

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

LILLIAN BONDEZAN HOLOVATINO

**Dependência para a realização de atividades instrumentais de vida diária e  
sintomatologia depressiva em pessoas idosas residentes na comunidade**

São Paulo

2023

LILLIAN BONDEZAN HOLOVATINO

**Dependência para a realização de atividades instrumentais de vida diária e  
sintomatologia depressiva em pessoas idosas residentes na comunidade**

Versão corrigida

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

Área de Concentração:

Gerontologia

Orientador:

Prof. Dra. Samila Sathler Tavares Batistoni

São Paulo

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Artes, Ciências e Humanidades,  
com os dados inseridos pelo(a) autor(a)  
Brenda Fontes Malheiros de Castro CRB 8-7012; Sandra Tokarevicz CRB 8-4936

Bondezan Holovatino, Lillian

Dependência para a realização de atividades instrumentais de vida diária e sintomatologia depressiva em pessoas idosas residentes na comunidade / Lillian Bondezan Holovatino; orientadora, Samila Sathler Tavares Batistoni. -- São Paulo, 2023.  
96 p: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, 2023.

Versão corrigida

1. Idoso. 2. Capacidade Residual Funcional. 3. Octogenários. 4. Atividades Cotidianas. 5. Depressão. I. Batistoni, Samila Sathler Tavares, orient. II. Título.

Nome: HOLOVATINO, Lillian Bondezan

Título: Dependência para a realização de atividades instrumentais de vida diária e sintomatologia depressiva em pessoas idosas residentes na comunidade

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

Área de Concentração:

Gerontologia

Aprovado em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Dedico aos meus avós Pedro, Malvina e Cleide, por me mostrarem, por meio de suas histórias e vivências, que o envelhecimento pode ser uma fase de vida rica e significativa, repleta de aprendizados e novas oportunidades.*

## **Agradecimentos**

O processo de desenvolvimento e aprendizado do mestrado não seria o mesmo sem o apoio e presença de pessoas especiais. Agradeço aos meus pais que em todos os momentos confiaram em mim e sempre me apoiaram, vocês acreditaram em mim mesmo quando eu não acreditei, obrigada.

Ao meu noivo Bruno e à minha irmã Fernanda, que são pessoas únicas na minha vida, estão ao meu lado em todos os momentos, respiram comigo e me mostram outras formas de ver o mundo. Amo muito vocês.

Aos meus pacientes que compartilham comigo suas dores e vitórias, vocês me inspiram muito, me fazem ter cada vez mais certeza de que a gerontologia é o meu lugar e que podemos, sim, mudar o mundo.

Agradeço a todos os meus amigos, amigas e familiares, que entenderam quando eu não estive presente em momentos especiais, que me apoiaram e ajudaram a fazer esse processo mais leve, em especial: Anielle, Ariane, Beatriz, Luci e Marcelia.

À minha orientadora, professora Samila, que desde o início abraçou a ideia de trabalharmos de forma interdisciplinar, conectando nossos conhecimentos. Obrigada por me ensinar tanto.

Aos meus colegas e professores da gerontologia, com quem eu aprendi e troquei tanto nesse tempo de aprendizado. É muito legal ver como a gerontologia proporciona tantos conhecimentos e visões de mundo.

"De um lugar que não se alcança, e que é, no entanto, claro, minha verdade, sem troca, sem  
equivalência nem desengano  
permanece constante, obrigatória, livre:  
enquanto aprendo, desaprendo e torno a reaprender."

(MEIRELES, 1961, p. 173)

## RESUMO

Holovantino, L. B. **Dependência para a realização de atividades instrumentais de vida diária e sintomatologia depressiva em pessoas idosas residentes na comunidade.** 2023, 96. Dissertação (Mestrado em ciências) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

A realização independente e autônoma das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) demanda das pessoas idosas condições de preservação física e competências psicológicas. Alterações no senso de independência para realizá-las podem se refletir na experiência emocional dos indivíduos de forma heterogênea, incluindo quadros de vulnerabilidades ao bem-estar e riscos à saúde mental. Examinar a composição de agrupamentos segundo indicadores de dependência (total ou parcial) para a realização AIVDs, assim como as associações desses agrupamentos com sintomas depressivos específicos em idosos residentes na comunidade foi o objetivo de pesquisa que motivou o desenvolvimento da presente dissertação de Mestrado em Gerontologia. Para tal, realizou-se um estudo descritivo e analítico com delineamento transversal a partir do banco de dados eletrônico da coleta de seguimento do estudo FIBRA - Fragilidade em Idosos Brasileiros - polo Unicamp – realizada nas localidades de Campinas (SP) e Ermelino Matarazzo (SP) anos de 2016-2017. O banco de dados foi composto por informações de 419 idosos (M= 80 anos ( $\pm$  4,5)); 69,4% sexo feminino), residentes na comunidade, com prevalência de 49,64,% dependentes para as AIVD segundo a escala de Lawton e Brody e prevalência de 29,1% para depressão segundo a GDS-15. Para a formação dos grupos e caracterização dos grupos, utilizou-se a análise de cluster pelo método de agrupamento hierárquico de Ward e medidas de similaridade, considerando a dependência para cada AIVD, seguidas de análise de regressão multinomial para identificar as razões de chance para um dos sintomas depressivos que compõem a GDS-15. A análise de cluster resultou em quatro grupos de manifestação de dependência para AIVDs, com verificação crescente no número, tipo de dependências e associações com condições sociodemográficas e piora quanto à autoavaliação de saúde, senso de autonomia e controle entre os clusters 1 a 4. Após ajuste pelas variáveis sexo, status conjugal, autoavaliação de saúde e percepção de controle e autonomia, os clusters apresentaram probabilidades diferenciadas quanto as experiências emocionais indicadas pelos sintomas depressivos. Em relação ao cluster 1, o mais preservado de condições de dependência, o cluster 2 apresentou experiências emocionais sugestivas de rebaixamento em afetos positivos (item 7 da GDS, O.R.=4,19) e disposição física (item 13 da GDS, O.R.=2,03). O cluster 3, com maiores dependências para AIVDs realizadas fora do domicílio, revelou probabilidade



sugestiva de vulnerabilidades para o isolamento social ( item 7, O.R.=4,88 e item 9, O.R.=2,05). O Cluster 4, com maior número e tipos de dependências, apresentou maior probabilidades para a experiência de sintomas depressivos centrais para o diagnóstico clínico de depressão, sendo considerado o grupo mais vulnerável a essa ocorrência. As evidências, sugerem, portanto, a validade em especificar as dependências em termos das atividades instrumentais pois estas expõem as pessoas idosas a diferentes experiências emocionais. Estratégias de atenção em saúde e profissionais da reabilitação devem incluir tais vulnerabilidades nos planos de cuidado e estimular políticas públicas que promovam o cuidado comunitário e a valorização do capital social de idosos, mesmo em condições de dependência.

Palavras-chave: Idoso, Capacidade Residual Funcional, Octogenários, Atividades Cotidianas, Depressão.

## ABSTRACT

Holovatino, L. B. **Dependency in instrumental activities of daily living and depressive symptoms in community-dwelling elderly.** 2023, 96. Dissertation (Master of Science) – School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo, 2023.

The independent and autonomous performance of instrumental activities of daily living (IADLs) demands conditions of physical preservation and psychological competencies from the elderly. Changes in the sense of independence to carry them out can be reflected in the emotional experience of individuals in a heterogeneous way, including frames of vulnerabilities to well-being and risks to mental health. Examining the composition of clusters according to indicators of dependence (total or partial) for performing IADLs, as well as the associations of these clusters with specific depressive symptoms in elderly people living in the community was the objective of the research that motivated the development of this Master's thesis in Gerontology. Therefore, a descriptive and analytical study was carried out with a cross-sectional design based on the electronic database of the follow-up collection of the FIBRA study - Fragility in Brazilian Elderly - Unicamp center - carried out in the cities of Campinas (SP) and Ermelino Matarazzo (SP ) years 2016-2017. The database consisted of information from 419 elderly people (M= 80 years (+ 4.5)); 69.4% female, living in the community, with a prevalence of 50.36% dependent for IADL according to the scale of Lawton and Brody and a prevalence of 29.1% for depression according to GDS-15. For the formation of groups and characterization of groups, cluster analysis was used by Ward's hierarchical grouping method and similarity measures, considering the dependency for each IADL, followed by multinomial regression analysis to identify the odds ratios for the depressive symptoms that make up the GDS-15. Cluster analysis resulted in four groups of manifestation of dependence for IADLs, with increasing verification in the number, type of dependencies, and associations with sociodemographic conditions and worsening in terms of self-rated health, sense of autonomy, and control among clusters 1 to 4. After adjusting for the variables sex, marital status, self-rated health, and perception of control and autonomy, the clusters showed different probabilities regarding the emotional experiences indicated by depressive symptoms. Regarding cluster 1, the most preserved of dependence conditions, cluster 2 presented emotional experiences suggestive of lowering in positive affects (item 7 of the GDS, O.R.=4.19) and physical disposition (item 13 of the GDS, O.R.=2 .03). Cluster 3, with greater dependencies for IADLs performed outside the home, revealed a probability suggestive of vulnerabilities for social isolation (item 7, O.R.=4.88 and item 9, O.R.=2.05). Cluster 4, with the highest number and types of addictions, was more likely to experience

depressive symptoms central to the clinical diagnosis of depression, being considered the most vulnerable group to this occurrence. The evidence, therefore, suggests the validity of specifying dependencies in terms of instrumental activities, as these expose elderly people to different emotional experiences. Healthcare strategies and rehabilitation professionals should include such vulnerabilities in care plans and encourage public policies that promote community care and the appreciation of the social capital of the elderly, even in conditions of dependence.

Keywords: Aged, Functional Residual Capacity, Octogenarians, Activities of Daily Living, Depression.

## LISTA DE FIGURAS, TABELAS E ILUSTRAÇÕES

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde – adaptado de WHO, 2001.   | 24 |
| Figura 2 | Combinação de fatores para rastreio de Declínio funcional – traduzido e adaptado de Colón-Emeric, <i>et al.</i> , 2013.  | 26 |
| Quadro 1 | Possibilidades de subclassificação das AIVDs elencadas por Lawton e Brody, segundo critérios referentes ao objetivo, alcance da instrumentalidade e ambiente externo ou interno ao domicílio e os componentes correspondentes da CIF.  | 32 |
| Figura 3 | Fluxograma de composição da amostra para o presente estudo, considerando os bancos de dados disponíveis do Estudo FIBRA pelo UNICAMP a partir da linha de base 2008-2009 até as medidas de seguimento 2016-2017 com a coorte de idosos residentes em Campinas e Ermelino Matarazzo – SP, Brasil.                           | 49 |
| Tabela 1 | Caracterização da amostra a partir das variáveis sociodemográficas, autoavaliação de saúde, sintomas depressivos e níveis de dependência para AIVD, N=419. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017.  | 52 |
| Tabela 2 | Frequência de dependência para AIVD na amostra total. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (n=419).  | 54 |
| Tabela 3 | Frequência de cada sintoma depressivo na amostra total e cálculo de prevalência e razões de chance dos sintomas para a subamostra de idosos com dependências para a realização de AIVDs. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (n=419).   | 55 |
| Figura 4 | Dendograma representativo da formação dos clusters pelo método de agrupamento hierárquico. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (n=419).   | 57 |
| Figura 5 | Média de dependência para cada atividade instrumental de vida diária em cada cluster formado. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (n=419).  | 57 |
| Tabela 4 | Caracterização dos clusters formados segundo as características sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, arranjo de moradia, estado conjugal, autoavaliação de saúde, sintomas depressivos e controle e autonomia segundo a CASP). Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (n=419). | 59 |
| Tabela 5 | Prevalência e razão de chances de presença de sintomas depressivos em cada cluster. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (n=419)   | 61 |
| Figura 6 | Ilustração dos clusters considerando frequência, aspectos socioculturais, percepção de saúde, dependência e sintomas depressivos. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (n=419)   | 63 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|             |   |
|-------------|---|
| FIBRA       | Fragilidade em Idosos Brasileiros                                     |
| OMS         | Organização Mundial da Saúde  |
| WHO         | World Health Organization   |
| IBGE        | Instituto Brasileiro de Geografia e Geopolítica                       |
| ONU         | Organização das Nações Unidas   |
| AVD         | Atividade de Vida Diária  |
| CF          | Capacidade Funcional  |
| CIF         | Classificação Internacional de Funcionalidade                         |
| CI          | Capacidade Intrínseca   |
| ABVD        | Atividades Básicas de Vida Diária                                     |
| AIVD        | Atividades Instrumentais de Vida Diária                               |
| AAVD        | Atividades Avançadas de Vida Diária                                   |
| SISAP-Idoso | Sistema de Indicações de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso |
| PNAD        | Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios                          |
| PNS         | Pesquisa Nacional de Saúde  |
| OPAS        | Organização Pan-Americana de Saúde                                    |
| SABE        | Saúde, Bem-estar e Envelhecimento                                     |
| DATASUS     | Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil       |
| ELSI-Brasil | Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros                   |
| DSM         | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders                 |
| CID         | Classificação Internacional de Doenças                                |
| GDS         | Geriatric Depression Scale  |
| STAR-D      | Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression                |
| CPES        | Collaborative Psychiatric Epidemiology                                |
| NHANES      | National Health and Nutrition Examination Survey                      |
| IDH         | Índice de Desenvolvimento Humano                                      |

|             |  |
|-------------|--|
| UNICAMP     | Universidade Estadual de Campinas  |
| CNPq        | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico              |
| FCM-UNICAMP | Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas |
| LB          | Linha Base   |
| TCLE        | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                 |
| CAAE        | Certificado de Apresentação de Apreciação Ética                            |
| MEEM        | Miniexame do Estado Mental   |
| SG          | Estudo de Seguimento   |
| CAPES       | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior                |
| FAPESP      | Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo                       |
| CASP-19     | Controle, Autonomia, Auto realização e Prazer                              |
| SAS         | Statistical Analysis System  |
| SPSS        | Statistical Package for Social Sciences                                    |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. APRESENTAÇÃO</b>   | <b>16</b> |
| <b>2. INTRODUÇÃO</b>   | <b>18</b> |
| 2.1. A dimensão funcional do envelhecimento e a dependência para a realização de atividades de vida diária   | 23        |
| 2.2. Sintomas depressivos em idosos  | 35        |
| 2.3. Experiência de sintomas depressivos específicos em pessoas idosas com diferentes manifestações de dependência para AIVDs: justificativas para avanços na pesquisa | 42        |
| <b>3. OBJETIVOS</b>  | <b>46</b> |
| 3.1. Objetivo geral  | 46        |
| 3.2. Objetivos específicos:  | 46        |
| <b>4. MÉTODOS</b>  | <b>47</b> |
| 4.1. Estudo FIBRA  | 47        |
| 4.2. Materiais e métodos do presente estudo  | 49        |
| 4.3. Análise dos dados   | 52        |
| <b>5. RESULTADOS</b>   | <b>54</b> |
| 5.1. Caracterização da amostra   | 54        |
| 5.2. Análise de Cluster  | 58        |
| <b>6. DISCUSSÃO</b>  | <b>66</b> |
| <b>7. CONCLUSÃO</b>  | <b>75</b> |
| <b>8. REFERÊNCIAS</b>  | <b>77</b> |
| ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiro: Rede FIBRA. No. 207, 2007 – Linha de Base.                | 89        |
| ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Estudo de Seguimento entre os anos de 2016 e 2017.   | 91        |
| ANEXO C - Declaração de autorização para uso de arquivos, registros e similares.   | 95        |
| ANEXO D - Escala de Lawton e Brody para avaliação do desempenho em AIVD.   | 96        |
| ANEXO E - Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)  | 97        |

## **1. APRESENTAÇÃO**

A presente Dissertação de Mestrado em Gerontologia foi desenvolvida a partir da motivação em contribuir e estimular uma perspectiva interdisciplinar e interprofissional na atenção a pessoas idosas que apresentam comprometimentos funcionais para a realização de atividades de vida diária.

Esse é um tema de central relevância para a pesquisa em Gerontologia, com implicações especiais para as Ciências da Reabilitação - reconhecidas como base científica para as atuações de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos e psicólogos. Uma compreensão ampliada sobre as particularidades que envolvem o envelhecimento humano e sobre as experiências e fatores que se associam às perdas ou aos comprometimentos para a realização de tarefas do cotidiano são fundamentais para aqueles que são constantemente desafiados frente aos objetivos da reabilitação física e funcional.

A partir de minha formação acadêmica anterior e da prática profissional como fisioterapeuta, tenho contato frequente com tais realidades. Tenho também reconhecido a manifestação de experiências emocionais específicas que muitas vezes acompanham os comprometimentos, desafiando minhas capacidades em prestar uma assistência e serviços que considerem esses aspectos no desenvolvimento do plano de cuidados e nos alvos da reabilitação.

A Gerontologia se apresentou a mim como uma das fontes essenciais para o embasamento das ações a partir de princípios, conceitos e teorias baseadas em evidências. A diversidade do campo em termos das contribuições advindas da perspectiva multi e interdisciplinar em pesquisa tem também estimulado minhas competências e o domínio de estratégias metodológicas para minha formação como pesquisadora.

Como expressão de inquietações profissionais e da oportunidade aprimoramento das competências em pesquisa por meio do mestrado, o desenvolvimento da presente dissertação tomou como base a realização de um estudo empírico a partir de dados provenientes de uma amostra de pessoas idosas, brasileiras e residentes na comunidade. Para tanto, tive o privilégio e a responsabilidade de utilizar informações referentes à coleta de dados de seguimento do Estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) (ocorrida nos anos de 2017-2018, nas cidades de Campinas – SP e no Subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo, SP) para testar hipóteses concernentes à experiência emocional de idosos com diferentes perfis de dependência para a realização de atividades instrumentais de vida diária.



Cabe destacar que o Estudo FIBRA e as publicações decorrentes deste projeto - que contou com fomento de agências públicas de pesquisa<sup>1</sup> - tem propiciado um conjunto de reflexões sobre informações referentes ao envelhecimento no contexto brasileiro. Informações derivadas do FIBRA têm permitido comparações com outros estudos nacionais e internacionais, contribuindo de forma particular para o avanço da Gerontologia em nosso país.

Minhas expectativas são as de que as análises e as discussões dos resultados da pesquisa apresentada - à luz da literatura gerontológica - impliquem em elementos para reflexão e tomada de decisão na atenção ao envelhecimento e nas práticas clínicas com idosos. Considerações especiais serão destinadas às atuações de profissionais das Ciências da Reabilitação, uma vez que a manutenção e promoção da capacidade funcional dos indivíduos é um dos alvos centrais das intervenções e práticas.

1. O financiamento do projeto FIBRA foi concedido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em 2006, sob parecer n. 555087/2006- 9

## 2. INTRODUÇÃO

Embora em ritmo e características particulares às regiões geográficas, a população mundial está passando por um processo de envelhecimento altamente associado à confluência entre a redução nas taxas de fecundidade e a diminuição da mortalidade precoce decorrente de doenças infecciosas e transmissíveis. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS - *World Health Organization*; WHO, 2017) até 2050, o percentual global de pessoas com idades acima de 60/65 anos pode representar de 18% a 30%, verificando-se um maior aumento na proporção de pessoas com idades de oitenta anos e mais. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) estima que, em 2060, haverá 32,16% de indivíduos com 60 anos ou mais e 8,36% da população brasileira será composta por idosos com idades iguais ou superiores a 80 anos.

O aumento no contingente de pessoas idosas, além de implicar em diferenças na alocação de recursos e organização das sociedades, demanda novos modelos e práticas de cuidado em saúde em seus diversos níveis e complexidades de atenção. As transições nos perfis de morbidade e mortalidade das populações em envelhecimento caracterizam-se pelo aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. A maior presença destas doenças, associadas a condições socioeconômicas e contextuais desfavoráveis, potencializam a ocorrência incapacidades, as quais restringem a manutenção de uma vida independente e autônoma na velhice (BERTOLETTI e JUNGES, 2014; PORCIÚNCULA, *et al.*, 2014). As sobreposições entre envelhecimento, doenças crônicas e incapacidades compõem manifestações de saúde de maior complexidade, para as quais ainda estão em curso o desenvolvimento de estratégias de atenção mais promissoras e efetivas (WHO, 2017).

Para compreender os perfis de saúde tanto no nível populacional quanto no nível individual há que se reconhecer as influências normativas e não normativas de natureza biológica, psicológica, social e ambiental que atuam ao longo de toda a vida dos indivíduos. Estas influências resultam em trajetórias de envelhecimento distintas e desafiadoras aos paradigmas tradicionais sobre as relações entre saúde e envelhecimento (SEPÚLVEDA-LOYOLA *et al.*, 2020).

As concepções de que o envelhecimento humano está associado a uma ampliação na variabilidade entre os indivíduos e em maior heterogeneidade nas condições de saúde são importantes contribuições da Gerontologia advindas dos desenvolvimentos interdisciplinares e estudos longitudinais realizados a partir de grandes amostras populacionais (ROCHA, 2022). A Gerontologia - enquanto um campo multi e interdisciplinar de investigação

científica - tem sido uma das importantes fontes de evidência científica para tais iniciativas. O campo tem ganhado visibilidade e relevância crescente diante da busca por respostas ao envelhecimento das populações da necessidade associar qualidade de vida aos indicadores de longevidade já alcançados (PORTELA, *et al.*, 2019; LÉON, *et al.*, 2020).

Os desafios e aspirações dos estudiosos e pesquisadores em Gerontologia diante do envelhecimento populacional relacionam-se com o fortalecimento de um campo científico dedicado a ultrapassar as fronteiras disciplinares na descrição, análise e explicação dos fenômenos do envelhecimento e na compreensão da velhice. De forma latente ao seu objeto de estudo, são inerentes aos esforços da Gerontologia em buscar refinar definições e apontar caminhos que conduzam a uma “boa velhice” (enquanto um desfecho favorável do curso de vida) e ao “envelhecer bem” (os fatores e processos que conduzem aos desfechos favoráveis) (ESTEBSARI, *et al.*, 2020).

A disseminação de conceitos no âmbito da atenção em saúde tais como “envelhecimento saudável” e “envelhecimento ativo” são reflexos de uma compreensão gerontológica mais ampla unida à busca por indicadores de efetividade para as políticas públicas. Estas concepções estão hoje representadas nas iniciativas globais de promoção de saúde e qualidade de vida – como registradas nos marcos políticos promulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS (ESTEBSARI, *et al.*, 2020).

A atenção ao envelhecimento por meio da estratégia “Década do Envelhecimento Saudável – 2020-2030” (WHO, 2019) tem como um dos alvos o reconhecimento da heterogeneidade dos indivíduos ao envelhecer por meio do combate às práticas discriminatórias e estigmatizantes tendo como base a idade (“idadismo”), além dos demais objetivos, garantir ambientes favoráveis para promover as capacidades da pessoa idosa; estabelecer sistemas de saúde adequados e integrados com atenção centrada à pessoa idosa, e, por último, propiciar o acesso aos cuidados de longo prazo aos idosos que necessitem.

Um dos fenômenos de interesse interdisciplinar da Gerontologia, com implicações para os diversos níveis de atenção nas relações entre saúde e envelhecimento, é representado pelo clássico binômio gerontológico “independência-autonomia” (BRACH e VANSWEARINGEN, 2002; STEPTOE, *et al.*, 2014; AHMAD, *et al.*, 2020). Esse binômio expressa um conjunto de esforços científicos na investigação das alterações funcionais que podem se sobrepor e interagir com o processo de envelhecimento, restringindo as capacidades do indivíduo para uma vida independente, com efeitos potenciais sobre o senso de autonomia pessoal (TORNERO-QUIÑOMES, *et al.*, 2020).

Independência diz respeito à capacidade de ação do indivíduo a partir de seus próprios

recursos, e é expressa, principalmente, por meio das habilidades de comunicação e de mobilidade física (ESTEBESARI, *et al.*, 2020). Autonomia, por sua vez, é um construto psicológico que diz respeito às capacidades de autogoverno. Seu exercício exige o emprego de recursos cognitivos (capacidade de compreender, decidir e resolver situações cotidianas) e disposicionais - como os estados de humor - que reafirmam e garantem a motivação para ação, guiada por liberdade individual e privacidade a partir de critérios pessoais (GOMES, *et al.*, 2021a).

A interação entre os níveis de preservação de independência e autonomia impacta a qualidade de vida (ALONSO, *et al.*, 2022). Um dos caminhos para esse impacto é mediado pelas percepções dos indivíduos sobre sua capacidade direta ou indireta de exercer sua agência pessoal sobre os ambientes e alcançar metas e objetivos de vida (LOREDO-FIGUEROA, *et al.*, 2016). A percepção de perdas em independência e autonomia pode impactar, portanto, o senso de controle pessoal sobre as contingências do meio, aumentando condições de vulnerabilidade a estados emocionais negativos e riscos para a saúde mental (GOMES, *et al.*, 2021a; MORAES, *et al.*, 2010; LEMOS e MEDEIROS, 2010; NERI, 2012).

Uma das implicações diretas das evidências de pesquisa sobre o binômio “independência-autonomia” está no fortalecimento e adoção do conceito de “capacidade funcional” como um indicador alvo das ações em saúde no âmbito do envelhecimento (CHEN, 2007; FIEDLER e PERES, 2008; BROWN, *et al.*, 2022). A proposição de medidas de capacidade funcional em idosos são consideradas como um dos meios de identificar a qualidade de vida na velhice (NOGUEIRA, *et al.*, 2010; NUNES, *et al.*, 2017), a carga econômica das doenças às famílias e sociedades (GIACOMIN, 2018) e as demandas por serviços em grupos populacionais nos diversos contextos de atenção a pessoas idosas (MATOS, *et al.*, 2018).

Embora o conceito de capacidade funcional não seja único e consensual na literatura, em Gerontologia, vigora a compreensão de essa pode ser inferida por meio de uma “medida *index*” ou uma “variável resumo” que denota a posse de atributos internos e externos, assim como de condições, competências e habilidades que favorecem o desempenho independente e autônomo nas relações com o ambiente (CHEN, 2007; FIEDLER e PERES, 2008; NOGUEIRA, *et al.*, 2010; COLLARD, *et al.*, 2018). Em especial, o desempenho independente de um conjunto seletivo de atividades cotidianas denominadas “atividades de vida diária” (AVDs) são uma das formas mais utilizadas para operacionalizar o construto de capacidade funcional em instrumentos de medida (COSTA, *et al.*, 2006; COLÓN-EMERIC,

*et al.*, 2013; PASHMDARFARD e AZAD, 2020). O desempenho independente e autônomo em AVDs exige a emissão de comportamentos com finalidades que abrangem desde o autocuidado – garantido a sobrevivência e a atenção às necessidades fisiológicas básicas – até comportamentos que viabilizam uma melhor adaptação às necessidades ambientais e à vida social (HILLCOAT-NALLÉTAMBY, 2014; EDEMEKONG, 2022).

Em 1969, o psicólogo Powell Lawton e a socióloga Elaine Brody - eminentes pesquisadores em Gerontologia - propuseram uma “hierarquia de competências para a automanutenção” pressupondo uma complexidade crescente dos atributos físicos individuais, cognitivos e sociais para o desempenho de tarefas da vida diária. Desde de então, a identificação do desempenho independente verificado a partir de listas de atividades de vida diária tem sido uma ferramenta para orientar a observação do desempenho dos indivíduos ante as mesmas e/ou o autorrelato dos indivíduos ou de pessoas próximas sobre esse desempenho (TORNERO-QUIÑOMES, *et al.*, 2020).

Nos contextos clínicos quanto na pesquisa básica e epidemiológica, a utilização de inventários e questionários para o registro do desempenho dos indivíduos em AVDs tornou-se disseminada. Seguindo uma lógica similar à de Lawton e Brody (1969), as AVDs são classificadas segundo uma hierarquia de complexidade funcional em atividades básicas, instrumentais e avançadas (MORAES, *et al.*, 2010; TOMIOKA, *et al.*, 2018; GUO e SAPRA, 2021; BROWN, *et al.*, 2022; EDEMEKONG, *et al.*, 2022).

Dado o potencial da avaliação das capacidades para a realização de AVDs, esta também é considerada uma importante fonte de informações para o estadiamento clínico de doenças que acometem pessoas idosas e sinalizadores de preservação ou comprometimento da qualidade de vida na velhice (TOMIOKA, *et al.*, 2018; CASANOVA-MUÑOZ, *et al.*, 2022)

Alterações ou perdas em capacidades que permitem a realização independente em AVDs são ocorrências com frequência aumentada ao longo do processo de envelhecimento (BROWN, *et al.*, 2022). Entretanto, não são necessariamente uma manifestação normativa desse processo. Essas alterações tendem a ser o reflexo de um conjunto de mudanças biológicas do organismo em envelhecimento, desgaste físico ou mesmo de ocorrências físicas acidentais que podem interagir com a presença de doenças, alterações psicológicas, sociais, econômicas e ambientais (STEPTOE, *et al.*, 2014; GORE, *et al.*, 2018; SILVA, *et al.*, 2019; BROWN, *et al.*, 2022)

Embora potencialmente ameaçada, a manutenção da autonomia pode continuar a ser exercida, mesmo na presença de incapacidades físicas (HAESER, *et al.*, 2012). A realização das AVDs por ser alcançada por meio de apoio social em forma de ajuda instrumental, por

meio da utilização de estratégias de gerenciamento indireto ou meios compensatórios (como apoios protéticos ou tecnológicos) gerando diferenças nos graus de manutenção da autonomia pessoal (HAJEK, et al., 2022; JÚNIOR, et al., 2019). Conseqüentemente, os resultados psicológicos e emocionais associados às alterações em independência podem ser muito variados, com grande influência da percepção de agência pessoal sobre o ambiente em graus considerados satisfatórios para o indivíduo (AHMAD, et al., 2020).

Um dos resultados psicológicos negativos potencialmente associados às perdas em autonomia e independência é a ocorrência de depressão (LIMA, *et al.*, 2009; NAKAMURA, *et al.*, 2017; DENG e PAUL, 2018) - seja essa caracterizada como um transtorno clínico psiquiátrico (p.ex: Transtorno Depressivo Maior) ou como a presença de desconfortos e sintomas associados à síndrome depressiva (como rebaixamento do humor, perda de interesse, pensamentos negativos sobre si, alterações psicomotoras e vegetativas). Os estudos de prevalência e incidência de depressão sustentam relações importantes e bidirecionais entre as alterações funcionais e as experiências psicológicas negativas em pessoas de todas as idades (BLAZER, 2003; BARBOSA, *et al.*, 2013; TORRES, *et al.*, 2018; AGÜERA-ORTIZ, *et al.*, 2020; WHO, 2021).

Embora frequentes e robustas, as evidências científicas sobre as associações entre os indicadores de desempenho funcional – por meio de dependências para a realização das AVDs - e depressão em pessoas idosas, ainda carecem de investimentos que permitam a translação entre a pesquisa teórica e as práticas de atenção gerontológica. Especialmente, as lacunas existentes na literatura expressam um baixo investimento em especificar as características e as associações entre as alterações no desempenho funcional e a experiência de sintomas depressivos (FRIED e NESSE, 2014; 2015).

Investigações que têm como base o contexto de envelhecimento nas comunidades (em comparação aos contextos institucionais e hospitalares) apresentam maior variação nas condições funcionais geralmente moderadas por diferenças em condições socioeconômicas, condições de gênero, de arranjos de moradia, níveis de apoio social e condições de saúde física e mental (BRACH e VANSWEARINGEN, 2002; HONG, *et al.*, 2016; TOMIOKA, *et al.*, 2018). São reconhecidas, portanto, as necessidades de refinamento no reconhecimento de possíveis padrões nas associações entre a ocorrência de dependência para realização de AVDs e a experiência psicológica de pessoas idosas residentes na comunidade.

A revisão dos conceitos gerontológicos relativos à dimensão funcional do envelhecimento, expressos por capacidade funcional, AVDs, senso de autonomia e controle pessoal sobre o meio, assim como referentes à depressão em pessoas idosas são registrados a

seguir. Esta revisão permitiu a identificação do panorama da literatura de pesquisa e da presença desses conceitos nos contextos dos paradigmas de saúde e envelhecimento vigentes. Por sua vez, as evidências de pesquisa sobre as relações entre o desempenho em AVDs e a experiência de sintomas depressivos foram fontes para a construção de hipóteses testadas por meio do estudo empírico que compõe a presente Dissertação.

## 2.1. A dimensão funcional do envelhecimento e a dependência para a realização de atividades de vida diária

A pesquisa, as práticas e as políticas no âmbito do envelhecimento manifestam dificuldades em lidar com as definições e conceitos clássicos de saúde, principalmente pautados na dimensão biomédica. Seja por serem muito restritos – saúde como a “ausência de doenças” - ou muito ampliados e de difícil operacionalização – “completo estado de bem-estar físico, psicológico, social e espiritual” (OMS, 1946) – há a consideração de que são pouco aplicáveis à complexidade do envelhecimento e do bem-estar de pessoas idosas (VERAS e OLIVEIRA, 2018).

Nesse contexto, os comportamentos e outros fatores individuais que expressam independência, autonomia, satisfação de necessidades e alcance de metas são considerados indicadores de ordem superior quando comparados à presença de doenças na caracterização das condições de vida e saúde das pessoas idosas (MILLÁN-CALENTI, *et al.*, 2010; BEZERRA e SORPRESO, 2016). Sendo assim, a dimensão funcional do envelhecimento tem sido o alvo das iniciativas globais em saúde e envelhecimento e está entre desfechos mais utilizados como indicadores de boa velhice e de qualidade de vida em pessoas idosas (VAISH, *et al.*, 2020).

“Capacidade funcional” (CF) é uma expressão “guarda-chuva” com ampla utilização especialmente na Gerontologia, na Epidemiologia e nas Ciências da Reabilitação. Apesar de esses campos destacarem a compreensão de que a CF está diretamente ligada aos conceitos de autonomia e independência, as definições variam de acordo com a ênfase dada por cada área. A perspectiva compartilhada é a de que CF não é apenas um atributo do indivíduo, mas fruto da interação entre fatores e condições intrínsecas e extrínsecas (ARTISANAT, *et al.*, 2004; WHO, 2015).

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde, por meio da atuação um grupo de trabalho designado para tal, propôs e atualizou o sistema Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) com o objetivo de favorecer uma linguagem unificada e padronizada

com base científica quanto às capacidades e incapacidade funcionais. A CIF define componentes importantes para caracterização de condições em saúde e bem estar que não incluem apenas as funções e estruturas do corpo, mas também a descrição relacionada às capacidades de atividades e participação na vida social (WHO, 2001).

A CIF não tem o objetivo de classificar indivíduos, mas, de descrever as diferentes manifestações físicas e funcionais, utilizando um sistema multifatorial que considera as dimensões biomédica, psicológica e social além das influências referentes aos fatores ambientais (WHO, 2001). Por ser uma ferramenta que leva em consideração diversos aspectos, a CIF tem se mostrado ser um sistema de classificação funcional necessário e eficaz, permitindo não só a padronização das nomenclaturas, como o rastreo das necessidades populacionais e até suas comparações, entre si mesmas e outras populações (WHO, 2001; FARIAS, *et al.*, 2005).

Proposições clássicas advindas das ciências da reabilitação e da saúde pública contribuíram com a CIF, especificamente sobre as diferenciações entre os conceitos de “deficiência” - disfunção e anormalidades estruturais em sistemas específicos do corpo - “limitação funcional” como restrições em saúde física e processos mentais básicos - como deambular, agarrar, pinçar – e “incapacidade” como dificuldade em realizar atividades da vida diária, como cuidados pessoais, administração doméstica, trabalho e hobbies (NAGI, 1976; GURALNIK e MELZER, 2002).

A conceituação de “incapacidade” tem se mostrado útil ao permitir a identificação do “status funcional de saúde” de pessoas idosas a partir de critérios mais consensuais e holísticos, embora ainda desafiador no que se refere à escolha dos melhores indicadores para a tomada de decisão clínica ou no âmbito da pesquisa ou políticas (ROSA, *et al.*, 2003). Os efeitos do envelhecimento biológico sobre capacidade funcional são diferentes daqueles associados à presença de doenças, considerando ainda a sobreposição entre envelhecimento e doenças. A idade cronológica também se torna pouco explicativa das condições funcionais das pessoas idosas (FERRUCI e KUCHEL, 2021) diante do reconhecimento de que o envelhecimento não é um processo puramente biológico, mas com causalidade e manifestações multidimensionais.

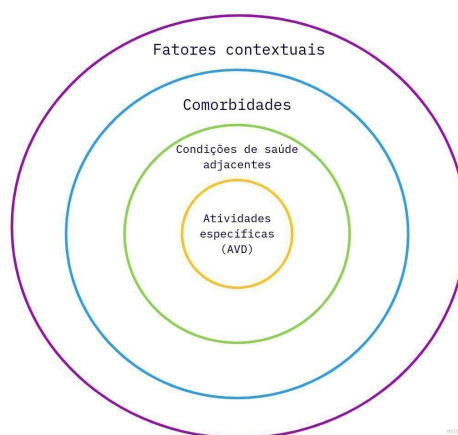
Medidas destinadas a estimar o status funcional de saúde se propõem a resumir, por meio de poucos indicadores, a complexidade das manifestações funcionais que podem acompanhar o avanço da idade cronológica, da presença de doenças e de uma variedade de outros fatores modificadores. A partir dessas medidas resumo, almeja-se poder verificar o



quanto o aumento em longevidade está ou não resultando em aumento no “tempo de vida livre de incapacidades” (ENROTH, et al., 2021).

A ênfase multidimensional para abordar a capacidade funcional estimulada pela Gerontologia, envolve, portanto, compreender as ocorrências de “declínio funcional em saúde” de forma mais ampla e contextualizada. Como exemplo, a proposição de Colón-Emeric, *et al.*, (2013) sugere um esquema de avaliação e percepção das camadas que envolvem as ocorrências de declínio funcional, tal como representada na Figura 1. Iniciando pelos declínios em atividade específicas de vida diária como ponto central, seguindo para as condições de saúde adjacentes relacionadas ao funcionamento do corpo, como reações cardíacas, dispneia, entre outros, em seguida compreender quais morbidades estão associadas, as quais incluem incapacidades cognitivas, desordens de humor, dor, desnutrição, iatrogenias, suas correlações e outros fatores que podem contribuir na efetividade dos tratamentos e por fim, os fatores contextuais que envolvem suporte social, recursos financeiros e ambientais.

Figura 1. Combinação de fatores para rastreio de Declínio funcional – traduzido e adaptado de Colón-Emeric, *et al.*, 2013.



Fonte: Lillian Bondezan Holovatino, 2023.

A compreensão da dimensão funcional do envelhecimento em Gerontologia tem recebido positivas contribuições dos recentes posicionamentos e proposições da OMS (WHO, 2015; 2019). A estratégia global associada à promoção do envelhecimento saudável e a declaração dos anos 2020-2030 como “a década do envelhecimento saudável” tem estimulado e dado visibilidade à temática por muitas vias. Envelhecimento saudável foi então concebido como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice” (WHO, 2019).

A perspectiva política de mobilização global da OMS (WHO, 2015) visando o “envelhecimento saudável” torna-se, portanto, complementar à ênfase anteriormente

promulgada pela para estimular o “envelhecimento ativo” - onde a ênfase estava sobre os determinantes ambientais/contextuais que otimizam saúde, participação, segurança e educação ao longo da vida (WHO, 2005). O “envelhecimento saudável” concede centralidade às capacidades que permitem que todas as pessoas sejam e façam o que elas valorizam e é resultante das transações entre recursos e características individuais e ambientais/contextuais (SEPÚLVEDA-LOYOLA *et al.*, 2020). O conjunto de recursos e características individuais foi denominado de “capacidade intrínseca” (CI ; WHO, 2015) representando as reservas biológicas em termos de funções corporais, condições de saúde que interagem com fatores pessoais e contextuais na determinação da capacidade funcional.

Os esforços de pesquisa estão direcionados, atualmente, às tentativas em se operacionalizar o conceito de capacidade intrínseca e gerar instrumentos de medida válidos e confiáveis. Cesari, *et al.*, (2018) a partir de levantamentos bibliográficos, descreveram uma nova perspectiva para o conceito. Propõem que CI é o resultado das interações entre as condições cognitivas, de mobilidade, psicológicas, vitalidade (funções corporais) e sensoriais, que geram modificações pessoais e individuais, de forma heterogênea em que os fatores são igualmente importantes. Suas diferenças, portanto, estão relacionadas com a forma que os fatores são levados em consideração e avaliados para compreender o quadro geral da população ou o desempenho individual e com a relação e trocas com o meio.

A complexidade da temática da capacidade funcional, entretanto, não diminui o valor da utilização de indicadores simples, úteis e poderosos estatisticamente diretamente relacionados com a identificação de independência e autonomia para realizar atividades no dia a dia. As capacidades para a realização de atividades de vida diária são um importante ponto de convergência e de manifestação objetiva de capacidade funcional em contextos clínicos e populacionais (CASANOVA-MUÑOZ, *et al.*, 2022; COSTA, *et al.*, 2006). Escalas e questionários são formas clássicas de estimar a capacidade para o desempenho independente em atividades básicas de vida diária (ABVDs) relativas ao autocuidado e sobrevivência, atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) relativas a tarefas internas e externas ao lar que exigem planejamento e atividades avançadas (AAVDs) que remetem à vida em sociedade e às atividades sociais.

A utilidade dessas listas de atividades de vida diária está, entre outros aspectos, no caráter hierárquico na organização das alterações funcionais. Concebe-se que as alterações do envelhecimento (normativas ou patológicas) tendem a manifestar-se primeiramente naquelas que exigem maiores recursos de “capacidade intrínseca” – como as atividades

avançadas de vida diária - e podendo alcançar em maior ou menor grau as atividades instrumentais e posteriormente as básicas. Assim sendo, indicadores de dependência para a realização de ABVDs representam haver já ocorrido perdas anteriores no desempenho de atividades avançadas e instrumentais (FIEDLER e PERES, 2008; MILLÁN-CALENTI, *et al.*, 2010).

Em comparação às pessoas idosas institucionalizadas ou hospitalizadas, aquelas que residem em suas próprias casas e envelhecem no contexto da comunidade exibem melhores perfis funcionais. Monitorar o desempenho de AIVDs nesse grupo significa monitorar a capacidade para a vida independente, assim como meios de estimar a necessidade de ações e custos relacionados a serviços, apoio social e familiar (COSTA, *et al.*, 2006).

Atividades instrumentais de vida diária demandam um maior grau de preservação física, mas especialmente de competências psicológicas relacionadas à motivação, cognição e autorregulação de comportamentos para uma realização independente e autônoma (TOMIOKA, *et al.*, 2018; GUO e SAPRA, 2021; BROWN, *et al.*, 2022; EDEMEKONG, *et al.*, 2022). Estudos de prevalência e incidência de dependência para a realização de AVDs são consideradas fontes importantes de informações para o monitoramento das condições de saúde em pessoas idosas. Estudos de associações entre dependência para a realização de AVDs e condições de natureza socioeconômica, psicossocial e de saúde física permitem a identificação de alvos específicos para as intervenções. Junto a estudos clínicos, levantamentos sobre AVDs permitem a descrição de fenômenos e a busca por modelos e teorias explicativas para os mesmos (LI e WU, 2022).

Dados de 2019 da União Europeia sugerem que 47,9% da população de pessoas idosas daquele continente referem dificuldade moderada ou grave em pelo menos uma ABVD ou AIVD. Registram relações significativas entre presença de dependência e variáveis como sexo e escolaridade, sendo que mulheres e os menos escolaridade os que apresentam níveis maiores de prejuízo nas atividades pesquisadas (EUROSTAT, 2019). A atividade com maior prejuízo no desempenho foi “trabalho doméstico pesado ocasional” em que 43,7% apresentaram alguma dificuldade, seguida por “compras” (23,5%) e “trabalho doméstico leve” (21,0%) (EUROSTAT, 2019). Por sua vez, o Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos da América estimou em 2018 que 2 em cada 5 indivíduos americanos com 65 anos ou mais apresentam alguma incapacidade para realização de AVDs (CDC, 2022).

No Brasil, o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do

Idoso (SISAP-Idoso, 2013) reuniu dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e a pesquisa nacional de saúde (PNS) permitindo comparar os indicadores de 2003, 2008 e 2013, ao observar o desempenho em atividades básicas de vida diária em pessoas idosas. Os dados de acompanhamento revelaram uma diferença na proporção da dependência nas ABVDs (especificamente tomar banho, alimentar-se e ir ao banheiro) geradas por problemas de saúde não especificados. Estimou-se que a dependência para ABVDs foi semelhante entre 2003 (6,38%) e 2008 (6,83%) e menor nas medidas tomadas em 2013 (4,95%).

O estudo de coorte multicêntrico Saúde, bem-estar e envelhecimento (SABE) realizado entre 1999 a 2000 coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) conduzido em Bridgetown (Barbados); Buenos Aires (Argentina); São Paulo (Brasil); Santiago (Chile); Havana (Cuba); Cidade do México (México) e Montevideu (Uruguai) apresentou dados de 1.568 idosos brasileiros residentes na cidade de São Paulo. Dentre esses, 26,6% relataram dependência para a realização de pelo menos uma atividade instrumental (como usar transporte, fazer compras, ou realizar afazeres domésticos), sendo mais prevalentes entre as mulheres e trazendo efeitos significativos sobre as relações sociais (LEBRÃO e DUARTE, 2003). Por sua vez, os dados de 575 residentes re-entrevistados no seguimento brasileiro do estudo SABE, em 2006, identificaram a prevalência de 38,2% de dependência em pelo menos uma AIVD (BRITO, *et al.*, 2018; BUSHATSKY, *et al.*, 2018).

No texto da Política Nacional de Saúde, a partir de dados do DATASUS (Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil; 2013) apresentou-se a estimativa de dependência para atividades básicas em cerca de 5% das pessoas idosas com 60 anos e mais. Entretanto, para as atividades instrumentais pesquisadas (a saber, "Fazer compras", "Manejo de dinheiro", "Auto administração de medicamentos", "Ir ao médico sozinho" e "Sair sozinho") a estimativa alcançou 17,3% de dependência para pelo menos uma atividade (como fazer compras, manejo de dinheiro, tomar remédio e sair sozinho). Estratificados por faixas etárias, registra-se um aumento dessa prevalência conforme a idade (6,4% para 60 a 64 anos, 12,2% para 65 a 74 anos e 39,2% para idosos com 75 anos ou mais). As atividades instrumentais com maior prevalência de dependência foram "sair de casa sozinho" (21,9%), seguida de "fazer compras" (17,8%).

O estudo longitudinal ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros), em sua primeira onda de coleta de dados, entrevistou 9.412 indivíduos de 70 municípios de diferentes regiões brasileiras, com 50 anos ou mais em diferentes com

diferentes realidade sociais e perfis funcionais, desta forma, mesmo com uma população mais jovem, 23,2% da amostra tinha comprometimento em pelo menos uma atividade básica, sendo a “transferência” e “vestir-se sozinho” as mais prevalentes (GIACOMIN, et al., 2018).

Silva *et al.* (2019) em sua pesquisa de coorte com 1.606 idosos do município de Bambuí, Minas Gerais acompanhados entre 1997 e 2012 relataram que a média anual de dependência para mobilidade foi de 65,9% e para AIVDs de 46% os quais aumentaram conforme o avançar da idade.

Comparados a idosos institucionalizados, os idosos que vivem em comunidade, residem sozinhos ou com cônjuge apresentam menores chances de desenvolver limitações e dependências em ABVDs. Entretanto, uma constatação geral é a de que as perdas em independência para a realização de AIVDs são um indicador funcional sensível e importante para essa população. Essas atividades instrumentais são capazes de expressar combinações interessantes entre aspectos relativos à autonomia e à independência com efeitos sobre o gerenciamento da saúde sobre o acesso a serviços e os níveis de participação social (BRACH e VANSWEARINGEN, 2002; COSTA, *et al.*, 2006; HONG, *et al.*, 2016; PASHMDARFARD, *et al.*, 2020).

O conjunto de AIVDs proposto por Lawton e Brody (1969) para compor a “Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária” tornou-se um indicador amplamente utilizado para discriminar condições e grupos populacionais que devam ser alvos de atenção clínica ou dos serviços e políticas públicas (PORTELA *et al.*, 2019). A referida escala permite avaliar o grau de dependência para a realização das seguintes AIVDs: uso do telefone, uso de transportes, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, manejo de medicações e do dinheiro.

As AIVDs selecionadas por Lawton e Brody têm se mostrado capazes de representar os diferentes aspectos da relação entre autonomia, independência, envelhecimento, doenças e necessidades de cuidado e risco de morte (LAPLANTE, 2010; LUXENBERG, 2020; YUAN, *et al.*, 2022). Entretanto, é preciso descrever as particularidades de cada atividade instrumental para melhor compreensão das exigências físicas e psicológicas desse conjunto de atividades.

A tarefa “uso do telefone” é capaz de reunir aspectos referentes à autonomia, às demandas de processamento sensorial e cognitivo, à comunicação e à motivação para o contato social. Contudo, vieses na avaliação dessa atividade podem advir das características do ambiente (como acessibilidade ao aparelho) ou dos dispositivos tecnológicos que alteram

modos de uso. Comprometimentos dessa natureza podem favorecer o isolamento social e dificuldade de acesso aos diferentes serviços necessários (PEREIRA, *et al.*, 2017; HEINZ, *et al.*, 2020).

A tarefa “uso de transportes” também é capaz de refletir o exercício da autonomia, de preservação da cognição, motivação e especialmente de aspectos físicos. O uso do transporte exige que o idoso consiga compreender, lembrar ou planejar os trajetos que deseja realizar, além de ter condições físicas de realizá-lo, seja por meio de um transporte pessoal, quanto de um transporte público e compartilhado. As distâncias percorridas, a acessibilidade e o tipo de transporte são condições importantes no desenvolvimento desta tarefa. Seu comprometimento impacta a mobilidade em espaços de vida, a participação social e potencialmente, o alcance de objetivos e metas pessoais (BANISTER e BOWLING, 2004; WONG, *et al.*, 2018).

“Fazer compras” é uma atividade que expressa sinergia entre a autonomia e a independência. Pode ser afetada por questões psíquicas como medo de falhar, ansiedade, medo de não compreender bem os preços ou as formas de pagamento, de precisar de ajuda de desconhecidos ou de quebrar mercadorias. Igualmente importantes são os aspectos físicos, principalmente relacionados com a mobilidade, equilíbrio, resistência, força para pegar e carregar objetos, além disso questões ambientais apresentam importante influência tais como a temperatura do local, músicas e sons ambientes, aglomerações, claridade e piso do local. O comprometimento pode implicar em má nutrição, má higiene e/ou dificuldades em receber visitas e hóspedes no domicílio (AYLOTT e MITCHELL, 1998; JOHNSON e MCLEOD, 2016)

A independência para o “preparo de alimentos” relaciona-se com mecanismos físicos de preparo - como mexer, movimentar, segurar e pegar objetos - e aos aspectos cognitivos tais como a tomada de decisão sobre o que preparar, o planejamento de preparo, o reconhecimento da presença e quantidade dos ingredientes e sobre os sabores. Sua dependência é mais percebida por mulheres, uma vez que, em geral, essas tarefas são mais comumente delegadas a elas. Esse aspecto deve ser considerado na avaliação funcional especialmente na avaliação de homens que não realizam essa atividade por hábito ou normas socioculturais de gênero. Comprometimentos na execução dessa tarefa relacionam-se com pior autoavaliação de saúde, riscos de insegurança/insuficiência alimentar e efeitos negativos sobre o senso de controle pessoal e autonomia (GUSTAFSSON, *et al.*, 2003; KELLER, 2005; MCGOWAN, *et al.*, 2015).

O desempenho de “tarefas domésticas” também pode ser incluído nas observações sobre os vieses de gênero nas avaliações. Entretanto, considerando as demandas físicas e

cognitivas a serem empregadas, estas tarefas são capazes de espelhar a funcionalidade física de membros superiores, de condições relativas à coluna vertebral e à motivação diária refletida pelos estados de humor. As respostas variam de acordo com a dificuldade de cada tarefa, pois, mesmo com algumas limitações físicas e sensoriais, ainda podem ser realizadas. Esse fato tende a aumentar a chance de subnotificação da dependência. Assim como preparar alimentos, desempenhar tarefas domésticas pode ter a função cotidiana de atender necessidades de outras pessoas, especialmente das que residem no mesmo domicílio. Pessoas idosas que residem com outras pessoas/familiares tendem a manter o desempenho independente nessa tarefa por mais tempo do que indivíduos que residem sozinhos (GUCCIONE, *et al.*, 1994; MELO, *et al.*, 2007).

A “auto administração de medicação” é uma tarefa instrumental altamente demandante cognitivamente. Por ser necessário compreender quais medicamentos devem ser tomados e seus respectivos horários, esta tarefa está relacionada com a autonomia e motivação para a adesão ao tratamento. Quanto mais medicamentos a serem tomados em diferentes horários, mais complexa a tarefa se torna. O uso de medicamentos envolve a compreensão da função e do valor do medicamento. Déficits sensoriais e cognitivos, a insatisfação com o médico, o isolamento social e a presença de reações adversas podem influenciar a realização dessa atividade (SILVA, *et al.*, 2012).

Por fim, o “manejo do dinheiro” é expresso por capacidades de julgar e decidir sobre a utilização de seus recursos, assim como, saber manusear e identificar notas, moedas, cheques, contas bancárias e cartões e também de realizar compras. Perdas em independência no manejo do dinheiro são alvo de questionamento sobre competência pessoal, podendo até gerar intervenções judiciais tais como as condições de curatela. Nesses casos, não é a independência apenas que é levada em conta, mas sim sua sobreposição com as capacidades de exercer autonomia nas decisões sobre as finanças e posses materiais (MARRONI, *et al.*, 2017).

Embora a lista de Lawton e Brody refira-se a atividades consideradas instrumentais, ela também permite o reconhecimento de subcategorias ou mesmo de uma hierarquia a depender da adoção de critérios de classificação. Nos trabalhos de pesquisa de Costa *et al.* (2006) e de Assis, *et al.*, (2013) a lista de AIVDs foi subdividida em três subcategorias: competências ligadas ao “gerenciamento pessoal” (“Uso do telefone”; Auto administração de medicação” e “Manejo de dinheiro”) ao “gerenciamento doméstico” (“Fazer compras”; “Preparo de alimentos” e “Tarefas domésticas”) e à “Mobilidade na comunidade” (“Uso do transporte”).

Considerando as características e descrições feitas sobre cada AIVD, o caráter

instrumental dessas atividades também pode ser analisado e classificado segundo outros critérios, tais como o objetivo, o alcance e o ambiente de realização. Quanto ao objetivo da instrumentalidade, as atividades podem visar o gerenciamento pessoal, doméstico ou a mobilidade na comunidade. Quanto ao alcance da instrumentalidade, pode-se destacar o quanto as tarefas podem ser instrumentais também para outras pessoas que residem no domicílio, podendo o alcance ser individual ou interpessoal. As tarefas também podem ser realizadas em ambiente “interno” ou “externo” ao domicílio. O Quadro 1 foi desenvolvido pela presente autora para caracterizar as AIVDs segundo essas outras características, assim como identificar componentes da CIF correspondentes a elas.

Quadro 1. Possibilidades de subclassificação das AIVDs elencadas por Lawton e Brody, segundo critérios referentes ao objetivo, alcance da instrumentalidade e ambiente externo ou interno ao domicílio e os componentes correspondentes da CIF.

| <b>Critério</b>           | <b>Categoria</b>         | <b>Aspectos destacados</b>   | <b>Componente da CIF</b>  |
|---------------------------|--------------------------|--|---|
| <b>Uso do telefone</b>    |                          |  |   |
| Objetivo                  | Gerenciamento pessoal    | Por fim, o uso de telefone é a tarefa mais simples de ser realizada no domicílio e na lista de tarefas apresentadas, não exige aspectos importantes do desempenho físico e pode ser realizada ao longo do dia sem impactar na convivência e nas decisões domésticas.   | d360 - comunicar-se e utilizar dispositivos   |
| Alcance                   | Individual               |  |   |
| Ambiente                  | Interno                  |  |   |
| <b>Uso de transportes</b> |                          |  |   |
| Objetivo                  | Mobilidade na comunidade | Apesar de ser uma atividade individual, as capacidades necessárias para a sua realização são complexas e envolvem diversas percepções externas quanto aos caminhos e os locais de acesso.  | d4602 - Deslocar-se fora de casa e outros edifícios<br>d465 - utilizando equipamentos<br>d470 - público ou privado<br>d475 - conduzir<br>d920 - recreação e lazer                                 |
| Alcance                   | Individual               |  |   |
| Ambiente                  | Externo                  |  |   |
| <b>Fazer compras</b>      |                          |  |   |
| Objetivo                  | Gerenciamento doméstico  | Embora envolva mobilidade na comunidade/ambiente externo, há grande influência de aspectos cognitivos como planejamento, tomada de decisões e cálculos. Compras domésticas em geral visam atender as necessidades de todos os residentes do domicílio.<br>Obs: pode ser afetada por questões psicológicas como medo e ansiedade. | d4503 - Andar contornando obstáculos<br>d6200- Bens e serviços necessários para a vida diária<br>d860/865 - Transações econômicas básicas e complexas<br>d4503 - Planejamento em espaços externos |
| Alcance                   | Interpessoal             |  |   |
| Ambiente                  | Externo                  |  |   |



|  |                         |   |  |
|--|-------------------------|---|--|
|  |                         |   |  |
| <b>Preparo de alimentos</b>            |                         |   |  |
| Objetivo                               | Gerenciamento doméstico | É uma tarefa interpessoal de gerenciamento doméstico no ambiente interno, possibilitando, entretanto, o preparo de refeições mais simples. Também pode impactar os demais residentes.   | d30 - planejar, organizar selecionar, refeições simples e complexas  |
| Alcance                                | Interpessoal            |   |  |
| Ambiente                               | Interno                 |   |  |
| <b>Tarefas domésticas</b>              |                         |   |  |
| Objetivo                               | Gerenciamento doméstico | São importantes no ambiente interno, interferindo na qualidade de vida da pessoa e dos demais residentes, e, por compor o gerenciamento doméstico, viver com outras pessoas pode ser um ponto importante para a manutenção dessa atividade. | d640 - Organização e limpeza, utilizar aparelhos, armazenar e remover lixo   |
| Alcance                                | Interpessoal            |   |  |
| Ambiente                               | Interno                 |   |  |
| <b>Auto administração de medicação</b> |                         |   |  |
| Objetivo                               | Gerenciamento pessoal   | Apesar de ser uma atividade mais simples, a percepção de tempo e responsabilidade são de suma importância para a administração correta e independente.  | b110 - consciência   |
| Alcance                                | Individual              |   |  |
| Ambiente                               | Interno                 |   |  |
| <b>Manejo de dinheiro</b>              |                         |   |  |
| Objetivo                               | Gerenciamento pessoal   | Pode ser realizado sem necessitar de deslocamentos, mas, são necessários componentes cognitivos para a decidir o direcionamento dos recursos e pode influenciar a vida de terceiros.  | d620 - bens para a vida diária<br>d860/ 865 - transações econômicas básicas e complexas<br>e1655 - patrimônio financeiro |
| Alcance                                | Interpessoal            |   |  |
| Ambiente                               | Interno                 |   |  |

Fonte: Lillian Bondezan Holovatino, 2023.

A consideração das características de cada AIVDs permite identificar os efeitos particulares que as limitações podem trazer sobre a experiência cotidiana do indivíduo. As subclassificações podem também expressar conjuntos diferentes de vulnerabilidades, riscos e condições de vida (EDEMEKONG, *et al.*, 2022). Segundo Hillcoat-Nallétamby (2014), a perda da independência e suas características estão relacionadas com as experiências de vida, aspectos pessoais e significados atribuídos socialmente. Por ser este processo complexo, a dependência pode ser erroneamente atribuída se levar em conta apenas pela necessidade ou

não de ajuda para realizar uma ação. Diminuição no senso pessoal de autonomia e controle pessoal sobre as contingências ambientais podem ser os efeitos psicológicos primários das condições de dependência, gerando vulnerabilidades para a comprometimentos emocionais mais graves, como a depressão.

Sendo assim, as condições de independência/dependência para a realização de AIVDs guardam o potencial de descrever experiências de envelhecimento condicionadas e contextualizadas por aspectos sociodemográficos, níveis de apoio social, processos de adoecimento, características de estilo de vida e dos comportamentos em saúde (DENG e PAUL, 2018). Ainda que a incapacidade funcional não seja uma característica normativa e homogênea no processo de envelhecimento, as diferentes manifestações da mesma podem significar alterações e desafios para a manutenção da qualidade de vida e minar a percepção das capacidades pessoais para a adaptação na idade avançada. Experiências emocionais negativas e específicas podem estar presentes a depender do tipo e grau de comprometimento na realização das AIVDs.

## 2.2. Sintomas depressivos em idosos

No campo da saúde mental e psicológica, os sintomas depressivos referem-se a um conjunto de referentes emocionais, cognitivos, comportamentais e físicos que geram altos níveis de desconforto psicológico e risco de incapacitação para realização de atividades cotidianas, laborais e papéis sociais (ARTHUR, et al., 2020). O “Transtorno Depressivo Maior” é a manifestação clínica prototípica da noção popular de “depressão” e representa uma das síndromes psiquiátricas mais frequentes entre pessoas idosas (Blazer, 2003).

Para o diagnóstico clínico, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-V e DSM-V-TR) - em sua quinta edição e na quinta edição revisada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013a; 2013b) exigem a presença de um conjunto de sintomas com duração mínima nas duas últimas semanas a caracterização de um episódio depressivo. O rebaixamento do humor (ou humor deprimido) e falta de interesse ou prazer em atividades usuais do dia a dia (anedonia) são as características distintivas e centrais para o diagnóstico. Um desses dois sintomas centrais deve, necessariamente, estar presente junto a pelo menos mais cinco outros sintomas característicos da síndrome. Esses outros sintomas são: ganho ou perda ponderal significativo (> 5%) ou diminuição ou aumento do apetite; insônia (muitas vezes insônia de manutenção do sono) ou hipersonia; agitação ou atraso psicomotor

observado por outras pessoas; fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; capacidade diminuída de pensar, concentrar-se ou indecisão; Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013a)

Nos manuais diagnósticos como o DSM ou na Classificação Internacional de Doenças (CID, versão 10 e 11) há outras classificações possíveis para os transtornos depressivos os quais, apesar da semelhança sintomática, diferenciam-se a partir das características de recorrência dos episódios, do grau de severidade, centralidade, ou sobreposição dos sintomas com outros quadros de saúde física e mental. A etiologia da depressão é multifatorial, sendo considerada as associações entre predisposições genéticas, alterações neuroquímicas cerebrais, vulnerabilidades cognitivas, eventos de vida estressantes, características de personalidade e outras alterações biológicas como prejuízo na auto regulação hipotalâmica ou nos ritmos circadianos (BLAZER, 2003).

Em geral, os manuais clínicos são regidos por uma lógica sindrômica categorial. O alvo é maximizar a capacidade dos critérios diagnósticos discriminarem entre a presença ou ausência de um transtorno mental específico. As edições mais recentes têm dado maior abertura a raciocínios clínicos baseados na concepção dimensional e de variação de manifestações de um espectro diagnóstico, considerando que os diferentes sintomas que compõem as síndromes são resultantes de mecanismos psicopatológicos ou funcionais específicos (MAIER, *et al.*, 2021).

Estimar a prevalência de depressão na população geral e na população idosa é uma tarefa altamente desafiadora. Em geral, essas estimativas são provenientes da aplicação de instrumentos de pesquisa diferenciados, utilizando-se de listas de sintomas ou sentenças representativas de experiências subjetivas e de saúde recentes para que o indivíduo identifique ou manifeste concordância (LEVIS, *et al.*, 2019). Dada a alta variabilidade nas experiências emocionais cotidianas associadas ao enfrentamento de dificuldades socioeconômicas ou a eventos estressantes de vida, os sintomas depressivos expressos nas escalas de rastreio apresentam maior probabilidade de serem endossados pelos indivíduos como reflexo de experiências emocionais negativas e/ou normativas (CHARLES e CARSTENSEN, 2009).

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) - derivados do autorrelato de depressão entre uma lista de doenças e condições crônicas - estimaram a prevalência de 7,6% entre a população com 18 anos e mais em 2013 (DATASUS, 2013). Em 2019, esse percentual

estimado foi de 10,2%, sendo as regiões sul e sudeste do país as que apresentaram indicadores acima da média nacional - 15,2% e 11,5% respectivamente (IBGE, 2020). Assim como relatado em pesquisas populacionais internacionais, há maior prevalência de depressão entre as mulheres, que, em média, é descrita como sendo duas vezes maior em relação aos homens (WHO, 2021).

Em relação às pessoas idosas, comparados aos residentes na comunidade, há maior prevalência de depressão entre os frequentadores de serviços básicos ou ambulatorios de saúde, e especialmente entre os que residem em moradias assistidas ou em instituições de longa permanência. Um estudo de revisão e meta-análise estimou a prevalência agrupada de depressão na população idosa no mundo e encontrou valores considerados muito altos 31,74% (IC 95%; 27,90 - 35,59; ZENEBE, *et al.*, 2021). A prevalência foi ainda maior a partir de dados provenientes de países em desenvolvimento (40.78% em relação a 17.05% em países desenvolvidos) a partir da aplicação da escala *Geriatric Depression Scale-30* (GDS-30).

A utilização de escalas de rastreio de depressão na população em geral e entre as pessoas idosas, em particular, tendem a sustentar a existência de diferenças etárias nas manifestações clínicas da depressão (HOERTEL, *et al.*, 2013). Pessoas idosas, especialmente as mais longevas, têm uma alta prevalência de sintomas depressivos que não necessariamente preenchem os critérios para um transtorno clínico tal como expresso nos manuais diagnósticos (MALHOTRA, *et al.*, 2009). Embora os manuais diagnósticos não incluam subclassificações para a depressão com base na idade avançada, são reconhecidos esforços no âmbito da pesquisa em caracterizar os fenômenos depressivos mais comuns entre idosos utilizando expressões e critérios como “depressão menor”, “depressão subsindrômica” ou “subclínica” ou simplesmente “sintomas depressivos significativos” (ZHANG, *et al.*, 2019; OH, *et al.*, 2020).

Do ponto de vista do tratamento e prognóstico, tem sido de grande utilidade identificar se os sintomas depressivos e mesmo os episódios depressivos são manifestações recentes ou recorrentes ao longo da vida. Caracterizar a depressão como “de início precoce” (antes dos 60 anos) ou “de início tardio (após os 60 anos)” implica em pressupor etiologias e vulnerabilidades diferentes. Especialmente a “depressão de início tardio” tem sido considerada uma manifestação prodrômica de doenças neurodegenerativas (como a Doença de Alzheimer) e/ou de alterações cerebrovasculares (SCHUURMANS, *et al.*, 2023).

Recentemente, a maior integração científica entre as lógicas categorial e dimensional

do diagnóstico tem estimulado o avançar no reconhecimento das especificidades da depressão em pessoas idosas (PILANIA, *et al.*, 2019). Contribuições advindas de estudos epidemiológicos também têm permitido compreender o número e tipos de sintomas mais prevalentes nessa população (SUN, *et al.*, 2020; XIE, *et al.*, 2021).

Alguns sintomas depressivos tendem a ser mais amplamente endossados por pessoas idosas, sugerindo diferentes manifestações tanto do construto teórico quanto das síndromes clínicas. Na descrição das experiências depressivas, há maior utilização de referentes físicos e somáticos no relato dos sintomas, sendo estes mais caracterizados por anedonia (desânimo, falta de prazer ou energia) do que por humor deprimido ou tristeza (ABRAMS e MEHTA, 2019; KIM, *et al.*, 2021). A perda de interesse em atividades, o rebaixamento na experiência de afetos positivos, a presença de dores inespecíficas, de fadiga ou lentidão na marcha são aspectos que dificultam compreensão da origem, curso e prognóstico da depressão em pessoas idosas pois podem ser resultantes de condições negativas de vida ou da presença de doenças e incapacidades (BLAZER, 2003).

A probabilidade de experiência de afetos positivos (felicidade, satisfação, contentamento) são grandemente reativos aos estímulos e condições do ambiente externo físico e social (DEJONCKHEERE, *et al.*, 2021). O rebaixamento em afetos positivos em pessoas idosas, por exemplo, tem sido parcialmente explicado por fatores de natureza sociocultural (MARKUS e KITAYAMA, 1991). A vigência de preconceitos, discriminação e estereótipos em relação à velhice e ao envelhecimento nas sociedades podem resultar, entre outros, no menor envolvimento em atividades sociais estimulantes que envolvem trocas e partilha social (BARRANQUERO e AUSÍN, 2019; CHANG, *et al.*, 2020). A redução na oferta e disponibilidade da participação, do convívio e da valorização das pessoas idosas, alteram a probabilidade de experimentar afetos positivos (como baixa satisfação ou felicidade) e não, necessariamente na probabilidade de experimentar afetos negativos (como tristeza, senso de inutilidade ou culpa) (VEILLEUX, *et al.*, 2020).

É possível que essas condições também alcancem a atenção profissional a pessoas idosas. As complexidades associadas à sua apresentação adicionam-se às atitudes e crenças negativas de profissionais e dos próprios idosos ao atribuir os sintomas depressivos às alterações normais no processo de envelhecimento (JOSÉ, *et al.*, 2019).

A presença de sintomas depressivos é associada a outros desfechos negativos em saúde e condições de vida desfavoráveis como prejuízos em independência para AVDs, pior autoavaliação de saúde, maior uso de medicamentos em geral e psicotrópicos, baixa

percepção de suporte social e risco aumentado de suicídio. São registrados maiores impactos econômicos nas esferas pessoais e comunitárias relativas a custos diretos e indiretos da depressão (ZENEBE, et al., 2021). Em pacientes idosos, há dificuldades inerentes ao tratamento farmacológico devido a efeitos colaterais e ao baixo acesso a serviços de atenção psicossocial (FLECK, et al., 2002; NAKAMURA, et al., 2017; ARTHUR, et al., 2020).

Escalas para uso específico em idosos estão disponíveis, especialmente desde a década de 1980 e são amplamente utilizadas, com bons níveis de evidências de validade de construto e critério. Dentre elas está a *Geriatric Depression Scale* (GDS; YESAVAGE e BRINK, 1983). Tanto nas suas versões longas e abreviadas, a GDS não inclui itens referentes às queixas somáticas para reduzir chances de superestimação nas prevalências ou de baixa especificidade clínica quando aplicada a pessoas idosas. No Brasil, o estudo transversal e longitudinal SABE, a partir da aplicação da GDS na população idosa do estado de São Paulo, encontraram prevalências de 17,2% para sintomas depressivos leves e 3% para sintomas depressivos graves, sendo que os sintomas são mais frequentes em mulheres, pessoas com baixa escolaridade e com autopercepção de renda insuficiente para despesas diárias, bem como, associado a menor frequência em atividades religiosas, doenças referidas como e maior uso diário de medicações (MENDES-CHILOFF, 2019).

Segundo Fried e Nesse (2015) as escalas de depressão rastreiam a ocorrência de um número significativo de sintomas gerais sem necessariamente comporem um perfil de manifestação dos sintomas. Há portanto, uma ampla heterogeneidade entre os indivíduos quanto aos sintomas apresentados. Caso nessas escalas sejam considerados os sintomas característicos de um episódio depressivo descritos nos manuais clínicos (de 5 a 9 sintomas segundo o DSM-V ou de 4 a 10 segundo a CID-10), existe a possibilidade de se encontrar mais de 1.000 combinações únicas de sintomas. Por isso tem havido a defesa de os sintomas individuais devem ser levados em conta, especialmente quanto à sua distribuição na população, em suas associações específicas com biomarcadores, com fatores de risco psicossociais, com resposta aos tratamentos e verificação dos impactos diferenciais das condições de incapacidade funcional (KIYOSHIGE, et al., 2019; ZHAO, et al., 2022).

O estudo da apresentação dos sintomas depressivos tem sido alvo de desenvolvimento teóricos e metodológicos não apenas nas investigações com populações idosas (CONRADI, et al., 2011). Uma ênfase crescente está na defesa de que a compreensão dos sintomas depressivos que compõem a síndrome permite avançar na busca de fatores etiológicos, no aprimoramento das medidas de rastreio e diagnóstico e para a caracterização

das experiências emocionais em grupos específicos da população (FRIED e NESSE, 2015).

Identificar a presença de sintomas depressivos em idosos é também uma forma de lançar luz sobre as manifestações afetivas, cognitivas, comportamentais, físicas e motivacionais que caracterizam a experiência individual do envelhecimento (NASCIMENTO e BATISTONI, 2019). As escalas de rastreio de depressão, tais como a GDS, incluem itens que se referem tanto ao aumento em experiências desprazerosas, desconfortos ou humor negativo, mas também itens que expressam um possível rebaixamento da experiência de afetos positivos e satisfação com a vida (ASOKAN, *et al.*, 2019; SHIN, *et al.*, 2019).

Diferentemente das concepções de envelhecimento como um processo caracterizado por declínios, limitações e perdas, os estudos em psicologia do envelhecimento mostram que a experiência de afetos negativos não aumenta com a idade, mas permanece estável (por exemplo, Diener e Suh, 1998) ou até diminui (por exemplo, Hudson *et al.*, 2016). As pessoas mais velhas são capazes de experimentar e expressar emoções positivas e negativas, mas revelam a tendência em priorizar estados emocionais positivos e devotam maior atenção a estímulos positivos em tarefas que envolvem atenção e memória (GROSS, *et al.*, 1997; CHARLES, 2010).

Entretanto, a manifestação de sintomas depressivos está altamente associada a condições de vida desvantajosas que geralmente excedem ou sobrecarregam as capacidades de enfrentamento dos indivíduos. Por isso, em escalas de rastreio, o relato de sintomas pode equivaler à descrição de necessidades emocionais, ausência de suporte social e de outros recursos para a vida (TORRES *et al.*, 2018). Na década de 1990, estudos em psiquiatria geriátrica passaram a sugerir o termo “depleção” para quadros e queixas depressivas vagas caracterizadas por rebaixamento de afetos positivos com possível retraimento social (GALLO *et al.*, 1994; ADAMS, 2001). Embasados na teoria da independência entre os afetos positivos e negativos, a experiência de rebaixamento em afetos positivos não necessariamente apresenta-se inversamente associada ao aumento em afetos negativos, fortalecendo a possibilidade de haver a manifestação de uma “depressão sem tristeza”.

Para ultrapassar as limitações dos estudos convencionais sobre depressão, os pesquisadores em saúde mental têm buscado estratégias de análise que enfatizem cada sintoma individualmente e suas relações específicas com aspectos sociodemográficos e contextuais e com condições de saúde e funcionalidade (FRIED e NESSE, 2015).

O estudo de Leão *et al.* (2017) exemplifica a utilidade em se examinar a ocorrência

de sintomas específicos que compõem as escalas de depressão para a melhor diferenciação das experiências de envelhecimento. O estudo propôs-se a identificar a prevalência e os fatores associados (socioeconômicos, demográficos, de morbidade e clínico-laboratoriais) à depressão em 162 homens idosos assistidos por meio de serviços públicos de Atenção Básica residentes em Recife, Brasil. Por meio da análise de classes latentes com as respostas dadas à escala de depressão geriátrica (GDS-15), identificou-se que os idosos podiam ser classificados segundo a experiência de determinados sintomas. Houve evidências para a formação de quatro grupos caracterizados como 1) “Felizes e motivados” (sentiam-se satisfeitos com a vida, porém perceberam alguma diminuição no interesse em atividades); 2) “Desanimados, mas esperançosos” (não sentiam-se satisfeitos com a vida, porém, a maioria não referiu sentir-se vazio); 3) “Aborrecidos e desamparados” (além aborrecimento frequente, percebiam-se também desamparado e não apresentavam interesse em atividades); e 4) “Deprimidos e sem esperança” (não estavam satisfeitos com a vida, apresentavam diminuição no interesse em atividades e sentiam que sua vida é vazia, além de não sentir-se com energia). Cada grupo apresentou associações diferenciadas com dados sociodemográficos, econômicos, perfis de morbidades, indicadores hormonais e outros dados laboratoriais.

O estudo de Fried e Nesse (2014) também revelou a necessidade em se atentar para os sintomas depressivos específicos no contexto do envelhecimento. Com a validação de um algoritmo clínico para o tratamento de depressão para idosos (*Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression - STAR-D*), os pesquisadores consideraram a presença e a gravidade de 14 sintomas depressivos específicos e o grau de associação com comprometimentos funcionais em amostra de 3.703 pacientes no primeiro estágio de tratamento para depressão. Houve evidências de que os sintomas de tristeza e a diminuição da concentração estavam mais ligados com maiores dificuldades pessoais e limitações físicas, sem incapacitar os indivíduos para exercerem atividades de cuidados com a casa. Sintomas de insônia estavam mais ligados às dificuldades no trabalho ou compromissos formais. Por sua vez, sintomas referentes à pensamentos de culpa estavam mais associados com diminuição nas relações interpessoais; a perda de interesse (anedonia) com diminuições em atividades sociais, e por fim, os sintomas de fadiga estavam mais associados com dificuldades nas atividades de cuidado com a casa.

Velázquez (2019) também defendeu a tese de que a heterogeneidade dos sintomas pode ser uma importante fonte de informação para uma melhor compreensão da depressão na



população. A pesquisadora desenvolveu um estudo com dois grandes estudos epidemiológicos representativos da população dos Estados Unidos - o *Collaborative Psychiatric Epidemiology* (CPES) e o *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) para verificar as associações entre sintomas depressivos específicos e comprometimento funcional grave em amostras baseadas na comunidade. Pessoas com idades acima de 50 anos apresentaram relações entre indicadores de incapacidade funcional grave e três sintomas depressivos: humor deprimido, autocrítica e concentração prejudicada, mesmo após ajustes por co-variáveis sociodemográficas e de saúde. A gravidade da incapacidade foi explicada pela atuação desses sintomas sobre outros sintomas depressivos, como demonstrado por estratégia de análise de redes de dependência entre os sintomas. A pesquisadora sugere que os sintomas cognitivo-afetivos da depressão se relacionam consistentemente com comprometimento funcional grave, destacando a autocrítica como sintoma particularmente informativo por demonstrar efeitos também sobre outros sintomas.

Kim *et al.* (2021) buscaram identificar a centralidade e potencial de discriminação dos sintomas depressivos que compõem a GDS-15 quando aplicada a 3.472 pessoas idosas na Coreia do Sul. Por meio de análise de redes e de estratégias da Teoria de Resposta ao Item, os sintomas relativos à redução em felicidade, desesperança, vazio, aborrecimento, indignidade e ausência de satisfação com a vida revelaram-se mais centrais na amostra estudada. Utilizando a GDS-30, o estudo holandês de Wanrooij *et al.* (2019) também utilizou análise de rede para examinar os sintomas depressivos mais centrais em pessoas idosas com incapacidades físicas. Para a amostra, os sintomas de desamparo e indignidade foram mais centrais e explicativos do fenômeno. Em estudo semelhante, porém com critérios do DSM-IV em amostra idosa italiana, Murri *et al.* (2020) demonstraram a centralidade dos sintomas de anedonia (perda de prazer ou interesse em atividades) e pensamentos de morte (como desejo de não estar vivo no momento presente).

Observa-se, portanto, um crescente interesse na elucidação dos processos subjacentes aos sintomas depressivos em pessoas idosas. Intervenções desenvolvidas a partir desses conhecimentos poderão elevar a efetividade da atenção gerontológica para além das clássicas abordagens categóricas da depressão (KIM *et al.*, 2021).

### 2.3. Experiência de sintomas depressivos específicos em pessoas idosas com diferentes manifestações de dependência para AIVDs: justificativas para avanços na pesquisa

Os comprometimentos funcionais são uma característica distintiva para o diagnóstico clínico de depressão em todas as idades. Porém é necessário destacar as relações bidirecionais entre esses dois fenômenos. Entre pessoas idosas, mesmo a presença de sintomas depressivos “subclínicos” revela potencial significativo de gerar alterações funcionais como dependências para a realização de AVDs. Essas associações potencializam desfechos negativos em saúde e bem-estar, tais como agravos, percepção de dor, isolamento social, institucionalização e morte (TORRES, *et al.*, 2018). A sobreposição entre esses dois fenômenos na velhice, embora não resultante do processo de envelhecimento em si, reduzem a possibilidade de “bem viver” a velhice (NOGUEIRA, *et al.*, 2010; NUNES, *et al.*, 2017; LI e TUNG, 2020).

Do ponto de vista do funcionamento cognitivo e motor, a presença de sintomas depressivos está associada à exacerbação de prejuízos em fluência verbal, planejamento de ações, memória recente, velocidade psicomotora e dificuldades em mobilidade (BLAZER, 2003). Há evidências robustas sobre a exacerbação de condições de dependência para a realização de AVDs e de queixas de pior autoavaliação da saúde, apetite fraco, baixa massa muscular, perda de peso e insuficiência familiar (BLAZER, 2003; MENDES-CHILOFF, 2019).

Em um estudo de coorte prospectivo com idosos brasileiros residentes em Lafaiete Coutinho - BA - desenvolvido por Matos, *et al.* (2018) - encontrou que a presença de sintomas depressivos apresentou razão de chance de diminuição em capacidade funcional em 2,4 vezes quando comparado à condição de ausência desses sintomas, registrando ainda maiores efeitos negativos sobre indicadores de relações pessoais e menor desempenho funcional na realização de AIVDs.

Embora seja vigente a concepção de bidirecionalidade entre capacidade funcional e depressão, os estudos realizados por meio de metodologias transversais tendem a ser mais abundantes na literatura, gerando menores evidências sobre a força e a direção da causalidade mútua no tempo. Outro aspecto importante a se destacar, o panorama da literatura centra-se na adoção de escores totais provenientes de escalas de rastreio clínico ou epidemiológico. Tal adoção limita as possibilidades de aprofundamento na compreensão das características de apresentação de fenômenos físicos e psicológicos que tendem a se sobrepor ou a se manifestar concomitantemente.

No que se refere às relações entre a presença de dependência para a realização de AVDs e os sintomas depressivos, as análises, tradicionalmente, limitam-se às relações entre escores totais produzidos por instrumentos e escalas que quantificam a presença de tais condições em idosos (KAWAMOTO, *et al.*, 2004; MATOS, *et al.*, 2018). Ainda que essa seja uma linha de pesquisa com evidências importantes para a compreensão do processo de envelhecimento, há um menor número de investigações que consideram as especificidades desta sobreposição quanto aos tipos de atividades para as quais há dependência e os sintomas individualmente. Também é preciso considerar a influência de fatores antecedentes e contextuais na manifestação desse fenômeno e quanto ao papel dos contextos sociais em que os idosos estão inseridos (LI e TUNG, 2020).

Em pessoas idosas que residem na comunidade, manifestar dependência para a realização de determinadas atividades instrumentais pode suscitar experiências afetivas, cognitivas e motivacionais, condicionadas pelo impacto da dependência não apenas sobre si mesmos, mas por afetar outras pessoas do domicílio, da família e o acesso a serviços e oportunidades de participação social (VAISH, *et al.*, 2020). Tais efeitos podem ser mais amplos ou restritos a depender de condições de gênero, de status socioeconômico, conjugal ou mesmo de percepção geral do estado de saúde e do grau de preservação da autonomia e controle sobre a própria vida (VAISH, *et al.*, 2020). Embora sejam experiências altamente relatadas no contexto das incapacidades funcionais, a diminuição no senso de autonomia e controle sobre a própria vida são consideradas vulnerabilidades cognitivo-emocionais para o desenvolvimento de depressão (TRESCATO, *et al.*, 2022; ZHAO, *et al.*, 2022). Especificar a atuação desses diferentes antecedentes pode dar clareza a estratégias de prevenção e apoio psicológico a idosos que apresentam incapacidades físicas e dependência para a realização de AVDs (PENG, *et al.*, 2021).

Portanto, mais do que utilizar informações derivadas da somatória de dependências para AIVDs ou apenas o escore total em escala de sintomas depressivos, torna-se imprescindível qualificar a experiência da associação entre esses fenômenos. Implicações desse conhecimento podem resultar no desenvolvimento de intervenções e planos de atenção singulares considerando suas necessidades e contextos, aumentando a eficiência da atenção em saúde e bem-estar.

Segundo Skoog *et al.* (2022), a perspectiva da capacidade funcional como lente de observação e critério de saúde e bem-estar em populações idosas permite reconhecer alvos importantes para os diferentes níveis de intervenção. Características das associações entre dependência e sintomas depressivos implicam no desenvolvimento de ações macrossociais na

promoção de oportunidades e serviços públicos e valorização do capital social no envelhecimento. No mesmo nível apontam para a organização das redes de suporte e saúde das instituições no amortecimento do impacto de eventos estressantes e vulnerabilidades e promoção das potencialidades. No nível micro, direcionam a gestão do cuidado e a promoção da saúde e autonomia, realçando o senso de valor pessoal e reciprocidade nas relações sociais e ambientais.

“Diferenças na manifestação das dependências para a realização de AIVDs podem associar-se com experiências emocionais específicas em pessoas idosas residentes na comunidade?” Motivada por essa pergunta de pesquisa, a presente Dissertação de Mestrado buscou reconhecer especificidades nas associações entre dependências para a realização de AIVDs e sintomas depressivos em pessoas idosas brasileiras residentes na comunidade.

Para tal, desenvolveu um estudo empírico partindo da hipótese de haver subgrupos de pessoas idosas diferenciados por tipos de dependências para a realização de AIVDs. Tais subgrupos podem estar mais suscetíveis a experimentar sintomas depressivos em quantidade e qualidade diferentes. Fatores sociodemográficas referentes à idade, sexo, escolaridade, status conjugal, arranjo de moradia, autoavaliação geral da saúde e percepção de autonomia e controle foram considerados e controlados nas análises de associações entre os subgrupos e a presença de sintomas depressivos.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo geral

Examinar a composição de agrupamentos segundo indicadores de dependência (total ou parcial) para a realização AIVDs, assim como as associações desses agrupamentos com sintomas depressivos específicos em pessoas idosas residentes na comunidade.

#### 3.2. Objetivos específicos:

- Descrever a prevalência de dependência para a realização de AIVDs e de sintomas depressivos na amostra, assim como suas associações com condições sociodemográficas (sexo, escolaridade, arranjo de moradia), autoavaliação de saúde e bem-estar psicológico (percepção de autonomia e controle);
- Identificar a formação de agrupamentos de idosos com base no relato de dependência para a realização de AIVDs;
- Examinar a prevalência e estimar as razões de chance representada por cada sintoma depressivo para os agrupamentos de dependências para a realização de AIVDs, controladas por variáveis sociodemográficas, de saúde e bem-estar.

## 4. MÉTODOS

Este é um estudo descritivo e analítico com delineamento transversal desenvolvido a partir do banco de dados eletrônico da coleta de seguimento do estudo FIBRA - Fragilidade em Idosos Brasileiros - pólo Unicamp - nos anos de 2016-2017.

### 4.1. Estudo FIBRA

O Estudo FIBRA (Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros) é resultante dos esforços de uma rede de pesquisadores e centros de pesquisa brasileiros sobre a temática da Fragilidade em pessoas idosas com 65 anos e mais. Foi estabelecida uma parceria científica para estimar a prevalência, identificar fatores de risco e derivar perfis de fragilidade, considerando-se as variáveis sociodemográficas, de saúde, cognição, capacidade funcional e psicológicas em idosos residentes em cidades e regiões brasileiras caracterizadas por diferentes Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), bem como derivar indicadores de validade de medidas diagnósticas de fragilidade para uso na atenção primária em saúde na velhice. Os pesquisadores e centros de pesquisa foram organizados em quatro polos de pesquisa (Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; Universidade de São Paulo – em Ribeirão Preto; Universidade Federal de Minas Gerais; e Universidade Federal do Rio de Janeiro) os quais compartilharam um protocolo e estratégias metodológicas semelhantes. A cada pólo foi possibilitado o desenvolvimento de um protocolo complementar para investigações de interesse específico. O Estudo FIBRA foi contemplado por financiamento de pesquisa referente ao edital público do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em 2006, sob processo n. 555087/2006- 9.

Pesquisadores ligados ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM-UNICAMP), coordenaram uma coleta de dados multicêntrica pessoas idosas residentes em sete cidades brasileiras: Campinas – SP; Subdistrito de Ermelino Matarazzo em São Paulo – SP; Ivoti – RS; Poços de Caldas – MG; Belém – PA; Campinas Grande - PB e Parnaíba – PI, sendo o pólo Unicamp composto por Campinas (SP) e Ermelino Matarazzo (SP). O recrutamento de pessoas idosas para a linha base (LB) foi realizado em setores censitários previamente sorteados visitando todos os domicílios. Para o cálculo amostral levou-se em conta a proporção de idosos e a distribuição por faixas etárias e sexo para o alcance de cotas proporcionais e estratificadas. A coleta dos dados foi realizada em centros de saúde, igreja ou clubes sociais próximos ao domicílio do participante em única sessão, entrevistadores treinados que informaram os objetivos, duração e caráter da

participação e solicitação do aceite de participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto, o TCLE e o protocolo do FIBRA polo UNICAMP foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FCM UNICAMP sob o parecer CAAE 0151.1.146.000-07 (ANEXO A). Coordenado pela professora Dra. Anita Liberalesso Neri, com linha de base nos anos 2008 e 2009, utilizou protocolos padronizados para o levantamento dos dados, contendo registros de endereço, variáveis sociodemográficas, psicossociais, saúde e funcionalidade, para compreender as condições e relações de fragilidade de idosos urbanos residentes na comunidade, pretendia-se, também, obter e registrar informações sobre óbitos ocorridos no período entre as coletas.

Foram recrutados indivíduos do sexo masculino e feminino, com 65 anos e mais, que preencheram os critérios de inclusão e de exclusão da pesquisa, apresentando diferentes condições sociodemográficas, em especial renda, escolaridade e ocupação (anterior e atual).

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, os procedimentos e os cuidados éticos a serem observados e assinaram termos de consentimento informado integrantes dos projetos previamente submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas. Todas as informações serão mantidas em sigilo e a divulgação dos resultados não identifica o participante.

Para a inclusão no estudo foram considerados idosos que tivessem 65 anos ou mais completos no ano da entrevista, que tivessem residência permanente no município e que estivesse presente no domicílio.

Os critérios de exclusão foram: recusa em participar da pesquisa e assinar TCLE; idosos com alterações cognitivas sugestivas de demência; Idosos com sequelas graves de acidente vascular encefálico; doença de Parkinson em estágio grave ou instável; deficiências auditivas ou visuais graves; Estivessem restritos ao leito, se encontravam em estado terminal, tinham câncer ou estavam em tratamento quimioterápico também foram excluídos do estudo.

Para o Miniexame do Estado Mental (MEEM) foi considerada a pontuação: 17 pontos para analfabetos, 22 para os que tinham 1 a 4 anos de escolaridade, 24 para os que tinham 5 a 8 e 26 pontos para aqueles com 9 ou mais anos de escolaridade (segundo critérios de Brucki (2003), menos um desvio padrão adotado como Fried (2001)). A entrevista apenas era realizada caso o idoso apresentasse a pontuação mínima para sua escolaridade. Caso a pontuação fosse inferior à pontuação esperada, uma entrevista reduzida era realizada com o acompanhante presente. Participaram da coleta de linha de base 3478 idosos.

A subamostra de pessoas idosas residentes nas localidades de Campinas e Ermelino Matarazzo (n=1284) foi alvo de um estudo de seguimento proposto pelo polo UNICAMP para

acompanhamento das condições de saúde e bem-estar, assim como de desfechos de fragilidade, incapacidades e mortalidade dessa coorte nos anos de 2016-2017.

Para o seguimento (SG) realizado nos anos de 2016 e 2017, aprovado mediante o parecer número CAAE 92684517.5.3001.5390 (ANEXO B) e novos financiamentos de pesquisa concedidos pela CAPES n. 2972/2014-01, FAPESP n. 2016/00084-8 e CNPq n. 424789/2016-7. Coordenado pelas pesquisadoras Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri e a Profa. Dra. Mônica Sanches Yassuda. Os entrevistadores retornaram aos domicílios registrados no banco de dados de 2008-2009 para localizar os idosos entrevistados e recrutá-los para nova entrevista. Os mesmos critérios de inclusão e exclusão utilizados nas medidas de LB.

Quando havia notícia de falecimento, uma entrevista breve foi realizada com a pessoa que atendeu, desde que ela fosse conhecida e que havia convivido com o idoso no ano anterior à morte para compreender as condições de saúde e circunstâncias da morte no ano anterior ao falecimento.

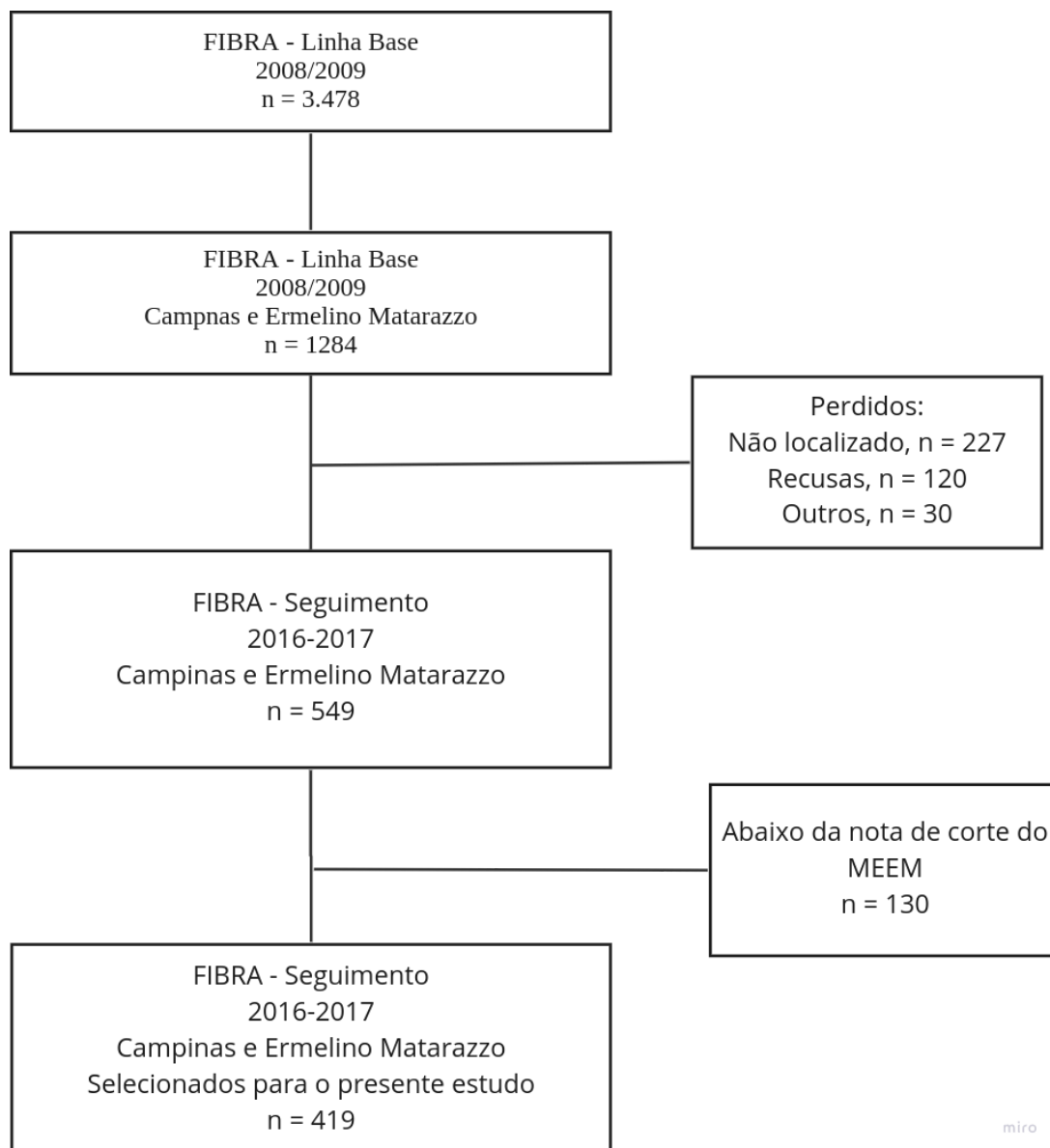
Os mesmos critérios de inclusão e exclusão permaneceram os mesmos da LB e para aqueles que apresentavam nota do MEEM abaixo do escore selecionado para o estudo a entrevista era realizada com um familiar. Dos 1284 idosos entrevistados na LB, houve uma perda amostral de 543 idosos, dos quais 227 não foram localizados, 120 recusaram a participação, 20 foram excluídos, 10 foram perdidos por outros motivos (desistência ou risco ao entrevistador) e 192 haviam falecido no período, portanto, o SG contou com 549 idosos.

#### 4.2. Materiais e métodos do presente estudo

O presente estudo utilizou os dados de 419 pessoas idosas participantes do estudo de seguimento do FIBRA pelo UNICAMP. A utilização dos dados foi concedida pela coordenação do Estudo FIBRA pelo Unicamp (Anexo C). A partir dos objetivos do presente estudo, foram selecionadas apenas as respostas completas ao protocolo e às variáveis de interesse dadas pelos próprios idosos participantes. A figura 3 representa o fluxograma de composição da amostra em estudo.



Figura 2. Fluxograma de composição da amostra para o presente estudo, considerando os bancos de dados disponíveis do Estudo FIBRA polo UNICAMP a partir da linha de base 2008-2009 até as medidas de seguimento 2016-2017 com a coorte de idosos residentes em Campinas e Ermelino Matarazzo – SP, Brasil.



Fonte: Lillian Bondezan Holovatino, 2023.

Dos dados coletados pelo estudo FIBRA no seguimento, foram selecionadas informações para o alcance dos objetivos do presente estudo, a saber:

a) Informações sociodemográficas:

Foram solicitadas informações sobre sexo (feminino e masculino; autodeclarados); sobre a idade (derivada da data de nascimento); Escolaridade (identificada pelo número total de anos de escolaridade formal); Estado conjugal (classificados em

- “com Companheiro” (incluindo os Casado/a ou com companheiros) e “Sem companheiro” (incluindo os solteiro/a, divorciado/a ou separado/a, viúvo/a); Arranjo de moradia (classificados em “Mora sozinho/a” ou “Não mora sozinho/a” (marido/esposa, filho/s ou enteado/s, neto/s, bisneto/s, outros parentes, amigo, empregado ou cuidador pago);
- b) Autoavaliação de saúde: identificada por meio da questão “De modo geral, como o/a senhor/a avalia sua saúde no momento atual?”, com cinco opções de resposta, sendo “muito ruim”, “ruim”, “regular”, “boa” e “muito boa”. As respostas foram classificadas em “Boa” (“Muito boa”, “Boa”) ou “Ruim” (“Muito ruim”, “Ruim” e “Regular”);
- c) Senso de Autonomia e Controle: Identificados a partir da seleção de duas questões da Escala CASP-19 (Controle, Autonomia, Auto Realização e Prazer) desenvolvida por Hyde, *et al.* em 2003 e validada para o português por Neri *et al.* (2018a). A escala visa avaliar a qualidade de vida percebida em indivíduos com 55 anos ou mais, composta por 19 questões com respostas determinadas por grau de concordância sendo nada (0), um pouco (1), muito (2) e muitíssimo (3). Para o presente estudo, senso de autonomia foi identificado por meio da questão “Eu posso fazer as coisas que quero” e o senso de controle pela questão “Eu sinto que não tenho controle sobre o que acontece comigo”. As respostas foram classificadas em
- d) Dependência para a realização de AIVDs: Identificada a partir da aplicação da escala de Lawton e Brody (1969) traduzida para o português (SANTOS e JÚNIOR, 2008). Respondida por meio de autorrelato, a escala é composta por sete questões referentes à: usar o telefone, uso de transporte, fazer compras, preparo de alimentos, tarefas domésticas, uso de medicação, manejo de dinheiro. As respostas foram classificadas em “independente” e “dependente” (dependência total e parcial) para cada questão e somadas para a classificação de dependência considerado dependentes os que relataram necessitar de ajuda parcial ou total para a realização de uma ou mais AIVDs (ANEXO D).
- e) Sintomas depressivos: identificados a partir da aplicação da escala de depressão geriátrica de 15 itens (*Geriatrics Depression Scale - GDS- 15*), desenvolvida por Yesavage e Brink (1983) e validada para o português por Almeida e Almeida (1999). Cada item da escala é respondido por meio de opções dicotômicas (“sim” ou “não”). O escore total reflete a somatória de respostas que correspondem a presença de sintomas depressivos característicos, sendo utilizado o ponto de corte de 6 pontos ou mais para

o rastreio de depressão (ANEXO E). Dos 15 itens, cinco deles representam a experiência de afetos positivos, experiências de satisfação, energia ou prazer, cuja ausência de concordância (respostas do tipo “não”) representa um sintoma depressivo (“Está basicamente satisfeito com sua saúde?”; “Sente-se de bom humor a maior parte do tempo?”; “Sente-se feliz a maior parte do tempo?”; “Acha maravilhoso estar vivo?”; “Sente-se cheio/a de energia?”).

#### 4.3. Análise dos dados

A significância dos testes estatísticos adotada foi de  $p < 0,05$ , ou de 95%. Os testes foram realizados com o auxílio das ferramentas computacionais por meio dos softwares SAS - *Statistical Analysis System*, versão 9.2 e SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*, versão 22.0.

A análise de dados foi realizada em três etapas:

##### I. Caracterização e descrição da amostra

Identificação e organização de informações provenientes de análise estatística descritiva para cada uma das variáveis de interesse para a amostra total utilizando-se indicadores de frequência absoluta, prevalência e intervalo de confiança;

##### II. Formação de agrupamentos de idosos segundo o relato de dependência para a realização de AIVDs:

Identificada por meio da análise de conglomerados (ou Análise de cluster) pelo método de agrupamento hierárquico de Ward e medida de similaridade, considerando cada um dos sete itens de AIVDs da escala de Lawton e Brody, utilizando a classificação em duas categorias: “independente” (0) e “dependente” (1); para respostas que refletiam dependência total ou parcial para cada AIVD;

A análise de clusters tem como objetivo identificar subgrupos homogêneos na população estudada, de tal forma que a variabilidade da característica no mesmo grupo (intragrupo) seja mínima e, ao mesmo tempo, maior entre os grupos (intergrupos). A quantidade de grupos formados pode variar de acordo com a necessidade do estudo e da população, sendo uma ferramenta interessante para compreender os padrões presentes nos dados. A análise de clusters é uma técnica de estatística descritiva (não inferencial) utilizada para explorar e descrever melhor os aspectos de uma determinada base de dados (KAUFMAN e ROUSSEEUW, 2005).

##### III. Análise das associações entre os sintomas depressivos e a dependência para as AIVDs;

Foram identificadas associações bivariadas entre as prevalências de cada sintoma depressivo para cada uma das condições de dependência para AIVDs (total e por atividade). A seguir, foram estimadas as razões de chance representadas por cada sintoma depressivo por meio das análises de regressão multinomial tendo os agrupamentos (ou cluster de dependências para AIVDs) como variáveis dependentes.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Caracterização da amostra

Participaram do estudo 419 idosos, com idade de 72 a 98 anos ( $80,0 \pm 4,5$ ), sendo a maioria (69,4%) do sexo feminino, com 1 a 4 anos de escolaridade (58,2%), estado conjugal "Sem companheiro" (53,2%). Cerca de 80% relataram residir com outras pessoas. A prevalência de sintomas depressivos foi de 29,1% e cerca de metade da amostra apresentou indicadores de dependência parcial ou total para a realização de AIVDs (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra a partir das variáveis sociodemográficas, autoavaliação de saúde, sintomas depressivos e níveis de dependência para AIVD, N=419. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017.

| Variáveis                   | n   | %     | IC95%*      |
|-----------------------------|-----|-------|-------------|
| <b>Sexo</b>                 |     |       |             |
| Feminino                    | 291 | 69,45 | 64,85-73,68 |
| Masculino                   | 128 | 30,55 | 26,31-35,14 |
| <b>Faixa Etária</b>         |     |       |             |
| 72 a 79 anos                | 185 | 44,15 | 39,45-48,79 |
| 80 anos e mais              | 234 | 55,85 | 51,03-60,54 |
| <b>Escolaridade em anos</b> |     |       |             |
| 0                           | 57  | 13,60 | 10,63-17,24 |
| 1 a 4 anos                  | 244 | 58,23 | 53,43-62,88 |
| 5 ou mais                   | 118 | 28,16 | 24,05-32,67 |
| <b>Estado conjugal</b>      |     |       |             |
| Com companheiro             | 194 | 46,75 | 58,62-67,92 |
| Sem companheiro             | 221 | 53,25 | 32,04-41,37 |

**Arranjo de moradia**

|                  |     |       |             |
|------------------|-----|-------|-------------|
| Mora sozinho     | 77  | 18,78 | 15,27-22,86 |
| Não mora sozinho | 333 | 81,27 | 77,13-84,72 |

**Autoavaliação de saúde**

|      |     |       |             |
|------|-----|-------|-------------|
| Boa  | 222 | 52,98 | 48,17-57,73 |
| Ruim | 197 | 47,02 | 42,26-51,82 |

**Senso de Autonomia**

|          |     |       |             |
|----------|-----|-------|-------------|
| Presente | 378 | 91,97 | 88,90-94,24 |
| Ausente  | 33  | 8,03  | 5,75-11,09  |

**Senso de Controle**

|          |     |       |             |
|----------|-----|-------|-------------|
| Presente | 273 | 66,42 | 61,70-70,83 |
| Ausente  | 138 | 33,58 | 29,16-38,29 |

**AIVD**

|                          |     |       |             |
|--------------------------|-----|-------|-------------|
| Independente             | 211 | 50,36 | 45,56-55,14 |
| Dependente parcial/total | 208 | 49,64 | 44,85-54,43 |

**Sintomas Depressivos**

|              |     |       |             |
|--------------|-----|-------|-------------|
| ≤ 5 sintomas | 337 | 80,43 | 66,33-75,04 |
| ≥ 6 sintomas | 82  | 19,57 | 24,95-33,66 |

---

IC95\* Intervalo de Confiança de 95%  
 Fonte: Lillian Bondezan Holovatino, 2023.

As prevalências de dependência para cada AIVD estão descritas na Tabela 2. As atividades com maiores prevalências de dependência foram para a realização de “Tarefas domésticas” (28,85%), “Fazer compras” (28,43%) e “Uso de transporte” (23,02%).

Tabela 2. Frequência de dependência para AIVD na amostra total. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (N=419).

| Atividade                       | Independente |                 |             | Dependente |                 |             |
|---------------------------------|--------------|-----------------|-------------|------------|-----------------|-------------|
|                                 | n            | prevalência (%) | IC 95%      | n          | prevalência (%) | IC 95%      |
| Uso do telefone                 | 386          | 92,12           | 88,80-94,18 | 33         | 7,88            | 5,81-11,19  |
| Uso de transportes              | 321          | 76,98           | 72,28-80,52 | 96         | 23,02           | 19,47-27,22 |
| Fazer compras                   | 297          | 71,52           | 66,65-75,45 | 118        | 28,43           | 24,54-33,34 |
| Preparo de alimentos            | 369          | 88,92           | 85,22-91,43 | 46         | 11,08           | 8,56-14,77  |
| Tarefas domésticas              | 296          | 71,15           | 66,39-75,22 | 120        | 28,85           | 24,77-33,60 |
| Auto administração de Medicação | 378          | 91,08           | 88,24-93,76 | 37         | 8,92            | 6,23-11,75  |
| Manejo de dinheiro              | 339          | 81,10           | 76,70-84,38 | 79         | 18,90           | 15,61-23,29 |

IC95\* Intervalo de Confiança de 95%

Fonte: Lillian Bondezan Holovatino, 2023.

Na Tabela 3 foram descritas as frequências para cada um dos sintomas depressivos representados pelos itens da GDS-15, assim como os cálculos de prevalência e razões de chance para a subamostra de idosos com dependências para a realização de AIVDs (n=208). Considerando as orientações da escala GDS-15 para a identificação de sintomas, as respostas dos idosos foram organizadas em “sintoma ausente” e “sintoma presente”. Na amostra total foram mais prevalentes os sintomas apresentados pelas questões: “Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?” (59,23%), “Deixou muitos de seus interesses e atividades?” (40,05%) e “O/a senhor/a se aborrece com frequência?” (36,28%). Quando examinados apenas os idosos com dependências para a realização da AIVDs, as maiores prevalências referiram-se aos

sintomas “(Não se) Sente-se feliz a maior parte do tempo?” (82,86%), “Sente-se inútil nas atuais circunstâncias?” (65,85%) e “(Não) Sente-se cheio/a de energia?” (65,42%).

Tabela 3. Frequência de cada sintoma depressivo na amostra total e cálculo de prevalência e razões de chance dos sintomas para a subamostra de idosos com dependências para a realização de AIVDs. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (N=419).

| Sintoma depressivo  | Amostra total<br>(N= 419)<br>Prevalência (%) | Subamostra de idosos<br>com dependência<br>para AIVD<br>(n=208)<br>Prevalência (%) | ODDs (IC95%)            |
|---|--|--|-------------------------|
| GDS1. Está basicamente satisfeito com sua vida?<br>Sintoma ausente<br>Sintoma presente          | 91,11<br>8,89                                | 47,7<br>64,86  | 1<br>2,02 (1,00-4,09)*  |
| GDS2. Deixou muitos de seus interesses e atividades?<br>Sintoma ausente<br>Sintoma presente     | 59,95<br>40,05                               | 42,40<br>59,88   | 1<br>2,03 (1,36-3,02)*  |
| GDS3. Sente que a vida está vazia?<br>Sintoma ausente<br>Sintoma presente                       | 69,62<br>30,38                               | 44,67<br>61,42   | 1<br>1,97 (1,28-3,02)*  |
| GDS4. O/a senhor/a se aborrece com frequência?<br>Sintoma ausente<br>Sintoma presente           | 63,72<br>36,28                               | 43,82<br>59,87   | 1<br>1,91 (1,27-2,86)*  |
| GDS5. Sente-se de bom humor a maior parte do tempo?<br>Sintoma ausente<br>Sintoma presente      | 86,36<br>13,64                               | 48,75<br>56,14   | 1<br>1,34 (0,76-2,36)   |
| GDS6. Tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?<br>Sintoma ausente<br>Sintoma presente        | 69,38<br>30,62                               | 46,90<br>56,25   | 1<br>1,45 (0,95-2,21)   |
| GDS7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?<br>Sintoma ausente<br>Sintoma presente             | 91,65<br>8,35                                | 46,61<br>82,86   | 1<br>5,53 (2,24-13,65)* |
| GDS8. Sente que sua situação não tem saída?<br>Sintoma ausente<br>Sintoma presente              | 81,31<br>18,69                               | 45,97<br>63,64   | 1<br>2,05 (1,23-3,43)*  |
| GDS9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?<br>Sintoma ausente<br>Sintoma presente | 40,77<br>59,23                               | 41,76<br>54,66   | 1<br>1,68 (1,13-2,49)*  |



|  |       |       |                   |
|--|-------|-------|-------------------|
| GDS10. Sente-se com mais problemas de memória do que a maioria?      |       |       |                   |
| Sintoma ausente  | 80,87 | 48,20 | 1                 |
| Sintoma presente   | 19,13 | 54,43 | 1,28 (0,78-2,10)  |
| GDS11. Acha maravilhoso estar vivo?                                  |       |       |                   |
| Sintoma ausente  | 96,17 | 49,50 | 1                 |
| Sintoma presente   | 3,83  | 50,00 | 1,02 (0,37-2,77)  |
| GDS12. Sente-se um/a inútil nas atuais circunstâncias?               |       |       |                   |
| Sintoma ausente  | 80,34 | 45,37 | 1                 |
| Sintoma presente   | 19,66 | 65,85 | 2,31 (1,40-3,84)* |
| GDS13. Sente-se cheio/a de energia?                                  |       |       |                   |
| Sintoma ausente  | 74,22 | 43,83 | 1                 |
| Sintoma presente   | 25,78 | 65,42 | 2,42 (1,53-3,83)* |
| GDS14. Acha que sua situação é sem esperança?                        |       |       |                   |
| Sintoma ausente  | 85,13 | 46,76 | 1                 |
| Sintoma presente   | 14,87 | 64,72 | 2,07 (1,18-3,62)* |
| GDS15. Sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a? |       |       |                   |
| Sintoma ausente  | 79,61 | 46,30 | 1                 |
| Sintoma presente   | 20,39 | 62,65 | 1,94 (1,18-3,19)* |

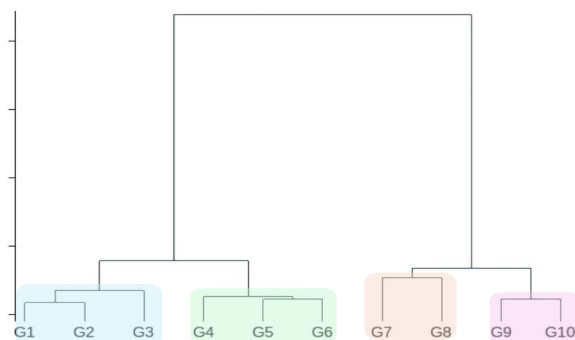
IC95\* Intervalo de Confiança de 95%

Fonte: Lillian Bondezan Holovatino, 2023.

## 5.2. Análise de Cluster

Os clusters foram formados a partir do método de agrupamento hierárquico de Ward e medida de similaridade, utilizando a variável binária (independente e dependência parcial/total) para cada atividade instrumental avaliada. Ao todo, 10 clusters foram encontrados, os quais podem pertencer a grupos maiores, agrupando indivíduos com características similares. Para obter grupos mais homogêneos entre si e heterogêneos em relação aos demais, considerou-se, portanto, 4 clusters (Figura 3) os quais foram testados quanto à variabilidade intragrupos e intergrupos, obtendo confirmação da homogeneidade dos membros de um cluster e heterogeneidade entre os diferentes clusters.

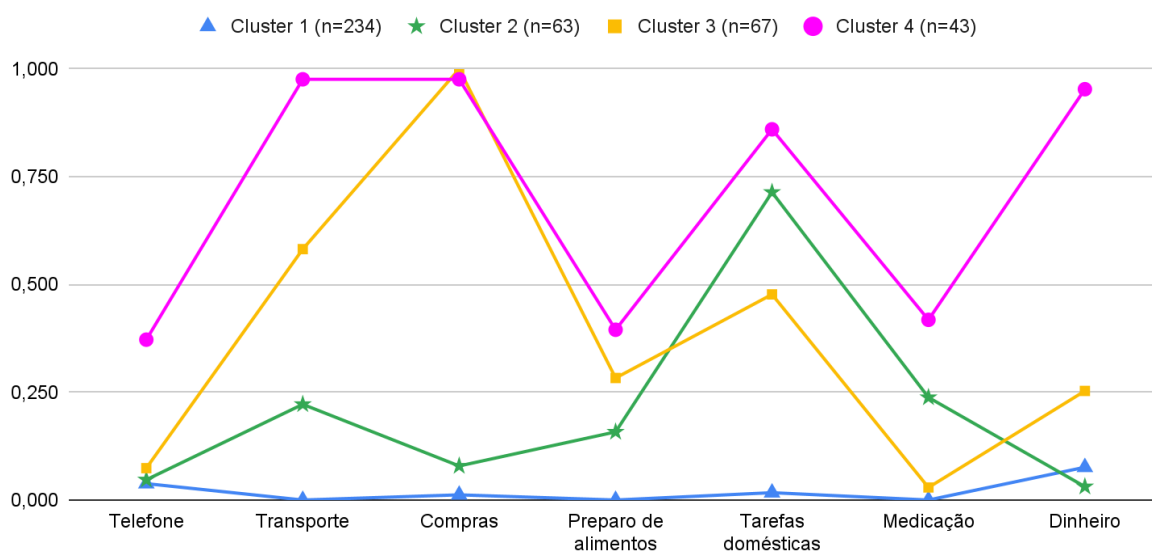
Figura 3. Dendograma representativo da formação dos clusters pelo método de agrupamento hierárquico. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (N=419).



Fonte: Lillian Bondezan Holovatino, 2023.

A caracterização dos clusters foi dada pelo grau de dependência para cada uma das AIVDs. Considerando o valor 0 para a condição “independente” e 1 para a condição “dependente”, a análise das pontuações médias dos clusters foram interpretadas pelo grau de aproximação em relação a condição valor 1 (dependente). Na Figura 4 são representadas as médias apresentadas pelos clusters em relação a cada AIVD.

Figura 4. Média de dependência para cada atividade instrumental de vida diária em cada cluster formado. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (N=419).



Fonte: Lillian Bondezan Holovatino, 2023

O Cluster 1 apresentou maior frequência (n = 234) sendo caracterizado por menores médias para dependência em todas as AIVDs. O Cluster 2 foi composto por 63 indivíduos, apresentando níveis intermediários de dependência para “tarefas domésticas” (0,71). O

Cluster 3 foi composto por 67 indivíduos e por médias mais elevadas de dependência para “uso de transporte” (0,58), “fazer compras” (1) e “tarefas domésticas” (0,47). Por fim, o Cluster 4 foi composto por 43 indivíduos e apresentou maiores médias de dependência para um maior número de tarefas: “uso de transporte” (0,97), “fazer compras” (0,97), “tarefas domésticas” (0,47), “medicação” (0,41) e “manejo de dinheiro” (0,95).

Segundo a Tabela 4, a composição dos clusters não mostrou diferenças significativas relativas às condições de idade e escolaridade. Os clusters 3 e 4 apresentaram maior prevalência de sexo feminino (88,57% e 81,40% respectivamente), do estado conjugal “sem companheiro” (66,15% e 67,44% respectivamente), pior autoavaliação de saúde (Cluster 3: 59,70% e Cluster 4: 58,14%), ausência de percepção de autonomia (13,85% e 16,28% respectivamente) e controle (46,03% e 59,52%, respectivamente), assim como de prevalência de depressão (31,34% e 34,88% respectivamente). Houve maior prevalência de pessoas que residem sozinhas nos clusters 1 (21,40%) e 3 (20%).

Tabela 4. Caracterização dos clusters formados segundo as características sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, arranjo de moradia, estado conjugal, autoavaliação de saúde, sintomas depressivos e controle e autonomia segundo a CASP). Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (N=419).

| Variável                    | Cluster 1 |                 | Cluster 2 |                 | Cluster 3 |                 | Cluster 4 |                 |
|-----------------------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|
|                             | n         | Prevalência (%) | N         | Prevalência (%) | n         | Prevalência (%) | n         | Prevalência (%) |
| <b>Sexo*</b>                |           |                 |           |                 |           |                 |           |                 |
| Feminino                    | 147       | 62,82           | 47        | 74,60           | 58        | 86,57           | 35        | 81,40           |
| Masculino                   | 87        | 37,18           | 16        | 25,40           | 9         | 13,43           | 8         | 18,60           |
| <b>Faixa Etária</b>         |           |                 |           |                 |           |                 |           |                 |
| 72 a 79 anos                | 106       | 45,30           | 23        | 36,49           | 31        | 46,27           | 19        | 44,19           |
| 80 anos e mais              | 128       | 54,70           | 40        | 63,51           | 36        | 53,73           | 24        | 55,81           |
| <b>Escolaridade em anos</b> |           |                 |           |                 |           |                 |           |                 |
| 0                           | 28        | 11,97           | 8         | 12,70           | 8         | 11,94           | 13        | 30,23           |
| 1 a 4                       | 139       | 59,40           | 37        | 58,73           | 38        | 56,72           | 20        | 46,51           |
| 5 ou mais                   | 67        | 28,63           | 18        | 28,67           | 21        | 31,34           | 10        | 23,26           |
| <b>Estado conjugal*</b>     |           |                 |           |                 |           |                 |           |                 |
| Com companheiro             | 127       | 54,74           | 22        | 34,92           | 22        | 33,85           | 14        | 32,56           |
| Sem companheiro             | 105       | 45,36           | 41        | 65,08           | 43        | 66,15           | 29        | 67,44           |

| <b>Arranjo de moradia*</b>     |     |       |    |       |    |       |    |       |
|--------------------------------|-----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| Mora sozinho                   | 49  | 21,40 | 11 | 17,74 | 13 | 20    | 2  | 4,76  |
| Não mora sozinho               | 180 | 78,60 | 51 | 82,26 | 52 | 80    | 40 | 95,24 |
| <b>Autoavaliação de saúde*</b> |     |       |    |       |    |       |    |       |
| Boa                            | 139 | 59,40 | 30 | 47,62 | 27 | 40,30 | 18 | 41,86 |
| Ruim                           | 95  | 40,60 | 33 | 52,48 | 40 | 59,70 | 25 | 58,14 |
| <b>Senso de Autonomia*</b>     |     |       |    |       |    |       |    |       |
| Presente                       | 222 | 96,10 | 57 | 93,44 | 56 | 86,15 | 36 | 83,72 |
| Ausente                        | 9   | 3,90  | 4  | 6,56  | 9  | 13,85 | 7  | 16,28 |
| <b>Senso de Controle*</b>      |     |       |    |       |    |       |    |       |
| Presente                       | 168 | 72,10 | 43 | 69,35 | 34 | 53,97 | 17 | 40,48 |
| Ausente                        | 65  | 27,90 | 19 | 30,65 | 29 | 46,03 | 25 | 59,52 |
| <b>Sintomas depressivos</b>    |     |       |    |       |    |       |    |       |
| ≤ 5 sintomas                   | 204 | 87,18 | 50 | 79,37 | 46 | 68,66 | 28 | 65,12 |
| ≥ 6 sintomas                   | 30  | 12,82 | 13 | 20,63 | 21 | 31,34 | 15 | 34,88 |

IC95\* Intervalo de Confiança de 95%

Fonte: Lillian Bondezan Holovatio, 2023.

Por meio dos resultados das associações bivariadas significativas (a saber, sexo, status conjugal, autoavaliação de saúde e percepção de controle e autonomia), foi possível identificar variáveis de ajuste para a realização da análise de regressão multinomial. Na tabela 5 podem ser identificadas as razões de chance (brutas e ajustadas) representadas por cada sintoma depressivo em relação aos quatro clusters de dependência para AIVDs.

Após ajuste, os sintomas “rebaixamento de energia” e “(não se) sente-se feliz” apresentaram razões de chance significativas para estarem presentes entre pessoas idosas do cluster 2. Os sintomas “(não se) sente-se feliz”, “prefere ficar em casa” apresentaram razões de chance significativas para estarem presentes no cluster 3. Por sua vez, os sintomas “deixou interesses”; “sem saída”; “ficar em casa”; “baixa energia” revelaram razões de chance significativas para se apresentarem em idosos do cluster 4.

Tabela 5. Prevalência e razão de chances de presença de sintomas depressivos em cada cluster. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (n=419)

| Sintomas depressivos                                 | Cluster 1 | Cluster 2         | Cluster 3         | Cluster 4         |
|--|-----------|-------------------|-------------------|-------------------|
| GDS1. Está basicamente satisfeito com sua saúde?     |           |                   |                   |                   |
| Prevalência (%)                                      | 5,98      | 11,11             | 12,31             | 16,28             |
| Odds (IC95%) Bruto                                   | 1         | 1,96 (0,75-5,10)  | 2,20 (0,88-5,51)  | 3,05 (1,15-8,09)* |
| Odds (IC95%) Ajustado                                | 1         | 1,39 (0,45-4,28)  | 1,03 (0,36-2,97)  | 1,53 (0,54-4,57)  |
| GDS2. Deixou muitos de seus interesses e atividades? |           |                   |                   |                   |
| Prevalência (%)                                      | 32,91     | 47,62             | 46,15             | 58,14             |
| Odds (IC95%) Bruto                                   | 1         | 1,85 (1,05-3,26)* | 1,74 (1-3,05)*    | 2,83 (1,45-5,50)* |
| Odds (IC95%) Ajustado                                | 1         | 1,63 (0,90-2,96)  | 1,15 (0,61-2,17)  | 2,21 (1,06-4,62)* |
| GDS3. Sente que a vida está vazia?                   |           |                   |                   |                   |
| Prevalência (%)                                      | 25,32     | 31,75             | 41,79             | 39,53             |
| Odds (IC95%) Bruto                                   | 1         | 1,37 (0,74-2,51)  | 2,11 (1,19-3,74)* | 1,92 (1-3,80)*    |
| Odds (IC95%) Ajustado                                | 1         | 1,15 (0,60-2,23)  | 1,4 (0,72-2,70)   | 1,11 (0,49-2,51)  |
| GDS4. O/a senhor/a se aborrece com frequência?       |           |                   |                   |                   |
| Prevalência (%)                                      | 30,77     | 33,33             | 47,76             | 46,51             |
| Odds (IC95%) Bruto                                   | 1         | 1,12 (0,62-2,03)  | 2,05 (1,18-3,58)* | 1,95 (1-3,79)*    |
| Odds (IC95%) Ajustado                                | 1         | 1,03 (0,55-1,92)  | 1,58 (0,85-2,94)  | 1,40 (0,69-2,85)  |
| GDS5. Sente-se de bom humor a maior parte do tempo?  |           |                   |                   |                   |
| Prevalência (%)                                      |           |                   |                   |                   |

|   |       |                    |                    |                    |
|---|-------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Odds (IC95%) Bruto  | 12,45 | 11,11              | 14,93              | 18,60              |
| Odds (IC95%) Ajustado   | 1     | 0,87 (0,36-2,11)   | 1,23 (0,56-2,68)   | 1,60 (0,67-3,80)   |
|   | 1     | 0,91 (0,36-2,29)   | 0,88 (0,35-2,22)   | 1,27 (0,49-3,29)   |
| GDS6. Tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?               |       |                    |                    |                    |
| Prevalência (%)   | 28,33 | 26,98              | 40,30              | 37,21              |
| Odds (IC95%) Bruto  | 1     | 0,93 (0,50-1,74)   | 1,70 (0,96-3)      | 1,49 (0,75-2,96)   |
| Odds (IC95%) Ajustado   | 1     | 1,03 (0,52-2,02)   | 1,33 (0,71-2,48)   | 1,33 (0,64-2,75)   |
| GDS7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?                    |       |                    |                    |                    |
| Prevalência (%)   | 3,42  | 14,29              | 20,90              | 9,30               |
| Odds (IC95%) Bruto  | 1     | 4,70 (1,73-12,78)* | 7,46 (2,97-18,72)* | 2,89 (0,83-10,10)  |
| Odds (IC95%) Ajustado   | 1     | 4,19 (1,40-12,51)* | 4,88 (1,73-13,73)* | 1,87 (0,44-7,89)   |
| GDS8. Sente que sua situação não tem saída?                     |       |                    |                    |                    |
| Prevalência (%)   | 13,36 | 19,35              | 24,24              | 35,00              |
| Odds (IC95%) Bruto  | 1     | 1,55 (0,74-3,24)   | 2,07 (1,05-4,09)*  | 3,5 (1,64-7,41)*   |
| Odds (IC95%) Ajustado   | 1     | 1,64 (0,75-3,55)   | 1,46 (0,67-3,18)   | 2,6 (1,09-6,13)*   |
| GDS9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?        |       |                    |                    |                    |
| Prevalência (%)   | 53,85 | 63,49              | 66,15              | 69,77              |
| Odds (IC95%) Bruto  | 1     | 1,49 (0,83-2,64)   | 1,67 (0,94-3)      | 1,97 (1-4)*        |
| Odds (IC95%) Ajustado   | 1     | 1,39 (0,76-2,55)   | 2,05 (1,07-3,94)*  | 2,38 (1,13-5,01)*  |
| GDS10. Sente-se com mais problemas de memória do que a maioria? |       |                    |                    |                    |
| Prevalência (%)   | 19,40 | 14,52              | 20,00              | 28,57              |
| Odds (IC95%) Bruto  | 1     | 0,70 (0,92-1,53)   | 1,03 (0,52-2,07)   | 1,66 (0,8-3,05)    |
| Odds (IC95%) Ajustado   | 1     | 0,74 (0,33-1,63)   | 1,05 (0,49-2,26)   | 1,73 (0,78-3,81)   |
| GDS11. Acha maravilhoso estar vivo?                             |       |                    |                    |                    |
| Prevalência (%)   | 3,42  | 3,17               | 5,97               | 4,76               |
| Odds (IC95%) Bruto  | 1     | 0,92 (0,19-4,48)   | 1,79 (0,52-6,15)   | 1,41 (0,28-6,90)   |
| Odds (IC95%) Ajustado   | 1     | 0,35 (0,04-3,01)   | 1,07 (0,27-4,25)   | 1,06 (0,16-6,83)   |
| GDS12. Sente-se um/a inútil nas atuais circunstâncias?          |       |                    |                    |                    |
| Prevalência (%)   | 13,68 | 17,46              | 31,82              | 38,10              |
| Odds (IC95%) Bruto  | 1     | 1,33 (0,63-2,82)   | 2,94 (1,55-5,58)*  | 3,88 (1,87-8,03)*  |
| Odds (IC95%) Ajustado   | 1     | 1,01 (0,44-2,29)   | 1,78 (0,84-3,76)   | 2,20 (0,88-5,49)   |
| GDS13. Sente-se cheio/a de energia?                             |       |                    |                    |                    |
| Prevalência (%)   | 18,45 | 31,75              | 29,23              | 53,49              |
| Odds (IC95%) Bruto  | 1     | 2,05 (1,09-3,84)*  | 1,82 (0,97-3,42)   | 5,08 (2,56-10,08)* |
| Odds (IC95%) Ajustado   | 1     | 2,03 (1,05-3,93)*  | 0,93 (0,45-2,10)   | 3,77 (1,72-8,23)*  |
| GDS14. Acha que sua situação é sem esperança?                   |       |                    |                    |                    |
| Prevalência (%)   | 11,11 | 12,70              | 19,70              | 30,95              |
| Odds (IC95%) Bruto  | 1     | 1,16 (0,5-2,71)    | 1,96 (0,94-4,07)   | 3,58 (1,65-7,75)*  |
| Odds (IC95%) Ajustado   | 1     | 1,12 (0,46-2,74)   | 1,35 (0,59-3,07)   | 2,44 (0,96-6,19)   |

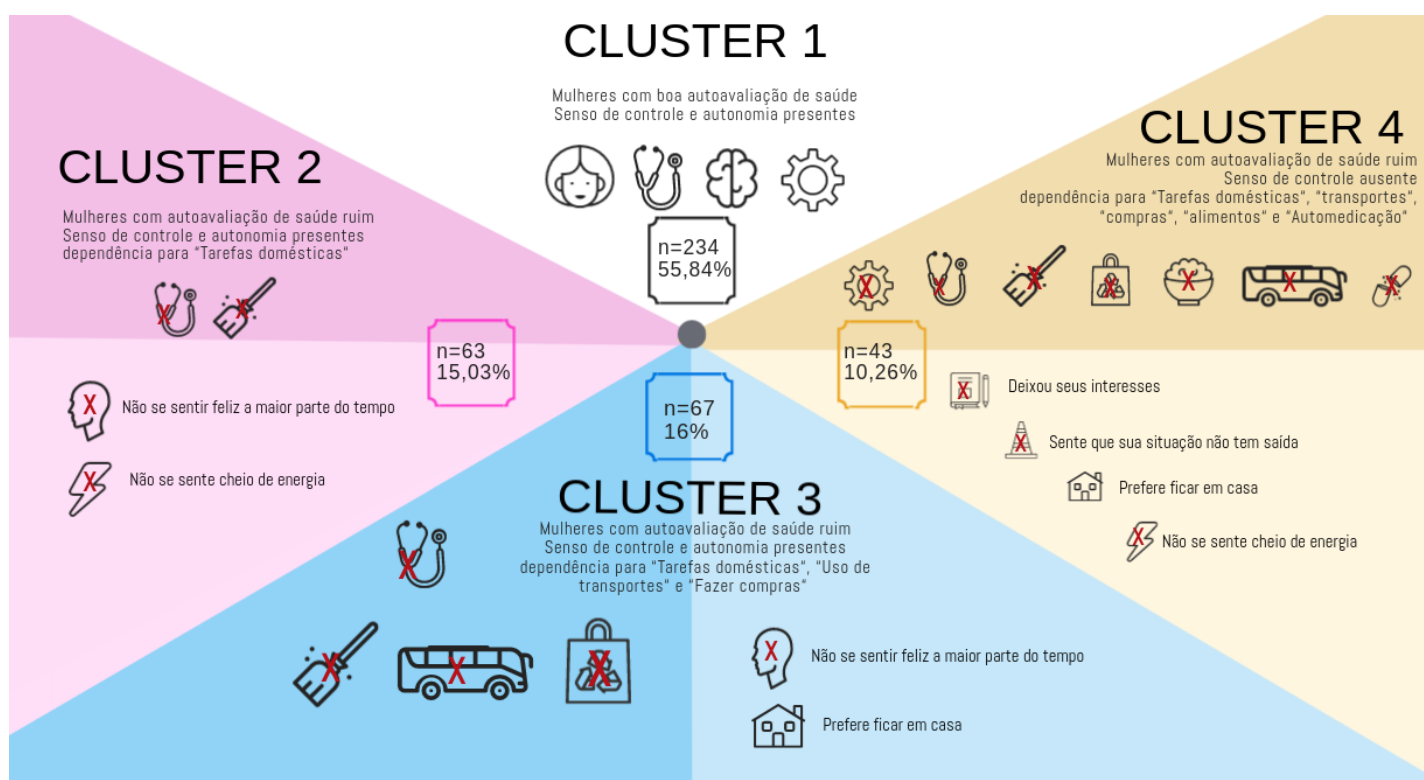
|  |       |                  |                  |                   |
|--|-------|------------------|------------------|-------------------|
| GDS15. Sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a? |       |                  |                  |                   |
| Prevalência (%)  | 16,67 | 18,03            | 23,44            | 38,10             |
| Odds (IC95%) Bruto   | 1     | 1,1 (0,52-2,30)  | 1,53 (0,77-3)    | 3,07 (1,50-6,28)* |
| Odds (IC95%) Ajustado  | 1     | 1,09 (0,47-2,51) | 1,03 (0,47-2,28) | 1,91 (0,77-4,73)  |

IC95\* Intervalo de Confiança de 95%

Fonte: Lillian Bondezan Holovatino, 2023.

A Figura 5 é uma ilustração com as principais características de cada cluster, considerando os principais aspectos socioculturais, de percepção de saúde, dependência para atividades e sintomas depressivos presentes.

Figura 5. Ilustração dos clusters considerando frequência, aspectos socioculturais, percepção de saúde, dependência e sintomas depressivos. Estudo FIBRA, Campinas e Ermelino Matarazzo, São Paulo, 2016-2017. (N=419)



Fonte: Lillian Bondezan Holovatino, 2023.



## 6. DISCUSSÃO

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, é preciso contextualizá-los com base nas características da amostra estudada. Observou-se que, assim como na composição da população idosa brasileira (Secretaria Nacional da Família, 2022), houve predomínio de mulheres, de indivíduos com poucos anos de escolaridade formal, que residem com outras pessoas, mas, em maioria, pessoas que não estão em relação conjugal.

As descrições presentes na literatura sobre a “feminização da velhice” (SAMPAIO, *et al.*, 2021) lançam luz sobre a distribuição das características da amostra. Segundo as análises de diferenças sociodemográficas e culturais de gênero, as mulheres tendem a ser maioria em estudos com amostras comunitárias, são mais longevas que os homens e participam mais da vida social – como em colaboração em situações de pesquisa. Dado a características de coorte, as idosas têm menores níveis de escolaridade e desempenham, exclusivamente ou em concomitância ao trabalho formal, papéis e funções ligadas à responsabilidade familiar e aos cuidados da casa, filhos e netos (MAXIMIANO-BARRETO, *et al.*, 2019).

Comparada às características amostrais de outros estudos de coorte brasileiros publicados nos últimos anos, (ZANESCO, *et al.*, 2020; LEMES, *et al.*, 2021 e LEMOS, *et al.*, 2021) a amostra do presente estudo pode ser considerada mais idosa, com média etária de 80 anos ( $\pm 4,58$ ) identificada como "idosos-idosos" ou caracterizar essa fase da vida como "velhice avançada", especialmente quando se refere às populações de países em desenvolvimento (BARRANQUERO e AUSÍN, 2019). Do ponto de vista funcional e emocional, os grupos etários mais velhos são descritos a partir de evidências que muitas vezes soam “paradoxais”. Embora sejam considerados mais expostos às vulnerabilidades em dimensões individual, social ou institucional (RINCO, *et al.*, 2012), os idosos mais velhos que residem em suas próprias casas tendem a relatar avaliações subjetivas positivas ao referirem-se às suas experiências emocionais, ao seu estado geral de saúde e aos níveis de satisfação com a vida (GROSS, *et al.*, 1997; LIAO, *et al.*, 2021)

No presente estudo, as avaliações subjetivas referentes à saúde geral, ao senso de controle e autonomia foram consideradas variáveis de interesse para caracterizar a amostra estudada, mas também, devido às suas particularidades na velhice avançada, como fatores de ajuste nas análises multivariadas. A autoavaliação da saúde é considerada um indicador basilar e capaz de resumir um conjunto de experiências objetivas e subjetivas relativas ao bem-estar na velhice.

Na amostra do presente estudo, cerca de metade dos entrevistados avaliou sua própria saúde como boa, concordando com os dados mais recentes de levantamentos brasileiros (SISAP-Idoso, 2013; LEMES, *et al.*, 2021 e LEMOS, *et al.*, 2021). Esse percentual foi superior aos registrados em publicações prévias sobre autoavaliação de saúde identificados pelo estudo FIBRA nas medidas de linha de base (25%; BORIM *et al.*, 2012) e de estudos populacionais brasileiros com médias etárias mais jovens (PAGOTTO, *et al.*, 2011). Tal comparação é sugestiva de que, prospectivamente, dois fenômenos podem ter atuado conjuntamente: a seletividade dos participantes mais saudáveis na medida de seguimento do FIBRA e a tendência positiva na autoavaliação positiva da saúde demonstrada na velhice avançada.

No que se refere ao relato de dependência para a realização de AIVDs, cerca de metade da amostra identificou necessitar de ajuda parcial ou total para pelo menos uma das atividades instrumentais. Essa prevalência indica o aumento em relação aos dados do estudo FIBRA na linha de base, quando parte da mesma amostra era mais jovem. Esse aumento também foi registrado no acompanhamento das coortes do estudo SABE (DIAS, *et al.*, 2015) em diferentes pontos no tempo. Em 2003, Lebrão e Duarte registraram que 26,6% da amostra apresentava alguma dependência para AIVD; em 2019, Silva *et al.* registraram a prevalência de 46% de dependência para alguma AIVD.

Assim como no estudo de Zanesco *et al.* (2020) a AIVD que apresentou maior prevalência de dependência na presente amostra foi “Tarefas domésticas” (28,85%) seguida por “Fazer compras” (28,43%), atividades que têm alcance interpessoal e podem estar relacionadas com o envolvimento dos indivíduos que moram na mesma casa. É uma realidade em países em desenvolvimento que os idosos vivem com outras pessoas, em especial pessoas da mesma família. Este arranjo favorece a transferência de recursos financeiros, material, instrumental, emocional ou cognitivo (CAMARGOS, *et al.*, 2011). A diminuição de independência para atividades interpessoais, além disso, podem ser um indicador precoce de prejuízos na mobilidade (RABELO e NERI, 2015), evidenciado pela terceira atividade com maior prevalência de dependência “uso de transporte” (23,02%).

Mesmo em uma população de idosos com 80 anos e mais, o fenômeno da dependência para a realização das AIVDs não é uma ocorrência normativa nem homogênea no processo de envelhecimento. Sua prevalência varia de acordo com os aspectos psicológicos, culturais e socioeconômicos. Melo *et al.* (2019) por meio de uma revisão de literatura observaram que ter baixa escolaridade, fumar, consumir álcool, viver em áreas rurais, ter renda familiar baixa e não morar com crianças aumentam as chances de dependência em idosos. Do mesmo modo

que as relações interpessoais, recursos e o ambiente sociocultural influenciam na adaptabilidade psicológica e física de idosos quanto às suas dependências, necessidades e percepções (RESENDE e NERI, 2009 e SILVA, *et al.*, 2022).

Interessante observar que embora 49,64% tenha relatado alguma forma de dependência parcial ou total, um percentual bem menor identificou percepções de perda em autonomia. Cerca de 8% discorda, em algum grau, da afirmação “Eu posso fazer as coisas que quero”. É possível que o menor percentual de alterações negativas no senso de autonomia seja um reflexo da preservação da cognição. A amostra pesquisada foi composta por idosos livres de comprometimento cognitivo segundo medida de rastreio do MEEM e, portanto, com manutenção de capacidades para o planejamento, resolução de problemas, realização de escolhas e de adaptação às demandas do ambiente (SKOOG, *et al.*, 2022).

Por sua vez, um percentual maior da amostra (33,58%) relatou algum grau de discordância com a afirmação “Eu sinto que não tenho controle sobre o que acontece comigo”. De acordo com a literatura sobre os referentes sociocognitivos, ao avaliarem o senso de controle, os idosos levam em consideração a interferência de outros fatores (internos e externos) que geram dificuldades ou barreiras ao exercício pleno da agência pessoal e controle das contingências que afetam a própria vida na velhice (RODRIGUES e PEREIRA, 2007). Esse é um indicador importante pois, entre idosos, o senso de controle tende a explicar fenômenos motivacionais resultando em diferenças individuais quanto ao engajamento ativo com a vida (ROBINSON e LACHMAN, 2017). Restrições em participação social, interesses ou autoestima podem ser fruto de diminuição na percepção de controle pessoal, reforçados por contextos sociais onde vigoram normas e expectativas etárias restritivas e discriminatórias (WANCHAI e PHROMPAYAK, 2019; DAWSON-TOWNSEND, 2019).

Em levantamentos com pessoas idosas brasileiras tanto os estudos de Neri, *et al.* (2018b) quanto de Silva *et al.* (2022) relataram que o rebaixamento no senso de controle e autonomia foram associados com a presença de doenças crônicas, incontinência urinária, depressão, dependência para a mobilidade e idade mais avançada. Por sua vez, Khoury e Sá-Neves (2014) e Oliveira *et al.* (2012) apontaram evidências de que viver na comunidade e de forma independente são fatores que favorecem o senso de controle em idosos.

A prevalência de depressão na amostra, segundo o escore total de sintomas depressivos ( $\geq 6$  sintomas), apesar de representar cerca de um terço da amostra (34,88%), encontrou-se dentro do intervalo de confiança derivado das conclusões do estudo de metanálise de Zenebe, *et al.* (2021). A metanálise, realizada a partir estudos internacionais com grandes amostras de pessoas idosas, concluiu que em países em desenvolvimento e em

estudos que se utilizaram da escala GDS, a prevalência estimada de depressão na população idosa é de 40,78%, maior, portanto, do que a encontrada no presente estudo.

Ao observar cada sintoma específico, foram encontradas expressivas prevalências de sintomas tais como “Prefere ficar em casa” (59,23%), “Deixou muito de seus interesses” (40,05%) e “sente que a vida está vazia”(30,38%). A literatura gerontológica e psiquiátrica têm sugerido que o endosso de pessoas idosas a tais afirmações não necessariamente indica a presença de depressão. Segundo as teorias dos afetos, o rebaixamento na experiência de afetos positivos pode ocorrer como resultado de condições de baixa estimulação social e ambiental. Os afetos positivos (tais como interesse, satisfação ou alegria) são altamente reativos a fatores externos, diferentemente dos afetos negativos (como aborrecimento, tristeza ou culpa, por exemplo), mais sensíveis a percepções de estados internos (tais como dor, autoavaliações negativas de desempenho, ocorrência de perdas em geral ou morte de pessoas próximas) (BARRANQUERO e AUSÍN, 2013).

Em 1994, o pesquisador Gallo sugeriu o termo “depleção” para caracterizar quadros afetivos na clínica psiquiátrica e psicológica que tem no rebaixamento de afetos e experiências emocionais positivas a sua manifestação principal – termo que foi utilizado por outros pesquisadores em saúde mental geriátrica desde então.

O sintoma “Prefere ficar em casa” tende a estar associado a menor participação social e isolamento social, muitas vezes derivado de baixas condições de acesso e oportunidades contextuais. Os afetos positivos também refletem a motivação para realizar atividades potencialmente prazerosas e afastar-se de atividades potencialmente desagradáveis (MARTINELLI e RUEDA, 2020), portanto, preferir ficar em casa pode ser uma forma de proteção pessoal frente às possíveis dificuldades físicas. Contijo *et al.* (2022), a partir de dados do estudo epidemiológico em Bambuí (MG), também argumentou que as condições de dependência afetam a motivação e as oportunidades sociais. Entre seus resultados, apenas 21,5% dos idosos com dependências para AIVDs mantinham participação social ativa.

Ao distribuir a presente amostra entre idosos com e sem dependência segundo o escore total da escala de Lawton e Brody (1969), observou-se diferença estatística quanto ao número de sintomas depressivos que individualmente se mostraram mais prevalentes entre os idosos dependentes. Todos os 15 sintomas da GDS apresentaram prevalência superior a 50% entre os dependentes. A expressão dos sintomas depressivos tende a ser um preditor de exposição às situações de stress e da necessidade de ajustamento psicológico (BRUNO, *et al.*, 2006).

O sintoma que apresentou maior prevalência em indivíduos com dependência para AIVD foi “(não se) sentir-se feliz a maior parte do tempo” (82,86%) comparado com 8,35%

para a população não dependente da presente amostra. Alvarenga, *et al.* (2012) propuseram uma subdivisão dos sintomas rastreados pela GDS de acordo com os sentimentos traduzidos em cada afirmação. Em especial, esse sintoma de alta prevalência é correspondente a ausência de afetos positivos (felicidade, interesse, motivação) e probabilidade ser 5,5 vezes maiores em idosos com dependência. Tal evidência sugere que a dependência para AIVDs pode impactar de forma especial a probabilidade de usufruir das oportunidades sociais e ambientais, impactando até a participação ativa na sociedade.

Dada a natureza e as demandas requeridas na realização das AIVDs e de suas associações com sintomas depressivos, o presente estudo buscou ir além da descrição de prevalência ou dos escores totais provenientes dessas escalas. Os resultados geraram evidências de que as diferentes manifestações do fenômeno da dependência são associadas a diferenças sociodemográficas, aspectos subjetivos de avaliação sobre a saúde, autonomia e controle e experiências emocionais específicas.

O primeiro aspecto sobre a manifestação da dependência foi representado pela formação de quatro clusters ou subgrupos no relato das dependências. A ordenação dos clusters (1,2,3 e 4) refletiu o aumento no número e no tipo de dependências para as AIVDs. A prevalência de mulheres, de arranjos domiciliares unipessoais (morar sozinho) e percepções negativas referentes à autonomia e ao controle pessoal distribuíram-se diferentemente entre os clusters. Em comparação ao cluster 1 (considerado mais preservado funcionalmente), o número de condições negativas associadas aos clusters teve prevalência elevada segundo as características de dependência nos clusters 2, 3 e 4. Contudo, a faixa etária e a escolaridade em anos foram variáveis que não apresentaram diferença significativa entre os clusters.

Contrariando estereótipos negativos sobre o processo de envelhecimento, o cluster 1, formado pelo maior percentual da amostra, apresentou as menores médias no relato de dependência e maior prevalência de autoavaliação positiva da saúde. Sua composição reflete as boas condições funcionais dos idosos que vivem na comunidade para AIVDs e a possibilidade de se viver a velhice de forma independente e com manutenção do bem-estar (GOMES, *et al.*, 2021b). O cluster 2, ainda que também tenha apresentado baixas médias no relato de dependências, distinguiu-se do cluster 1 pelos valores médios indicativos de comprometimentos no desempenho da AIVD “Tarefas domésticas” e prevalência de autoavaliação negativa de saúde maior do que a do cluster 1.

O cluster 3 apresentou dependências em três (“Uso de transporte”, “Fazer compras” e “Tarefas domésticas”) das sete AIVDs pesquisadas. Essas atividades foram as mesmas identificadas como as mais prevalentes na amostra total do estudo. Esse cluster revelou a

maior prevalência de mulheres (86,57%) e de autoavaliação negativa de saúde (59,70%). Por sua vez, o cluster 4, caracterizou-se por apresentar as maiores médias de dependência para todas as AIVDs em relação aos demais clusters. Também reuniu a maior prevalência de idosos que residem com outras pessoas (95,24%). Predominou entre esses a autoavaliação de saúde negativa, assim como maior prevalência de percepções negativas de controle pessoal e de sintomas depressivos. A prevalência de depressão segundo escore total da GDS-15 foi maior entre os clusters 3 e 4 (31,34% para 34,88%) em relação ao cluster 1 e 2 (que não se diferenciam significativamente nesse aspecto).

A formação e comparação entre os clusters permitiu identificar que a dependência para “tarefas domésticas” esteve presente nos clusters 2, 3 e 4 simultaneamente, esses três grupos apresentam percentuais maiores de idosos que residem com outras pessoas e maiores prevalência de autoavaliação negativa de saúde em relação ao cluster 1.

Apesar dos Clusters 3 e 4 apresentarem perfis sociodemográficos com características semelhantes, o arranjo de moradia se destaca no cluster 4, em que apenas 5% dos idosos vivem sozinhos. Ao apresentar dependência para a realização em mais tipos de tarefas (“Preparo de alimentos”; “automedicação” “gerenciamento do dinheiro”), o cluster 4 manifesta prevalência aumentada na redução do senso de controle. É possível que AIVDs com potencial de efeito sobre outras pessoas e relacionadas ao gerenciamento doméstico possam afetar mais o senso de controle e a autoavaliação de saúde ao serem considerados na avaliação feita pelo próprio idoso.

A dependência gera a necessidade de ajustamento emocional que acontece por meio dos recursos psicológicos, condições de saúde e ambiente disponíveis para o indivíduo, por isso a experiência emocional apresenta um padrão heterogêneo, expresso pela presença de diferentes sintomas depressivos. Por este motivo, observar a associação de cada sintoma com os clusters formados permite ampliar a compreensão do impacto funcional na saúde mental de idosos.

O único sintoma presente em mais de 50% dos classificados no cluster 1 foi “Prefere ficar em casa...”, podendo ser o reflexo de outras condições associadas ao envelhecimento e não estar associado especificamente com repercussões negativas de condições de funcionalidade ou de dependência (ONISHI, *et al.*, 2006 e ALVARENGA, *et al.*, 2012).

A configuração das experiências emocionais variou entre os clusters, indicando crescente agravamento de condições de risco para a depressão enquanto transtorno clinicamente identificável. No Cluster 2, de a dependência começa a ser relatada de forma mais pronunciada para as “tarefas domésticas”, os sintomas depressivos mais prevalentes

foram “(não) sente-se feliz a maior parte do tempo” e o rebaixamento do nível de energia – “(não) sente-se cheio de energia”. Possivelmente, dadas das demais características do cluster - sociodemográficas, de saúde e controle e autonomia – essa configuração de sintomas refira-se a manifestações de “depleção”, como defendido por Gallo, *et al.* (1994) e outros (CARSTENSEN, *et al.*, 2003; ABRAMS e MEHTA, 2019).

O sintoma “(Não) sente-se feliz a maior parte do tempo” foi significativamente prevalente nos clusters 2 e 3, representando possivelmente baixas oportunidades de experiências positivas ou diminuição dos afetos positivos. Esse sintoma se relacionou individualmente com o relato de dependência para realização de “tarefas domésticas”. Essa dependência, possivelmente impacta a experiência diária no domicílio, principalmente entre as mulheres, que, pela vigência de normas socioculturais de gênero, atribuem essa atividade a elas. Necessitar de auxílio na realização dessa atividade pode espelhar a perda de papel social e familiar para essa coorte (MELO, *et al.*, 2007).

No cluster 3, o agravamento nas condições de dependência revelou também a prevalência significativa de rebaixamento nos afetos positivos dado pelo sintoma “(não) sente-se feliz a maior parte do tempo”, porém acompanhado do sintoma “prefere ficar em casa do que fazer coisas novas”. Tal configuração sugere que essa manifestação de dependências, especialmente ligadas a tarefas realizadas fora do domicílio (como compras e uso de transporte) podem representar uma experiência emocional indicativa de risco para quadros de isolamento social.

Por sua vez, o cluster 4 que reúne pessoas idosas com maior número e tipos variados de dependência em AIVDs, reúne uma configuração de prevalência de sintomas indicativos de quadros depressivos clinicamente identificáveis. Os transtornos depressivos têm como sintomas centrais para questões diagnósticas o rebaixamento do humor (ou aumento em afetos negativos) e a anedonia (a perda de prazer, interesse ou disposição para atividades do dia a dia – especialmente as anteriormente consideradas prazerosas). Essas características centrais são dadas pela presença da desesperança “sente que sua situação é sem saída”, e pela apresentação dos sintomas indicativos de anedonia: “deixou muitos dos seus interesses e atividades”, “Prefere ficar em casa do que fazer coisas novas” e “(não) se sente cheio de energia”.

A variação nas configurações da experiência emocional entre as manifestações de dependências para AIVDs trazem importantes implicações para os diferentes níveis de atenção em saúde e bem-estar de pessoas idosas. A promoção da saúde e a prevenção da incapacidade funcional refletem sobre a possibilidade de viver bem a velhice, desfrutando de experiências subjetivas prazerosas. A atenção aos subgrupos populacionais que manifestam preservação da independência e indicadores positivos de autonomia e controle pessoal (como

no cluster 1) podem ser alvo de intervenções psicossociais e oportunidades de participação social significativa que ampliem as possibilidades de experimentar afetos positivos como satisfação com a vida e felicidade.

Subgrupos populacionais que começam a apresentar dependências para as AIVDs (como em tarefas domésticas) podem ser alvo de intervenções mais precoces no âmbito da reabilitação e da prevenção de agravos. Estratégias compensatórias de otimização do controle pessoal sobre a vida podem envolver a reorganização dos afazeres, maior planejamento das atividades e acionamento de apoio externos e/ou sociais.

O risco de isolamento social e suas consequências nos vários domínios da vida são marcantes nos subgrupos com prejuízos na independência em tarefas realizadas fora do domicílio – geralmente mais demandantes e complexas do ponto de vista físico, cognitivo e social. Restrições nos níveis de envolvimento comunitário e na realização de tarefas complexas características dos quadros de isolamento social são associados ao aumento no ritmo e extensão de declínios cognitivos e motores. A prevenção secundária desses agravos pode envolver estratégias psicológicas de ativação comportamental (com alvo no aumento em atividades significativas e prazerosas) apoiada pela ativação de recursos comunitários e familiares (BEZERRA e SORPRESO, 2016;).

Os profissionais em Gerontologia e Reabilitação física podem incluir a prevenção do isolamento social com especial ênfase nos planos de atenção e gestão de casos. Os ambientes físico e social devem ser também alvo das ações visando otimização das condições de mobilidade, acessibilidade e atitudes em relação às condições de incapacidade e frente ao processo de envelhecimento. O combate ao “capacitismo” e ao “idadismo” são metas cada vez mais estimuladas nas políticas públicas, mas, que apresentam grandes entraves nos níveis intermediários da sociedade (instituições, serviços e comunidades), necessitando mudanças urgentes no nível da cultura institucional e atitudes sociais (JOSÉ, *et al.*, 2019; ESTEBSARI, *et al.*, 2020).

A promoção de oportunidades sociais e ambientais para experiências prazerosas (rebaixadas nos quadros de “depleção”) e do isolamento social devem ser associadas à prevenção de agravos físicos e funcionais das estratégias de reabilitação física. Esse conjunto de ações podem ser demonstrações de proatividade na minimização da prevalência de depressão clínica. As manifestações de dependência em maior número de atividades realizadas dentro e fora do domicílio foram sugestivas de comprometimento no senso de autonomia e controle pessoal sobre a própria vida. Foram capazes de aumentar significativamente a experiência afetiva e sociocognitiva relacionadas a avaliações negativas



sobre a vida, com manifestação de desesperança e agravos em anedonia. Portanto, o planejamento de estratégias psicossociais e avaliação clínica devem estar presentes na atenção a esse subgrupo, incluindo a possibilidade da introdução de tratamento farmacológico e psicoeducação familiar (FISKE, *et al.*, 2009; LI e TUNG, 2020).

Observações quanto ao alcance na generalização das evidências estão centradas em algumas características metodológicas do presente estudo. Primeiramente, assumiu-se a perspectiva de exame dos sintomas depressivos no contexto das dependências para a realização das AIVDs. Embora não tenha se adotado uma interpretação causal, a realização de um estudo de natureza transversal limita as investigações relativas às influências mútuas entre dependências e sintomas depressivos, assim como a identificação de mecanismos físico-funcionais que exacerbam a experiência emocional negativa ao longo do tempo. Outro aspecto a destacar refere-se à composição da amostra. O estudo foi desenvolvido com idosos em idade mais avançada e sem indicadores sugestivos de comprometimento cognitivo segundo a pontuação no MEEM.

No que se refere ao binômio gerontológico independência-autonomia, a presença de alterações cognitivas, especialmente entre os mais velhos, é fortemente relacionada ao efetivo e/ou autônomo nas decisões e realizações do cotidiano (PEREIRA, *et al.*, 2020). Dada a preservação cognitiva, esse grupo também tende a ser mais independente para a realização de atividades básicas da vida diária (ABVDs), as quais se referem à manutenção da sobrevivência e ao autocuidado. Depressão, por exemplo, é um desfecho comumente associado aos prejuízos em ABVDs, apontando para que futuros trabalhos considerem grupos que também apresentem tais prejuízos.

Futuros trabalhos poderão também utilizar de estratégias analíticas mais complexas no intuito de confirmar e complementar os resultados das análises de regressão realizadas. Estratégias de análise de redes têm sido utilizadas nos estudos em saúde mental para identificar a centralidade de sintomas que atuam como catalisadores de outras experiências emocionais ou sociocognitivas (FRIED e NESSE, 2014; LEÃO, *et al.*, 2017). Outros estudos também têm investido em análises baseadas em Teoria de Resposta ao Item para identificar sintomas que discriminam grupos de idosos com e sem incapacidades (MURRI, *et al.*, 2020; KIM, *et al.*, 2021).

## 7. CONCLUSÃO

Ao buscar responder à pergunta: “Diferenças na manifestação das dependências para a realização de AIVDs podem associar-se com experiências emocionais específicas em pessoas idosas residentes na comunidade?” as evidências do presente estudo são indicativas de uma resposta positiva a indagação feita.

Conforme as análises realizadas para uma amostra com faixa etária média de 80 anos, experiências emocionais negativas acompanharam não só o número, mas também o tipo de dependência relatada e manifestada por diferentes agrupamentos de pessoas idosas. Esse agravo foi interpretado a partir da configuração de experiências emocionais mais prevalentes em cada subgrupo de manifestação de dependências, as quais apresentaram vulnerabilidades psicossociais crescentes de indicativas de “depleção”, “isolamento social” e “depressão clínica”.

Os resultados também reafirmaram a utilização dos indicadores de capacidade funcional como alvos das políticas públicas e como medida *proxy* de saúde no contexto do envelhecimento e da velhice. Do ponto de vista metodológico, considerou-se vantajosa a estratégia utilizada no presente estudo de explorar e analisar relações entre as atividades instrumentais de vida diária específicas e dos sintomas depressivos para além da lógica da homogeneidade entre esses aspectos ao se adotar apenas o escore total das escalas de rastreio.

As análises permitiram elaborações sobre os possíveis mecanismos e processos emocionais e sociocognitivos acionados no contexto das dependências funcionais. Essas elaborações centraram-se não apenas em aspectos psicológicos internos, mas para a atuação de processos sociais nos níveis familiares, institucionais e comunitários capazes de promover a saúde por meio do acesso e oportunidades de participação e engajamento social em atividades prazerosas, produtivas e contributivas. Profissionais das ciências da reabilitação, em especial, são conclamados a considerar as particularidades da experiência emocional em suas práticas e planos de cuidado a idosos, considerando que a dependência funcional total ou parcial são possíveis moderadores das avaliações e sentimentos que os idosos têm sobre si e sobre a relação com o ambiente físico e social.

Reafirma-se a necessidade da disseminação de conhecimentos gerontológicos e do desenvolvimento de boas práticas profissionais. Do ponto de vista social, tais conhecimentos poderão auxiliar no desenvolvimento de ambientes amigáveis ao envelhecimento e políticas públicas de combate ao idadismo, o capacitismo e as interseccionalidades com outras condições de desvantagem ou vulnerabilidades.

Futuros trabalhos poderão incluir amostras clínicas e estudos de intervenção para o refinamento da descrição das experiências emocionais no contexto da dependência e no levantamento de evidências de eficácia de abordagens centradas nos mecanismos psicológicos e sociais que geram vulnerabilidades para a depressão na velhice.

## 8. REFERÊNCIAS

- ABRAMS, L. R.; MEHTA, N. K.; Changes in depressive symptoms over age among older Americans: Differences by gender, race/ethnicity, education, and birth cohort. **SSM - Population Health**, v. 7, 2019.
- ADAMS, K. B. Depressive symptoms, depletion, or developmental changes? Withdrawal, apathy, and lack of vigor in the geriatric depression scale. **The gerontologist**, v. 41, n. 6, p. 768-777, 2001.
- AGÜERA-ORTIZ, L.; *et al.* Depression in the Elderly. Consensus Statement of the Spanish Psychogeriatric Association. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, 2020.
- AHMAD, N. A.; *et al.* Association between functional limitations and depression among community-dwelling older adults in Malaysia. **Geriatr Gerontol Int.**, v. 20, n. 2, p. 21-25, 2020.
- ALMEIDA, O. P. e ALMEIDA, A. 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. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 14, p. 858-865, 1999.
- ALONSO, M. A. M.; *et al.* Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. **Rev Esc Enferm USP**, v. 56, 2022.
- ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)**. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013a.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5**. 5th ed. Rev. Arlington: American Psychiatric Association, 2013b.
- ARTHUR, A.; *et al.* Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. **The British Journal of Psychiatry**, v. 216, p. 49-54, 2020.
- ARTISANAT, S. NOCHAJSKI, S.M. STONES, J. The international classification of functioning, disability and health and its application to cognitive disorders. **Disability and Rehabilitation**. v. 26, n. 4, p. 235–245, 2004.
- ASOKAN, G. V.; *et al.* The magnitude and correlates of geriatric depression using Geriatric Depression Scale (GDS-15) – a Bahrain perspective for the WHO 2017 campaign ‘Depression – let’s talk’. **Perspectives in Public Health**, v. 139, n. 2, 2019.
- ASSIS, M. G.; ASSIS, L. O.; CARDOSO, A. P. Reabilitação das atividades diárias. In: MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. **Neuropsicologia do envelhecimento: Uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 360-377.
- AYLOTT, R.; MITCHELL, V. An exploratory study of grocery shopping stressors. **International Journal of Retail & Distribution Management**. v. 26, n. 9, p. 362-373, 1998.

- BALTES, M. M. **The Many Faces of Dependency in Old Age**. New York, NY: Cambridge University Press, 1996.
- BANISTER, D.; BOWLING, A. Quality of life for the elderly: the transport dimension. **Transport Policy**. v. 11, p. 105-115, 2004.
- BARBOSA, F. B. B.; *et al.* Transtorno depressivo no idoso: rastreamento, diagnóstico e aspectos epidemiológicos. **Revista geriatria e gerontologia**, v. 7, n. 3, 2013.
- BARRANQUERO, R.; AUSÍN, B. Impacto de los estereotipos negativos sobre la vejez en la salud mental y física de las personas mayores. **Psicogeriatría**, v. 9, n. 1, p. 41-47, 2019.
- BERTOLETTI, E.; JUNGES, J.R. O autocuidado de idosas octogenárias: desafio à Psicologia. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 3, n. 17, p.285-303, 2014.
- BEZERRA, I. A. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J Hum Growth Dev**. v. 26, n. 1, p. 11-16, 2016.
- BLAZER, D. G. Depression in Late Life: Review and Commentary. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v. 58, n. 3, p. 249-265, 2003.
- BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 769-780, 2012.
- BRACH, J. S.; VANSWEARINGEN, J. M. Physical Impairment and Disability: Relationship to Performance of Activities of Daily Living in Community-Dwelling Older Men. **Physical Therapy**. v. 82, n. 8, 2002.
- BRITO, T. R. P.; *et al.* Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Rev Bras Epidemiol**. v. 21, n. 2, 2018.
- BROWN, R. T.; *et al.* Changes in the hierarchy of functional impairment from middle age to older age. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 77, n. 8, p. 1577–1584, 2022.
- BRUCKI, S. M. D.; *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 67, p. 777-781, 2003.
- BRUNO, C. T. S.; MARQUES, M. B.; SILVA, M. J. Transtornos depressivos em idosos: Contexto social e ambiente como geradores. **Rev. Rene**, v. 7, n. 1, p. 35-42, 2006.
- BUSHATSKY, A.; *et al.* Fatores associados às alterações de equilíbrio em idosos residentes no município de São Paulo em 2006: evidências do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Rev Bras Epidemiol**. v. 21, n. 2, 2018.
- CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: Uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **R. bras. Est. Pop.**, v. 28, n. 1, p. 217-230, 2011.
- CARSTENSEN, L. L.; FUNG, H. H.; CHARLES, S. T. Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. **Motivation and Emotion**, v. 27, n. 2, 2003.

CASANOVA-MUÑOZ, V.; *et al.* Description and clinical application of comprehensive geriatric assessment scales: A rapid systematic review of reviews. **Revista clínica española**, v. 222, p. 417-431, 2022.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) versão 10. Disponível em <<https://cid10.com.br/>>. Acesso em 17 de Janeiro de 2023.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) versão 11. Disponível em <<https://icd.who.int/en>>. Acesso em 17 de Janeiro de 2023.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Disability Impacts All of Us**. Disponível em:  
<<https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/infographic-disability-impacts-all.html>>. Acesso em 25 jan. 2022.

CESARI, M., *et al.* Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 73, n. 12, p. 1653–1660, 2018.

CHANG, E.; *et al.* Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. **Plos One**, v. 15, n. 1, 2020.

CHARLES, S. T.; CARSTENSEN, L. L. Social and Emotional aging. **Annu. Rev. Psychol**, v. 61, p. 383-409, 2009.

CHARLES, S. T. Strength and Vulnerability Integration (SAVI): A Model of Emotional Well-Being Across Adulthood. **Psychol Bull**, v. 136, n. 6, p. 1068-1091, 2010.

CHEN, J. J. Functional Capacity Evaluation & Disability. **Iowa Orthop J.**, v.27, p. 121–127, 2007.

COLLARD, R. M.; *et al.* Symptomatic and functional recovery in depression in later life. **Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology**, v. 53, p. 1071-1079, 2018.

COLÓN-EMERIC, C. S.; *et al.* Functional Decline in Older Adults. **Am Fam Physician**, v. 88, n. 6, p. 388–394, 2013.

CONRADI, H. J.; ORMEL, J.; JONGE, P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. **Psychological Medicine**, v. 41, p. 1165-1174, 2011.

CONTIJO, C. F.; *et al.* Associação longitudinal entre capital social e incapacidade funcional em uma coorte de idosos residentes em comunidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, 2022.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul Enferm.** v.19, n.1, p. 43-48, 2006.

DATASUS. **Pesquisa Nacional de Saúde - 2013 - Módulo de saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pns/pnska.def>> acesso em 25 jan. 2022.

DAWSON-TOWNSEND, K. Social participation patterns and their associations with health and well-being for older adults. **SSM - Population Health**, v.8, 2019.

DEJONCKHEERE, E.; *et al.* The relation between positive and negative affect becomes more negative in response to personally relevant events. **American Psychological Association**, v. 21, n.2, p. 326-336, 2021.

DENG, Y.; PAUL, D. R. The Relationships Between Depressive Symptoms, Functional Health Status, Physical Activity, and the Availability of Recreational Facilities: a Rural-Urban Comparison in Middle-Aged and Older Chinese Adults. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 25, p. 322–330, 2018.

DIAS, E. G.; *et al.* Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n.8, p.1623-1635, 2015.

DIENER, E.; SUH, M. E. Subjective well-being and age: an international analysis. In: **Annual review of gerontology and geriatric**. New York, NY: Springer, v. 8, p. 304–324, 1998.

EDEMEKONG, P. F.; *et al.* Activities of Daily Living. **NCBI Bookshelf**. v. 3, 2022.

ENROTH, L.; *et al.* Trends of physical functioning, morbidity, and disability free life expectancy among the oldest old: Six Repeated cross-sectional surveys between 2001 and 2018 in the vitality 90+ Study. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. v. 76, n. 7, p. 1227-1233, 2021.

ESTEBSARI, F.; *et al.* The concept of successful aging: A review article. **Current Aging Science**, v. 13, 2020.

EUROSTAT - Statistics Explained. **Disability statistics - elderly needs for help or assistance**. 2019. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability\\_statistics\\_-\\_elderly\\_needs\\_for\\_help\\_or\\_assistance#Difficulties\\_in\\_personal\\_care\\_or\\_household\\_activities](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability_statistics_-_elderly_needs_for_help_or_assistance#Difficulties_in_personal_care_or_household_activities). Acesso em 25 jan. 2022.

FARIAS, N., BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev Bras Epidemiol.**, v.8, n.2, p. 187-193, 2005.

FERRUCCI, L.; KUCHEL, G. A. Heterogeneity of aging: Individual risk factors, mechanisms, patient Priorities, and outcomes. **J Am Geriatr Soc**. v. 69, n. 3, 2021.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.2, p. 409-415, 2008.

FISKE, A.; WETHERELL, J. L.; GATZ, M. Depression in older adults. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, v. 5, p. 363-389, 2009.

FLECK, M. P. D. E. A. *et al.* Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n.4, p.431-8, 2002.

FRIED, L. P.; *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 46, p. M146-156, 2001.

FRIED, E. I.; NESSE, R. M. The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. **Plos one**, v. 9, n. 2, p. 1-7 2014.

FRIED, E. I.; NESSE, R. M. Depression sum-scores don't add up: Why analyzing specific depression symptoms is essential. **BMC Medicine**, v. 13, n. 72, p 1 -11, 2015.

GALLO, J. J.; ANTHONY, J. C.; MUTHÉN, B. O. Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis. **Journal of Gerontology: Psychological sciences**, v. 49, n. 6, p. 251-264, 1994.

GIACOMIN, K. C., *et al.* Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 52, p. 1s-12s, 2018.

GOMES, G. C.; *et al.* Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1035-1046, 2021a.

GOMES, E. S. A.; *et al.* The association of objectively measured physical activity and sedentary behavior with (instrumental) activities of daily living in community-dwelling older adults: A systematic review. **Clinical Interventions in Aging**, v. 16, p. 1877–1915, 2021b.

GORE, P. G.; *et al.* New horizons in the compression of functional decline. **Age and Ageing**, v. 47, p. 764-768, 2018.

GROSS, J. J.; *et al.* Emotion and aging: experience, expression, and control. **Psychol Aging**, v. 12, n. 4, p. 590-599, 1997.

GUCCIONE, A. A.; *et al.* The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the framingham study. **American Journal of Public Health**, v. 84, n. 3, 1994.

GUO, H. J.; SAPRA, A. Instrumental Activity of Daily Living. **StatPearls Publishing**. 2021.

GURALNIK, J. M.; MELZER, D. Chronological and functional ageing. **Principles and Practice of Geriatric Psychiatry**. 2002.

GUSTAFSSON, K.; *et al.* Older women's perceptions of independence versus dependence in food-related work. **Public Health Nursing**, v. 20, n. 3, p. 237-247, 2003.

HAESER, L. M.; BUCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis revista de saúde coletiva**, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012.

HAJEK, A.; *et al.* Social support and functional decline in the oldest old. **Gerontology**, v. 68, p. 200-208, 2022.

HEINZ, M. *et al.* Perceptions of technology among older adults. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 20, n. 20, 2020.

HILLCOAT-NALLÉTAMBY, S. The meaning of “Independence” for older people in different residential settings. **Journals of gerontology**, v. 69, n. 3, p. 419-430, 2014.

HOERTEL, N.; *et al.* Why does the lifetime prevalence of major depressive disorder in the elderly appear to be lower than in younger adults? Results from a national representative sample. **Journal of affective disorders**, v. 149, p. 160-165, 2013.

HONG, S. *et al.* Slower gait speed predicts decline in Instrumental Activities of Daily Living in community-dwelling elderly: 3-year prospective finding from Living Profiles of Older People Survey in Korea. **Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics**, v. 30, 2016.



HUDSON, N. W.; LUCAS, R. E.; DONNELLAN, M. B. Getting older, feeling less? A cross-sectional and longitudinal investigation of developmental patterns in experiential well-being. **Psychol Aging**, v. 31, n. 8, p. 847-861, 2016.

HYDE, M. *et al.* A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). **Aging & Mental Health**. v. 7, n. 3, p. 186-194, 2003.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2020 Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> Acesso em 27 out. 2020.

JOHNSON, C. S.; MCLEOD, K. M. Relationship between fear of falling and perceived difficulty with grocery shopping. **The journal of frailty e aging**. v. 16, 2016.

JOSÉ, J. M. S. S.; *et al.* Ageism in health care: A systematic review of operational definitions and inductive conceptualizations. **Gerontologist**, v. 59, n. 2, p. 98-108, 2019.

JÚNIOR, E. G. S.; *et al.* A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. **Ciência e Saúde**, v. 24, n. 1, p. 7-16, 2019.

KAUFMAN, L.; ROUSSEEUW, P. J. Finding groups in data: An introduction to cluster analysis. **Social Networking**, v.5 n.1, 2005.

KAWAMOTO, R.; YOSHIDA, O.; OKA, Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. **Geriatrics and Gerontology International**, v. 4, p. 105-110, 2004.

KELLER, H. H. Reliance on others for food-related activities of daily living. **Journal of nutrition for the elderly**. v. 25, n. 1, p. 43-59, 2005.

KHOURY, H. T. T.; SÁ-NEVES, A. C. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, p. 553-565, 2014.

KIM K. M.; *et al.* Identification of Central Symptoms in Depression of Older Adults With the Geriatric Depression Scale Using Network Analysis and Item Response Theory. **Psychiatry Investig**, v. 18, n. 11, p. 1068-1075, 2021.

KIYOSHIGE, E.; *et al.* Age group differences in association between IADL decline and depressive symptoms in community-dwelling elderly. **BMC Geriatrics**, v. 19, n. 309, 2019.

LAPLANTE, M. P. The Classic Measure of disability in activities of daily living is biased by age but an expanded IADL/ADL measure is not. **Journal of Gerontology: Social Sciences**. v. 65B, n. 6, p. 720-732, 2010.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEÃO, R. D. C. H.; SILVA, V. D. L.; MOREIRA, R. D. S. Latent Class Analysis: a new vision of the phenomenon of depression in elderly men in the Brazilian Northeast. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 814-825, 2017.

- LEBRÃO M. L.; DUARTE, Y. A. D. E. O. **SABE - Saúde, Bem estar e Envelhecimento - o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Tradução . [s.l.] Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- LEMES, J. S.; *et al.* Associação entre autoavaliação de saúde e tipos de atividades de vida diária em idosos. **Cad. Saúde Colet.**, v. 29, n. 2, 2021.
- LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte Social ao Idoso Dependente. In: FREITAS, E. V.; PY L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA, 2011, p. 2001 - 2010.
- LEMOS, L. C.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. Variáveis associadas com a prática religiosa em adultos e idosos brasileiros com 50 anos ou mais: ELSI-Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 24, n. 5, 2021.
- LEÓN, L. P.; MANGIN, J. P. L.; BALLESTEROS, S. Psychosocial determinants of quality of life and active aging. A structural equation model. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.17, 2020.
- LEVIS, B.; *et al.* Comparison of depression prevalence estimates in meta-analyses based on screening tools and rating scales versus diagnostic interviews: a meta-research review. **BMC Medicine**, v. 17, n. 65, 2019.
- LI, Y.T.; TUNG, T.H. Effects of protective factors on the depressive status of elderly people in Taiwan. **Medicine**, v. 99, n. 1, 2020.
- LI, Q.; WU, C. Social interaction, lifestyle, and depressive status: Mediators in the longitudinal relationship between cognitive function and instrumental activities of daily living disability among older adults. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. v. 19, n. 7, 2022.
- LIAO, Y.; *et al.* Gender differences in the association between physical activity and health-related quality of life among community-dwelling elders. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 33, p. 901-908, 2021.
- LIMA, M. T. R.; SILVA, R. S.; RAMOS, L. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **J. bras. psiquiatr.**, v. 58, n.1, p. 1- 7, 2009.
- LOREDO-FIGUEROA, M. T.; *et al.* Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. **Enfermería universitaria**, v. 13, n. 3, p. 159-165, 2016.
- LUXENBERG, J. S. Potential benefit from extension of IADL scale. **International Psychogeriatrics**. v. 32, n. 9, p. 1013-1014, 2020.
- MAIER, A.; *et al.* Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. **Plos one**, v. 16, n.5, 2021.
- MALHOTRA, R.; CHAN, A.; OSTBYE, T. Prevalence and correlates of clinically significant depressive symptoms among elderly people in Sri Lanka: findings from a national survey. **International Psychogeriatrics**, v. 22, n. 2, p. 227-236, 2010.
- MARKUS, H. R.; KITAYAMA, S. Culture and the self: implications for cognition, emotion, and motivation. **Psychol. Rev.**, v. 98, n. 2, p. 224-253, 1991.

- MARRONI, S. P.; *et al.* Instrumentos para avaliação da capacidade de gerenciamento financeiro em idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 20, n. 4, p. 597-599, 2017.
- MARTINELLI, M.; RUEDA, F. J. A influência do bem-estar subjetivo na qualidade de vida em idosos. **Revista Psicologia para América Latina**, n. 34, p. 183-193, 2020.
- MATOS, F. S.; *et al.* Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n.10, p. 3393-3401, 2018.
- MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; *et al.* A feminização da velhice: Uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Humanas e Sociais**, v. 8, n. 2, 2019.
- MCGOWAN, L.; *et al.* Domestic cooking and food skills: A review. **Crit Rev Food Sci Nutr**. v. 57, n. 11, p. 2412-2431, 2015.
- MEIRELES, C. **Poesia completa: 1901-1064**. Nova fronteira: Rio de Janeiro, 1997.
- MELO, H. P.; CONSIDERA, C. M.; SABBATO, A. Os afazeres domésticos contam. **Economia e Sociedade**, v. 16, n. 3 (31), p. 435-454, 2007.
- MELO, L. A.; *et al.* Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 22, n. 1, 2019.
- MENDES-CHILOFF, C. L.; *et al.* Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: prevalence and associated factors (SABE Study). **Rev. bras. epidemiol.**, v.21, n.02, 2019.
- MILLÁN-CALENTI, J. C.; *et al.* Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 50, p. 306-310, 2010.
- MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.
- MURRI, M. B.; *et al.* The symptom network structure of depressive symptoms in late-life: Results from a European population study. **Mol Psychiatry**, v. 25, n. 7, p. 1447-1456, 2020.
- NAGI, S. Z. An Epidemiology of disability among adults in the united states. **Milbank Mem Fund Q**. v. 54, p. 439-469. 1976.
- NAKAMURA, T. *et al.* Relationship Between Depressive Symptoms and Activity of Daily Living Dependence in Older Japanese: The Kurabuchi Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 12, p. 2639–2645, 2017.
- NASCIMENTO, P. P. P. D.; BATISTONI, S. S. T. Depressão e fragilidade na velhice: uma revisão narrativa das publicações de 2008-2018. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.
- NERI, A. L. *et al.* Nova validação semântico-cultural e estudo psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 34, n. 10, 2018a.
- NERI, A. L.; *et al.* Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Rev Saude Publica**, b. 52, n. 2, 2018b.

- NOGUEIRA, S. L. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, n. 4, p. 322–329, 2010.
- NUNES, J. D. *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**, v. 26, n. 2, p. 295–304, 2017.
- OH, D. J. *et al.* Epidemiological characteristics of subsyndromal depression in late life. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 2, p. 150-158, 2020.
- OLIVEIRA, L. S.; RABELO, D. F.; QUEROZ, N. C. Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas-MG. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 416-430, 2012.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). Conferência internacional de Saúde. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 17 de Janeiro de 2023.
- ONISHI, J. *et al.* A comparison of depressive mood of older adults in a community, nursing homes, and a geriatric hospital: Factor analysis os Geriatric Depression Scale. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, v. 19, n. 1, p. 26-31 2006.
- PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA, E. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1593-1602, 2011.
- PASHMDARFARD, M.; AZAD, A. Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review. **Med J Islam Repub Iran**. v. 34, n. 33, 2020.
- PENG, S.; WANG, S.; FENG, X. L. Multimorbidity, depressive symptoms and disability in activities of daily living amongst middle-aged and older Chinese: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. **Journal of Affective Disorders**, v. 295, n. 1, p. 703-710, 2021.
- PEREIRA, L. C.; *et al.* Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Rev Bras Enferm**. v. 70, n. 1, p. 112-118, 2017.
- PEREIRA, X. B. F.; *et al.* Prevalência e fatores associados ao déficit cognitivo em idosos na comunidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 23, n. 2, 2020.
- PILANIA, M.; *et al.* Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 19, 2019.
- PORCIÚNCULA, R. C. R. *et al.* Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 17, n.2, p. 315-325, 2014.
- PORTELA, O. T. *et al.* Quality of life and cognitive and functional performance of octogenarians and nonagenarians undergoing hemodialysis. **International Urology and Nephrology**, v. 52, n. 1, p. 179–185, 2019.

- RABELO, D. F. e NERI, A. L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 878-884, 2015.
- RESENDE, M. C.; NERI, A. L. Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 4, p. 764-776, 2009.
- RINCO, M.; LOPES, A.; DOMINGUES, M. A. Envelhecimento e vulnerabilidade social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 6, p. 79-95, 2012.
- ROBINSON, S. A.; LACHMAN, M. E. Perceived control and aging: A mini-review and directions for future research. **Gerontology**, v. 63, p. 435-442, 2017.
- RODRIGUES, D. M.; PEREIRA, C. A. A. A percepção de controle como fonte de bem-estar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 7, n. 3, p. 541-556, 2007.
- ROSA, T. E. C.; *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
- ROCHA, P. Viver com o melhor da saúde, heterogeneidade e identidade no envelhecimento saudável. **Forum sociológico**, v. 40, p. 21-33, 2022.
- SAMPAIO, N.; REIS, L. A.; REIS, L. A. A mulher idosa nos contos infantis: Os estereótipos da velhice e a violência simbólica. **Geopauta**, v. 5, n. 1, 2021.
- SANTOS, R. L.; JÚNIOR, J. S. V. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **RBPS**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.
- SCHUURMANS, I. K.; *et al.* 10-Year trajectories of depressive symptoms and subsequent brain health in middle-aged adults. **Journal of Psychiatric Research**, v. 158, p.126–133, 2023.
- Secretaria nacional da família. Ministério da mulher, da família e dos direitos humanos. **Idosos e Família no Brasil**. 2022 Disponível em <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/>> Acesso em 24 de Janeiro de 2023.
- SEPÚLVEDA-LOYOLA, W. *et al.* Social participation is associated with better functionality, health status and educational level in elderly women. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 20690–20701, 2020.
- SHIN, C.; *et al.* Usefulness of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for classifying minor and major depressive disorders among community-dwelling elders. **Journal of Affective Disorders**, v. 259, p. 370-375, 2019.
- SILVA, E. P. M.; *et al.* Incontinência urinária, senso de controle e autonomia, e participação social em idosos residentes na comunidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 25, n. 5, 2022.
- SILVA, R.; SCHMIDT, O. F.; SILVA, S. Polifarmácia em geriatria. **Revista da AMRIGS**, v. 56, n.2, p. 164-174, 2012.
- SILVA, S. L. A. *et al.* Efeito da idade, período e coorte de nascimento na incapacidade de idosos residentes na comunidade: Coorte de Idosos de Bambuí (1997-2012). **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n.9, p. 1-15, 2019.

SISAP - IDOSO. **Gráficos dos indicadores por regiões**. 2013. Disponível em: <[https://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/novo2/grafico\\_gr.php?pag=grauf&uf\\_o=J&indicador=J05P0&B1=Gerar+gr%E1fico...](https://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/novo2/grafico_gr.php?pag=grauf&uf_o=J&indicador=J05P0&B1=Gerar+gr%E1fico...)> Acesso em 27 out. 2020.

SKOOG, I.; *et al.* The capability approach in epidemiological studies. *in:* ERHAG, H. F.; *et al.* **A multidisciplinary approach to capability in age and ageing**. v. 31, 2022.

STEPTOE, A.; *et al.* Enjoyment of life and declining physical function at older ages: a longitudinal cohort study. **CMAJ**, v. 186, n. 4, p. E150-E156, 2014.

SUN, X.; *et al.* Depressive costs: Medical expenditures on depression and depressive symptoms among rural elderly in China. **Public Health**, v.181, p. 141-150, 2020.

TOMIOKA, K.; KURUMATANI, N.; SAEKI, K. The differential effects of type and frequency of social participation on IADL declines of older people. **PLOS ONE**. 2018.

TORNERO-QUIÑOMES, I.; *et al.* Functional ability, frailty and risk of falls in the elderly: relations with autonomy in daily living. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, 2020,

TORRES, J. L. *et al.* Depressive symptoms, emotional support and activities of daily living disability onset: 15-year follow-up of the Bambuí (Brazil) Cohort Study of Aging. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, 2018.

TRESCATO, I.; *et al.* A predictive model of subjective wellbeing in the elderly population. **Research Square**, 2022.

VAISH, K.; PATRA, S.; CHHABRA, P. Functional disability among elderly: A community-based cross-sectional study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**. v. 9, n. 1, 2020.

VEILLEUX, J. C.; *et al.* Affect balance predicts daily emotional experience. **Personality and Individual Differences**, v. 154, 2020.

VELÁZQUEZ, R. G. **Symptom-level of depression and functional impairment: Evidence from population-based studies**. Tese (Psychology, Learning and Communication) - Faculty of medicine, University of Helsinki, Finland. Helsinki, 2019.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1929-1936, 2018.

WANCHAI, A.; PHROMPAYAK, D. Social participation types and benefits on health outcomes for elder people: A systematic review. **Ageing Int**, v. 44, p. 223–233, 2019.

WANROOIJ, L. L. V.; *et al.* A network approach on the relation between apathy and depression symptoms with dementia and functional disability. **Int Psychogeriatr**, v. 31, n. 11, p. 1655–1663, 2019.

WHO (World Health Organization). **International classification of functioning, disability and health : ICF**. 2001. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>>. Acesso em 03 de Setembro de 2022.

WHO (World Health Organization). **Envelhecimento ativo: Uma política de saúde**. 2002. Versão Brasileira, 2005. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em 03 de Setembro de 2022.

WHO (World Health Organization). **World Report on Ageing and Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization**, 2015. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049\\_rus.pdf?sequence=10&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf?sequence=10&isAllowed=y)>. Acesso em 09 Out. 2022.

WHO (World Health Organization). **Mental health of older adults**. 2017 Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>>. Acesso em 27 out. 2020.

WHO (World Health Organization). **Decade of Healthy Ageing**. 2019. Disponível em: <[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB146/B146\\_23-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_23-en.pdf)>. Acesso em 19 out. 2022.

WHO (World Health Organization). **Depression**. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>>. Acesso em 25 jan. 2022.

WONG, R. C. P.; et al. Public transport policy measures for improving elderly mobility. **Transport Policy**. v. 63, p. 73-79, 2018.

XIE, Y.; *et al.* Factors associated with depressive symptoms among the elderly in China: structural equation model. *International Psychogeriatrics*, v. 33, n.2, p. 157-167, 2021.

YESAVAGE, J. e BRINK, T. L. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

YUAN, J.; WANG, Y.; LIU, Z. Chronic disease and depression among the elderly in China: the mediating role of instrumental activities of daily living and the moderating role of area of residence. **Current Psychology**. 2022.

ZANESCO, C.; et al. Dificuldade funcional em idosos brasileiros: um estudo com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS - 2013). **Ciência e Saúde coletiva**, v. 25, n. 3, p. 1103-1118, 2020.

ZHAO, L.; *et al.* Depressive symptoms and ADL/IADL disabilities among older adults from low-income families in Dalian, Liaoning. **Clinical Interventions in Aging**, v. 17, p. 733-743, 2022.

ZENEBE, Y., *et al.* Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. **Ann Gen Psychiatry**, v. 20, n. 55, 2021.

ZHANG, *et al.* Prevalence and related influencing factors of depressive symptoms among empty-nest elderly in Shanxi, China. **Journal of Affective Disorder**, V. 245, P. 750-756, 2019.

## ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiro: Rede FIBRA. No. 207, 2007 – Linha de Base.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

© [www.fcm.unicamp.br/pesquisaeticalindex.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisaeticalindex.html)

CEP, 10/07/07.

(Grupo III)

**PARECER CEP:** 1º 208/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)

**C.A.A.E:** 0 151.1.146.000 -07

**I-IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO: "ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS - REDE FIBRA"**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Anita Liberalesso Neri

**INSTITUIÇÃO:** UNICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 10/04/2007 -

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 22/05/08 (O formulário encontra-se no site acima)

**II - OBJETIVOS**

Estudar a síndrome biológica de fragilidade entre idosos brasileiros a partir dos 65 anos que residam em zonas urbanas de regiões geográficas diferentes, levando em conta variáveis sócio-demográficas, antropométricas, de saúde e funcionalidade física, mentais e psicológicas.

**III - SUMÁRIO**

Estudo populacional multicêntrico de idosos, com amostra bem definida e identificação de diferentes regiões urbanas categorizadas pelo IDH.

**IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

O estudo está estruturado e justificado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado, após resposta do parecer.

**V - PARECER DO CEP**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.





## FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

© [www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

### VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.2), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item 111.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

### VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de maio de

2007. Profa. Dra. *Cantim* Avia Bertuzzo

## ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Estudo de Seguimento entre os anos de 2016 e 2017.

USP - ESCOLA DE ARTES,  
CIÊNCIAS E HUMANIDADES  
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estudo de seguimento da coorte de Campinas e de Ermellino Matarazzo do estudo FIBRA: preditores e desfechos da fragilidade em Idosos no Brasil

**Pesquisador:** Anita Liberalesso Neri

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 92684517.5.3001.5390

**Instituição Proponente:** Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.952.507

#### Apresentação do Projeto:

O estudo da fragilidade entre idosos brasileiros é de especial relevância. Assim, este estudo de seguimento de coortes irá gerar informações sobre fatores que a longo prazo predizem fragilização, entre aqueles que nos dados de base foram identificados como não frágeis e ainda poderá identificar os desfechos da fragilidade entre os idosos identificados inicialmente como frágeis ou pré-frágeis. Estas investigações irão fornecer informações sobre fatores passíveis de intervenção que poderão atenuar ou postergar desfechos negativos em saúde associados à fragilidade. Dessa forma, serão utilizadas estratégias postais e telefônicas para localizar os idosos nascidos entre 10/01/1937 a 18/04/1944, que participaram do Estudo Fibra em Campinas e em Ermellino Matarazzo (subdistrito de São Paulo), em 2008 e 2009. Os idosos serão contatados por telefone e carta e pessoalmente. Duplas de pesquisadores avaliarão as condições dos idosos e convidarão os que cumprirem os critérios de inclusão para uma sessão de coleta de dados em domicílio. Familiares serão convidados a informar sobre variáveis sociodemográficas, saúde, capacidade funcional, cognição e depressão dos idosos excluídos. Nos participantes, serão realizadas medidas de pressão arterial, força de preensão palmar, antropométricas e cognitivas, e medidas de autorrelato sobre saúde, bem-estar psicológico e sociodemográficas. Serão feitas consultas ao Sistema de Informação sobre Mortalidade de Campinas, para identificar os idosos falecidos. As famílias serão contatadas em busca de informações sobre os antecedentes da morte. Um TCLE deverá ser assinado pelos idosos e pelos familiares. Análise de dados: Serão feitas

**Endereço:** Av. Arlindo Bettio, nº 1000

**Bairro:** Ermellino Matarazzo

**CEP:** 03.828-000

**UF:** SP

**Município:** SÃO PAULO

**Telefone:** (11)3091-1046

**E-mail:** cep-each@usp.br

USP - ESCOLA DE ARTES,  
CIÊNCIAS E HUMANIDADES  
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.952.507

estatísticas descritivas, com o objetivo de estabelecer perfis para as variáveis de Interesse. Análises de regressão, curvas de mortalidade e modelos de equação estrutural Investigarão as relações entre as variáveis de risco e proteção e as de desfecho. Resultados esperados: Dados sobre Incidência de fragilidade, mortalidade e déficit cognitivo e sobre a prevalência e os fatores de risco e de proteção para fragilidade, mortalidade e déficit cognitivo em Idosos nascidos entre 1937 e 1944.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Determinar a prevalência e os fatores de risco e proteção para fragilidade, cognição e mortalidade, considerando-se Indicadores sociodemográficos, condições de saúde, Independência, estilo de vida, sociabilidade, depressão, bem-estar subjetivo, personalidade e senso de ajustamento psicológico, em Idosos com 72 a 79 anos. Métodos: Estratégias postais e telefônicas serão empregadas para localizar os Idosos nascidos entre 10/01/1937 a 18/04/1944, que participaram do Estudo Fibra em Campinas e em Ermelino Matarazzo (subdistrito de São Paulo), em 2008 e 2009. Os Idosos serão contatados por telefone e carta e pessoalmente. Duplas de pesquisadores avaliarão as condições dos Idosos e convidarão os que cumprirem os critérios de Inclusão para uma sessão de coleta de dados em domicílio. Familiares serão convidados a Informar sobre variáveis sociodemográficas, saúde, capacidade funcional, cognição e depressão dos Idosos excluídos. Nos participantes, serão realizadas medidas de pressão arterial, força de preensão palmar, antropométricas e cognitivas, e medidas de autorrelato sobre saúde, bem-estar psicológico e sociodemográficas. Serão feitas consultas ao Sistema de Informação sobre Mortalidade de Campinas, para identificar os Idosos falecidos. As famílias serão contatadas em busca de informações sobre os antecedentes da morte. Um TCLE deverá ser assinado pelos Idosos e pelos familiares. Análise de dados: Serão feitas estatísticas descritivas, com o objetivo de estabelecer perfis para as variáveis de Interesse. Análises de regressão, curvas de mortalidade e modelos de equação estrutural Investigarão as relações entre as variáveis de risco e proteção e as de desfecho. Resultados esperados: Dados sobre Incidência de fragilidade, mortalidade e déficit cognitivo e sobre a prevalência e os fatores de risco e de proteção para fragilidade, mortalidade e déficit cognitivo em Idosos nascidos entre 1937 e 1944.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Desconfortos e riscos

A participação não apresenta riscos previsíveis à Integridade física e psicológica dos colaboradores.

Endereço: Av. Arlindo Bettio, nº 1000

Bairro: Ermelino Matarazzo

UF: SP

Telefone: (11)3091-1046

Município: SAO PAULO

CEP: 03.828-000

E-mail: cep-each@usp.br

USP - ESCOLA DE ARTES,  
CIÊNCIAS E HUMANIDADES  
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.952.507

**Benefícios:**

Os autores relatam que a participação oferecerá duas vantagens aos Idosos e a seus acompanhantes: a oportunidade de exercitar a observação e a avaliação das condições de saúde criadas pela entrevista, as quais poderão evidenciar aspectos importantes do bem-estar de adultos e de Idosos, que não podem ser negligenciados e beneficiar a

população de um modo geral, principalmente os Idosos, assim como pesquisadores, estudantes e profissionais que atuam nas redes pública e privada de atenção à saúde do Idoso.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Essa pesquisa é relevante para a área da Gerontologia, Geriatria e saúde pública.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos estão inseridos na Plataforma Brasil conforme Resolução 466/2012 relacionada à Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto Aprovado, pois está de acordo com a Resolução 466/2012 relacionada à Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento   | Arquivo                             | Postagem               | Autor                     | Situação |
|--|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|----------|
| Outros   | pendencias_e_consideracoes_CEP2.pdf | 14/09/2018<br>14:56:31 | Anita Liberalesso<br>Neri | Acelto   |
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador                    | Estudo_de_segulmento_CEP2.pdf       | 14/09/2018<br>14:55:02 | Anita Liberalesso<br>Neri | Acelto   |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | TCLE_proxy_CEP2.pdf                 | 14/09/2018<br>14:54:38 | Anita Liberalesso<br>Neri | Acelto   |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | TCLE_Idoso_CEP2.pdf                 | 14/09/2018<br>14:54:16 | Anita Liberalesso<br>Neri | Acelto   |
| TCLE / Termos de   | TCLE_Falecido_CEP2.pdf              | 14/09/2018             | Anita Liberalesso         | Acelto   |

Endereço: Av. Arlindo Bettio, nº 1000

Bairro: Ermelino Matarazzo

CEP: 03.828-000

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-1046

E-mail: cep-each@usp.br

USP - ESCOLA DE ARTES,  
CIÊNCIAS E HUMANIDADES  
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.952.507

|  |                        |          |     |        |
|--|------------------------|----------|-----|--------|
| Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | TCLE_Falecido_CEP2.pdf | 14:53:58 | Nen | Acelto |
|--|------------------------|----------|-----|--------|

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 09 de Outubro de 2018

---

Assinado por:  
Rosa Yuka Sato Chubaci  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Arlindo Bettio, nº 1000

Bairro: Ermelino Matarazzo

CEP: 03.828-000

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-1045

E-mail: cep-each@usp.br

## ANEXO C - Declaração de autorização para uso de arquivos, registros e similares.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

---

Campinas, 12 de março de 2022

Prezada Dra. Samila Sathler Tavares Batistoni,

Recebi sua solicitação para uso do banco de dados do Estudo Fibra para um estudo a ser realizado por sua orientanda Lillian Lovesan Holovatino, do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da EACH-USP. Os registros solicitados são relativos às variáveis:

- Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária
- GDS-15
- Autopercepção de Saúde
- Comorbidades
- Uso de medicamentos para depressão
- Mini Exame do Estado Mental
- Sexo
- Idade
- Escolaridade
- Arranjo domiciliar
- Renda

Acredito que poderão realizar um bom trabalho e desde já autorizo o uso desses dados.

Atenciosamente

Coordenadora do Estudo Fibra  
Polo Unicamp

## ANEXO D - Escala de Lawton e Brody para avaliação do desempenho em AIVD.

| Agora eu vou perguntar sobre a sua <u>independência</u> para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:   | Resultado       |
|--|-----------------|
| <b>J 14. Usar o telefone</b><br>1. <b>I:</b> É capaz de discar os números e atender sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar) | _____<br>99. NR |
| <b>J 15. Uso de transporte</b><br>1. <b>I:</b> É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?                                      | _____<br>99. NR |
| <b>J 16. Fazer compras</b><br>1. <b>I:</b> É capaz de fazer todas as compras sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de fazer compras?   | _____<br>99. NR |
| <b>J 17. Preparo de alimentos</b><br>1. <b>I:</b> Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de preparar qualquer refeição?            | _____<br>99. NR |
| <b>J 18. Tarefas domésticas</b><br>1. <b>I:</b> É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?                                     | _____<br>99. NR |
| <b>J 19. Uso de medicação</b><br>1. <b>I:</b> É capaz de usar medicação de maneira correta sem ajuda?<br>2. <b>A:</b> É capaz de usar medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de tomar medicação sem ajuda?   | _____<br>99. NR |
| <b>J 20. Manejo do dinheiro</b><br>1. <b>I:</b> É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda?   | _____<br>99. NR |
| 2. <b>A:</b> Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades?<br>3. <b>D:</b> É incapaz de realizar estas atividades?  |                 |
| <b>J 21. Soma de Is</b>  | _____           |
| <b>J 22. Soma de As</b>  | _____           |
| <b>J 23. Soma de Ds</b>  | _____           |

## ANEXO E - Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

**BLOCO M**  
**DEPRESSÃO**

ENTREVISTADOR: 1 \_\_  
ASSINATURA:

| Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o/a senhor/a vem se sentindo <u>na última semana.</u> | Sim | Não | NR |
|---|-----|-----|----|
| <b>M 1.</b> O/a senhor/a está basicamente satisfeito com sua vida?                                    | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 2.</b> O/a senhor/a deixou muitos de seus interesses e atividades?                               | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 3.</b> O/a senhor/a sente que sua vida está vazia?   | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 4.</b> O/a senhor/a se aborrece com frequência?  | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 5.</b> O/a senhor/a se sente de bom humor a maior parte do tempo?                                | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 6.</b> O/a senhor/a tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?                                  | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 7.</b> O/a senhor/a se sente feliz a maior parte do tempo?                                       | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 8.</b> O/a senhor/a sente que sua situação não tem saída?  | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 9.</b> O/a senhor/a prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?                           | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 10.</b> O/a senhor/a se sente com mais problemas de memória do que a maioria?                    | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 11.</b> O/a senhor/a acha maravilhoso estar vivo?  | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 12.</b> O/a senhor/a se sente um/a inútil nas atuais circunstâncias?                             | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 13.</b> O/a senhor/a se sente cheio/a de energia?  | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 14.</b> O/a senhor/a acha que sua situação é sem esperança?                                      | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 15.</b> O/a senhor/a sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a?               | 1   | 2   | 99 |
| <b>M 16. Pontuação total na Escala de Depressão Geriátrica</b>  |     |     |    |