

Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns e sua associação com a incapacidade funcional em idosos

*Prevalence of Common Mental Disorders and their
association with functional disability in the elderly*

*Prevalencia de los Trastornos Mentales Comunes y su
asociación con la discapacidad funcional en los ancianos*

Liliam Rosany Medeiros Fonseca Barcellos
Érica Midori Ikegami
Márcio Moreira Moura Barcellos
Joilson Meneguci
Saulo Vasconcelos Rocha
Jair Sindra Virtuoso Júnior

RESUMO: Objetivou-se investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e verificar sua associação com a incapacidade funcional em idosos. Estudo transversal, com aplicação dos instrumentos: dados sociodemográficos, de saúde e comportamentais, *Self-Reporting Questionnaire*, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody. A prevalência de TMC foi 37,2%, e verificou-se sua associação com sexo, percepção de saúde, doença do sistema nervoso e incapacidade funcional nas ABVD e AIVD.

Palavras-chave: Transtornos mentais; Atividades cotidianas; Idoso.

ABSTRACT: *The objective of this study was to investigate the prevalence of Common Mental Disorder (CMD) and to verify its association with functional disability in the elderly. Cross-sectional study with application of the instruments: sociodemographic, health, behavioral data, Self-Reporting Questionnaire, Katz Index and Lawton and Brody Scale. The prevalence of CMD was 37.2% and it was found to be associated with sex, health perception, nervous system disease and functional disability in BADL and IADL.*

Keywords: *Mental Disorders; Activities of Daily Living; Aged.*

RESUMEN: *El objetivo fue investigar la prevalencia del Trastorno Mental Común (TMC) y ratificar su asociación con la discapacidad funcional en los ancianos. Estudio transversal, con aplicación de los instrumentos: datos sociodemográficos, de salud, comportamentales, Cuestionario Self-Reporting, Índice de Katz y Escala de Lawton y Brody. La prevalencia del TMC fue del 37,2% y se verificó su asociación con el sexo, la autopercepción de salud, enfermedad del sistema nervioso y la discapacidad funcional en las ABVD y AIVD*

Palabras-clave: *Transtornos mentales; Actividades cotidianas; Anciano.*

Introdução

A proporção do número de idosos está crescendo em ritmo acelerado em todo o mundo, com estimativa de aumento de 12% para 22% entre 2015 e 2050 (World Health Organization, 2017). A população idosa não é um grupo homogêneo, de forma que alguns indivíduos podem desfrutar de bons níveis de funcionamento físico e mental, à mesma proporção que outros precisam de auxílio para o atendimento de necessidades básicas (World Health Organization, 2015).

Os idosos têm o risco aumentado para o desenvolvimento de distúrbios mentais, neurológicos, ou uso de substâncias, embora grande parte apresente boa saúde mental (World Health Organization, 2017). Mais de 20% dos indivíduos com 60 anos ou mais apresentam algum distúrbio mental ou neurológico e 17,4% dos anos vividos com incapacidade podem ser atribuídos a essas condições (World Health Organization, 2017).

Entre os distúrbios, o Transtorno Mental Comum (TMC) é considerado uma condição de saúde na qual os indivíduos não atendem aos critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade conforme as classificações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Organização Mundial da Saúde, 2000), mas, sim, apresentam sintomas importantes que causam incapacidade funcional comparável ou até pior do que em condições crônicas já bem estabelecidas (Santos, 2002).

A prevalência de TMC encontrada em estudos realizados com idosos brasileiros de Campinas, SP, e Ibicuí, BA, foi de 29,7% (Borim, Barros, & Botega, 2013) e 55,8% (Silva, *et al.*, 2018), respectivamente. Em pesquisa no Canadá, identificou-se a prevalência de 6,4% (Gontijo Guerra, Berbiche, & Vasiliadis, 2020).

As perdas, exposições, e mudanças que ocorrem na vida do idoso podem aumentar o risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental (World Health Organization, 2017). A literatura aponta alguns fatores de risco para os TMC como o sexo feminino (Bastos, *et al.*, 2020; Borim, *et al.*, 2013; Silva, *et al.*, 2018), maior idade (Borim, *et al.*, 2013; Rocha, *et al.*, 2012), insatisfação com a vida (Martins, *et al.*, 2016), menor escolaridade (Borim, *et al.*, 2013), baixa renda (Borim, *et al.*, 2013; Rocha, *et al.*, 2012), presença de doenças crônicas (Bastos, *et al.*, 2020) e indivíduos que não trabalham (Borim, *et al.*, 2013).

O quadro que caracteriza os TMC inclui distúrbios do sono, como a insônia; episódio e transtorno de humor, abuso de substâncias, ansiedade, fadiga, irritação e problemas alimentares (Goldberg, & Huxley, 1992) que podem comprometer a execução das atividades de vida diária (AVD) (Gontijo Guerra, Berbiche, & Vasiliadis, 2020). A literatura aponta estudos que verificaram os fatores associados aos TMC em idosos (Borim, *et al.*, 2013; Rocha, *et al.*, 2012; Silva, *et al.*, 2018); entretanto, estes não incluíram a investigação da incapacidade funcional nessa condição.

Em estudo com idosos dos Estados Unidos, os estágios mais altos de limitação nas AVD se associaram à pior saúde mental avaliada através de medidas de bem-estar mental (Na, & Streim, 2017). Embora tenha sido realizado com adultos, pesquisa em Portugal mostrou que 14,6% dos indivíduos com algum TMC relataram incapacidade (Antunes, *et al.*, 2018), alertando para as repercussões negativas dessa relação em diversas fases da vida.

Considerando-se que o estigma atrelado aos problemas de saúde mental pode dificultar a busca por ajuda, contribuindo para os casos de subnotificação (World Health Organization, 2017), associado ao impacto causado pelos transtornos mentais no aspecto físico, verifica-se a necessidade de ampliar estudos voltados para a investigação da relação entre os TMC e a incapacidade funcional em idosos.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi identificar a prevalência de TMC e verificar sua associação com a incapacidade funcional em idosos comunitários.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, analítico, com delineamento transversal de abordagem quantitativa, que utilizou o banco de dados do projeto “Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso”, da cidade de Alcobaça, BA.

Todos os 743 idosos, com idade superior a 60 anos, residentes na zona urbana e cadastrados nas dez Estratégias de Saúde da Família, foram convidados a participar do estudo. Os critérios de exclusão foram pontuar abaixo de 12 pontos no Mini-Exame do Estado Mental, segundo critério de escolaridade (Almeida, 1998), apresentar dificuldade grave na acuidade visual e auditiva; fazer uso de cadeiras de rodas; possuir sequelas graves decorrentes de acidentes vasculares cerebrais com perda localizada de força e estar em estado terminal.

Dos 743 idosos, 54 (7,2%) recusaram-se a participar da pesquisa; 58 (7,8%) foram excluídos por não atenderem aos critérios de seleção; e 158 (21,2%) não foram localizados após três tentativas do entrevistador, resultando em uma amostra final de 473 (63,6%) participantes.

Os idosos foram abordados em seus domicílios no período de julho a outubro de 2015. Após o aceite de participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), todos os idosos responderam a instrumentos aplicados por estudantes e profissionais da área da saúde, na forma de entrevista individual.

Os dados sociodemográficos do questionário incluíram: sexo (masculino; feminino), faixa etária (60-69; ≥ 70 anos), estado civil (solteiro/separado/divorciado; casado/vivendo com parceiro; viúvo), ocupação (com ou sem trabalho remunerado) e anos de estudo (\leq que um ano; $>$ que um ano).

As variáveis de saúde referiram-se à percepção de saúde, doenças autorreferidas, Índice de Massa Corporal (IMC), uso de medicamentos contínuos e ocorrência de hospitalizações no último ano. Para a avaliação da percepção de saúde, foi aplicada uma escala de autoavaliação do estado de saúde utilizada em estudos internacionais (United States Department of Health and Human Services, 1996). Para o presente estudo, adotaram-se duas categorias: percepção negativa e percepção positiva.

A presença de doenças (sim; não) foi autorreferida pelo idoso e posteriormente organizada de acordo com a CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 2000), em doenças do aparelho circulatório (problemas cardíacos, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico/derrame, hipercolesterolemia, circulação, varizes, doença de Chagas), do sistema

osteomuscular (reumatismo/artrite/artrose, dores coluna/lombar, osteoporose, dores musculares), metabólicas (diabetes *mellitus*, hipotireoidismo) e do sistema nervoso (enxaqueca).

O IMC foi avaliado por meio da relação entre as variáveis antropométricas de peso e estatura (kg/m^2), sendo categorizado em: baixo peso, normal, sobrepeso e obesidade. O uso de medicamentos contínuos foi analisado através da questão “Quantos remédios o(a) senhor(a) usa atualmente?”, categorizado em: nenhum; 1-2; ≥ 3 . Investigou-se a ocorrência de hospitalização nos últimos 12 meses prévios a entrevista (não; sim).

As questões comportamentais abordaram o uso de tabaco (não; sim) e bebidas alcoólicas (não; sim), além do Nível de Atividade Física (NAF), que foi avaliado através da versão longa do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) adaptado para idosos brasileiros (Benedetti, Antunes, Rodriguez-Añez, Mazo, & Petroski, 2007; Benedetti, Mazo, & Barros, 2008). Esse estudo adotou o NAF no domínio atividade de lazer/recreação, que foi analisada de forma dicotômica, classificando os idosos em ativos (≥ 150 min/sem) e insuficientemente ativos (< 150 min/sem), conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2010).

A avaliação dos TMC foi realizada através do instrumento *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), validado para população idosa brasileira (Sczufca, Menezes, Vallada, & Araya, 2009). O instrumento possui 20 questões que abordam sintomas físicos (4 questões) e distúrbios emocionais (16 questões). A pontuação varia de 0 a 20 pontos, onde maiores valores representam maior morbidade psicológica (Sczufca, Menezes, Vallada, & Araya, 2009). O ponto de corte adotado para o rastreamento de TMC foi de cinco ou mais respostas positivas.

A capacidade funcional nas atividades básicas (ABVD) e instrumentais da vida diária (AIVD) foi determinada através do Índice de *Katz* e da Escala de *Lawton* e *Brody*, respectivamente. O Índice de *Katz* avalia a capacidade para a realização das seguintes atividades de autocuidado: tomar banho, vestir-se, alimentar-se, ir ao banheiro, deitar-se e levantar-se da cama, comer e controlar o esfíncter uretral e anal (Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro Filho, & Buksman, 2008). Adotou-se o ponto de corte de ≥ 1 para idosos considerados com dependência nas ABVD.

A Escala de *Lawton* e *Brody* aborda questões referentes ao uso de telefone e transporte, compras de alimentos, roupas e outras necessidades pessoais, preparo da própria refeição, limpeza e arrumação da casa, manipulação de medicamentos e cuidar das próprias finanças (Santos & Virtuoso Júnior, 2008). Adotou-se o ponto de corte de ≤ 13 para idosos considerados

dependentes nas AIVD. As ABVD e AIVD foram analisadas de forma dicotômica, como independente ou dependente.

No programa *Epidata* versão 3.1, foi construído um banco de dados eletrônico para checagem das inconsistências em dupla entrada (digitação) e após a realização das correções, procedeu-se a análise estatística no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 21.0. Para a caracterização da amostra, foram utilizadas estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa, desvio padrão e média). A distribuição das variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e capacidade funcional segundo a presença ou ausência de TMC foi verificada através do Teste de Qui-Quadrado.

Após essa análise inicial, os valores de p foram utilizados na hipótese de que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características similares. Todas as variáveis que apresentaram o valor de $p \leq 0,05$ foram submetidas ao Teste de Qui-Quadrado de Pearson para serem calculadas as razões de prevalência (RP) e Intervalos de Confiança (IC) a 95%.

As variáveis foram distribuídas em quatro blocos: sociodemográficas, que incluíram sexo, faixa etária, estado civil, ocupação e anos de estudo (Bloco 1); de saúde, compostas por percepção de saúde, doenças autorreferidas do aparelho circulatório, sistema osteomuscular, metabólicas e sistema nervoso, IMC, uso de medicamentos contínuos e ocorrência de hospitalizações (Bloco 2); comportamentais, contendo uso de tabaco e bebida alcoólica, além do NAF no lazer/recreação (Bloco 3) e capacidade funcional nas ABVD e AIVD (Bloco 4). As variáveis por blocos, que apresentaram $p \leq 0,20$ foram candidatas a análise ajustada, através do teste de regressão de *Poisson* com variância robusta, considerando $p \leq 0,05$.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e aprovado sob o parecer n.º 966.983/2015, atendendo aos princípios éticos preconizados pela Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os idosos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE.

Resultados

Entre os 473 entrevistados, a prevalência de TMC foi de 37,2% (IC95%), sendo mais predominante nos idosos do sexo feminino (44,6%), com idade ≥ 70 anos (40,6%), viúvos (47,7%), sem trabalho remunerado (39,8%) e com ≤ 1 ano de estudo (44,4%) (Tabela 1).

Verificou-se que os idosos com TMC tinham percepção negativa de saúde, relataram alguma doença (39,1%), com destaque para as do sistema nervoso (77,3%); eram obesos (48%), faziam uso de ≥ 3 medicamentos contínuos (46,4%), relataram hospitalização no último ano (51,3%), não faziam uso de tabaco e álcool (38,1% e 38,2%, respectivamente), eram suficientemente ativos (38,6%) e dependentes para ABVD (57%) e AIVD (83%), conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Diferenças nas características sociodemográficas, de saúde, comportamentais e capacidade funcional nas ABVD e AIVD entre idosos com e sem TMC. Alcobaça, BA, 2015

Variáveis	Sem TMC n (%)	Com TMC n (%)	p
Sexo			
Masculino	133 (75,1%)	44 (24,9%)	0,001
Feminino	164 (55,4%)	132 (44,6%)	
Faixa etária			
60 a 69 anos	171 (65,5%)	90 (34,5%)	0,173
≥ 70 anos	126 (59,6%)	86 (40,6%)	
Estado civil			
Solteiro/divorciado/separado(a)	81 (64,8%)	44 (35,2%)	
Casado(a)/vivendo com parceiro(a)	147 (67,7%)	70 (32,3%)	0,014
Viúvo(a)	68 (52,3%)	62 (47,7%)	
Ocupação			
Com trabalho remunerado	78 (71,6%)	31 (28,4%)	0,031
Sem trabalho remunerado	219 (60,2%)	145 (39,8%)	
Anos de estudo			
≤ 1 ano	55,6% (96)	44,4% (95)	0,010
>1 ano	196 (67,4%)	95 (32,6%)	
Percepção de saúde			
Positiva	137 (79,7%)	35 (20,3%)	0,001
Negativa	159 (53,0%)	141 (47,0%)	
Doenças do aparelho circulatório			
Não	92 (76,0%)	29 (24,0%)	0,001
Sim	205 (58,2%)	147 (41,8%)	
Doenças osteomusculares			
Não	183 (73,8%)	65 (26,2%)	0,001
Sim	114 (50,7%)	111 (49,3%)	
Doenças metabólicas			
Não	239 (65,8%)	124 (34,2%)	0,013
Sim	58 (52,7%)	52 (47,3%)	
Doenças do sistema nervoso			
Não	292 (64,7%)	159 (35,3%)	0,001
Sim	5 (22,7%)	17 (77,3%)	
IMC			

Baixo Peso	7 (63,6%)	4 (36,4%)	0,038
Normal	106 (68,4%)	49 (31,6%)	
Sobrepeso	114 (64,8%)	49 (31,6%)	
Obesidade	64 (52,0%)	59 (48,0%)	
Uso de medicamentos			
Nenhum	73 (73,7%)	26 (26,3%)	0,001
1 a 2	113 (67,7%)	54 (32,3%)	
≥ 3	111 (53,6%)	96 (46,4%)	
Hospitalização			
Não	258 (65,6%)	135 (34,4%)	0,004
Sim	39 (48,8%)	41 (51,3%)	
Tabagismo			
Não	258 (61,9%)	159 (38,1%)	0,259
Sim	39 (69,6%)	17 (30,4%)	
Uso de bebida alcoólica			
Não	238 (61,8%)	147 (38,2%)	0,360
Sim	59 (67,0%)	29 (33,0%)	
NAF no lazer/recreação			
Insuficientemente ativo	55 (69,6%)	24 (30,4%)	0,169
Suficientemente ativo	242 (61,4%)	152 (38,6%)	
ABVD			
Independentes	251 (68,6%)	115 (31,4%)	<0,001
Dependentes	46 (43,0%)	61 (57,0%)	
AIVD			
Independentes	105 (35,4%)	30 (17%)	<0,001
Dependentes	192 (64,6%)	146 (83%)	

Após a análise multivariada, apenas as variáveis sexo, percepção de saúde, doenças do sistema nervoso e incapacidade funcional nas ABVD e AIVD mantiveram-se associadas aos TMC (Tabela 2).

Tabela 2 – Modelo final da Regressão de *Poisson* da associação entre TMC e características sociodemográficas, de saúde, comportamentais e capacidade funcional. Alcobaca, BA, 2015

Variável	RP e IC Bruta	p	RP e IC Ajustada	p
Sexo				
Masculino	1	0,001	1	0,009
Feminino	1,79 (1,27-2,52)		1,63 (1,12-2,55)	
Faixa etária				
60 a 69 anos	1	0,281		
≥ 70 anos	1,17 (0,87-1,57)			
Estado civil				
Solteiro/divorciado/separado(a)	1	0,069	1	

Casado(a)/vivendo com parceiro(a)	0,91 (0,62- 1,33)		1,01 (0,69-1,49)	0,704
Viúvo(a)	1,35 (0,92- 0,19)		1,16 (0,78-1,73)	
Ocupação				
Com trabalho remunerado	1	0,089		0,529
Sem trabalho remunerado	1,40 (0,95-2,06)		1,14 (0,76-1,71)	
Anos de estudo				
> 1 ano	1	0,042	1	0,188
≤ 1 ano	0,73 (0,54-0,98)		0,81 (0,59-1,10)	
Percepção de saúde				
Positiva	1	<0,001	1	0,002
Negativa	2,31 (1,59-3,34)		1,82 (1,23-2,69)	
Doenças do aparelho circulatório				
Não	1	0,006	1	0,448
Sim	1,74 (1,17-2,59)		1,22 (0,72-2,05)	
Doenças osteomusculares				
Não	1	<0,001	1	0,119
Sim	1,88 (1,38-2,55)		1,30 (0,93-1,82)	
Doenças metabólicas				
Não	1	0,049	1	0,812
Sim	1,38(1,00-1,91)		1,04(0,73-1,48)	
Doenças do sistema nervoso				
Não	1	<0,001	1	0,045
Sim	2,19(1,32-3,61)		1,69(1,01-2,84)	
IMC				
Baixo Peso	1		1	
Normal	0,86(0,31-2,40)		0,88(0,31-2,47)	
Sobrepeso	0,96(0,35-2,66)	0,156	0,96(0,34-2,66)	0,862
Obesidade	1,31(0,47-3,63)		1,05(0,37-2,93)	
Uso de medicamentos				
Nenhum	1		1	
1 a 2	1,23(0,77-1,96)	0,013	0,93(0,53-1,61)	0,900
3 ou mais	1,76(1,14-2,72)		1,00(0,56-1,79)	
Hospitalização				
Não	1	0,025	1	0,107
Sim	1,49 (1,05-2,11)		1,34 (0,93-1,94)	
Uso de tabaco				
Não	1	0,372		
Sim	0,79(0,48-1,31)			
Uso de bebida alcoólica				
Não	1,15(0,77-1,72)	0,469		
Sim	1			
NAF no lazer/recreação				
Insuficientemente ativo	1	0,277		
Suficientemente ativo	1,27(0,82-1,95)			

ABVD				
Independentes	1	<0,001	1	
Dependentes	1,81(1,33-2,47)		1,46(1,05-2,04)	0,024
AIVD				
Independentes	1	<0,001	1	
Dependentes	1,95(1,39-2,73)		1,44(1,03-2,02)	0,032

RP (Razão de Prevalência); IC (Intervalo de Confiança)

Discussão

A prevalência de TMC entre os idosos do presente estudo foi superior a encontrada em estudos realizados em Campinas, SP (29,7%) (Borim, *et al.*, 2013) e Feira de Santana, BA (32,1%) (Rocha, Almeida, Araújo, & Virtuoso Júnior, 2010) e inferior, quando comparada com pesquisas conduzidas em Ibiaí, MG (44,6%) (Martins, *et al.*, 2016) e Ibicuí, BA (55,8%) (Silva *et al.*, 2018). Independentemente das variações encontradas, os achados da presente pesquisa mostraram uma prevalência alta, visto que aproximadamente um, em cada quatro idosos, apresentou TMC.

Neste estudo as variáveis sexo, percepção de saúde, doenças do sistema nervoso e incapacidade funcional nas ABVD e AIVD foram as que apresentaram associação com os TMC após a análise ajustada.

A associação entre o sexo feminino e os TMC corrobora estudos nacionais (Borim, *et al.*, 2013; Rocha, *et al.*, 2010; Silva, *et al.*, 2018). Embora hoje as mulheres possam usufruir de maior segurança na velhice devido ao desempenho de novos papéis, verifica-se que muitas delas ainda convivem com os desfechos negativos resultantes da responsabilidade assumida como cuidadoras de familiares, que limitou sua participação na força de trabalho remunerado, com consequente aumento do risco de pobreza, abusos, pior condição de saúde, além do menor acesso aos serviços de assistência social e de saúde (World Health Organization, 2015), que podem predispor ao risco de TMC.

Quanto à percepção da saúde, verificou-se associação com os TMC, resultado que chama a atenção, visto que 47% do total da amostra considerou sua saúde como negativa. Inquérito de base populacional demonstrou que idosos que avaliaram a própria saúde como ruim/muito ruim apresentaram razão de prevalência de TMC de 3,46 quando comparados com aqueles com autoavaliação de saúde excelente ou muito boa (Borim, *et al.*, 2013).

As alterações na capacidade funcional com necessidade de cuidados de longo prazo, mudanças no *status* socioeconômico como resultado da aposentadoria; vulnerabilidade a abusos, presença de problemas de saúde e experiência com o luto são alguns dos estressores que afetam a população idosa causando isolamento, solidão, sofrimento psicológico e predisposição ao desenvolvimento de problemas de saúde mental (World Health Organization, 2017). Tais condições podem contribuir para a percepção negativa do estado de saúde do indivíduo e concomitantemente para a presença dos TMC.

Entre as doenças autorreferidas pelos idosos, apenas a do sistema nervoso, representada pela enxaqueca foi associada aos TMC. A etiologia da enxaqueca não está relacionada a doenças psiquiátricas, entretanto, pessoas com tal condição geralmente sofrem de algum distúrbio psiquiátrico, com exacerbação de sintomas e consequente redução da qualidade de vida (Seng, & Seng, 2016). Estudo de revisão narrativa mostrou que a prevalência de enxaqueca em idosos é significativa e pode se tornar um problema de saúde pública devido aos diversos problemas de saúde e polifarmácia nessa população, dificultando o gerenciamento dos casos (Wijeratne, Tang, Crewther, & Crewther, 2019).

Foi verificada a associação entre a incapacidade funcional nas ABVD e AIVD com os TMC. Pesquisa conduzida nos Estados Unidos mostrou associação entre os estágios mais altos de limitação nas AVD com a pior saúde mental, segundo medidas de bem-estar mental (Na, & Streim, 2017). Investigação longitudinal no Canadá mostrou que a proporção de idosos com incapacidade nas AIVD na linha de base foi maior entre aqueles com multimorbidade física e TMC, concomitantemente (Gontijo Guerra, Berbiche, & Vasiliadis, 2020).

A saúde mental tem repercussões na saúde física e vice-versa (World Health Organization, 2017); portanto, a prevenção do declínio funcional e o apoio psicossocial são necessários para a manutenção da participação social regular e da independência, além do atendimento de demandas de saúde mental, que se tornam mais acentuadas em estágios mais avançados de limitação nas AVD (Na, & Streim, 2017).

O presente estudo apresentou, como limitações, o delineamento transversal que dificultou o avanço na relação de causa e efeito entre as variáveis. Pode-se apontar também o uso de questionários baseados na autopercepção e autorrelato do idoso que podem subestimar ou superestimar algumas informações. Para essas questões, ressalta-se que os entrevistadores do estudo passaram por treinamento, no intuito de minimizar as interferências motivacionais e sincronizar as explicações e esclarecimentos de dúvidas durante a entrevista, em face da variação de escolaridade dos idosos.

Conclusão

O presente estudo buscou estimar a prevalência dos TMC e encontrou associação dessa condição com a incapacidade funcional nas ABVD e AIVD de idosos comunitários. Além disso, verificou-se que o sexo feminino, percepção negativa da saúde e doenças do sistema nervoso também apresentaram associação com a presença de TMC.

Estes achados podem contribuir para a ampliação das discussões e o conhecimento dos TMC e incapacidade funcional em uma população que possui particularidades que devem ser consideradas na abordagem dos casos. Reforça-se a necessidade de novos estudos, como os de delineamento longitudinal, que poderão proporcionar melhor compreensão dessa associação e auxiliar na proposição de ações voltadas para a saúde física e mental da população idosa, principalmente para as mulheres.

Referências

Almeida, O. P. (1998). Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56(3B), 605-612. Recuperado em 27 setembro, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1998000400014>.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5*. Porto Alegre, RS: Artmed. Recuperado em 27 setembro, 2018, de: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>.

Antunes, A., Frasilho, D., Azeredo-Lopes, S., Neto, D., Silva, M., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2018). Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 49, 56-61. Recuperado em 16 junho, 2020, de: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.004>.

Bastos, A. A., Nogueira, L. R., Neto, J. V., Fisberg, R. M., Yannakoulia, M., & Ribeiro, S. M. L. (2020). Association between the adherence to the Mediterranean dietary pattern and common mental disorders among community-dwelling elders: 2015 Health Survey of São Paulo, SP, Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 265, 389-394. Recuperado em 16 junho, 2020, de: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.100>.

Benedetti, T. R. B., Antunes, P. de C., Rodriguez-Añez, C. R., Mazo, G. Z., & Petroski, É. L. (2007). Reproducibility and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) in elderly men. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 13(1), 11-16. Recuperado em 27 setembro, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922007000100004>.

Benedetti, T. R. B., Mazo, G. Z., & Barros, M. V. G. de. (2008). Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades física de mulheres idosas: Validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 12(1), 25-34. Recuperado em 27 setembro, 2018, de: <https://doi.org/10.18511/rbcm.v12i1.538>.

Borim, F. S. A., Barros, M. B. de A., & Botega, N. J. (2013). Transtorno mental comum na população idosa: Pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7), 1415-1426. Recuperado em 19 outubro, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700015>.

Goldberg, D. P., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model* (pp. xvi, 194). New York, NY, USA: Tavistock/Routledge.

Gontijo Guerra, S., Berbiche, D., & Vasiliadis, H.-M. (2020). Changes in instrumental activities of daily living functioning associated with concurrent common mental disorders and physical multimorbidity in older adults. *Disability and Rehabilitation*, 1-9. Recuperado em 16 julho, 2020, de: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1745303>.

Lino, V. T. S., Pereira, S. R. M., Camacho, L. A. B., Ribeiro Filho, S. T., & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 103-112. Recuperado em 27 setembro, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>.

Martins, A. M. E. de B. L., Nascimento, J. E., Souza, J. G. S., Sá, M. A. B. de, Feres, S. de B. L., Soares, B. P., & Ferreira, E. F. e. (2016). Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3387-3398. Recuperado em 19 outubro, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.07842015>.

Na, L., & Streim, J. E. (2017). Psychosocial well-being associated with activity of daily living stages among community-dwelling older adults. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 3, 1-13. Recuperado em 16 junho, 2020, de: <https://doi.org/10.1177/2333721417700011>.

Organização Mundial da Saúde. (2000). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo, SP: EDUSP.

Rocha, S. V., Almeida, M. M. G. de, Araújo, T. M. de, Medeiros-Rodrigues, W. K., Barreto-Santos, L., & Virtuoso-Júnior, J. S. (2012). Prevalence of common mental disorders among elderly residents county in northeast of Brazil. *Revista de Salud Publica (Bogota, Colombia)*, 14(4), 620-629. Recuperado em 19 outubro, 2018, de: https://www.researchgate.net/publication/255177401_Prevalence_of_common_mental_disorders_among_elderly_residents_county_in_northeast_of_Brazil.

Rocha, S. V., Almeida, M. M. G. de, Araújo, T. M. de, & Virtuoso Júnior, J. S. (2010). Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 630-640. Recuperado em 19 outubro, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400008>.

Santos, M. E. de S. B. dos. (2002). *Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo). Recuperado em 19 outubro, 2018, de: <https://repositorio.usp.br/item/001283338>.

Santos, R. L. dos, & Virtuoso Júnior, J. S. (2008). Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(4), 290-296. Recuperado em 27 setembro, 2018, de: <https://doi.org/10.5020/575>.

Scazufca, M., Menezes, P. R., Vallada, H., & Araya, R. (2009). Validity of the self-reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults: Results from the Sao Paulo Ageing & Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(3), 247-254. Recuperado em 27 setembro, 2018, de: <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0425-y>.

Seng, E. K., & Seng, C. D. (2016). Understanding migraine and psychiatric comorbidity. *Current Opinion in Neurology*, 29(3), 309-313. Recuperado em 16 junho, 2020, de: <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000309>.

Silva, P. A. dos S. da, Rocha, S. V., Santos, L. B., Santos, C. A. dos, Amorim, C. R., & Vilela, A. B. A. (2018). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2), 639-646. Recuperado em 19 outubro, 2018, de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.12852016>.

United States Department of Health and Human Services. (1996). *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Wijeratne, T., Tang, H. M., Crewther, D., & Crewther, S. (2019). Prevalence of migraine in the elderly: A narrated review. *Neuroepidemiology*, 52(1-2), 104-110. Recuperado em 16 junho, 2020, de: <https://doi.org/10.1159/000494758>.

World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Recuperado em 27 setembro, 2018, de: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/.

World Health Organization. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Recuperado em 16 junho, 2020, de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf%3Bjse.

World Health Organization. (2017). Mental health of older adults. Recuperado em 16 junho, 2020, de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.

Recebido em 07/04/2020

Aceito em 30/06/2020

Lilian Rosany Medeiros Fonseca Barcellos - Fisioterapeuta, Especialista em Saúde do Idoso, Mestre em Atenção à Saúde e Doutoranda em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Áreas de interesse: Fisioterapia, idoso, capacidade funcional.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7934-4372>

URL: <https://orcid.org/0000-0001-7934-4372>

E-mail: lilianmfonseca@hotmail.com

Érica Midori Ikegami – Fisioterapeuta. Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde (área de concentração em Saúde e Enfermagem), Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Pós-Graduação *Lato Sensu*, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; área de concentração em Saúde do Idoso: Atenção Integrada e Humanizada em Saúde, eixo específico de Fisioterapia. Atua como membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

E-mail: erica.ikegami@gmail.com

Márcio Moreira Moura Barcellos - Médico graduado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM. Atua no SAMU de Uberaba, MG e é Monitor de Saúde e Sociedade, na UFTM.

E-mail: marciobarcellos@live.com

Joilson Meneguci – Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Lavras, MG, com período sanduíche na Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal. Mestrado em Educação Física, Doutorado em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Foi Professor Substituto do Departamento de Ciências do Esporte, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Atualmente é Tecnólogo-Formação: Ciências da Saúde, vinculado ao setor de Apoio à Pesquisa e Produção Científica da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, exercendo o cargo de Coordenador da Unidade de Telessaúde, da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFTM, rede Ebserh.

E-mail: joilson.meneguci@uftm.edu.br

Saulo Vasconcelos Rocha - Doutorado em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. Coordenador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado em Educação Física UESB/UESC).

E-mail: svrocha@uesb.edu.br

Jair Sindra Virtuoso Júnior - Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Viçosa, MG. Especialização em Exercício e Qualidade de vida, Universidade Federal do Paraná. Mestrado em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina. Doutorado em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com período sanduíche na Universidade de Vigo, Espanha. Estágio pós-doutoral no período de 2013/2014, Escola de Estudos de Movimento Humano, Universidade de Queensland (Austrália). Atualmente, é Professor Associado II, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM, exercendo o cargo de Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFTM, rede Ebserh. Docente permanente no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação Física (mestrado) e no Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde (mestrado/doutorado) nas seguintes linhas de pesquisa: Atenção à Saúde das populações; Epidemiologia da Atividade Física. Atuais interesses de pesquisa: promoção de estilos de vida saudáveis na perspectiva do envelhecimento saudável e na prevenção e gestão de doenças crônicas, a partir de uma perspectiva de saúde populacional.

E-mail: virtuosojr@yahoo.com.br