

Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil

Multimorbidity, depression and quality of life among elderly people assisted in the Family Health Strategy in Senador Guiomard, Acre, Brazil

Thatiana Lameira Maciel Amaral ¹
Cledir de Araújo Amaral ²
Nathália Silva de Lima ¹
Patrícia Vasconcelos Herculano ¹
Patrícia Rezende do Prado ¹
Gina Torres Rego Monteiro ³

Abstract *This study analyzed the association between multimorbidity, depression and quality of life among the elderly in the Family Health Strategy (FHS). A cross-sectional study was conducted among the elderly in the FHS in Senador Guiomard (State of Acre). The study employed the Geriatric Depression Scale (GDS-15) and the Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Differences in descriptive variables in elderly people with and without multimorbidity were estimated using Pearson's chi-squared test, while the associations between multimorbidity and depression and quality of life were estimated using the logistic regression technique. It was seen that elderly people with depression represented 27% of the sample, this being more prevalent among elderly people with multimorbidity than those without, the former being twice as likely to be subject to depression. Likewise, individuals with multimorbidity had a greater chance of worse quality of life in the physical, social and total quality of life domains (all with $p \leq 0.010$), though not in the environmental domain ($p = 0.493$). Thus, multimorbidity in the elderly is associated with the presence of depression and poor quality of life, which imposes the challenge on the FHS of guaranteeing the elderly living out their senescence without suffering and diminished quality of life.*

Key words Morbidity, Depression, Quality of life

Resumo *Este estudo objetivou analisar a associação entre multimorbidade e depressão e qualidade de vida em idosos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de estudo transversal com cadastrados na ESF de Senador Guiomard, Acre. Utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e o Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref). As diferenças das variáveis descritivas por idosos com e sem multimorbidade foram estimadas pelo teste qui-quadrado de Pearson e as associações entre multimorbidade e depressão e qualidade de vida foram estimadas com técnica de regressão logística. Observou-se que idosos com depressão representaram 27% da amostra, sendo essa doença em maior proporção entre os com multimorbidade em comparação àqueles sem. Os idosos com multimorbidade tiveram duas vezes mais chance de apresentar depressão. Similarmente, os indivíduos com multimorbidade tiveram maior chance de pior qualidade de vida total e nos domínios físico, psicológicos, social (todos com $p \leq 0,010$), exceto no domínio ambiental ($p = 0,493$). Assim, a multimorbidade em idosos está associada à presença de depressão e pior qualidade de vida, impondo à ESF o desafio de garantir a essa população viver a senescência sem sofrimento e redução da qualidade de vida.*

Palavras-chave Morbidade, Depressão, Qualidade de vida

¹ Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre. Rodovia BR 364/ nº 6637/Km 04, Distrito Industrial. 69915-900 Rio Branco AC Brasil. thatianalameira27@gmail.com

² Instituto Federal do Acre. Rio Branco AC Brasil.

³ Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O envelhecimento compreende um processo onde o organismo humano passa por diversas mudanças fisiológicas que proporcionam uma redução natural de determinadas capacidades do corpo, as quais são fortemente diferenciadas de acordo com as condições de vida¹. Neste processo, podem surgir diversas condições crônicas que se caracterizam pelo início gradual de prognóstico usualmente incerto e com longa duração, podendo culminar em possíveis incapacidades²⁻⁴.

A ocorrência de duas ou mais doenças em um mesmo indivíduo é denominada multimorbidade^{5,6}. É considerada um problema de saúde pública dado o impacto negativo na qualidade e na expectativa de vida do indivíduo⁷⁻⁹. No entanto, apesar dos avanços e das novas técnicas de controle e abordagens da multimorbidade, o manejo adequado é um desafio para os sistemas e serviços de saúde pública contemporânea¹⁰⁻¹⁴.

O processo de transição demográfica no Brasil, caracterizado pelo aumento acentuado da população idosa, em comparação aos demais extratos populacionais, vem ocorrendo a partir da segunda metade do século passado, quando o número de idosos aumentou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002. Estima-se que o número de idosos alcance 32 milhões em 2020¹⁵. No último censo demográfico, 10,79% da população brasileira era representado por pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a mais de 20 milhões de indivíduos¹⁶.

Dentre as diferentes morbidades que acometem a população idosa, a depressão tem se configurado num importante problema. A depressão pode ser definida como um distúrbio da área afetiva ou do humor com significativo impacto funcional em qualquer faixa etária. A prevalência mundial da depressão em idosos varia de 0,9% a 9,4% nos que vivem em comunidade e de 14% a 42% entre os institucionalizados¹⁷. Estudos brasileiros apontam que a população idosa residente na comunidade apresentou sintomas depressivos com prevalência entre 19% e 34% nas diferentes regiões do País¹⁸⁻²¹.

Dentre os fatores associados à depressão em idosos destacam-se além das variáveis demográficas como sexo, idade avançada e baixa escolaridade, o tabagismo, as doenças cardiovasculares, endócrinas, neurológicas e oncológicas, bem como maior número de medicamentos diários, incapacidade funcional, percepção negativa da própria saúde, baixo nível de atividade física habitual e insônia^{22,23}.

A multimorbidade em idosos tem mostrado ser um fator colaborador para o possível desenvolvimento da depressão. Uma pesquisa brasileira realizada com idosos da Estratégia de Saúde da Família em Dourados (MS) mostrou que 27% dos idosos participantes possuíam no mínimo três doenças crônicas e apresentavam sintomas depressivos, quando o número de doenças crônicas passa para cinco a depressão afeta 48,1% dos idosos²⁴.

Uma pesquisa realizada na Espanha com 471 idosos mostrou prevalência de sintomas depressivos em 19,7%, estando estes associados à presença de multimorbidade²⁵. Em Singapura também foi observada associação positiva entre a presença de doenças crônicas e sensação de isolamento entre idosos, sendo este considerado um sintoma da depressão²⁶, o que reforça a existência de relação direta entre depressão e multimorbidade.

Em inquérito realizado em 2010 com idosos da Estratégia de Saúde da Família no município de Senador Guiomard, estado do Acre, foi observado que individualmente, a hipertensão e os distúrbios cardiovasculares, por exemplo, estão associados à qualidade de vida total e aos domínios da qualidade de vida²⁷. Vale destacar que no estado do Acre os idosos correspondiam a 4,32% da população, mas em Senador Guiomard, a proporção de idosos era de 7,91%¹⁶.

Portanto, com a presente investigação pretende-se analisar a associação da presença de multimorbidade com sintomas de depressão e qualidade de vida em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Senador Guiomard, Acre.

Métodos

Estudo transversal integrante do projeto “Condições de saúde, qualidade de vida e depressão em idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre” realizado entre agosto e setembro de 2010, com idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Senador Guiomard, Acre.

Foi realizada amostragem probabilística tomando por base a população idosa cadastrada na ESF, que naquele ano apresentava 100% de cobertura. Os procedimentos de amostragem e de coleta de dados foram previamente descritos²⁷.

Assim, participaram do estudo 264 idosos de ambos os sexos com 60 a 102 anos de idade que responderam um questionário estruturado em

módulos temáticos que versavam sobre informações sociodemográficas e econômicas, hábitos de vida, presença de morbidades, qualidade de vida e depressão.

Na presente investigação a multimorbidade, analisada como variável dependente, foi construída a partir do autorrelato pelo idoso do diagnóstico prévio feito por profissional de saúde para as seguintes morbidades: hipertensão, diabetes, distúrbio cardiovascular (má circulação, acidente vascular encefálico e problema cardíaco), distúrbio musculoesquelético (problema na coluna, reumatismo, artrite/artrose e osteoporose), insônia, catarata, anemia, distúrbio gastrointestinal/urinário. Foi adotada a definição de multimorbidade a ocorrência simultânea de duas ou mais doenças num mesmo indivíduo⁶.

A depressão, tratada como variável independente ou explicativa, foi identificada com o emprego da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) adotando o ponto de corte 5/6 pontos para não caso/caso como sugestivo da doença²⁸.

A variável independente ou explicativa qualidade de vida foi obtida por meio do Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, versão abreviada WHOQOL-Bref (*The World Health Organization Quality of Life Assessment*)²⁹. Os escores dos domínios físico, psicológico, social e ambiental e da qualidade de vida total foram analisados em tercil.

Foram tratadas como variáveis de ajuste: sexo; idade (“60 a 69 anos”, “70 a 79 anos” e “80 anos e mais”); escolaridade (“analfabeto/fundamental – 1 incompleto” e “fundamental – 1 completo e mais”); situação conjugal (“com companheiro” e “sem companheiro”); e classificação econômica, obtida por meio do Critério Brasil de Classificação Econômica³⁰ que considera o poder de compra das pessoas nas seguintes classes: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. No presente estudo optou-se por dividir em duas classes “B/C” e “D/E”, uma vez que nenhum idoso foi classificado na classe A.

Na análise descritiva foram verificadas as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis analisadas por sexo, sendo estimadas as diferenças nas frequências entre os idosos com e sem multimorbidade pelo teste qui-quadrado de Pearson. Também foram estabelecidas médias com seus respectivos desvios-padrão para os domínios da qualidade de vida, onde foram testadas as diferenças das médias entre os indivíduos com e sem multimorbidade por meio do teste t de *Student* para amostras independentes.

Modelos de regressão logística não pareada estimaram a magnitude de associação em *Odds*

Ratio (OR), com seus respectivos intervalos de confiança em 95% (IC95%), entre a variável dependente multimorbidade e cada variável independente: depressão e os domínios da qualidade de vida e a qualidade de vida total em tercil, tendo o tercil superior, indicativo de melhor qualidade de vida, como referência. Foram estimados três modelos: o primeiro centrado-se na associação bruta entre multimorbidade e depressão e cada domínio da qualidade de vida. O segundo modelo levou em consideração o ajuste pela faixa etária e sexo. No terceiro modelo foi calculada a associação ajustada pela idade, sexo, escolaridade, classificação econômica e situação conjugal. Em todas as análises foi considerado o nível de significância de $\alpha = 0,05$. Os dados foram analisados com o auxílio do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS v.17).

O projeto-base da presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Em relação aos 264 idosos avaliados, observou-se que 61,0% eram do sexo feminino, 52,1% tinham 70 anos ou mais, 79,9% eram analfabetos ou possuíam o ensino fundamental 1 incompleto, 58,0% não tinham companheiro, 64,0% se encontravam quanto à classificação econômica nas classes D e E. A multimorbidade foi identificada em 66,3% dos entrevistados, mas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na distribuição entre os indivíduos com e sem multimorbidade nas variáveis sociodemográficas. A escala de depressão geriátrica identificou 27,3% de idosos com depressão, sendo maior a proporção dos indivíduos com multimorbidade em comparação àqueles sem multimorbidade (Tabela 1).

Também foram observadas menores médias em todos os domínios da qualidade de vida, exceto o ambiental, entre os sujeitos com multimorbidade quando comparados aos sem o agravo (Tabela 2).

Houve associação entre a presença de multimorbidade e menor escore nos domínios da qualidade de vida. Após ajuste por sexo, idade, classificação econômica, escolaridade e situação conjugal, as magnitudes das associações variaram entre 2,54 e 5,14 vezes maior a chance de pertencer aos tercis inferiores da qualidade de vida nos

Tabela 1. Distribuição percentual de variáveis descritivas de idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família, segundo multimorbidade, no município de Senador Guimard-AC, Brasil, 2010.

Variáveis	Multimorbidade			p-valor*
	Total n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo				0,094
Masculino	103 (39,0)	62 (35,4)	41 (46,1)	
Feminino	161 (61,0)	113 (64,6)	48 (53,9)	
Idade (grupo etário) ^a				0,131
60 a 69 anos	126 (47,9)	76 (43,7)	50 (56,2)	
70 a 79 anos	90 (34,2)	66 (37,9)	24 (27,0)	
80 anos ou mais	47 (17,9)	32 (18,4)	15 (16,8)	
Escolaridade				0,179
Analfabeto/ Fundamental – 1 incompleto	211 (79,9)	144 (82,3)	67 (75,3)	
Fundamental – 1 completo ou mais	53 (20,1)	31 (17,7)	22 (24,7)	
Situação conjugal				0,667
Com companheiro(a)	111 (42,0)	72 (41,1)	39 (43,8)	
Sem companheiro(a)	153 (58,0)	103 (58,9)	50 (56,2)	
Classificação econômica (ABEP)				0,125
B/C	95 (36,0)	67 (38,3)	28 (31,4)	
D/E	169 (64,0)	108 (61,7)	61 (68,6)	
Depressão (EDG-15)				0,003
Não	192 (72,7)	117 (66,9)	75 (84,3)	
Sim	72 (27,3)	58 (33,1)	14 (15,7)	
Total	264 (100)	175 (66,3)	89 (33,7)	

* Qui-quadrado de *Pearson*. ^a perda da informação idade de um participante (n = 263).

Tabela 2. Média e desvio-padrão dos domínios da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) de idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família, segundo multimorbidade, no município de Senador Guimard-AC, Brasil, 2010.

Variáveis	Multimorbidade			p-valor*
	Total média ± dp	Sim média ± dp	Não média ± dp	
Qualidade de Vida				
Físico	57,2±11,46	55,3±11,61	60,9±10,23	<0,001
Psicológico	63,8±10,56	62,4±10,42	66,5±10,35	0,003
Social	62,4±12,05	61,0±12,53	65,2±10,57	0,005
Ambiental	50,4±7,97	50,0±7,99	51,0±7,95	0,360
Total	63,5±15,00	60,6±14,44	69,1±14,54	<0,001

* Teste t *Student*.

domínios físico, psicológico, social e qualidade de vida total dado que o idoso tinha um quadro de multimorbidade. De maneira semelhante, os indivíduos com multimorbidade apresentaram 2,39 vezes maior a chance de depressão indicada pelo EDG (Tabela 3).

Discussão

Entre os idosos atendidos pela ESF da cidade de Senador Guimard, Acre, observou-se que a maioria apresentava multimorbidade, condição esta mais frequente entre aqueles classificados como depressivos pela EDG. Entretanto, no que tange às variáveis socioeconômicas entre os ido-

Tabela 3. Análise de regressão logística da depressão (EDG) e dos tercis dos domínios da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) com multimorbidade em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família no município de Senador Guimard-AC, Brasil, 2010.

Variáveis	OR (IC95%) (modelo 1)*	OR (IC95%) (modelo 2)**	OR (IC95%) (modelo 3)***
Depressão (EDG-15)			
Sem depressão	1	1	1
Com depressão	2,66 (1,38-5,10)	2,44 (1,26-4,75)	2,39 (1,23-4,68)
Domínios da Qualidade de Vida			
Físico			
Tercil superior	1	1	1
Tercil intermediário	1,73 (0,94-3,17)	1,63 (0,87-3,07)	1,69 (0,89-3,21)
Tercil inferior	3,05 (1,56-5,95)	2,97 (1,42-6,22)	2,90 (1,37-6,16)
p tendência	0,001	0,004	0,005
Psicológico			
Tercil superior	1	1	1
Tercil intermediário	1,49 (0,79-2,82)	1,26 (0,65-2,43)	1,30 (0,67-2,52)
Tercil inferior	2,70 (1,39-5,26)	2,58 (1,30-5,12)	2,54 (1,26-5,10)
p tendência	0,003	0,008	0,010
Social			
Tercil superior	1	1	1
Tercil intermediário	2,28 (1,20-4,35)	2,55 (1,32-4,93)	2,56 (1,32-4,98)
Tercil inferior	2,53 (1,25-5,11)	2,64 (1,29-5,42)	2,71 (1,30-5,66)
p tendência	0,003	0,002	0,002
Ambiental			
Tercil superior	1	1	1
Tercil intermediário	1,13 (0,62-2,05)	1,10 (0,60-2,01)	1,09 (0,59-2,00)
Tercil inferior	1,22 (0,64-2,32)	1,27 (0,66-2,43)	1,27 (0,65-2,48)
p tendência	0,536	0,481	0,493
Total			
Tercil superior	1	1	1
Tercil intermediário	2,81 (1,56-5,07)	2,60 (1,43-4,73)	2,65 (1,45-4,87)
Tercil inferior	4,94 (1,94-12,56)	5,21 (2,00-13,55)	5,14 (1,96-13,51)
p tendência	<0,001	<0,001	<0,001

*Modelo 1: bruto. **modelo 2: ajustado por sexo e idade. ***Modelo 3: ajustado por sexo, idade, classificação econômica, escolaridade e situação conjugal.

idosos com multimorbidade, estes não diferiram estatisticamente daqueles sem esta condição.

Os achados da prevalência de multimorbidade no presente estudo encontram ressonância em importantes estudos de revisão sistemática que apontaram que a prevalência de multimorbidade entre idosos é maior que a encontrada entre jovens e adultos de meia idade e varia de 55 a 98%³¹, sendo maiores as frequências entre os idosos atendidos em unidades de atenção primária³². Na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, a prevalência de multimorbidade foi de 57,9% entre pessoas com 60 anos ou mais tendo, na população em geral de 20 anos acima, sido observada prevalência de depressão de 59,5% entre as

pessoas com multimorbidade³³. Já na cidade de Bagé, também na região Sul do Brasil, foi encontrada prevalência de multimorbidade de 81,3% entre idosos³⁴, sendo nesta mesma população encontrada prevalência de 18% de sintomas de depressão pela EGD^{34,35}.

A prevalência de sintomas de depressão entre os idosos de Senador Guimard assemelha-se à encontrada em Dourados (MS), onde se verificou 34,4% entre aqueles acompanhados pela ESF²⁴. Na Espanha, evidenciou-se depressão em 19,7% dos idosos e esta se associou à presença de comorbidades e risco social²⁵. Contudo, na presente investigação, observou-se que a prevalência de depressão entre os idosos com multi-

morbidade é duas vezes maior que entre aqueles sem multimorbidade, evidenciando o impacto da multimorbidade na saúde afetiva e no humor, áreas relacionadas à depressão¹⁷.

A depressão é um transtorno mental, fato que em parte auxilia no entendimento da sua relação com a multimorbidade, uma vez que os problemas psíquicos tornam as pessoas mais suscetíveis ao aumento do número de doenças^{31,36}, sendo os sintomas depressivos associados ao maior número de doenças crônicas³⁷.

Diferentemente dos dados identificados na presente investigação, foi reportado que a multimorbidade está associada à idade avançada, ao sexo feminino e ao baixo nível econômico^{31,38}. Destacando-se como consequências negativas o declínio funcional e incapacidades³⁹, diminuição da qualidade de vida^{31,40}, aumento da demanda por serviços e dos custos com a saúde, bem como aumento do risco de mortalidade³⁸, o que representa um grave problema de saúde pública.

Neste sentido, o aumento da expectativa de vida tem como consequência a convivência cada vez mais frequente com doenças crônicas, o que acarreta um aumento de multimorbidade entre pessoas idosas, condição esta que leva ao incremento da utilização de serviços de saúde, incapacidades físicas e funcionais e piora da qualidade de vida⁴¹. Em estudo brasileiro, realizado em Bauru, foi verificado que o número de morbidades se associou aos menores escores da qualidade de vida⁴².

Em estudo anterior, analisando individualmente a presença de hipertensão, distúrbio cardiovascular, insônia e anemia, pode-se observar associação aos menores escores dos domínios da qualidade de vida, exceto o ambiental²⁷. Na presente investigação, os idosos com multimorbidade apresentaram maiores chances de pior qualidade de vida (tercil inferior), confirmando a relação da multimorbidade com a diminuição da qualidade de vida⁴¹. Uma possível explicação para este fato é que os idosos que sofrem de diferentes doenças crônicas têm que reajustar seu cotidiano e suas tarefas, o que interfere diretamente na diminuição da qualidade de vida⁴³.

Na pesquisa sobre o envelhecimento na Alemanha identificou-se correlação negativa entre

sintomas depressivos e o número de morbidades crônicas com os domínios físico e psicológico da qualidade de vida, mostrando que, a despeito da multimorbidade, há indícios de que os suportes social e emocional precoce parecem ser alternativas promissoras para a proteção à qualidade de vida na velhice no que tange aos domínios físico e psicológico⁴⁴. Desta maneira, torna-se mister a implementação de políticas para o fortalecimento dos laços sociais e familiares, criando redes de apoio para um envelhecimento saudável e com a melhor qualidade de vida possível.

Algumas limitações são reconhecidas na presente investigação, como a impossibilidade de fazer inferências causais em virtude do delineamento transversal, o que impõe a necessidade de analisar com cautela as associações observadas. Outra limitação é a definição de morbidades pelo autorrelato, embora morbidades crônicas autorreferidas possam expressar uma medida aproximada das informações obtidas por exames clínicos⁴⁵.

A despeito das limitações citadas, cabe destacar como pontos positivos a representatividade da amostra de idosos cadastrados na ESF e o caráter inédito do estudo na região, uma vez que se desconhece qualquer estudo populacional voltado para as relações da multimorbidade com depressão e qualidade de vida na população idosa, embora estudos voltados para as morbidades e qualidade de vida sejam crescentes no Brasil.

Conclusão

Os achados apontam que a multimorbidade em idosos está fortemente associada à presença de sintomas de depressão e menor percepção da qualidade de vida, exceto no domínio ambiental. Deste modo, um desafio para a Estratégia de Saúde da Família, no que tange à pessoa idosa, é criar mecanismos para um cuidado eficaz de modo a reduzir os impactos da senilidade na qualidade de vida, possibilitando que “o viver” no processo de redução das reservas funcionais, a senescência, não seja acompanhado de sofrimento e redução da qualidade de vida.

Colaboradores

TLM Amaral participou da coleta de dados, processamento, análise e interpretação dos dados, revisão de literatura e redação do artigo; CA Amaral participou do processamento dos dados, revisão de literatura e redação do artigo; PR Prado participou do processamento, análise e interpretação dos dados; NS Lima participou do processamento, análise e interpretação dos dados; PV Herculano participou do processamento, análise e interpretação dos dados; e GTR Monteiro atuou na análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final.

Referências

1. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol* 2002; 31(2):285-293.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias* [Internet]. Brasília: MS; 2013 [accessed 2016 Feb 22]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf
3. Porta M. *A Dictionary of Epidemiology* [Internet]. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2008. [accessed 2016 Feb 23]. Available from: <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195314496.001.0001/acref-9780195314496>
4. World Health Organization (WHO). *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. [Internet]. Geneva: WHO; 2005. [accessed 2016 Feb 23]. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report.pdf?ua=1
5. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev* 2013; 35:75-83.
6. Van Oostrom SH, Picavet HSJ, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, Van Dijk CE, Verheij RA, Schellevis FG, Baan CA. Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population - data from general practices. *BMC Public Health* 2012; 12:715.
7. Costa JSD, Victora CG. O que é "um problema de saúde pública"? *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(1):144-146.
8. DuGoff EH, Canudas-Romo V, Buttorff C, Leff B, Anderson GF. Multiple chronic conditions and life expectancy: a life table analysis. *Med Care* 2014; 52(8):688-694.
9. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntutu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004 20; 2:51.
10. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(10):E1-25.
11. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família* [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. [accessed 2016 Feb 23]. Available from: http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/09/livro_cronicas_eugenio_vilaca.pdf
12. Ording AG, Sørensen HT. Concepts of comorbidities, multiple morbidities, complications, and their clinical epidemiologic analogs. *Clin Epidemiol* 2013; 5:199-203.
13. Salisbury C. Multimorbidity: redesigning health care for people who use it [Comment]. *Lancet* 2012; 380(9836):7-9.
14. Veras R, Lima-Costa MF. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Barreto ML, organizador. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 427-437.
15. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):700-701.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Brasil: tábuas completas de mortalidade, 2010* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [accessed 2016 Feb 23]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadaevinda/2010/notastecnicas.pdf>
17. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113(5):372-387.
18. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Prospective measures of depressive symptoms in community-dwelling elderly individuals. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6):1137-1143.
19. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Physical activity and mental health status among elderly people. *Rev Saude Publica* 2008; 42(2):302-307.

20. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Depressive symptoms and associated factors among elders dwelling in a community in the North of Minas Gerais state, Brazil. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59(3):190-197.
21. Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Depressive symptomatology and its associated factors in an urban cohort of elderly. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(1):1-7.
22. Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JOA, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(2):104-109.
23. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depression and medical comorbidity. *Arch Clin Psychiatry* 2005; 32(3):149-159.
24. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(4):497-503.
25. Torija JRU, Mayor JMF, Salazar MPG, Buisán LT, Fernández RMT. Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* 2007; 21(1):37-42.
26. Broekman BFP, Nyunt SZ, Niti M, Jin AZ, Ko SM, Kumar R, Fones CS, Ng TP. Differential item functioning of the Geriatric Depression Scale in an Asian population. *J Affect Disord* 2008; 108(3):285-290.
27. Amaral TLM, Amaral CA, Prado PR, Lima NS, Herculano PV, Monteiro GTR. Quality of life and associated morbidities among elderly persons registered with the Family Health Strategy of Senador Guiomard in the state of Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015; 18(4):797-808.
28. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(2B):421-426.
29. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
30. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de classificação econômica Brasil: dados com base no levantamento sócio-econômico 2006 e 2007* [Internet]. São Paulo: ABEP; 2009 [accessed 2014 Jun 5]. Available from: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=06>
31. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011; 10(4):430-439.
32. Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med* 2012; 10(2):142-151.
33. Nunes BP, Camargo-Figuera FA, Guttier M, Oliveira PD, Munhoz TN, Matijasevich A, Bertoldi AD, Wehrmeister FC, Silveira MP, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity in adults from a southern Brazilian city: occurrence and patterns. *Int J Public Health* [Internet] published online 2016 Apr 22. [accessed 2016 Jul 25]. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00038-016-0819-7>
34. Nunes BP, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. *BMC Public Health* 2015; 15:1172.
35. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(1):1-12.
36. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380(9836):37-43.
37. Bisschop MI, Kriegsman DMW, Deeg DJH, Beekman ATF, van Tilburg W. The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Clin Epidemiol* 2004; 57(2):187-194.
38. Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* 2016 Nov-Dec; 67:130-138, published online 2016 Aug 02. [accessed 2016 Aug 05]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494316301388>
39. Mello AC, Engstrom EM, Alves LC. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. *Cad Saude Publica* 2014; 30(6):1-25.
40. Loza E, Jover JA, Rodriguez L, Carmona L; EPISER Study Group. Multimorbidity: prevalence, effect on quality of life and daily functioning, and variation of this effect when one condition is a rheumatic disease. *Semin Arthritis Rheum* 2009; 38(4):312-319.
41. Nunes BP. *Multimorbidade em idosos: ocorrência, consequências e relação com a Estratégia Saúde da Família* [tese]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2015.
42. Maciel NM, Conti MHS, Simeão SFAP, Corrente JE, Ruiz T, Vitta A. Morbidades referidas e qualidade de vida: estudo de base populacional. *Fisioter Pesqui* 2016; 23(1):91-97.
43. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Chronic diseases and quality of life in primary health care. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1774-1782.
44. Warner LM, Schüz B, Wurm S, Ziegelmann JP, Tesch-Römer C. Giving and taking – differential effects of providing, receiving and anticipating emotional support on quality of life in adults with multiple illnesses. *J Health Psychol* 2010; 15(5):660-670.
45. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions. *Rev Saude Publica* 2008; 42(1):73-81.

Artigo apresentado em 05/05/2016

Aprovado em 26/09/2016

Versão final apresentada em 28/09/2016