revela-se, deste modo um tema de extrema relevância no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

**Palavras-Chave:** Multimorbidade; Fragilidade; Depressão, Atividades de Vida Diária; Estatuto - Socioeconómico.

## **Abstract**

**Background:** Multimorbidity is the presence of two or more chronic diseases in the same patient. Its correlation with age, Frailty, Depression, inability to perform Daily Activities and Socioeconomic Status, deserves study because of its increasing prevalence.

**Objectives:** To study the relationship between Multimorbidity and Frailty, Depression, Independence in carrying out the Activities of Daily Living and Economic Status.

**Methods:** Observational cross-sectional study interviewing old aged people, attending Primary Care Practices in Central Portugal in 2019 in a quasi-randomised sample. Data, referring to 110 individuals, older than 65 years was collected. It was performed, through an interview, an instrument including the Portuguese versions of- Prisma7, Yeasavage Scale, and Barthel Scale, sociodemographic characterization and informed consent. Socio-economic status was studied by the SEDI instrument. Descriptive and inferential statistics were performed, a  $p < 0,05$  being considered.

**Results:** We suited 110 persons, 52,7% females, 47,3% males, 41,8% 65 to 74 years, 36,4% between 75 and 84 years and 21,8% more than 85. All inquired had multimorbidity the mean number of diseases being of  $4,5 \pm 1,9$ . Multimorbidity was associated with socioeconomic status ( $p=0.042$ ), inability to perform daily life activities ( $p=0.004$ ), frailty ( $p=0.021$ ) and depression ( $p=0.020$ ), but only correlated with frailty.

All variables were associated with age, but not with sex, showing an increase in the prevalence of frailty, degree of dependence and depressive state for older age groups.

A high age ( $> 85$  years) ( $p=0.001$ ), a number of comorbidities between 5 and 7 ( $p=0.039$ ), severe depression ( $p=0.006$ ) and severe dependence ( $p=0.009$ ) were risk factors for frailty.

**Discussion and Conclusions:** Multimorbidity in the elderly is related to depression, decrease in ability to perform daily life activities, frailty and low socio-economic status, so being a much important issue for primary care doctors to deal with.

**Keywords:** Multimorbidity; Frailty; Depression; Daily Life Activities; Socioeconomic Status.

## **Lista de Abreviaturas**

AVD - Atividades de Vida Diária

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

GDS - Escala de Depressão Gereátrica

MM - Multimorbilidade

OMS - Organização Mundial de Saúde

SEDI - *Socioeconomic Deprivation Index*

USF- Unidade de Saúde da Família

## Introdução

Na atualidade, torna-se cada vez mais evidente uma tendência de envelhecimento demográfico na população portuguesa que reflete o que se observa em toda a Europa.<sup>1</sup> Diretamente relacionado com este aumento da esperança média de vida surge também um incremento significativo na prevalência de doenças crónicas no idoso, que poderá ser explicado pela maior exposição e aumento da vulnerabilidade a fatores de risco para este tipo de condições.<sup>2</sup> Neste contexto, surgem dois conceitos de especial importância por se encontrarem frequentemente interligados: Multimorbilidade e Fragilidade.<sup>3</sup>

Existe heterogeneidade relativamente à definição de Multimorbilidade. Por ser mais simples e fácil de implementar, nomeadamente em estudos de caráter epidemiológico, a definição da OMS é a mais aceite e a que será tida em conta neste trabalho, definindo Multimorbilidade como a presença de duas ou mais doenças crónicas em simultâneo.<sup>4</sup> Afetando mais de metade da população idosa,<sup>2</sup> a Multimorbilidade é preditora de um futuro declínio funcional, que será tanto maior quanto maior o número de condições crónicas presentes e maior a sua gravidade.<sup>2,5</sup> Sendo a funcionalidade global entendida como a capacidade de funcionar sozinho e gerir a própria vida de forma independente e autónoma, mesmo sendo portador de doenças,<sup>6</sup> foi demonstrado que o declínio nesta funcionalidade global se manifesta, desde logo, pelo aparecimento de limitações a nível das atividades básicas da vida diária,<sup>5</sup> tarefas do quotidiano necessárias para que o indivíduo cuide de si e da sua própria vida, expressando o grau de autonomia e independência do indivíduo. No que diz respeito ao Estatuto Socioeconómico, não existem muitas evidências sobre o modo como este se relaciona com a Multimorbilidade, contudo a associação entre menor grau de educação concomitante com condições precárias de vida e a Multimorbilidade, é a melhor estabelecida para a associação entre essas medidas de Estatuto Socioeconómico e o risco de várias doenças crónicas individuais.<sup>7</sup>

No que diz respeito à Fragilidade, é conceitualmente definida como um estado clinicamente reconhecível de adultos idosos, cuja principal característica é a vulnerabilidade aumentada, resultante de declínios associados à idade, como a diminuição da reserva funcional e comprometimento ou desregulação em múltiplos sistemas fisiológicos, com consequente redução da capacidade de recuperar a homeostase fisiológica após um evento possivelmente prejudicial.<sup>8,10</sup>

Contrariamente à perceção geral da população, bem como dos prestadores dos cuidados de saúde, a multimorbilidade nem sempre implica o início da fragilidade. Estas duas condições encontram-se, no entanto, estritamente ligadas por um conjunto de factores, de entre os quais as doenças crónicas assumem um papel central.<sup>11</sup> Nesta perspetiva, o estudo da relação entre



as múltiplas condições crónicas e o comprometimento funcional do idoso torna-se de extrema relevância, dada a expectativa de vida longa desta população, a alta prevalência deste tipo de condições e a dependência que muitas vezes se instala num universo cada vez maior de idosos marcadamente frágeis.

Saliente-se que as doenças crónicas não são apenas condições biológicas, condicionando também as vertentes psicológica e social.<sup>12</sup> De facto, estudos recentes demonstram que a depressão tardia, depressão que surge em idosos com mais de 65 anos,<sup>13</sup> se encontra intimamente relacionada com a Fragilidade,<sup>14</sup> bem como com o estatuto socio-económico do idoso.<sup>15</sup> De acordo com a DSM V, a depressão caracteriza-se pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.<sup>16</sup> Não existindo testes laboratoriais ou de neuroimagem capazes de diagnosticar a depressão tardia, a ferramenta de diagnóstico clínico mais eficaz baseia-se na história clínica que deverá incluir, sempre que necessário, a aplicação de questionários ao próprio, a aquisição de informação por parte dos informantes que possuem um papel de relevo neste contexto, frisando ainda a importância do encaminhamento para uma eventual avaliação neuropsicológica.<sup>17</sup> Não foram identificadas diferenças raciais ou étnicas contudo foi demonstrado que, para todas as idades, a prevalência de depressão no género feminino é superior ao masculino.<sup>18</sup> Refira-se ainda estudos recentes que sugerem que a doença cerebrovascular pode predispor, precipitar e perpetuar algumas síndromes depressivas nos idosos.<sup>19,20</sup> Em suma, realça-se que a depressão, além do sofrimento pessoal, não raras vezes associado a perturbação da dinâmica familiar, piora também o prognóstico das condições médicas, sendo um dos fatores de maior relevo no desenvolvimento de incapacidade funcional.<sup>21</sup>

Revela-se, deste modo, premente a sinalização de idosos frágeis, bem como a definição de metas a atingir e de intervenções passíveis de as fazer atingir, alterando esta condição, minimizando o seu impacto a nível, físico e psicológico, através da compreensão do impacto das várias condições crónicas nas necessidades de assistência por parte, quer de familiares, quer de outros serviços de apoio. A perspetiva de abordagem da multimorbilidade diz respeito então não apenas ao tratamento das diversas patologias, como também à obtenção de uma compreensão global da condição social e psicológica do paciente, explorando as suas preferências e prioridades, desenvolvendo deste modo uma gestão individualizada crucial para a prestação de cuidados de saúde adequados.

Este trabalho tinha como objetivo avaliar, num grupo de idosos, o impacto da Multimorbidade na Fragilidade, Grau de Independência para as Atividades da Vida Diária e Depressão.

Foi também feita a análise comparativa da relação entre as variáveis descritas, tendo em conta o número de morbilidades associadas e o estudo de quais os fatores preditores do desenvolvimento de Fragilidade no Idoso. Pretendeu-se ainda perceber se havia uma relação entre estas variáveis e o Estatuto Socioeconómico.

## Material e Métodos

Foi realizado um estudo populacional observacional, sendo estabelecido como critério de aceitação para a participação no estudo ter idade igual ou superior a 65 anos e a presença de um número mínimo de duas condições crónicas.

Este estudo teve aprovação da Comissão de Ética de Saúde do Centro (Anexo 1), do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, assim como das diferentes administrações das USFs onde foram recolhidos os dados (USF S. Julião Figuera da Foz, USF Coimbra Centro, USF Caminhos do Cértoma e USF Pulsar). Foi obtido ainda o consentimento informado (Anexo 2) de todos os participantes.

Foi proposta a participação no estudo a todos os utentes elegíveis que efetuaram inscrição para qualquer tipo de consulta nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, cuja autorização foi previamente obtida. Para garantir a representatividade da amostra selecionaram-se aleatoriamente os dias para a recolha dos dados, que foram recolhidos entre agosto e dezembro de 2019, tendo sido garantida a sua confidencialidade.

As variáveis de interesse para o presente estudo foram colhidas através de um questionário (Anexo 3) estruturado por entrevista realizada pela investigadora. Assim:

Foram selecionadas variáveis de caracterização sociodemográfica, nomeadamente sexo e grupo etário (65 a 74, 75 a 84 e acima de 85) e a classificação socioeconómica (baixa, média e alta) em função do Socio-Economic Deprivation Index<sup>22</sup> pela colheita do tipo de família (vive sozinho/ vive acompanhado), rendimento financeiro mensal (< 600 euros/ ≥ 600 euros) e educação (≤ 4ª classe/ > 4ª classe). Participaram neste estudo 110 idosos. Devemos referir que nenhum idoso se recusou a participar.

A variável multimorbilidade foi definida pela presença simultânea de duas ou mais doenças crónicas auto-reportadas.

A Fragilidade foi avaliada pelo questionário PRISMA-7, confiável, adaptado e validado para o português<sup>23</sup>, consistindo num total de sete perguntas de resposta dicotómica (sim ou não), em que três ou mais “sim” sugerem Fragilidade.

O grau de dependência foi avaliado utilizando a Escala de Barthel,<sup>24</sup> que avalia o nível de independência do idoso para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, ir à casa de banho, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, mobilidade, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas, sendo que cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0

corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência. Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Dependência grave; 61-90 Dependência Moderada; 91-99 Dependência muito leve e 100 Independência.

A Depressão foi avaliada utilizando da Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15), amplamente utilizada e validada como instrumento de detecção de sintomas depressivos no idoso,<sup>25</sup> que consiste em 15 perguntas de resposta dicotômica (sim ou não), em que o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão e uma pontuação total igual ou superior a 11 indica depressão grave.

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25, com um nível de significância definido a  $p < 0.05$ . A normalidade das distribuições foi analisada através do teste Kolmogorov-Smirnov.

Os testes Qui-quadrado e Fisher foram usados para estabelecer associações significativas entre variáveis nominais e ordinais. O teste Kruskal-Wallis permitiu calcular diferenças de variáveis quantitativas entre grupos. O coeficiente de correlação de Spearman e a correlação parcial foram usados para determinar correlações entre variáveis selecionadas. A regressão logística multivariada permitiu estabelecer preditores do desenvolvimento de fragilidade.

## Resultados

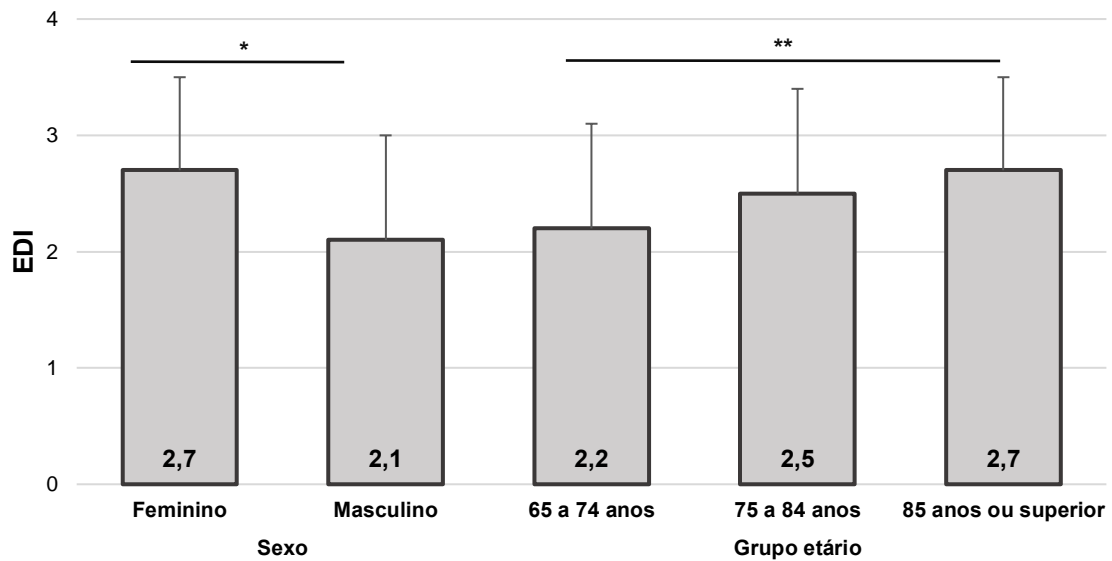
De um total de 110 indivíduos, registou-se uma razão sexo feminino/masculino de 58/52, mais de metade (52,7%) era do sexo feminino e o grupo etário mais frequente tinha entre 65 e 74 anos de idade (41,8%; n=46). Os idosos avaliados mostraram uma média de 4,5±1,9 comorbilidades e mais frequentemente entre 2 e 4 patologias crónicas (52,7%; n=58). O score médio do *Socioeconomic Deprivation Index* (SEDI) foi de 2,4±0,9. A incidência de fragilidade (PRISMA-7) na amostra foi de 38,2%, 47,3% (n=52) dos indivíduos apresentava algum grau de dependência (Escala de Barthel) e 49,1% (n=54) possuía sintomatologia depressiva (Escala Yesavage).

TABELA 1 | Caracterização sociodemográfica da amostra.

Características	(n=110)
<b>Sexo, % (n)</b>	
Feminino	52,7 (58)
Masculino	47,3 (52)
<b>Grupo etário, % (n)</b>	
65 a 74 anos	41,8 (46)
75 a 84 anos	36,4 (40)
85 anos ou superior	21,8 (24)
<b>Comorbilidades, % (n)</b>	
2 a 4	52,7 (58)
5 a 7	38,2 (42)
8 ou mais	9,1 (10)
Média±DP	4,5±1,9
<b>SEDI, média±DP</b>	2,4±0,9
<b>PRISMA-7, % (n)</b>	
Frágil	38,2 (42)
Não frágil	61,8 (68)
<b>Escala de Barthel, % (n)</b>	
Dependência total	2,7 (3)
Dependência grave	4,5 (5)
Dependência moderada	18,2 (20)
Dependência leve	21,8 (24)
Independência	52,7 (58)
<b>Yesavage, % (n)</b>	2,2±0,9
Depressão grave	27,3 (30)
Depressão ligeira	21,8 (24)
Sem depressão	50,9 (56)

Legenda: DP, Desvio-padrão; SEDI, *Socioeconomic Deprivation Index*.

A pontuação média obtida no SEDI diferiu significativamente entre sexos ( $p=0.001$ ) e grupos etários ( $p=0.029$ ). O sexo feminino apresentou níveis socioeconómicos mais baixos comparativamente ao sexo masculino. Por outro lado, indivíduos progressivamente mais velhos registaram níveis socioeconómicos mais pobres quando comparados com indivíduos mais novos (Gráfico 1).



**Gráfico 1 | Socioeconomic Deprivation Index (SEDI) de acordo com o sexo e o grupo etário.**

\* $p=0.001$ ; \*\* $p=0.029$ .

A fragilidade (PRISMA-7) revelou-se dependente da faixa etária ( $p < 0.001$ ), mas não do sexo ( $p = 0.737$ ). Idosos com idade igual ou superior a 85 anos registaram uma incidência de fragilidade de 87,5%, caindo este valor para menos de metade (37,5%) em idosos com idade compreendida entre 75 e 84 anos (Gráfico 2).

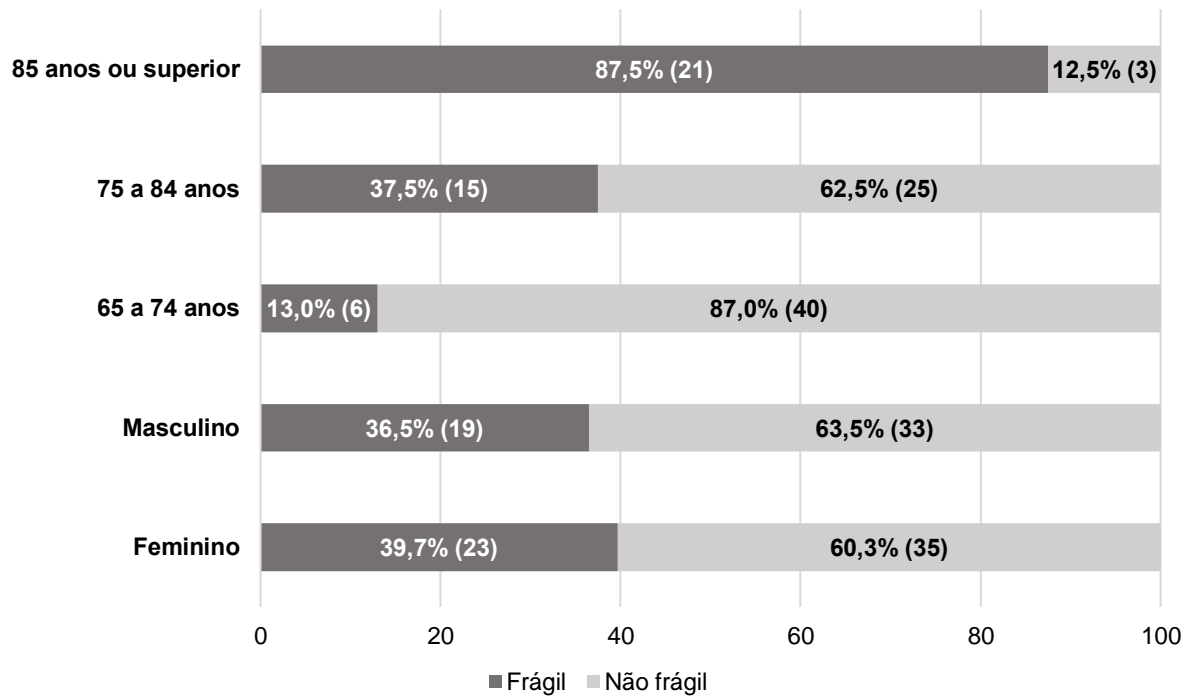
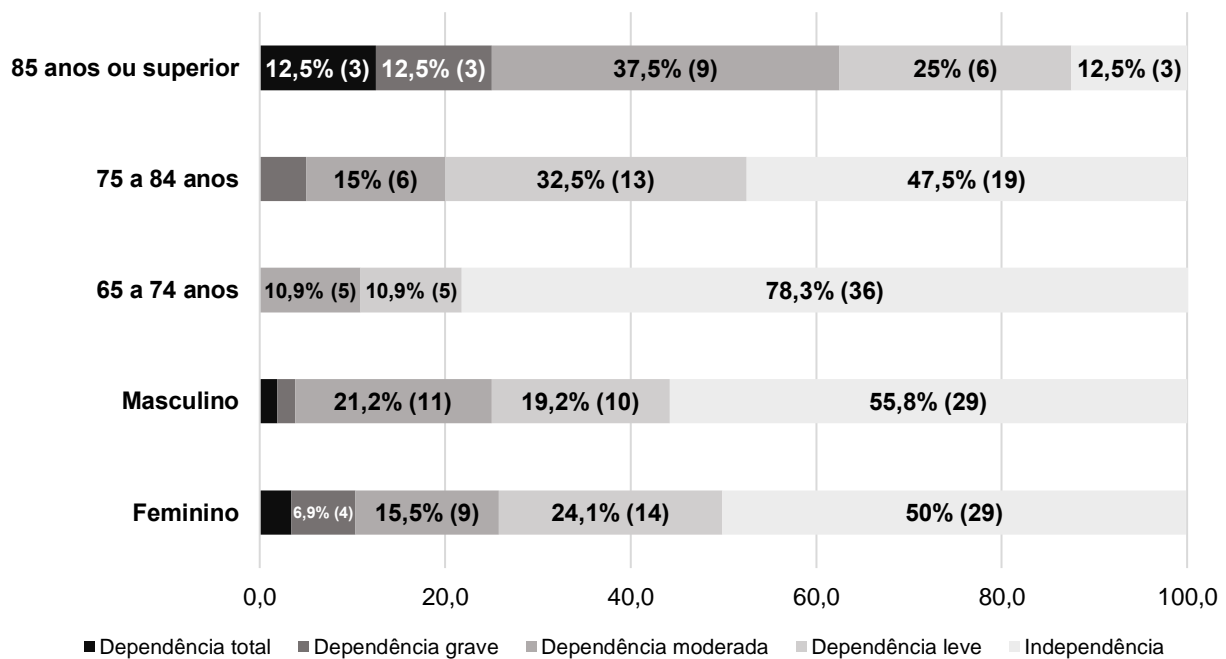


Gráfico 2 | Índice PRISMA-7 de acordo com o sexo e grupo etário.

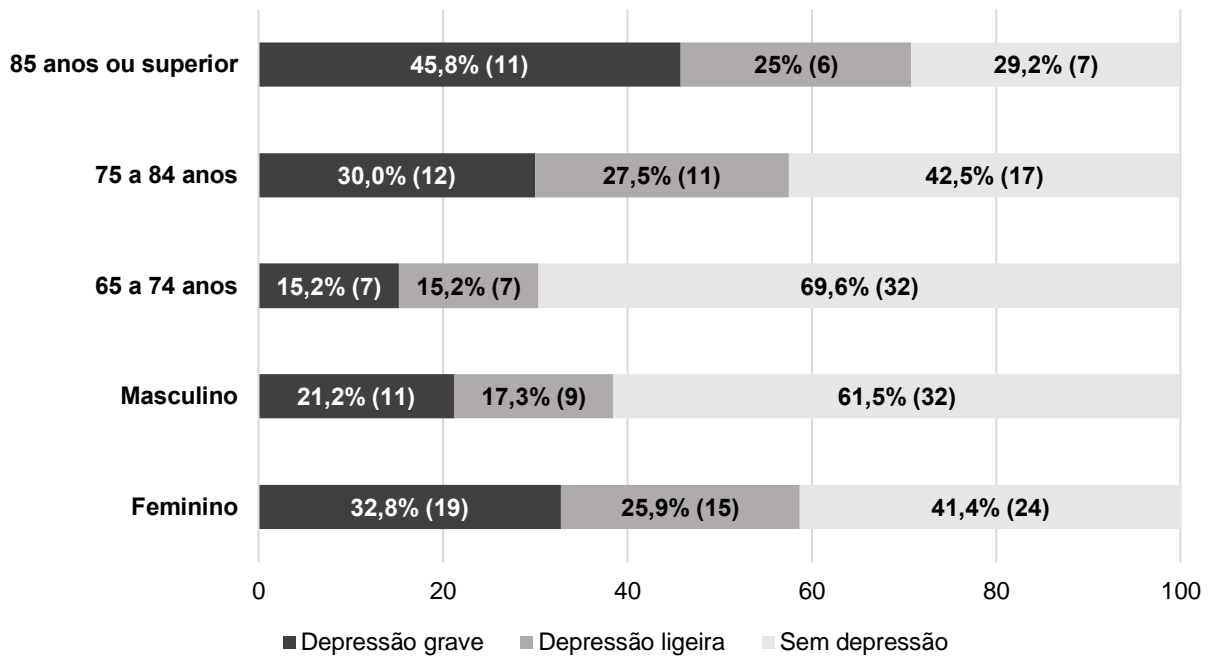
O grau de dependência (Escala de Barthel) de acordo com o sexo e grupo etário está representado no Gráfico 3. Enquanto que a maioria (78,3%; n= 36) dos idosos com idades entre 65 e 74 anos não mostrou qualquer nível de dependência, apenas 12,5% (n=3) dos que tinham pelo menos 85 anos de idade eram independentes. A frequência de dependência total, grave e moderada foi superior no grupo etário mais velho. O grau de dependência mostrou-se dependente da faixa etária dos idosos ( $p<0.001$ ), mas não do sexo ( $p=0.658$ ).



**Gráfico 3 | Escala de Barthel de acordo com o sexo e grupo etário.**



A maioria (69,6%; n= 32) dos idosos com idades entre o 65 e 74 anos não apresentavam sintomatologia depressiva, mas quase metade (45,8%) dos que apresentavam pelo menos 85 anos apresentavam depressão grave (Gráfico 4). De forma análoga aos resultados anteriores, a gravidade da depressão não esteve dependente do sexo ( $p=0.107$ ), mas do grupo etário ( $p=0.011$ ).



**Gráfico 4 | Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage de acordo com o sexo e grupo etário.**

O nível socioeconómico diferiu significativamente entre grupos ( $p=0.042$ ). Idosos com 5 a 7 comorbilidades registaram pior estatuto socioeconómico relativamente aos que possuíam 2 a 4 comorbilidades. A incidência de fragilidade foi significativamente superior ( $p=0.021$ ) nos idosos com um número elevado de comorbilidades (70,0%;  $n=7$ ), face àqueles que possuíam entre 2 e 4 patologias (27,6%;  $n=42$ ). A maioria (65,5%;  $n=38$ ) dos idosos com 2 a 4 comorbilidades era independente, enquanto que aqueles que apresentavam um número mais elevado de doenças registavam uma maior frequência de diferentes graus de dependência ( $p=0.004$ ). Mais de metade (63,8%;  $n=37$ ) dos idosos com 2 a 4 comorbilidades não apresentava depressão, enquanto que 40,0% dos que possuíam um elevado número de comorbilidades apresentavam depressão grave ( $p=0.020$ ).

**TABELA 2** Comparação dos indicadores demográficos, socioeconómicos, fragilidade, dependência e depressão entre diferentes níveis de multimorbilidade.

Variáveis	Comorbilidades			Valor P
	2 a 4 (n=58)	5 a 7 (n=42)	≥8 (n=10)	
<b>Sexo, F:M</b>	29:29	24:18	5:5	0.778
<b>Grupo etário, % (n)</b>				0.648
<b>65 a 74 anos</b>	48,3 (28)	33,3 (14)	40,0 (4)	
<b>75 a 84 anos</b>	31,0 (18)	42,9 (18)	40,0 (4)	
<b>85 anos ou superior</b>	20,7 (12)	23,8 (10)	20,0 (2)	
<b>SEDI, média±DP</b>	2,2±0,9	2,7±0,8	2,2±0,8	<b>0.042</b>
<b>PRIMSA-7, % (n)</b>				<b>0.021</b>
<b>Frágil</b>	27,6 (16)	45,2 (19)	70,0 (7)	
<b>Não frágil</b>	72,4 (42)	54,8 (23)	30,0 (3)	
<b>Escala de Barthel, % (n)</b>				<b>0.004</b>
<b>Dependência total</b>	1,7 (1)	4,8 (2)	0,0 (0)	
<b>Dependência grave</b>	3,4 (2)	4,8 (2)	10,0 (1)	
<b>Dependência moderada</b>	19,0 (11)	11,9 (5)	40,0 (4)	
<b>Dependência leve</b>	10,3 (6)	40,5 (17)	10,0 (1)	
<b>Independência</b>	65,5 (38)	38,1 (16)	40,0 (4)	
<b>Yesavage, % (n)</b>				<b>0.020</b>
<b>Depressão grave</b>	24,1 (14)	28,6 (12)	40,0 (4)	
<b>Depressão ligeira</b>	12,1 (7)	35,7 (15)	20,0 (2)	
<b>Sem depressão</b>	63,8 (37)	35,7 (15)	40,0 (4)	

Legenda:DP, desvio-padrão; SEDI, Socioeconomic Deprivation Index.

As variáveis correlacionadas com a escala PRISMA-7 na matriz de correlação da Tabela 2 foram selecionadas num modelo de regressão logística binária multivariada para determinar o seu efeito no desenvolvimento de fragilidade nos idosos. O modelo foi estatisticamente significativo ( $\chi^2= 88.212$ ;  $p<0.001$ ) e explicou 75,0% da variância da fragilidade. Uma idade igual ou superior a 85 anos ( $p=0.001$ ), possuir 5 a 7 comorbilidades, um grau de dependência grave ( $p=0.009$ ) e depressão grave ( $p=0.006$ ) foram preditores independentes do desenvolvimento de fragilidade nos idosos avaliados (Tabela 3).

**TABELA 3 | Regressão logística multivariada para o desenvolvimento fragilidade.**

Variáveis	Análise multivariada	
	RR (IC 95%) para Fragilidade	Valor P
<b>Grupo etário (referência: 65 a 74 anos)</b>		
75 a 84 anos	NS	NS
85 anos ou superior	42,529 (4,578-395,110)	<b>0.001</b>
<b>Comorbilidades (referência: 2 a 4)</b>		
5 a 7	19,899 (1,160-341,421)	<b>0.039</b>
8 ou mais	NS	NS
<b>SEDI (por cada unidade incremental)</b>	NS	NS
<b>Escala de Barthel (referência: Independência)</b>		
Dependência total	NS	NS
Dependência grave	17,390 (2,030-148,960)	<b>0.009</b>
Dependência moderada	NS	NS
Dependência leve	NS	NS
<b>Yesavage (referência: Sem depressão)</b>		
Depressão grave	16,628 (2,197-125,825)	<b>0.006</b>
Depressão ligeira	NS	NS

Legenda: IC 95%, Intervalo de Confiança a 95%; NS, Não significativo; RR, Risco Relativo.

## Discussão

Com este trabalho pretendeu-se avaliar o impacto da Multimorbidade na Fragilidade, Independência para as Atividades da Vida Diária e Depressão no idoso e ainda perceber se havia uma relação entre esta e o Estatuto Socioeconómico.

Relativamente à caracterização sociodemográfica, dos 110 participantes, devemos referir que nenhum idoso se recusou a participar. Destes, 52,7% (n=58) eram do sexo feminino e o grupo etário mais frequente tinha entre 65 e 74 anos de idade (41,8%; n=46). Os idosos avaliados relataram uma média de  $4,5 \pm 1,9$  comorbilidades e, mais frequentemente, entre 2 a 4 patologias crónicas (52,7%; n=58), sendo a hipertensão arterial, a osteoartrose e a dislipidémia as patologias mais prevalentes.

Quanto à Fragilidade foram identificados, utilizando o Prisma-7, 42 idosos frágeis (38,2%), valor que se encontra em concordância com estudos prévios, que apontam para um intervalo que varia de 4,0 a 59,1%.<sup>26</sup> Este largo intervalo é explicado à luz das diferentes definições existentes de fragilidade bem como da grande variabilidade de instrumentos utilizados para medi-la.<sup>27,28,29</sup> Considerando a amostra de participantes com idade igual ou superior a 85 anos, a presença de indivíduos frágeis foi de 87,5%, enquanto que na amostra de participantes com idade compreendida entre os 75 e os 84 anos este número caiu para menos de metade (-37,5%), (Gráfico 3), resultados estes que se encontram de acordo com os encontrados noutros estudos, ditando que indivíduos com idade mais avançada têm maior probabilidade de se tornarem idosos frágeis.<sup>30</sup> Não houve, no entanto, diferenças entre sexos.

O conceito de fragilidade surgiu há cerca de 40 anos, como um padrão de vulnerabilidade, frequentemente encontrado em idosos e relacionado com a presença de doenças crónicas e dependência nas actividades de vida diária.<sup>31</sup> De facto, estudos mais recentes<sup>32</sup> demonstraram que pessoas frágeis, ao longo dos últimos anos de vida, aumentam significativamente a probabilidade de sofrer incapacidade para as AVDs, incapacidade esta que condiciona uma trajetória constante de declínio funcional,<sup>33</sup> nomeadamente pelo aumento do risco de perda de mobilidade e dependência funcional consequente, sempre em estreita associação com a quantidade e gravidade de doenças crónicas presentes. Por outro lado, também a fragilidade predispõe ao desenvolvimento ou manifestação da doença crónica por mecanismos como desnutrição e diminuição da atividade física, ilustrando o “efeito dominó” deste estado.<sup>34</sup>

Quanto à avaliação da independência, usando a Escala de Barthel, 47,3% (n=52) dos indivíduos apresentava algum grau de dependência e, analogamente à fragilidade, a maioria (65,5%; n=38) dos idosos com 2 a 4 comorbilidades era independente, enquanto que aqueles

que apresentavam um número mais elevado de doenças registavam uma maior frequência de diferentes graus de dependência ( $p=0.004$ ). O grau de dependência mostrou-se dependente da faixa etária dos idosos ( $p<0.001$ ), mas não do sexo ( $p=0.658$ ). Deste modo, a frequência de dependência total, grave e moderada foi superior no grupo etário mais velho (apenas 12,5% dos que tinham pelo menos 85 anos de idade eram independentes), em oposição à grande maioria dos idosos com idades entre 65 e 74 anos (78,3% foram classificados como independentes). Efetivamente, Van der Vorst et al concluíram que pessoas mais velhas e com mais condições clínicas, tanto observadas como autorreferidas, pareciam sofrer de um risco acrescido de desenvolver limitações nas AVDs.<sup>35</sup> Estes autores sugeriram o sexo feminino como sendo também um fator risco, o que não se observou no presente estudo.

Neste contexto, importa realçar que a população idosa, além de um risco acrescido de desenvolver condições que põem em causa a destreza física, revela-se também uma das franjas da sociedade mais vulnerável aos problemas da saúde mental, no sentido em que o envelhecimento acarreta uma perda de capacidades já referidas, que põe em causa o bem estar e, conseqüentemente, a saúde mental.<sup>19,21,36</sup> Neste sentido e utilizando a escala de Yesavage, verificámos que 49,1% ( $n=54$ ) dos idosos estudados tinha sintomatologia depressiva. Uma vez mais, mais de metade (63,8%;  $n=37$ ) dos idosos com 2 a 4 comorbilidades não apresentava depressão, enquanto que 40,0% dos que tinham um elevado número de comorbilidades apresentavam depressão grave ( $p=0.020$ ). A maioria (69,6%;  $n=32$ ) dos idosos com idades entre o 65 e 74 anos não apresentavam sintomatologia depressiva e, opostamente, quase metade (45,8%) dos que apresentavam pelo menos 85 anos apresentavam depressão grave (Gráfico 5), evidenciando a relação entre o estado depressivo e a idade, já descrita em diversos estudos.<sup>19,37</sup> Mais uma vez, a gravidade da depressão não esteve, no entanto, dependente do sexo ( $p=0.107$ ).

Para o diagnóstico da depressão foi usada a escala de depressão geriátrica, definida como um dos melhores instrumentos validados para deteção de depressão nesta população. De facto, a maioria dos idosos com depressão que se dirige aos cuidados de saúde primários apresenta-se com queixas somáticas, o que conduz a um subdiagnóstico frequente da depressão geriátrica.<sup>36</sup> Tal facto evidencia a importância da utilização de instrumentos como a GDS de modo a minimizar este problema, sublinhando a associação entre a depressão no idoso e o aumento da mortalidade, traduzida pelo aumento das taxas de suicídio que, nos idosos são quase o dobro das que se verificam nas restantes faixas etárias,<sup>38</sup> bem como aumento de complicações derivadas das doenças cardíacas.<sup>39</sup>

No que diz respeito aos determinantes sociais em saúde verificados pelo estatuto socioeconómico, o score médio do *Socioeconomic Deprivation Index* foi de  $2,4 \pm 0,9$ , sendo que idosos com 5 a 7 comorbilidades registaram pior estatuto socioeconómico relativamente aos que tinham 2 a 4 comorbilidades. Poucos estudos conseguiram estabelecer a associação entre o estatuto socioeconómico e a multimorbidade por idade e / ou sexo, sendo que a limitada informação que existe difere entre si, não permitindo estabelecer nenhuma conclusão fidedigna. Sabe-se, no entanto, que o Estatuto Socioeconómico assume uma importância fulcral nesta temática, encontrando-se muito dependente, não dos rendimentos, mas sim da associação entre um baixo grau de escolaridade e privação.<sup>7</sup> Segundo Bruto da Costa et al, a privação “traduz-se, antes de mais, em más condições de vida”, condições estas que abrangem um vasto leque de necessidades essenciais que se estendem desde as atividades básicas do dia a dia a dimensões muito mais abrangentes, como condições habitacionais, acesso a transportes e a cuidados de saúde, participação na vida social, política e cultural, entre outras.<sup>40</sup> Entende-se, deste modo, como um conceito bastante mais abrangente do que apenas a dimensão económica, afetando o idoso em toda a sua dimensão existencial. Ao avaliar as diferenças por sexo e faixa etária, concluímos que o sexo feminino apresentou níveis socioeconómicos mais baixos comparativamente ao sexo masculino e que indivíduos progressivamente mais velhos registaram níveis socioeconómicos mais pobres quando comparados com indivíduos mais novos (Gráfico 1). No que diz respeito à diferença entre sexos, tais resultados podem ser interpretados à luz do papel da mulher na sociedade do século passado; sendo este essencialmente o de cuidadora da casa, das crianças e de parentes mais velhos, verifica-se que, com o decorrer dos anos, este papel se reflete num maior risco de pobreza, menor acesso aos serviços de saúde de alta qualidade e de assistência social, maior risco de abuso, problemas de saúde e acesso a reformas de muito baixo valor (ou mesmo nulo). No entanto, é de notar que na atualidade as mulheres desempenham cada vez mais outras funções, que lhes proporcionam uma muito maior segurança em idades mais avançadas, facto que pode estar relacionado com valores mais elevados no índice SEDI para a generalidade dos idosos mais jovens, comparativamente com os mais velhos.

Como previsão inicial, especulou-se que a Multimorbidade teria impacto na fragilidade, independência para as atividades de vida diária e depressão no idoso. Especulou-se também uma possível relação entre a multimorbidade e o estatuto socioeconómico.

Os resultados deste estudo revelaram que a grandeza da multimorbidade, a fragilidade, a dependência e a depressão estiveram positivamente correlacionadas independentemente do grupo etário dos idosos, estando o SEDI negativamente correlacionado com as variáveis

recolhidas. O facto do número de comorbilidades não se correlacionar com o estatuto socioeconómico pode indicar que a multimorbilidade é um fenómeno transversal aos vários escalões socioeconómicos e estar mais relacionada com a idade.

Por se verificar a existência de discrepâncias significativas entre os grupos etários no que toca às escalas, as correlações apresentadas na Tabela 3 foram corrigidas para a idade, que poderia estar a atuar como uma variável confundidora. O número de comorbilidades esteve então associado ao estatuto socioeconómico, fragilidade e depressão, mas apenas se correlacionou com a fragilidade. Verificou-se, no entanto, que todas as variáveis estiveram diretamente relacionadas com a idade, existindo um aumento da prevalência de fragilidade, do grau de dependência e estado depressivo para faixas etárias mais velhas.

Não pudemos, contudo, comprovar que algumas categorias intermédias das nossas variáveis ou escalas fossem preditores provavelmente devido aos vários níveis de corte das suas categorias.

De forma a complementar os objetivos do estudo, tentamos também perceber quais os fatores preditores do desenvolvimento de Fragilidade no Idoso. Concluiu-se que uma idade elevada (>85 anos), um nível de comorbilidades entre 5 e 7, depressão grave e dependência graves são fatores de risco para fragilidade.

Estes resultados devem, no entanto, ser interpretados à luz de algumas limitações. Por um lado, ao assumir uma contagem de condições crónicas como uma medida de MM, assume-se que cada uma das doenças tem igual impacto no idoso, o que muitas vezes não se verifica. De facto, é expectável que o impacto da MM nas diversas dimensões da saúde dependa, não só do número, mas sobretudo da gravidade das doenças, da sua combinação, e do acesso a meios de apoio e tratamento que permitam minimizar este impacto, tanto a nível físico, como psicológico, tendo ainda em conta o potencial viés induzido pela prevalência de doença auto-relatada.

É ainda necessário ter em conta aspetos inerentes à seleção da amostra, nomeadamente à exclusão de indivíduos que não se desloquem às USFs, como os acamados ou institucionalizados. De facto, existem dados que comprovam que pessoas de menor nível socioeconómico e menos saudáveis têm maior prevalência de institucionalização.<sup>41</sup> Consequentemente, as diferenças socioeconómicas podem estar subestimadas.

Refira-se ainda que o Índice de Barthel surge como um instrumento válido e fácil de aplicar na prática clínica, contudo considera apenas o resultado global e não a avaliação de cada

um dos itens, que permite identificar onde estão as incapacidades. Assim, um indivíduo pode obter um score final igual a outro, mas as suas necessidades serem efectivamente diferentes. Ao não ter em conta o conhecimento do nível de autonomia em relação a cada ítem específico, podemos estar a colocar no mesmo patamar pessoas com características e necessidade muito distintas, interferindo com a planificação dos cuidados de uma forma personalizada. Além disso, a categorização não é unânime para todos os autores, ou seja, os pontos de corte nos escalões de dependência variam, nas diferentes modificações que foram efetuadas à escala.

Apesar das limitações apresentadas, parece poder afirmar-se que os resultados deste estudo vão de encontro à hipótese colocada inicialmente: A Multimorbilidade tem impacto na Fragilidade, Atividades de Vida Diária e Depressão no idoso, encontrando-se também relacionada com o Estatuto Socioeconómico. Salienta-se ainda a relação de todas as variáveis analisadas com o aumento da idade.



## **Conclusão**

Confirma-se assim o carácter multidimensional da Multimorbidade nas pessoas idosas, evidenciando a necessidade de uma atenção especial a faixas etárias progressivamente mais idosas através de uma abordagem ao doente idoso que deverá sempre ter em conta a heterogeneidade desta população, marcada pelas múltiplas comorbilidades que constituem a base de um ciclo vicioso que conduz ao desenvolvimento de fragilidade, dependência e depressão, bem como a inúmeras carências, tanto de cariz social e familiar, como económico, sendo fulcral um apoio muito próximo e adaptado, com o intuito de promover um envelhecimento saudável e a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa, através de equipas de saúde multidisciplinares destinadas a promover não só o tratamento curativo, mas integrando também a prevenção, a reabilitação e o apoio social e psicológico, de modo a minimizar o impacto da multimorbidade na pessoa idosa e, em particular, na muito idosa, em todas as suas dimensões.

## **Agradecimentos**

*Finda esta etapa de um longo percurso que, sozinha, nunca teria percorrido, não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que dele fizeram parte e que, de uma maneira ou outra me ensinaram que o caminho é em frente e só não somos capazes daquilo a que não nos propomos. Assim, gostaria de agradecer, em especial:*

***Ao meu orientador**, Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, pela orientação, motivação, compreensão e disponibilidade demonstradas no decorrer da realização deste trabalho. Foi um grande privilégio trabalhar sob a sua orientação.*

*Ao meu porto seguro, a minha família: **aos meus pais**, por todo o apoio, sacrifício e sobretudo, pela compreensão e paciência infinitas; pelo Ser Humano incrível que cada um deles é, por serem o meu grande exemplo e representarem exatamente o que um dia gostaria de ser para os meus filhos. **À minha irmã**, minha mais fiel companheira, dona de um dom sobrenatural para fazer os outros sorrir e mandar para trás tantas lágrimas malvadas, de uma sensibilidade que ninguém mais possui, por apesar de mana mais nova ser a minha segunda mãe. **Ao meu irmão**, minha eterna criança que, com o seu sentido de justiça e humildade tem a capacidade de todos os dias me ensinar a ser uma pessoa melhor. **Aos meus avós** pelo orgulho e ensinamentos sem fim, reflexo de uma escola da vida, por me fazerem sempre recordar que “dos fracos não reza a história”. **Aos meus padrinhos**, pelo apoio incondicional e por todo o amor.*

*Aos **amigos que Coimbra me deu**, por todas as memórias guardadas a sete chaves no coração, por se terem tornado na minha segunda família. **À minha TFMUC**, o grupo de galinhas a quem nunca vou conseguir agradecer o quanto, a pouco e pouco, me moldou e tornou, sem dúvida, numa futura melhor médica, porque “quem só sabe de medicina, nem de medicina sabe”. **Às minhas amigas de sempre e para sempre, Inês Peixoto e Inês Freitas**, porque um barco sem as suas âncoras não se segura.*

*Com um carinho especial queria ainda agradecer a cada um dos **idosos que contribuíram para a realização deste trabalho**, e que tanto me ensinaram. Por me permitirem encarar a vida de uma perspetiva diferente, por me fazerem ver a dureza de realidades que não deviam existir, por me mostrarem que nem sempre é preciso segurarmos as lágrimas, que a empatia e a compaixão por vezes funcionam melhor que qualquer fármaco. Porque “a pior doença é a solidão” e “o fim custa muito a suportar” são frases que não deviam ser verbalizadas nunca, muito menos sentidas, queria agradecer do fundo do coração a cada um destes idosos por me motivarem a tornar-me numa boa profissional mas, sobretudo, num bom Ser Humano.*

*A todos os outros que não mencionei mas que de uma maneira ou de outra contribuíram para a concretização do meu sonho, um grande obrigada!*

## Bibliografia

1. Eurostat  
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/pt](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt)
2. Gu, J., Chao, J., Chen, W., Xu, H., Zhang, R., He, T., & Deng, L. (2018). Multimorbidity and health-related quality of life among the community-dwelling elderly: A longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74, 133–140.
3. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: 255–263.
4. Xu, X., Mishra, G. D., & Jones, M. (2017). Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews. *Ageing Research Reviews*.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28511964>
5. Ryan, A., Wallace, E., O'Hara, P., & Smith, S. M. (2015). Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1).
6. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis Júnior WM, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm* 2012;25(6):933-9.
7. Pathirana, T. I., & Jackson, C. A. (2018). Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 42(2), 186–194.
8. Turner, G., & Clegg, A. (2014). Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age and Ageing*, 43(6), 744–747.

9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146–56.
10. Onder, G., & Marengoni, A. (2016). Frailty: The pleasure and pain of geriatric medicine. *European Journal of Internal Medicine*, 31, 1- 2.
11. Onder, G., Cesari, M., Maggio, M., & Palmer, K. (2017). Defining a care pathway for patients with multimorbidity or frailty. *European Journal of Internal Medicine*, 38, 1–2.
12. Jokela, M., García-Velázquez, R., Airaksinen, J., Gluschkoff, K., Kivimäki, M., & Rosenström, T. (2019). Chronic diseases and social risk factors in relation to specific symptoms of depression: Evidence from the U.S. national health and nutrition examination surveys. *Journal of Affective Disorders*, 251, 242–247.
13. Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What Are the Causes of Late-Life Depression? *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 497.
14. Fujiwara T, Kawachi I. A prospective study of individual-level social capital and major depression in the United States. *J Epidemiol Community Health* 2008.
15. Okamura, T., Ura, C., Miyamae, F., Sugiyama, M., Inagaki, H., Ayako, Awata, S. (2018). Prevalence of depressed mood and loss of interest among community-dwelling older people: Large-scale questionnaire survey and visiting intervention. *Geriatrics & Gerontology International*.
16. DSM-5 : Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.<sup>a</sup> edição ou DSM-5
17. Wang, S., & Blazer, D. G. (2015). Depression and Cognition in the Elderly. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 331–360. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032814-112828.
18. Beyer JL. Managing depression in geriatric populations. *Ann Clin Psychiatry*. 2007 Oct-Dec;19(4):221-38.
19. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005 Jun 4-10;365(9475):1961-70.
20. Salo, K. I., Scharfen, J., Wilden, I. D., Schubotz, R. I., & Holling, H. (2019). Confining the Concept of Vascular Depression to Late-Onset Depression: A Meta-Analysis of MRI-

Defined Hyperintensity Burden in Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder. *Frontiers in Psychology*, 10.

21. Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), M249–M265.

22. Ribeiro Ana Isabel, Mayer Alexandra, Miranda Ana Pina Maria. (2017). The Portuguese Version of the European Deprivation Index: An Instrument to Study Health Inequalities. *Acta medica portuguesa*. 30. 17-25. 10.20344/amp.7387.

23. Tavares JP, Ferreira AL, Fonseca JP, Barbosa BT, Teixeira AT, Veríssimo MT. Prisma-7 para rastreio da fragilidade em adultos idosos: estudo de validade de conteúdo e fidelidade. 2016;4(9Suppl):225.

24. Araújo F, Pais Ribeiro Jose, Oliveira A, Pinto C (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de saúde pública*. 25. 59-66.

25. Santos Ana João, Nunes Baltazar, Kislaya Irina, Gil Ana Paula, Ribeiro Oscar. (2019). Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica*, 37(3), 405-415.

26. Collard RM, Boter H, Schoevers RA. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(8):1487-92.

27. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, et al. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *New Engl J Med* 2002;347:1068–1074. 11.

28. Chin APMJ, Dekker JM, Feskens EJ, et al. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. *J Clin Epidemiol* 1999;52:1015–1021.

29. Dayhoff N., Suhrheinrich J., Wigglesworth J., Topp R., Moore S.(1998). Balance and muscle strength as Predictors of Frailty Among Older Adults. *J Gerontol Nurs*. 24(7) 18-27.

30. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sick Med Sci* 2007; 62(7):722-727

31. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56A:M146–M156.
32. Lunney, J. R. (2003). Patterns of Functional Decline at the End of Life. *JAMA*, 289(18), 2387.
33. Milte, R., & Crotty, M. (2014). Musculoskeletal health, frailty and functional decline. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 28(3), 395–410.
34. Heppenstall, Claire & Wilkinson, Tim & Hanger, Hugh & Keeling, Sally. (2009). Frailty: Dominos or deliberation?. *The New Zealand medical journal*. 122. 42-53.
35. Van der Vorst, A., Zijlstra, G. A. R., Witte, N. D., Duppen, D., Stuck, A. E., ... Kempen, G. I. J. M. (2016). Limitations in Activities of Daily Living in Community-Dwelling People Aged 75 and Over: A Systematic Literature Review of Risk and Protective Factors. *PLOS ONE*, 11(10), e0165127.
36. Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 275–281
37. Palsson S, Ostling S, Skoog I. The incidence of first onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. *Psychol Med* 2001; 31: 1159–68.
38. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis*. 2008 Jan;5(1):A22.
39. Snowden M, Steinman L, Frederick J. Treating depression in older adults: challenges to implementing the recommendations of an expert panel. *Prev Chronic Dis*. 2008 Jan;5(1):A26
40. Costa, Alfredo Bruto da (1998), *Exclusões sociais*, Gradiva, Lisboa.
41. Martikainen, P., Nihtilä, E., & Moustgaard, H. (2008). The Effects of Socioeconomic Status and Health on Transitions in Living Arrangements and Mortality: A Longitudinal Analysis of Elderly Finnish Men and Women From 1997 to 2002. *The Journals of Gerontology: Series B*, 63(2), S99–S109.

## Anexos

### Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.



#### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> <b>Positivo</b>	<b>DESPACHO:</b> <i>foi aprovado porca.</i> <i>27.07.11</i>  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
--	---

**ASSUNTO:** Parecer sobre o Projeto 66/2019

*[Signature]*  
Dr. Rosa Reis Marques  
Presidente,

*[Signature]*  
Dr. João Rodrigues  
Vice-Presidente,

*[Signature]*  
Dr. Luís Militão Cabral  
Vogal,

Face à informação entretanto recebida relativa ao projeto apresentado pela estudante Ana Salomé de Almeida Guedes intitulado "Multimorbilidade: o seu impacto na fragilidade, depressão, estatuto socioeconómico e atividades da vida diária no idoso", o parecer é **positivo**, uma vez que satisfaz as solicitações entretanto formuladas. Isto é, foi disponibilizada informação relativa aos questionários a utilizar, foram indicadas as unidades em que o estudo será implementado e, no formulário do consentimento informado, foi disponibilizado espaço para duas assinaturas, a da investigadora e a do/a participante.

*P1* O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

*[Signature]*

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

## **Anexo 2: Consentimento Informado de Participação no Estudo.**

### **“Consentimento Informado”**

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, estou a desenvolver um estudo, aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P., com o objetivo de perceber de que modo a Multimorbidade no idoso se correlaciona com a Fragilidade, a limitação na execução das Atividades de Vida Diária e a Depressão no idoso, em função da idade e do Estatuto Socio-Económico do mesmo.

Neste sentido, solicito a sua participação no presente estudo, através do preenchimento de três breves questionários, com uma duração total de aproximadamente 08 minutos.

É importante que leia atentamente e responda a todas as questões. Se eventualmente se enganar a assinalar a sua resposta, deverá riscá-la e preencher a quadrícula correspondente à resposta que realmente pretende.

A sua participação neste estudo não lhe trará qualquer despesa ou risco e tem carácter voluntário, pelo que poderá recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento, sem que tal facto tenha consequências para si.

Será solicitado que disponibilize alguma informação para a análise estatística não sendo nunca possível identificar quem respondeu nem como respondeu. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo, após aleatorização dos mesmos.

Agradeço desde já a sua participação. A sua colaboração é fundamental.

Coimbra \_\_, \_\_, \_\_\_\_

O participante

A investigadora

---

---



### Anexo 3: Instrumento de Avaliação.

Colheita de dados para elaboração da Tese de Mestrado: Multimorbilidade: o seu impacto na Fragilidade, Atividades de Vida diária e Depressão no Idoso, em função do Sexo e Estatuto Socio-Económico.

**Sexo:** Feminino

Masculino

**Idade:** 65 a 74

75 a 84

85 ou superior

#### Avaliação socio-económica (Índice SEDI)

Vive sozinho

Vive acompanhado

Ganha salário mínimo ou mais: Sim

Não

Escolaridade:  $\leq 4^{\text{a}}$  classe

$> 4^{\text{a}}$  classe

#### Morbilidades:

### Questionários

#### PRISMA-7

Questões	Resposta	
	Sim	Não
Tem mais de 85 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É do sexo masculino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, tem algum problema de saúde que o/a obrigue a diminuir ou limitar as suas atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisa da ajuda de alguém regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, tem algum problema de saúde que o/a obrigue a ficar em casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se precisar de ajuda, tem alguém próximo para o/a ajudar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza regularmente bengala, andarilho ou cadeira de rodas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Escala de Barthel

Atividade	Pontuação
<p><b>Higiene pessoal</b>            0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal            5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)</p>	
<p><b>Evacuar</b>            0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)            5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)            10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)</p>	
<p><b>Urinar</b>            0 = Incontinente ou algaliado            5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)            10 = Contigente (por mais de 7 dias)</p>	
<p><b>Ir à casa de banho (uso de sanitário)</b>            0 = Dependente            5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho            10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)</p>	
<p><b>Alimentar-se</b>            0 = Incapaz            5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)</p>	
<p><b>Transferências (cadeira /cama)</b>            0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se            5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se            10 = Pequena ajuda (verbal ou física)            15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)</p>	
<p><b>Mobilidade (deambulação)</b>            0 = Imobilizado            5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.            10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)            15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)</p>	
<p><b>Vestir-se</b>            0 = Dependente            5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda            10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)</p>	

<p><b>Escadas</b>  0 = Incapaz  5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão  10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)</p>	
<p><b>Banho</b>  0 = Dependente  5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)</p>	

Total (0 - 100) \_

### Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>1</b>	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
<b>2</b>	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
<b>3</b>	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
<b>4</b>	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
<b>5</b>	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
<b>6</b>	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
<b>7</b>	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
<b>8</b>	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
<b>9</b>	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
<b>10</b>	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
<b>11</b>	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
<b>12</b>	Sente-se inútil?	1	0
<b>13</b>	Sente-se cheio de energia?	0	1
<b>14</b>	Sente-se sem esperança?	1	0
<b>15</b>	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0