Giovana Montoro Pazzini Watfe

Incapacidade funcional em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família
nos municípios de São Paulo e Manaus: prevalência e fatores associados

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Scazufca

São Paulo

2019

Giovana Montoro Pazzini Watfe

Incapacidade funcional em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família
nos municípios de São Paulo e Manaus: prevalência e fatores associados

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Scazufca

São Paulo

2019

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Watfe, Giovana Montoro Pazzini
Incapacidade funcional em idosos cadastrados na
Estratégia Saúde da Família nos municípios de São
Paulo e Manaus : prevalência e fatores associados /
Giovana Montoro Pazzini Watfe. -- São Paulo, 2019.
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.
Orientadora: Márcia Scazufca.

Descritores: 1.Incapacidade funcional
2.Envelhecimento 3.Atenção primária 4.Estratégia
saúde da família 5.WHODAS 6.Qualidade de vida
7.Brasil

USP/FM/DBD-109/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

À minha amada filha Natália, dedico este trabalho para que leve consigo o exemplo de determinação e perseverança. Valorize sempre o estudo e seja uma mulher forte e lutadora por seus ideais, contribuindo para a construção de um mundo melhor e mais justo, sempre!

AGRADECIMENTOS

Os caminhos do estudo são árduos e repletos de incertezas. É preciso ser forte e determinado para ultrapassar as barreiras e adversidades neste caminhar.

Agradeço imensamente à orientadora Prof^a Dr^a Márcia Scazufca que, com paciência e amizade, caminhou ao meu lado durante todo o percurso do mestrado, incentivando e impulsionando até a finalização. Obrigada!

À Dr^a Laís Fajerstajn pela ajuda e apoio imprescindíveis para a finalização deste trabalho, além dos conselhos e dos ensinamentos transmitidos;

À Prof^a Dr^a Alicia Matijasevich Manitto pela participação na banca de qualificação e todas as dicas e avaliações deste estudo durante o processo, contribuindo imensamente para os procedimentos e resultados;

Às secretárias da pós-graduação do IPq, Isabel e Eliza, meu agradecimento por todas as orientações e empenho em momentos cruciais desta jornada;

Aos meus pais, Rosana e Eduardo, por me ensinarem o valor do estudo e estimularem a ter força e garra para atingir todos os meus sonhos;

Ao meu marido e eterno amor Rodrigo Watfe, agradeço por cada minuto que me acompanhou nesta caminhada, sofreu, direcionou, apoiou e cuidou de nossa filha com todo amor, carinho e paciência;

À minha filha Natália, razão de todo esforço e busca por um futuro melhor, agradeço por abrilhantar os meus dias e compreender a ausência e o cansaço em momentos que exigiam a presença da mamãe;

A todos os idosos e profissionais de saúde participantes deste estudo, muito obrigada!

Agradecimentos à CAPES

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Normatização adotada

Esta dissertação de mestrado está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

RESUMO

ABSTRACT

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Incapacidade funcional.....	3
1.2	Incapacidade funcional e características sociodemográficas.....	4
1.3	Incapacidade funcional e saúde.....	7
1.4	Incapacidade funcional e suporte social.....	8
1.5	Incapacidade funcional e estilo de vida.....	9
1.6	A Estratégia Saúde da Família no Brasil	10
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3	OBJETIVOS.....	20
4	MÉTODO.....	21
4.1	Desenho e população do estudo.....	21
4.2	Cenário e participantes.....	21
4.3	Avaliações.....	23
4.4	Exposições.....	27
4.5	Procedimentos.....	29
4.6	Análise estatística.....	30
4.7	Aspectos éticos.....	31
5	RESULTADOS.....	32
6	DISCUSSÃO.....	43
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
8	REFERÊNCIAS.....	51
9	ANEXOS.....	65

LISTA DE SIGLAS

CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
DEFF	Design Effect
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª ed.
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IF	Incapacidade Funcional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RP	Razões de Prevalência
SPAH	São Paulo Ageing & Health Study
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule
WHS	World Health Survey

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Prevalência de comprometimento nos seis domínios da WHODAS 2.0 para incapacidade funcional entre idosos nas cidades brasileiras de São Paulo e Manaus, por sexo

Tabela 1. Revisão de literatura: estudos selecionados

Tabela 2. Domínios da WHODAS 2.0 e as questões correspondentes

Tabela 3. Características dos idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família nas cidades brasileiras de São Paulo e Manaus, juntamente com a prevalência de incapacidade funcional (IF) global para cada variável de exposição

Tabela 4. Associações entre incapacidade funcional (IF) global e grave com características dos idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família nas cidades brasileiras de São Paulo e Manaus

RESUMO

Watte GMP. *Incapacidade funcional em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família nos municípios de São Paulo e Manaus: prevalência e fatores associados* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Introdução: O envelhecimento da população é uma preocupação mundial, principalmente quando acompanhado de incapacidade funcional (IF). Compreender a prevalência de IF e seus fatores associados é, portanto, apropriado para planejar estratégias de cuidados em saúde. **Objetivos:** Este estudo investigou a prevalência e os fatores associados à IF entre idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) nas cidades brasileiras de São Paulo e Manaus. **Métodos:** Foram utilizadas bases de dados coletadas entre 2010 - 2011 de uma investigação sobre a prevalência de depressão e fatores associados em idosos com 60 anos ou mais cadastrados na Atenção Primária de São Paulo e Manaus, Brasil. 1.375 participantes foram selecionados aleatoriamente, sendo 702 em São Paulo e 673 em Manaus. O desfecho principal foi a IF, avaliada através do instrumento WHODAS 2.0. versão 12 itens. Investigou-se a associação entre IF global e grave com características sociodemográficas, de saúde, suporte social e estilo de vida dos idosos, e identificou-se quais áreas de vida são afetadas pela IF. **Resultados:** A prevalência de IF global foi maior em Manaus em relação a São Paulo (66,2% vs. 56,4%). O nível de desenvolvimento socioeconômico foi menor em Manaus. Em ambas as cidades, os domínios da participação social e mobilidade do WHODAS 2.0 apresentaram maior comprometimento. Ter duas ou mais morbididades e autopercepção pior de saúde foram associadas à IF em ambas as cidades. O número de consultas médicas na Unidade Básica de Saúde não foi associado à IF. **Conclusão:** Maior prevalência de morbididades e menor desenvolvimento socioeconômico em Manaus podem explicar a maior prevalência de IF nessa cidade. Este dado pode ser um sinal de alerta para outros países de baixa e média renda, onde a população idosa tenha menos acesso à Atenção Primária quando comparado ao Brasil.

Descritores: Pessoas com deficiência; Envelhecimento; Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Qualidade de vida; Brasil.

ABSTRACT

Watte GMP. *Disability in older adults registered in Family Health Strategy at the cities of San Paulo and Manaus: prevalence and associated factores* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019.

Background: Population aging is a concern worldwide, especially when accompanied by disability. Understanding the prevalence of disability and associated factors is therefore appropriate to plan health care strategies. **Objectives:** This study estimates the prevalence of disability and associated factors in older adults living in areas covered by Family Health Strategy in the Brazilian cities of São Paulo and Manaus. **Methods:** Databases were collected between 2010 and 2011 from a larger investigation on the prevalence of depression and associated factors in older adults aged 60 years or over, registered in Primary Care Clinics in São Paulo and Manaus, Brazil. 1,375 participants were randomly selected, 702 in São Paulo and 673 in Manaus. Disability was the main outcome, evaluated using the 12-items WHODAS 2.0 instrument. We investigated the association between global and severe disability with socio-demographic characteristics, health, social support and lifestyle of older adults. We also identified which areas of life are affected by disability. **Results:** The prevalence of global disability was higher in Manaus than in São Paulo (66.2% vs. 56.4%). The level of socioeconomic development was lower in Manaus. In both cities, social participation and mobility domains of WHODAS 2.0 were the most affected. Having two or more morbidities and worse self-perception of health were associated with disability in both cities. The number of medical consultations in Primary Care Clinics was not associated with disability. **Conclusion:** Greater prevalence of morbidities and lower socioeconomic development in Manaus may explain the higher prevalence of disability in this city. This data may be a warning for other low- and middle-income countries, where the elderly population has less access to primary health care when compared to Brazil.

Descriptors: Disabled persons; Aging; Primary health care; Family health strategy; Quality of life; Brazil.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional acontece mundialmente de forma rápida e é um desafio para a sociedade que precisa se reorganizar e oferecer condições adequadas para atender às novas demandas de saúde. Frente a esta realidade, todos os países estão enfrentando desafios para garantir que seus sistemas de saúde estejam prontos para se adaptar a estas mudanças (OMS, 2018). Segundo projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentadas em 2018, entre 2015 e 2050 a proporção da população mundial com mais de 60 anos passará de 12% (900 milhões) para 22% (aproximadamente 2 bilhões), sendo que em 2020 esta proporção será superior ao de crianças até cinco anos. Atualmente, 125 milhões de pessoas têm 80 anos ou mais. Projeções demonstraram que em 2050 80% das pessoas idosas estarão vivendo em países de baixa e média renda (OMS, 2018), configurando desafios ainda maiores para a saúde pública desses países (Kalache, 2008; Brasil, 2006a; Brasil, 2012).

No Brasil o processo de envelhecimento da população vem ocorrendo de modo acelerado desde a década de 50. A partir de 1970, o Brasil teve seu perfil demográfico transformado de uma sociedade rural e tradicional (com muitos filhos e alto risco de morte na infância) para uma sociedade principalmente urbana e menos numerosa (Leone et al., 2010). A transição demográfica se iniciou com a redução das taxas de mortalidade e queda das taxas de natalidade, alterando a estrutura etária da população (Alves, 2008). Na última

pesquisa censitária, em 2010, cerca de 19 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais, representando mais de 10,8% da população. Estima-se que em 2060 o percentual da população brasileira acima de 60 anos será 33,7% (IBGE, 2010).

Embora as pessoas estejam vivendo mais, há evidências sugestivas de que os idosos de hoje não estão vivendo com mais qualidade em comparação aos seus pais (OMS, 2018). Projeções apontam que mundialmente a população idosa institucionalizada está prevista para crescer 245% até 2060 (Manton, 1989). Deste modo, conhecer o status funcional da população idosa se faz importante para identificar pontos vulneráveis e suas necessidades de saúde (Veiga et al., 2016).

Considerando este cenário, estudos em todo mundo têm apontado a incapacidade funcional como um problema crescente na população idosa, necessitando de ações de prevenção e cuidado (OMS, 2018; Alves et al., 2008). Mundialmente, a população idosa com incapacidade funcional tende a crescer 179% até 2060, segundo um estudo norte-americano que também demonstrou que a população idosa que vive na comunidade e é dependente em cinco a seis atividades de vida diária tende a crescer 208% (Manton, 1989). A incapacidade funcional aumenta o risco de mortalidade (Gomez-Olive et al., 2017) e a necessidade de cuidado de longo prazo. Aumenta também a possibilidade de institucionalização, afetando pacientes e suas famílias em termos econômicos, sociais e emocionais, e impactando economicamente os sistemas de saúde (Silva et al., 2013).

Frente a esta problemática, o presente estudo busca compreender se a incapacidade funcional está associada a características sociodemográficas, de saúde, suporte social e estilo de vida dos idosos, identificando também quais áreas de vida são mais afetadas. Investigar as características dos idosos que são comumente avaliadas pelos profissionais de saúde, especificamente da Atenção Básica no Brasil, pode colaborar na definição de estratégias para a organização do sistema de saúde, auxiliando na alocação de recursos e priorização das ações para esta população.

1.1 Incapacidade funcional

A incapacidade funcional pode ser definida como um processo dinâmico mensurado em grau ou níveis (leve, moderado ou grave, por exemplo) (Peek et al., 2003; Hardy et al., 2005; Parahyba et al., 2005), que se apresenta pela dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar atividades básicas ou complexas de vida cotidiana, afetando sua independência (Alves et al., 2008; Paschoal, 2002; Ramos, 2003; Kalache et al., 1987; Rosa et al., 2003). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a incapacidade funcional como qualquer restrição ou falta de habilidade para desempenhar uma atividade da maneira ou dentro do intervalo esperado para um indivíduo, decorrente de uma deficiência. Para se avaliar a dificuldade na realização de tarefas, os critérios utilizados são subjetivos, tendo a maioria dos estudiosos preferência por utilizar instrumentos ou escalas de dependência para mensurar incapacidade funcional (Guccione, 2002; Jette, 1994; Freedman et al., 2002; Reynolds & Silverstein, 2003).

Escalas e instrumentos que avaliam a capacidade na realização das atividades de vida diária como: tomar banho, vestir-se, alimentar-se, usar o vaso sanitário, trabalhar, utilizar o transporte, preparar uma refeição, administrar o próprio dinheiro (Alves et al., 2008; Katz et al., 1963; Lawton & Brody, 1969), e a mobilidade como: se deslocar dentro e fora do domicílio, transferir-se da cama para a cadeira, subir e descer escadas (Alves et al., 2008; Guralnik et al., 1996), são comumente utilizados pela comunidade científica para avaliar incapacidade funcional (Paschoal, 2002; Katz, 1983; Crimmins et al., 1994; Persson et al., 1999). No entanto, para o presente estudo foi escolhido o instrumento “Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial da Saúde 2.0” (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 - WHODAS 2.0) para avaliar os domínios de vida mais afetados pela incapacidade funcional. Este instrumento foi criado pela OMS em 2010, e fornece um perfil e uma mensuração confiável da funcionalidade e incapacidade aplicável a diferentes culturas e populações, visto ser uma medida genérica (Silveira et al., 2013).

1.2 Incapacidade funcional e características sociodemográficas

Contextualmente, as condições econômicas podem explicar as variações regionais e a grande diversidade nos níveis de incapacidade funcional entre os idosos. Fatores como água potável e saneamento básico precários, condições de trabalho e nutrição ruins, pobreza, condições de vida e de trabalho inseguras, acidentes e condições climáticas severas (muito quente ou muito frio) têm impacto importante na saúde das populações (Alves, 2010; WHO,

2011). Estudos internacionais apontam o contexto como fator preponderante no agravamento da incapacidade funcional (WHO, 2011; Freedman et al., 2008; Yen et al., 2009; Ikels, 1991; Gannon & Walsh, 2011). Freedman e colaboradores (2008) mostraram que as condições do bairro, como por exemplo violência, limpeza e acessibilidade, influenciam a capacidade funcional do idoso. O risco para incapacidade funcional em idosos é aumentado em bairros de baixa e média renda, visto características como: ruas e calçadas acidentadas, pavimentação ausente ou inadequada, criminalidade no bairro e a presença ou ausência de líderes comunitários, por exemplo (Freedman et al., 2008; Yen et al., 2009; Ikels, 1991; Gannon & Walsh, 2011).

Em geral, as mulheres e os idosos mais velhos são os grupos populacionais com maior prevalência de incapacidade funcional, segundo estudos realizados em vários países da Europa, Ásia, África, Américas e Oriente Médio (Almazán-Isla et al., 2014, Biritwun et al., 2016, Katta et al., 2017, Naidoo et al., 2017, Jasser et al., 2017, Adib-Hajbaghery, 2011, Ćwirlej-Sozańska et al., 2018, Almazán-Isla et al., 2017; Rodrigues et al., 2009; Hosseinpour et al., 2012). Estudos nacionais e internacionais associaram a incapacidade funcional ao aumento da idade, baixa renda e menor escolaridade (Alves, 2010; Silva, 2013; Van den Brink et al., 2003; Berkman et al., 1989; Graciani et al., 2004; Alves et al., 2008; Huisman et al., 2003; Alves & Rodrigues, 2005; Jasser et al., 2017; Courtney-Long, 2015).

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), inquérito populacional conduzido pelo IBGE-Brasil de abrangência nacional, é

realizado através de entrevistas domiciliares e informações auto referidas (IBGE, 2018a). Em 1998, a PNAD publicou um relatório sobre fatores sociodemográficos associados à incapacidade funcional utilizando uma amostra nacional com 28.943 idosos. Análises mostraram que maior incapacidade funcional esteve associada ao aumento da idade, menor renda e menor escolaridade. A PNAD realizada em 2003 contou com amostra de 253.097 adultos. Este estudo mostrou aumento de incapacidade funcional grave com o aumento da idade. As médias da expectativa de vida entre homens e mulheres após os 60 anos foram de 19 e 22 anos, respectivamente, e a média de anos vividos com incapacidade funcional grave foi de 16,1 (Barros et al., 2006). Análises realizadas com dados dos inquéritos da PNAD de 1998 e 2003 mostraram associações de incapacidade funcional com ser mulher, maior idade e menor renda. A associação entre menor renda familiar e piora na incapacidade funcional persistiu após a análise ser ajustada para idade, nível educacional, região, área urbana e ano do inquérito (Lima-Costa et al., 2011).

Outros fatores que influenciam na incapacidade funcional também devem ser analisados. Dois estudos brasileiros revelaram, por exemplo, que a maioria dos idosos ainda possui renda igual ou inferior a um salário mínimo e gasta aproximadamente um quarto da renda com medicamentos, interferindo assim na qualidade de vida (Lima-Costa et al., 2003; Lima-Costa et al., 2007).

1.3 Incapacidade funcional e saúde

Estudos mostraram que o declínio funcional está relacionado às condições de saúde (Alves et al., 2010; Silva, 2013; Van den Brink et al., 2003; Berkman et al., 1989; Graciani et al., 2004; Alves et al., 2008; Huisman et al., 2003; Alves & Rodrigues, 2005). Pior auto percepção de saúde e presença de doenças crônicas também estão associados ao aumento da incapacidade funcional para ambos os sexos (Baron-Epel & Kaplan, 2001; Lima-Costa et al., 2003; Gomez-Olive et al., 2017; Pedro-Cuesta et al., 2011; Naidoo et al., 2017; Courtney-Long, 2015; Silva et al., 2013; Giacomini et al., 2018; Adib-Hajbaghery, 2011; Waterhouse et al., 2017; Argyriou et al., 2017; Ówirlej-Sozańska et al., 2018; Sousa et al., 2009). Idosos com artrite, diabetes, bronquite, hipertensão, doença cardíaca, insuficiência renal crônica, depressão e tuberculose têm maior chance de apresentar incapacidade funcional (Silva, 2013; Alves & Rodrigues, 2005; Berkman et al., 1989; Barros et al., 2006; Crimmins & Seeman, 2001). Incapacidade funcional também está associada a maior risco de mortalidade (Gomez-Olive et al., 2017).

Atualmente, três quartos da população brasileira acima de 49 anos têm pelo menos uma doença crônica (Macinko et al., 2018). Controlar as doenças crônicas se faz necessário como estratégia de prevenção, visto serem prevalentes na população idosa e poderem influenciar na incapacidade funcional dessa população (Sousa et al., 2009).

1.4 Incapacidade funcional e suporte social

Estudos mostraram que a maioria dos idosos que não trabalha e recebe aposentadoria necessita do apoio de outras pessoas. Um estudo realizado com 200 famílias que continham pelo menos um idoso com 70 anos ou mais em dois bairros de Cantão, na China, revelou que 87% dos idosos estavam sob os cuidados de familiares que tinham entre 18 e 62 anos. Dentre estes, 10% dos entrevistados eram cuidados por familiares em sistema de rodízio e 4% tinham cuidadores particulares. O governo chinês considera que cuidar do idoso é responsabilidade prioritária da família, mesmo que não haja consanguinidade. Assim, as famílias se organizam tanto financeiramente quanto fisicamente para que não falem cuidados à pessoa idosa. Quando não há a presença de alguém da família, a própria comunidade assume os cuidados (Ikels, 1991).

Outros estudos mostraram que nos países em desenvolvimento idosos com alto grau de incapacidade funcional recebem suporte de uma rede informal que inclui familiares, amigos, vizinhos e membros da comunidade cujas atividades são, em geral, realizadas voluntariamente (Crimmins & Seeman, 2001; Freedman et al., 2008; Yen et al., 2009; Ikels, 1991; Gannon & Walsh, 2011; Chaimowicz, 1997; Caldas, 2003). No Brasil, um estudo realizado no município de São Paulo em 1993 demonstrou que 2% dos idosos avaliados não contavam com nenhuma ajuda familiar; 40% contavam com a ajuda do cônjuge; 35% contavam com a ajuda da filha; 11% com o filho e 10% com toda a família. Outro estudo realizado em 1998 em São Paulo sobre o apoio domiciliar oferecido às pessoas com incapacidade funcional grave apontou que

mais de 90% das famílias entrevistadas referiram não ter recebido auxílio de serviços, organizações ou grupos voluntários. A falta de informação sobre como realizar os cuidados para com a pessoa idosa foi uma das maiores problemáticas referidas em alguns estudos brasileiros (Caldas, 2003).

1.5 Incapacidade funcional e estilo de vida

Aspectos como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e reabilitação são fatores referidos pelos idosos que influenciaram na qualidade do cuidado (Caldas, 2003). Serviços de saúde despreparados para o atendimento têm impacto importante na saúde das populações (WHO, 2011). Estudos mostraram que maior utilização dos serviços de saúde está associada ao aumento da incapacidade funcional para ambos os sexos (Baron-Epel & Kaplan, 2001; Lima-Costa et al., 2003).

A incapacidade funcional afeta áreas importantes para a vida independente, como trabalho, lazer e participação social (Gontijo et al., 2016; Almazán-Isla et al., 2014; Veiga et al., 2016; Alves et al., 2010; Barbosa et al., 2014; Rosa et al., 2003). Esse é um alerta para o Sistema Único de Saúde (SUS), visto a rapidez com que o processo de envelhecimento acontece no Brasil (United Nations, 2015). Deste modo, é importante que a Atenção Primária, um dos principais modelos de atenção em saúde do Brasil, esteja atenta à incapacidade funcional em idosos e crie estratégias para prevenir e tratá-la, tendo como aliada a Estratégia Saúde da Família (ESF) em áreas de baixa renda.

1.6 A Estratégia Saúde da Família no Brasil

Em 2017, mais de 30 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais (IBGE, 2018a) e aproximadamente dois terços tratavam seus problemas de saúde no SUS (Macinko et al., 2018). De acordo com a Política Nacional do Idoso, a Atenção Primária é a principal porta de entrada para os serviços públicos de saúde que, dentre outras prioridades, intervem nas condições de saúde que podem resultar em incapacidade funcional (Brasil, 2006a). A Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo de Atenção Primária no SUS e implantada em 2014, é estabelecida em todo o território brasileiro, principalmente nas áreas de baixa renda (Brasil, 2006a). Seu foco está centrado na família e comunidade, na participação ativa dos trabalhadores de saúde e no empoderamento da comunidade. Embora seja papel da ESF organizar o atendimento integral das famílias cadastradas e assistidas, o SUS não está preparado para atender às crescentes demandas da população idosa, como identificar e prevenir a incapacidade funcional e planejar ações individuais e coletivas para eliminar os fatores de risco relacionados (Barbosa et al., 2014).

Em 2012, estimou-se que 105.542.967 pessoas eram cobertas pela ESF, com presença em 5.298 municípios e cobrindo aproximadamente 54,86% da população brasileira. A ESF prioriza a intersetorialidade, a territorialização, a descentralização, a equidade e grupos populacionais com maior risco de adoecer (Brasil, 2012). Em 2006, pactuou-se na Atenção Primária a implantação do Programa Saúde do Idoso, tendo os profissionais envolvidos na

Atenção que cumprir os preceitos da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso (Brasil, 2006b). Nas unidades de saúde os idosos têm sido acompanhados em programas específicos, estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Nunes et al., 2010).

Conhecer o estado funcional da população idosa permite identificar as necessidades de saúde dessa população e o grupo de idosos mais vulneráveis, o que ajuda a definir prioridades para alocação de recursos (Veiga et al., 2016) e criação de políticas de saúde que previnam o surgimento e agravamento de incapacidade funcional, no âmbito da Atenção Primária. Sendo a incapacidade funcional uma consequência não natural do envelhecimento (Rowe & Kahn, 1997; Depp & Jeste, 2006), deve ser vista pela Atenção Primária e amplamente evitada e tratada (Brasil, 2006a; Kalache, 2008).

2 REVISÃO DA LITERATURA

Foram encontrados diversos estudos relacionados à incapacidade funcional em todo o mundo. No entanto, as associações foram as mais variadas, havendo poucos estudos que se relacionassem com o tema deste estudo, devido a metodologias, faixa etária e definições de incapacidade funcional diferentes. Assim, para comparação dos dados deste estudo com outros estudos, foram priorizados aqueles a partir dos anos 2000, nacionais e internacionais, realizados apenas com adultos.

Alguns estudos compararam a prevalência de incapacidade funcional entre países e atribuíram suas diferenças às características populacionais (Sousa et al., 2009; Gomez-Olive et al., 2017). Dentro os idosos, a prevalência de incapacidade funcional foi geralmente maior entre as mulheres, as faixas etárias mais velhas, indivíduos com menor nível de escolaridade, com mais comorbidades e residentes em países de renda média e baixa, como demonstrado por estudos realizados em países da Europa, Ásia, África, Américas e Oriente Médio (Rodrigues et al., 2009; Sousa et al., 2009; Adib-Hajbaghery, 2011; Pedro-Cuesta et al., 2011; Hosseinpour et al., 2012; Silva et al. 2013, Almazán-Isla et al., 2014; Courtney-Long, 2015; Biritwun et al., 2016; Almazán-Isla et al., 2017; Argyriou et al., 2017; Gomez-Olive et al., 2017; Jasser et al., 2017; Katta et al., 2017; Naidoo et al., 2017; Waterhouse et al., 2017; Ćwirlej-Sozańska et al., 2018; Giacomini et al., 2018). Em um estudo brasileiro que incluiu pessoas com 65 anos ou mais, residentes em áreas de

favelas e/ou cobertas pela ESF nos distritos do Butantã, Rio Pequeno e Raposo Tavares, localizados na zona oeste da cidade de São Paulo, 67,2% dos participantes apresentaram algum grau de incapacidade funcional (Silva, 2013).

O World Health Survey (WHS), estudo multicêntrico que envolveu 70 países e foi realizado entre 2002 e 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), chama atenção para o fato de que nos países pobres, onde em geral a saúde das populações é precária em relação aos países ricos, os problemas de saúde já existentes podem se agravar, tendo como consequência o agravamento da incapacidade funcional em idosos (WHO, 2011).

Estudos mostraram que incapacidade funcional estava significativamente associada a múltiplas comorbidades e à autopercepção ruim de saúde (Kim et al., 2005; Sousa et al., 2009; Alves et al., 2010; Adib-Hajbaghery, 2011; Pedro-Cuesta et al., 2011; Gomez-Olive et al., 2017; Waterhouse et al., 2017).

Em relação ao instrumento WHODAS 2.0, alguns estudos investigaram incapacidade funcional em relação aos seis domínios do WHODAS 2.0. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2003 mostrou que a incapacidade funcional esteve relacionada mais frequentemente à mobilidade, como, por exemplo, subir escadas ou caminhar por 1 km (Barros et al., 2006). Estudos realizados na Espanha, Polônia, Irã, aldeias rurais da Índia e Brasil mostraram que a mobilidade e a participação social foram os domínios mais relatados, ou seja, com maior comprometimento (Shahbazi et al., 2007; Adib-

Hajbaghery, 2011; Virués-Ortega et al., 2011; Almazán-Isla et al., 2014; Katta et al., 2017; Ćwirlej-Sozańska et al., 2018; Silva, 2013).

Outros estudos apontaram comprometimento em relação às atividades de vida diária. Um estudo brasileiro realizado na região metropolitana de Belo Horizonte com 1.786 idosos mostrou prevalência de incapacidade funcional neste domínio de 16% (Giacomin et al., 2008), menor em relação a outro estudo realizado na região de Pelotas com 598 idosos que apresentou prevalência de 26,8% para a realização das atividades de vida diária (Del Duca et al., 2009).

Estudos conduzidos na República Dominicana, em Cuba, Peru, México, Venezuela, África do Sul, Rússia, Gana, China e Índia definiram incapacidade funcional a partir da dificuldade em qualquer dos critérios de avaliação (assim como o presente estudo), apresentando prevalência de incapacidade funcional entre 43% e 93% (Sousa et al., 2009; Biritwum et al., 2016; Gaskin et al., 2017; Naidoo et al., 2017).

Um estudo realizado na Polônia com idosos entre 60 e 70 anos definiu incapacidade funcional a partir de 5% em um score de 0 a 100 e apresentou prevalência de incapacidade funcional mínima de 67% (Cwirlej-Sozanska et al., 2018). Já no Brasil, dois estudos definiram incapacidade funcional através da dificuldade apresentada para a realização das atividades de vida diária e apresentaram prevalência de incapacidade funcional de 38,1% e 23,2%, respectivamente (Giacomin et al., 2018; Barbosa et al., 2014).

Em relação à faixa etária da população estudada, estudos consideraram idades diferentes para estudar a incapacidade funcional. Um estudo realizado em 17 países com adultos a partir de 18 anos apresentou prevalência de incapacidade funcional entre 14,7% (México) a 45,95% (Israel) (Korff et al. 2008). Um estudo norte-americano realizado com adultos da mesma faixa etária apresentou prevalência de 22,2% (Courtney-Long, 2015). Outros estudos investigaram populações acima de 50 anos, que apresentaram prevalência de incapacidade funcional entre 68% e 94% (Biritwum et al., 2016; Jasser et al., 2017; Giacomini et al., 2018; Gaskin et al., 2017).

Na tabela 1 segue um resumo dos estudos selecionados e considerados para a comparação das prevalências de incapacidade funcional com o presente estudo, considerando a relevância, as metodologias utilizadas e as definições de incapacidade. Outros estudos foram encontrados e considerados para citação ao longo deste estudo, mas não puderam ser comparados com as prevalências de incapacidade funcional, visto suas metodologias e definições de incapacidade funcional serem muito diversas das utilizadas no presente estudo.

Tabela 1. Revisão de literatura: estudos selecionados

Dados do estudo	Local onde foi realizado	Método	Definição de incapacidade funcional (IF)	Prevalência de incapacidade funcional (IF)
<p>Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey (2009).</p> <p>Autores: Sousa, R.M. et al.</p>	China, Índia, Cuba, República Dominicana, Venezuela, México, Peru	<ul style="list-style-type: none"> N = 15022 População estudada: idosos com idade acima de 65 anos Usou WHODAS 2.0 – versão 12 itens, mas não avaliou os seis domínios 	<p>Duas variáveis dicotômicas (sim/não)</p> <p>0 = sem IF 1 = com IF</p>	<p>IF = de 43 a 69% (exclui-se a China urbana e Índia rural por serem discrepantes em relação aos demais, gerando dúvidas quanto à confiabilidade dos dados dessas regiões).</p>
<p>The association between biopsychosocial factors and disability in a national health survey in South Africa (2017).</p> <p>Autores: Naidoo et al.</p>	África do Sul	<ul style="list-style-type: none"> N = 4974 População estudada: adultos com idade entre 18 e 64 anos Usou WHODAS 2.0 – versão 12 itens, mas não avaliou os seis domínios 	<p>Duas variáveis dicotômicas (sim/não)</p> <p>0 = sem IF 1 = com IF</p>	IF = 38,9%
<p>Modifications to the WHODAS-II for the World Mental Health Surveys: implications of filter items (2008).</p>	Colômbia, México, Estados Unidos, Japão, Beijing, Shanghai, Nova Zelândia, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha,	<ul style="list-style-type: none"> N = 80737 População estudada: não informou a idade, apenas “adultos” 	<p>Duas variáveis dicotômicas (sim/não)</p> <p>0 = sem IF 1 = com IF</p>	<p>Colômbia 20.7% México 14.7% Estados Unidos 37.9% Japão 20.4% Beijing 18.2%</p>

Autores: Korff et al.

Ucrânia, Líbano, Nigéria,
Israel

- Usou WHODAS 2.0 – versão 36 itens, mas modificou a versão colocando filtro em 5 domínios
- Avaliou os domínios do WHODAS 2.0

Shanghai	17.3%
Nova Zelândia	36.3%
Bélgica	29.1%
França	29.0%
Alemanha	23.6%
Itália	19.2%
Holanda	33.9%
Espanha	15.7%
Ucrânia	44.6%
Líbano	26.5%
Nigéria	18.6%
Israel	45.9%

Prevalence of and factors associated with frailty and disability in older adults from China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa (2016).

Autores: Biritwum et al.

China, Gana, Índia, México,
Rússia e África do Sul

- N = 34123
- População estudada: idosos com idade acima de 50 anos
- Usou WHODAS 2.0 – versão 12 itens e avaliou os seis domínios

Duas variáveis
dicotômicas (sim/não)

0 = sem IF
1 = com IF

China	69.6%
Gana	85.4%
Índia	93.2%
México	81.5%
Rússia	91.8%
África do Sul	77.0%

Assessment of health, functioning and disability of a population aged 60–70 in south-eastern Poland using the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) (2018).

Autores: Ćwirlej-Sozańska et al.

Sudeste da Polônia

- N = 1000
- População estudada: idosos com idade entre 60 e 70 anos
- Usou WHODAS 2.0 – versão 12 itens e avaliou os seis domínios

IF global e grave são definidas conforme o escore 0-100, sendo:

Escore 0-4 = sem IF
Escore a partir de 5 = IF global
Escore 50+ = IF grave

IF global = 67%

IF grave = 6,3%

<p>Analysis of Chronic Illnesses and Disability in a Community-Based Sample of Elderly People in South-Eastern Poland (2018).</p> <p>Autores: Ćwirlej-Sozańska et al.</p>	<p>Sudeste da Polônia</p>	<ul style="list-style-type: none">N = 1000População estudada: idosos com idade entre 60 e 70 anosUsou WHODAS 2.0 – versão 36 itens e avaliou os seis domínios	<p>IF global e grave são definidas conforme o escore 0-100, sendo:</p> <p>Escore 0-4 = sem IF Escore a partir de 5 = IF global Escore 50+ = IF grave</p>	<p>IF global = 67%</p> <p>IF grave = 6,3%</p>												
<p>Why sample selection matters in exploratory factor analysis: implications for the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (2017).</p> <p>Autores: Gaskin et al.</p>	<p>China, Índia, México, Rússia, África do Sul, Gana</p>	<ul style="list-style-type: none">N = 2000 - 12000População estudada: idosos com idade acima de 50 anosUsou WHODAS 2.0 – versão 12 itens e avaliou os domínios	<p>Duas variáveis dicotômicas (sim/não)</p> <p>0 = sem IF 1 = com IF</p>	<p>IF = 68 a 94%</p> <table><tr><td>China</td><td>68%</td></tr><tr><td>Índia</td><td>94%</td></tr><tr><td>México</td><td>84%</td></tr><tr><td>Rússia</td><td>93%</td></tr><tr><td>África do Sul</td><td>74%</td></tr><tr><td>Gana</td><td>85%</td></tr></table>	China	68%	Índia	94%	México	84%	Rússia	93%	África do Sul	74%	Gana	85%
China	68%															
Índia	94%															
México	84%															
Rússia	93%															
África do Sul	74%															
Gana	85%															
<p>Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade (2014).</p> <p>Autores: Barbosa et al.</p>	<p>Brasil</p> <p>Município de Montes Claros/MG</p>	<ul style="list-style-type: none">N = 286População estudada: idosos com idade acima de 60 anosNão usou WHODAS 2.0 (usou as escalas de Lawton & Brody e de Katz)	<p>Incapacidade funcional definida pela dificuldade na realização das atividades de vida diária</p>	<p>IF = 38,1%</p>												

Prevalence of Disability and Disability Type Among Adults — United States, 2013. (2015) Autor: Courtney-Long, E.A.	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 465053 ▪ População estudada: adultos acima de 18 anos ▪ Não usou WHODAS 2.0 	<p>Duas variáveis dicotômicas (sim/não)</p> <p>0 = sem IF 1 = com IF</p>	IF global = 22.2%
Care and functional disabilities in daily activities – ELSI–Brazil (2018) Autores: Giacomini et al.	Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 9412 ▪ População estudada: idosos com idade acima de 50 anos ▪ Usou WHODAS 2.0 e avaliou a dificuldade na realização das atividades de vida diária 	<p>Duas variáveis dicotômicas (sim/não)</p> <p>0 = sem IF 1 = com IF</p>	IF global = 23,2%
Prevalence of disability among elderly people in the occupied Palestinian territory: a cross-sectional study (2017). Autores: Jasser et al.	Palestina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 8747 ▪ População estudada: idosos com idade acima de 50 anos ▪ Não usou WHODAS 2.0 	<p>Duas variáveis dicotômicas (sim/não)</p> <p>0 = sem IF 1 = com IF</p>	IF = 29%

3 OBJETIVOS

- Estimar a prevalência de incapacidade funcional global entre idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios de São Paulo e Manaus, duas cidades brasileiras com diferentes características demográficas, socioeconômicas e culturais;
- Investigar se a incapacidade funcional global e/ou a incapacidade funcional grave estão associadas a características sociodemográficas, de saúde, suporte social e estilo de vida dos idosos;
- Identificar quais áreas de vida são mais afetadas;
- Investigar as características dos idosos que são comumente avaliadas pelos profissionais da Atenção Básica, visando colaborar com a organização da ESF.

4 MÉTODO

4.1 Desenho e população do estudo

Estudo de corte transversal com idosos com 60 anos ou mais registrados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que adotam a Estratégia Saúde da Família (ESF) nas áreas urbanas dos municípios de São Paulo e Manaus. Este estudo faz parte de uma investigação sobre prevalência de depressão e fatores associados em idosos cadastrados em UBS que adotam a ESF em São Paulo e Manaus.

4.2 Cenário e participantes

Os participantes selecionados para o presente estudo foram idosos com 60 anos ou mais cadastrados em UBS que adotam a ESF nos municípios de São Paulo e Manaus. São Paulo está localizada na região sudeste do país e é a capital do Estado de São Paulo (o mais rico da federação). Manaus está localizada na área mais populosa e economicamente desenvolvida da região norte do país, a 3.885 km de São Paulo. Manaus é a capital do Estado do Amazonas, situada em uma área de rios e densa floresta amazônica, isolada de outros municípios da região amazônica. São Paulo tem uma população estimada de 11.253.503 habitantes, sendo 1.339.778 (11,9%) com sessenta anos ou mais (IBGE, 2011), enquanto que Manaus tem população estimada de

1.802.525 habitantes, sendo aproximadamente 108.151 (6%) com sessenta anos ou mais (IBGE, 2011; IBGE, 2015; IBGE, 2018b).

As duas cidades têm significativas diferenças socioeconômicas, demográficas e culturais. As taxas de analfabetismo da população idosa do município de São Paulo são menores do que do município de Manaus. Em Manaus, 68,1% da população idosa mora em residência particular permanente com saneamento inadequado, sendo este percentual de 58% em São Paulo (IBGE, 2011; IBGE, 2010). Em relação à ESF, a população de São Paulo e Manaus possuem coberturas distintas, sendo 37,4% e 31,5% respectivamente.

A ESF é um dos modelos de organização da Atenção Primária estabelecido em todo o território brasileiro, principalmente nas áreas mais pobres, sendo universal e gratuito (Paim et al., 2011). Em setembro de 2018 haviam 42.960 equipes da ESF em todo o país, cobrindo uma população estimada de 150.360.000 em todas as faixas etárias, correspondendo a aproximadamente 62% da população (http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Esse percentual é menor em São Paulo e Manaus (32% e 28%, respectivamente). Um modelo mais tradicional de Atenção Primária abrange as áreas do país onde a ESF ainda precisa ser implementada. Por meio de suas equipes nas Unidades Básicas de Saúde, a ESF organiza o atendimento das famílias cadastradas no programa. Cada equipe de saúde da família é composta minimamente por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde. Cada equipe oferece atendimento abrangente

e longitudinal (promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento) para 3.000 a 4.000 pessoas, dependendo da vulnerabilidade da população que vive na área de abrangência (Brasil, 2012).

4.3 Avaliações

Os desfechos principais foram incapacidade funcional global e incapacidade funcional grave, avaliadas através do instrumento “Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial da Saúde 2.0” (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 - WHODAS 2.0) (ANEXOS). O WHODAS 2.0 foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), traduzido para diversas línguas e amplamente utilizado em estudos que avaliam a incapacidade funcional em idosos (Üstün et al., 2010; Silveira et. al., 2013; Wolf et.al., 2012; Silva et al., 2013). O WHODAS 2.0 foi traduzido para o português e adaptado para uso no Brasil, seguindo as recomendações da OMS quanto a sua tradução para manter a equivalência conceitual e se manter natural, aceitável e aplicável praticamente da mesma forma que no idioma original (Inglês) (Silveira et al., 2013; Castro e Leite, 2015). Assim, o foco da tradução está mais na adaptação transcultural e conceitual, em detrimento da linguística e/ou equivalência literal (Beaton et al., 2000; Gray & Hendershot, 2000; Herdman et al., 1998; Reichenheim & Moraes, 2007; WHO, 2018). O WHODAS 2.0 possui diferentes versões (12, 12+24 e 36 questões) e apresentações (entrevistas ou auto administradas) (Silveira et al., 2013). Para o presente estudo, foi escolhida a versão de 12 questões, pois, além de explicar 81% da variância da versão detalhada com 36 questões

(Silveira et al., 2013), havia a necessidade de objetividade e rapidez para coletar os dados junto à população idosa.

O WHODAS 2.0 avalia seis domínios de vida: participação social, mobilidade, atividades cotidianas, cognição, autocuidado e relacionamento. Estes domínios foram definidos após cuidadoso levantamento de estudos realizados em diferentes culturas. Foram baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que é um modelo multidimensional criado pela OMS em 2011 para avaliar universalmente a funcionalidade e a incapacidade do indivíduo (WHO, 2001; Silveira et al., 2013; Farias & Buchalla, 2005; Di Nubila, 2010; Battistella & Brito, 2002), e podem auxiliar na projeção e monitoramento do impacto à saúde e definir algumas estratégias de intervenção em grupos específicos (Silveira et al., 2013; Garin et al., 2010). No WHODAS 2.0 cada domínio é avaliado por meio de duas questões que são pontuadas em uma escala *LIKERT* que vai de 0 a 4, sendo que zero representa “nenhuma” e 4 representa “extrema” dificuldade para desenvolver uma determinada atividade. A exceção está em uma questão relacionada ao humor depressivo (incluída na participação social, 5ª questão), para a qual uma pontuação de 0 indica ausência de depressão e uma pontuação de 4 indica depressão grave. A soma dos valores pontuados em todos os itens representa o escore total bruto, que pode variar de 0 a 48. A soma dos valores pontuados nos dois itens de cada domínio representa o escore total bruto de cada domínio, que pode variar de 0 a 8 (Benseñor et al., 2010).

Com base na literatura (Korff et al., 2009; Sousa et al., 2009; Gaskin et al., 2017), foram geradas duas variáveis dicotômicas (sim/não) para indicar incapacidade funcional global e incapacidade funcional grave. A presença de dificuldade em qualquer um dos 12 itens do WHODAS 2.0 (escore total ≥ 1) indica incapacidade funcional global. Para gerar a variável incapacidade funcional grave, o escore total do WHODAS 2.0 foi convertido em um escore variando de 0 a 100. Para cada cidade, o escore de incapacidade funcional do WHODAS 2.0 foi dicotomizado como “sim” ou “não”, conforme não estava acima do percentil 90. Portanto, 10% dos participantes de cada cidade foram classificados com incapacidade funcional grave. Em relação a cada domínio, a incapacidade funcional foi avaliada utilizando este mesmo sistema de pontuação (≥ 1 em qualquer domínio).

Tabela 2. Domínios da WHODAS 2.0 e as questões correspondentes

Domínios 1	Cognição	Avalia compreensão, comunicação, concentração, memória e aprendizagem.	3ª e 6ª questões
Domínios 2	Mobilidade	Avalia atividades como manter-se em pé determinado período, deambular em casa e caminhar longas distâncias.	1ª e 7ª questões
Domínios 3	Autocuidado	Avalia as atividades de manutenção do corpo, como vestir-se, tomar banho, comer, etc.	8ª e 9ª questões
Domínios 4	Relacionamento	Avalia a interação com as pessoas, sejam conhecidas ou não.	10ª e 11ª questões
Domínios 5	Atividades de Vida Diária	Avalia dificuldade em realizar atividades típicas do dia-a-dia, como lazer, escola, trabalho, tarefas domésticas, etc.	2ª e 12ª questões
Domínios 6	Participação Social	Avalia atividades sociais, como participação em eventos ou atividades comunitárias.	4ª e 5ª questões

Fonte: WHO – World Health Organization (Silveira et al., 2013)

4.4 Exposições

Foi utilizado questionário padronizado para investigar as características sociodemográficas, de saúde, suporte social e estilo de vida. Este questionário foi adaptado do estudo “São Paulo Ageing & Health Study” (SPAH) que investigou a prevalência e fatores de risco para demência e outros transtornos mentais na cidade de São Paulo (Benseñor et al., 2010). As variáveis de exposição foram:

1. Características sociodemográficas: sexo; idade; escolaridade (0 a 3 anos, 4 ou mais anos); estado civil casado/com parceiro ou solteiro/divorciado/viúvo); renda pessoal baseada em salários mínimos brasileiros (0, 1, >1<2, 2 ou mais), cor da pele ou raça auto referidas (branca, asiática, negra, indígena ou parda);
2. Características de saúde e estilo de vida: depressão (sim ou não); auto percepção de saúde (muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim); consulta com médico da família na UBS nos últimos três meses (sim ou não); comorbidades auto referidas (0, 1, 2 ou mais); fumante (sim ou não);
3. Características do suporte social: satisfação com a ajuda que recebe dos filhos e/ou amigos (satisfeito ou insatisfeito); se frequentou igreja no último ano (nunca, às vezes, mais de três vezes por mês).

Os sintomas depressivos foram avaliados utilizando-se o “Questionário sobre a Saúde do Paciente - 9” (PHQ-9) (Osório et al., 2009; Kroenke et al., 2001). O PHQ-9 tem 9 questões que avaliam a presença e intensidade de

sintomas específicos de depressão durante as duas semanas anteriores à entrevista. A pontuação de cada questão vai de 0 (“nenhuma vez”) a 3 (“quase todos os dias”). O escore total pode variar de 0 a 27. As questões do PHQ-9 cobrem os sintomas para os critérios do DSM-IV para o diagnóstico de depressão (por exemplo, "Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas", "Sente-se triste, deprimido ou sem esperança", "Sente-se cansado ou com pouca energia", etc). No presente estudo foi utilizado o ponto de corte ≥ 10 para definir a presença de depressão. Estudos de validação do PHQ-9 no Brasil encontraram pontos de corte 9 e 10 para depressão (Osório et al., 2009; Santos et al., 2013; Chagas, 2013). Dois estudos brasileiros de base populacional recentes realizados em 2013 avaliaram a validade do PHQ-9, com o objetivo de definir o melhor ponto de corte para o diagnóstico de depressão maior em pessoas com Doença de Parkinson (Chagas, 2013) e na população geral (Santos et al., 2013). Ambos os estudos concluíram que o PHQ-9 é um instrumento adequado para avaliação de depressão, atingindo sensibilidade e especificidade ótimas obtidas com ponto de corte ≥ 9 . Entretanto, um estudo brasileiro de 2009 avaliou a validade do PHQ-9 em uma amostra de mulheres no contexto da Atenção Primária, concluindo que o ponto de corte ≥ 10 foi o mais adequado para o rastreio de depressão (Osório et al., 2009).

O número de comorbidades foi avaliado através de um questionário auto referido que inclui os vinte problemas de saúde mais comuns entre idosos, tais como hipertensão, diabetes, artrite, reumatismo, problemas de visão e audição, asma, bronquite, acidente vascular cerebral e doença cardíaca (Center for the Study of Aging and Human Development, 1978).

4.5 Procedimentos

Os dados foram coletados entre 2010 e 2011 após a obtenção da aprovação do Conselho de Ética e Pesquisa (Anexos) em São Paulo e em Manaus. A equipe de pesquisa entrou em contato com os responsáveis pela gestão da Atenção Primária nos dois municípios, a fim de obter uma lista das UBS com ESF nas respectivas áreas a serem estudadas. Em seguida, os gestores dessas unidades foram contatados para obtenção de uma lista com os nomes e endereços dos adultos com idade ≥ 60 anos cadastrados nas equipes de saúde da família selecionadas.

Em São Paulo, cada UBS tinha até sete equipes de saúde da família, enquanto em Manaus cada UBS tinha apenas uma equipe. Assim, para cada UBS de São Paulo selecionamos aleatoriamente duas a quatro equipes de saúde da família. O próximo passo foi selecionar aleatoriamente 20 idosos de cada equipe para criar um grupo de participantes elegíveis. Para cada um desses grupos, foram estabelecidos os seguintes parâmetros: 11 mulheres - 60-69 anos de idade ($n = 5$), 70-79 anos de idade ($n = 4$), ou ≥ 80 anos de idade ($n = 2$); e 9 homens - 60-69 anos de idade ($n = 4$), 70-79 anos de idade ($n = 3$) ou ≥ 80 anos de idade ($n = 2$). A razão para selecionar indivíduos nessas proporções foi obter uma amostra com um perfil de sexo e idade semelhante ao da população de idosos do Brasil. Uma lista reserva de participantes também foi criada com base nos mesmos critérios. Sempre que possível, os indivíduos que se recusaram a participar foram substituídos por outros da lista reserva do mesmo sexo e idade.

Os participantes foram entrevistados em suas casas por auxiliares de pesquisa treinados. Os auxiliares de pesquisa usaram computadores tablet para registrar as respostas eletronicamente, e os dados foram transferidos para o servidor do estudo de cada município uma vez por semana. Os procedimentos para a entrevista incluíram contato inicial por telefone ou contato domiciliar (três tentativas). A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi solicitada para os participantes elegíveis que aceitaram participar do estudo, após esclarecimentos sobre o estudo e a entrevista. Nas situações em que os idosos apresentavam dificuldade para ler e escrever ou não sabiam ler e escrever, foi solicitada a presença de um familiar ou pessoa próxima para acompanhar a leitura do TCLE e esclarecimentos sobre o estudo. Também foi solicitado a esta pessoa que assinasse o TCLE como testemunha.

4.6 *Análise estatística*

Antes de realizar as análises estatísticas, foram atribuídos pesos aos indivíduos com base em sexo e faixa etária. Todas as análises consideraram o desenho da amostra (pesos amostrais). Análises descritivas foram realizadas para comparar as características dos indivíduos nas duas cidades. Como todas as variáveis de exposição foram categóricas, usamos o teste do qui-quadrado de Rao-Scott, que é uma versão ajustada do teste qui-quadrado de Pearson. Estimou-se a prevalência de incapacidade funcional global, calculando o intervalo de confiança (IC) de 95% para cada cidade. Também se estimou a prevalência de incapacidade funcional global para cada variável de exposição e

a prevalência dos seis domínios da WHODAS 2.0 (participação social, mobilidade, atividades de vida diária, cognição, autocuidado e relacionamento) para incapacidade funcional global, por sexo. Para descrever a associação de cada variável de exposição com a incapacidade funcional global e incapacidade funcional grave, modelos de regressão de Poisson foram construídos com variância de erro robusta, ajustados por sexo e idade, estimando as razões de prevalência (RP) e calculando os IC 95% correspondentes. Os modelos de regressão de Poisson também foram usados com variância de erro robusta para explicar a amostragem complexa da pesquisa e porque as variáveis de desfecho foram comuns, com uma prevalência >10% (Cook e Wang, 2010). Embora a amostra tenha sido definida com critérios pré-estabelecidos para sexo e idade, as proporções de mulheres e idosos mais jovens (60-69 anos de idade) foram ligeiramente superiores ao originalmente planejado em ambas as cidades. Para evitar confusão por sexo e idade, as razões de prevalência estimadas para as características frequentemente associadas à incapacidade funcional, assim como para as demais variáveis de exposição investigadas, foram ajustadas por sexo e idade. Os dados foram analisados com o programa STATA, versão 14.1 (StataCorp LP, College Station, TX, EUA).

4.7 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (número 075/15).

5 RESULTADOS

Foram incluídos 1.375 participantes no estudo: 702 em São Paulo e 673 em Manaus. O tamanho populacional em São Paulo e Manaus, considerando o efeito de desenho da amostragem, foi de 12.604,598 (DEFF = 37) e 6.868,7509 (DEFF = 31), respectivamente. Menos de 5% dos indivíduos elegíveis se recusaram a participar do estudo, e cinco participantes (1 em São Paulo e 4 em Manaus) foram excluídos da amostra original por não terem sido avaliados para incapacidade funcional. Os participantes estavam cadastrados em 38 equipes de saúde da família de 13 UBS localizadas na zona norte do município de São Paulo e em 34 equipes de saúde da família de 34 UBS localizadas nas zonas norte, sul, leste e oeste do município de Manaus.

A Tabela 3 mostra as características dos participantes em São Paulo e Manaus, juntamente com a prevalência de incapacidade funcional global de acordo com características sociodemográficas, de saúde, estilo de vida e suporte social. Em ambas as cidades, a proporção de mulheres foi ligeiramente superior aos 55% originalmente planejados. O mesmo aconteceu para as faixas etárias, tendo em vista que o plano original era de que 45% dos participantes estivessem na faixa etária entre 60 e 69 anos, 35% estivessem na faixa etária entre 70 e 79 anos e 20% estivessem na faixa etária ≥ 80 anos. As proporções de idosos na faixa etária entre 70 e 79 anos e ≥ 80 anos foram maiores em Manaus do que em São Paulo. Indicadores socioeconômicos como: nível de escolaridade, renda pessoal e ser negro, indígena ou pardo

foram menores em Manaus em relação a São Paulo. Além disso, a frequência de comorbidades auto referidas foi maior em Manaus do que em São Paulo. Em ambas as cidades, menos de 9% dos participantes relataram insatisfação com a ajuda recebida de seus filhos ou amigos. A frequência à igreja foi maior em Manaus do que em São Paulo. As frequências das seguintes características foram semelhantes nas duas cidades: depressão, autopercepção de saúde, fumar e ter se consultado com médico da família na UBS nos últimos três meses.

A prevalência de incapacidade funcional global foi maior em Manaus (66,2%, IC 95% 62,6 - 69,6) do que em São Paulo (56,4%, IC 95% 51,4 - 61,3) e a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,001$). Em Manaus, ao menos três quartos dos indivíduos com 80 anos ou mais, com 2 comorbidades ou mais, depressão ou que não frequentavam a igreja apresentaram incapacidade funcional global (Tabela 3). Nas duas cidades, o mesmo ocorreu com os indivíduos que apresentaram autopercepção de saúde regular, ruim e muito ruim. Embora menos de 9% dos indivíduos relatassem insatisfação com a ajuda recebida dos filhos ou amigos, a prevalência de incapacidade funcional global entre esses indivíduos foi alta em ambas as cidades (90% em São Paulo e 82% em Manaus).

Tabela 3. Características dos idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família nas cidades brasileiras de São Paulo e Manaus, juntamente com a prevalência de incapacidade funcional (IF) global para cada variável de exposição

CARACTERÍSTICAS		SÃO PAULO		MANAUS		VALOR <i>P</i> *
		(N = 702)		(N = 673)		
		(%)	IF GLOBAL (%)	(%)	IF GLOBAL (%)	
SOCIODEMOGRÁFICAS						
Sexo	Mulheres	61,11	62,6	57,99	69,3	0,01
	Homens	38,89	46,5	42,01	61,9	
Idade (anos)	60–69	56,59	51,3	52,53	58,5	0,002
	70–79	31,42	62,3	32,08	71,1	
	≥ 80	11,99	65,0	15,39	82,9	
Escolaridade (anos)	0–3	50,71	56,8	61,92	70,7	0,018
	≥ 4	49,29	55,0	38,08	59,4	
Casado/ com parceiro(a)	Sim	52,41	52,3	44,82	67,3	0,023
	Não	47,59	61,0	55,18	65,3	
Renda pessoal (<i>n de</i> × <i>SM</i>)†	0	19,51	56,7	14,36	53,4	< 0,001
	1	22,55	70,0	46,15	72,1	
	> 1 < 2	26,62	54,9	24,0	63,9	
	≥ 2	31,31	47,8	15,49	63,6	
Cor da pele ou raça	Branco/ Asiático	51,60	60,7	29,91	60,6	< 0,001
	Negra/ Indígena/ Parda	48,40	51,2	70,09	68,4	

SAÚDE/ ESTILO DE VIDA

Comorbidades (n)						
	0	47,12	48,1	34,56	46,4	< 0,001
	1	29,02	56,5	25,93	67,3	
	≥ 2	23,87	72,7	39,51	82,9	
Depressão						
	Não	92,22	55,9	92,21	63,9	0,996
	Sim	7,78	62,7	7,79	91,3	
Autopercepção de saúde						
	Muito boa/ boa	56,12	41,4	49,84	54,7	0,103
	Regular/ ruim/ muito ruim	43,88	75,4	50,16	77,7	
Fumante						
	Não	87,77	53,2	90,86	67,1	0,141
	Sim	12,23	69,8	9,14	66,4	
Consultas com médico da UBS (últimos 3 meses)						
	Não	51,9	53,0	57,86	62,6	0,177
	Sim	48,1	60,0	42,14	70,8	
SUPPORTO SOCIALE						
Satisfazione con la ajuda ricevuta dai figli o amici						
	Sim	91,28	53,6	94,83	65,7	0,033
	Não	8,72	90,2	5,17	82,0	
Frequência à igreja no último mês						
	> 3 vezes/mês	42,71	54,0	62,33	64,1	< 0,001
	Às vezes	41,87	57,8	28,91	66,3	
	Nunca	15,41	59,5	8,76	81,8	

* Comparação da frequência de exposições entre São Paulo e Manaus.

† Salário mínimo nacional no momento do estudo, em reais (R\$): R\$510.00.

Nota: SM, (salário mínimo nacional).

Em todos os domínios do WHODAS 2.0, os participantes em Manaus relataram mais problemas do que os participantes em São Paulo (Figura 1). Em ambas as cidades, os domínios da participação social e da mobilidade foram relatados com maior frequência. Em Manaus, 50,2% das mulheres e 42,3% dos homens apresentaram dificuldade na participação social, contra 43,8% e 27,4%, respectivamente, em São Paulo. Problemas na cognição foram relatados por 35,9% dos indivíduos em Manaus, em comparação com apenas 16,9% dos indivíduos em São Paulo. O ranking dos domínios do WHODAS 2.0 relatados tanto por homens quanto por mulheres foi semelhante em ambas as cidades, exceto para atividades de vida diária e cognição entre as mulheres, que ficaram em terceiro e quarto, respectivamente, em São Paulo e em quarto e terceiro, respectivamente, em Manaus. Em ambas as cidades, dificuldades na participação social, mobilidade, atividades de vida diária e cognição foram mais comuns entre as mulheres em relação aos homens.

Figura 1. Prevalência de comprometimento nos seis domínios da WHODAS 2.0 para incapacidade funcional entre idosos nas cidades brasileiras de São Paulo e Manaus, por sexo

Mulheres em São Paulo (%)		Mulheres em Manaus (%)
1 Participação Social (43,82)	_____	1 Participação Social (50,23)
2 Mobilidade (34,61)	_____	2 Mobilidade (42,04)
3 Atividades de vida diária (21,33)		3 Cognição (39,33)
4 Cognição (20,17)		4 Atividades de vida diária (25,19)
5 Autocuidado (9,74)	_____	5 Autocuidado (19,77)
6 Relacionamento (9,16)	_____	6 Relacionamento (16,97)

Homens em São Paulo (%)		Homens em Manaus (%)
1 Participação Social (27,38)	_____	1 Participação Social (42,25)
2 Mobilidade (26,91)	_____	2 Mobilidade (34,89)
3 Cognição (13,57)	_____	3 Cognição (32,42)
4 Atividades de vida diária (11,94)	_____	4 Atividades de vida diária (22,77)
5 Autocuidado (10,62)	_____	5 Autocuidado (18,17)
6 Relacionamento (7,17)	_____	6 Relacionamento (15,95)

Entre os idosos de São Paulo e Manaus, as características significativamente associadas à incapacidade funcional global e à incapacidade funcional grave foram: presença de comorbidades e autopercepção de saúde regular, ruim ou muito ruim (Tabela 4). O risco de incapacidade funcional global foi maior entre os indivíduos com 2 ou mais comorbidades em relação àqueles sem comorbidades, tanto em São Paulo (RP = 1,50; IC 95%: 1,08-2,09) quanto em Manaus (RP = 1,74; IC 95%: 1,46– 2,06). Em São Paulo, o risco de incapacidade funcional grave foi duas vezes maior entre os indivíduos com 2 ou mais comorbidades do que entre os sem comorbidades (RP = 1,91; IC 95%: 1,09–3,35), enquanto que esse risco foi quatro vezes maior em Manaus (RP = 4,64; IC 95%: 2,16-9,93).

Entre os idosos que tiveram autopercepção negativa de saúde, o risco de incapacidade funcional grave foi consideravelmente maior do que entre aqueles que tiveram autopercepção positiva de saúde - em São Paulo (RP = 3,46; IC 95%: 2,18–5,50) e em Manaus (RP = 2,70; IC 95%: 1,63-4,45). Na mesma comparação, o risco de incapacidade funcional global foi aproximadamente metade do risco de incapacidade funcional grave - em São Paulo (RP = 1,78; IC95%: 1,48–2,15) e em Manaus (RP = 1,41; IC95%: 1,23–1,61). O sexo foi associado com incapacidade funcional apenas em São Paulo, onde os homens apresentaram menor probabilidade de apresentar incapacidade funcional global do que as mulheres. O risco de incapacidade funcional global e o risco de incapacidade funcional grave foram maiores entre os mais idosos em ambas as cidades, embora este último não tenha sido significativo em São Paulo.

Depressão foi associada com incapacidade funcional grave. O risco de incapacidade funcional grave entre os indivíduos com depressão foi aproximadamente duas vezes mais alto em Manaus (RP = 3,52; IC 95%: 1,95–6,35) do que em São Paulo (RP = 1,41; IC 95%: 1,26–1,58). Estar insatisfeito com a ajuda recebida dos filhos ou amigos foi associado a maior risco de incapacidade funcional global e incapacidade funcional grave em ambas as cidades, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa em Manaus. Entre os indivíduos que não frequentaram a igreja no ano anterior ao estudo, o risco de incapacidade funcional grave foi significativamente maior do que entre aqueles que frequentaram a igreja pelo menos três vezes por mês no mesmo período, em ambas as cidades, assim como para incapacidade funcional global em Manaus. Algumas características dos participantes diminuíram o risco de incapacidade funcional global, como ser do sexo masculino em São Paulo (RP = 0,74; IC 95%: 0,63–0,87) e ter escolaridade igual ou superior a 4 anos em Manaus (RP = 0,88; IC 95%: 0,78 –0,99). Indivíduos fumantes em São Paulo estavam mais propensos ao risco de terem incapacidade funcional global do que aqueles que não eram fumantes (RP = 1,43; IC 95%: 1,10–1,85). Ter-se consultado na UBS com médico da família nos três meses anteriores ao estudo não foi associado com incapacidade funcional em nenhuma das cidades.

Tabela 4. Associações entre incapacidade funcional (IF) global e grave com características dos idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família nas cidades brasileiras de São Paulo e Manaus

CARACTERÍSTICAS	IF GLOBAL				IF GRAVE			
	SÃO PAULO		MANAUS		SÃO PAULO		MANAUS	
	RP* (IC 95%)	VALOR- <i>p</i>	RP* (IC 95%)	VALOR- <i>p</i>	RP* (IC 95%)	VALOR- <i>p</i>	RP* (IC 95%)	VALOR- <i>p</i>
SOCIODEMOGRÁFICAS								
Sexo (ref: mulheres) [†]	0,74 (0,63–0,87)	0,001	0,89 (0,77–1,03)	0,135	0,66 (0,35–1,23)	0,190	0,84 (0,50–1,40)	0,512
Idade (anos) [†]	1,02 (1,00–1,02)	0,001	1,01 (1,00–1,02)	< 0,001	1,02 (0,99–1,06)	0,068	1,03 (1,00–1,06)	0,048
Escolaridade (ref: 0–3 anos)	1,03 (0,83–1,27)	0,748	0,88 (0,78–0,99)	0,043	0,95 (0,54–1,67)	0,858	1,53 (0,93–2,52)	0,086
Casado/ com parceiro(a) (ref: sim)	0,97 (0,80–1,18)	0,83	0,87 (0,76–1,00)	0,060	0,48 (0,21–1,09)	0,081	0,80 (0,42–1,53)	0,500
Renda pessoal								
0	1	0,054	1	0,822	1	0,347	1	0,007
1 x o SM	1,12 (0,84–1,50)		1,19 (0,93–1,53)		1,09 (0,44–2,68)		1,35 (0,42–4,31)	
2 x o SM	0,92 (0,71–1,19)		1,10 (0,87–1,38)		0,95 (0,50–1,82)		0,83 (0,26–2,59)	

≥ 3 × o SM	0,87 (0,68–1,13)		1,13 (0,84–1,51)		0,68 (0,24–1,90)		0,48 (0,17–1,31)	
Cor da pele/ raça (ref: Branca/ Asiática)	0,28 (0,14–0,57)	0,001	1,13 (0,96–1,33)	0,131	0,73 (0,44–1,22)	0,232	0,75 (0,43–1,32)	0,311
SAÚDE E ESTILO DE VIDA								
Comorbidades (<i>n</i>)								
0	1		1		1		1	
1	1,17 (0,90–1,52)	0,217	1,38 (1,11–1,72)	0,004	0,98 (0,45–2,11)	0,955	2,32 (0,83–6,46)	0,104
≥ 2	1,50 (1,08–2,09)	0,017	1,74 (1,46–2,06)	< 0,001	1,91 (1,09–3,35)	0,024	4,64 (2,16–9,93)	< 0,001
Depressão (sim)	1,05 (0,79–1,39)	0,701	0,76 (0,29–1,98)	0,564	1,41 (1,26–1,58)	< 0,001	3,52 (1,95–6,35)	< 0,001
Autopercepção de saúde (ref: Regular/ Ruim/ Muito ruim)	1,78 (1,48–2,15)	< 0,001	1,41 (1,23–1,61)	< 0,001	3,46 (2,18–5,50)	< 0,001	2,70 (1,63–4,45)	< 0,001
Fumante (sim)	1,43 (1,10–1,85)	0,008	1,02 (0,80–1,32)	0,820	1,62 (0,66–3,98)	0,281	1,65 (0,85–3,22)	0,132
Consulta na UBS com médico da família nos últimos 3 meses (ref: sim)	1,12 (0,97–1,31)	0,113	1,10 (0,97–1,24)	0,107	1,01 (0,60–1,71)	0,948	0,97 (0,67–1,41)	0,887
SUPORTE SOCIAL								
Satisfeito com ajuda que recebe dos filhos ou amigos (ref: sim)	1,64 (1,39–1,92)	< 0,001	1,28 (1,03–1,59)	0,023	2,50 (1,47–4,26)	0,001	1,63 (0,57–4,65)	0,344

Frequência à igreja no último ano

≥ 3 vezes/mês	1		1		1		1	
Às vezes	1,13 (0,94–1,35)	0,162	1,02 (0,93–1,12)	0,575	1,09 (0,61–1,95)	0,765	1,76 (0,88–3,51)	0,106
Nunca	1,11 (0,83–1,50)	0,442	1,18 (1,00–1,38)	0,043	3,04 (1,73–5,33)	< 0,001	4,41 (2,34–8,33)	< 0,001

* Estimado por regressão de Poisson, com variância robusta e ajustado para sexo e idade, exceto quando indicado.

† Razão de prevalência não ajustada.

Nota: RP, razão de prevalência.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a incapacidade funcional entre idosos com 60 anos ou mais cadastrados nas UBS com ESF nos municípios de São Paulo e Manaus e encontrou diferenças significativas em relação à prevalência de incapacidade funcional e seus fatores associados em ambas as cidades. A prevalência de incapacidade funcional global foi relativamente alta, embora tenha sido maior em Manaus do que em São Paulo (66% vs. 56%). Os domínios do WHODAS 2.0 nos quais os indivíduos das duas cidades frequentemente relataram comprometimento foram a participação social e a mobilidade, sendo esse prejuízo mais prevalente em Manaus e entre as mulheres nas duas cidades. Autopercepção ruim de saúde e ter 2 ou mais comorbidades foram associadas com incapacidade funcional global e com incapacidade funcional grave em ambas as cidades. Outras características associadas à incapacidade funcional variaram de acordo com a cidade ou com o nível de incapacidade (por exemplo, depressão foi associada apenas à incapacidade funcional grave em ambas as cidades). Ter-se consultado na UBS com um médico da família nos três meses anteriores ao estudo foi relatado por 48% dos entrevistados em São Paulo e por 42% dos entrevistados em Manaus, embora não tenha sido significativamente associado à incapacidade funcional em nenhuma das cidades.

A prevalência de incapacidade funcional global encontrada em ambas as cidades está em consonância com os resultados de outros estudos realizados

com populações idosas que usaram uma definição de incapacidade funcional global semelhante à utilizada neste estudo. Nos estudos conduzidos na Federação Russa, México, África do Sul, Gana, China, Índia, Cuba, República Dominicana, Venezuela e Peru a prevalência de incapacidade funcional global variou de 43% a 93% (Sousa et al., 2009; Biritwum et al., 2016; Gaskin et al., 2017). Um estudo anterior, realizado em São Paulo (Silva, 2013), encontrou a prevalência de incapacidade funcional global em 62,2%, superior à observada no presente estudo, tendo incluído indivíduos com idade ≥ 65 anos, em vez de ≥ 60 anos. Da mesma forma, em São Paulo e Manaus a prevalência de incapacidade funcional global foi maior do que as prevalências relatadas em estudos que investigaram populações mais jovens (Korff et al., 2008; Courtney-Long, 2015; Jasser et al., 2017; Naidoo et al., 2017; Giacomini et al., 2018), o que é esperado visto a incapacidade funcional estar associada a mais idade (Biritwum et al., 2016; Gomez-Olive et al., 2017).

Assim como em estudos que compararam a prevalência de incapacidade funcional entre países (Sousa et al., 2009; Gomez-Olive et al., 2017), o fato de a prevalência de incapacidade funcional global ser maior em Manaus do que em São Paulo pode ser atribuído às diferenças nas características populacionais. Em comparação com os idosos de São Paulo, os de Manaus apresentaram menor nível de escolaridade, menor renda pessoal e mais comorbidades, características que são conhecidas por aumentar o risco de incapacidade funcional (Adib-Hajbaghery, 2011; Biritwum et al., 2016). Embora o presente estudo tenha investigado apenas duas cidades no Brasil, os resultados indicam que se pode esperar que a prevalência de incapacidade

funcional global seja maior entre os idosos que vivem em comunidades com maior desvantagem social, no Brasil e no mundo.

Além das diferenças socioeconômicas entre São Paulo e Manaus, pode-se especular que as diferenças na prevalência de incapacidade funcional global refletem diferenças na qualidade e/ou no acesso à Atenção Primária. Em ambas as cidades os idosos foram atendidos nas UBS por equipes de saúde da família conforme preconiza a ESF. No entanto, o gerenciamento das UBS é descentralizado, o que pode levar a divergências na prestação de cuidados (Paim et al., 2011). As UBS em São Paulo costumam ser melhor equipadas do que as de Manaus, com farmácias que armazenam uma gama maior de medicamentos e estrutura física mais preparada para o cuidado em saúde. Além disso, é provável que o acesso aos cuidados em Manaus seja prejudicado pelo preconceito por parte dos profissionais de saúde, como demonstrado em um estudo anterior, no qual os profissionais de saúde que trabalhavam nas UBS em Manaus foram mais propensos a estigmatizar idosos com depressão do que os profissionais de saúde em São Paulo (Scazufca et al., 2016).

No presente estudo, os domínios do WHODAS 2.0 nos quais os indivíduos em ambas as cidades relataram mais comprometimento foram a mobilidade e a participação social, assim como relatado em estudos realizados na Espanha, Polônia, Irã e aldeias rurais na Índia (Shahbazi et al., 2007; Adib-Hajbaghery, 2011; Virués-Ortega et al., 2011; Almazán-Isla et al., 2014; Katta et al., 2017; Ćwirlej-Sozańska et al., 2018). O domínio da participação social do

WHODAS 2.0 avalia o envolvimento em atividades comunitárias, enquanto o domínio da mobilidade avalia a dificuldade física em se locomover, como dificuldade de permanecer em pé longos períodos ou caminhar longas distâncias (Üstün et al., 2010). Ambos os domínios são altamente afetados por comorbidades, uma vez que a pontuação no domínio da participação social depende da capacidade dos idosos se movimentarem de forma independente, ou seja, que não necessitem de seus familiares para realizarem atividades sociais. O escore no domínio da participação social também está relacionado à depressão, pois a falta de interesse ou prazer nas atividades é um dos principais sintomas da depressão. No presente estudo, não foi possível estabelecer a relação entre depressão e incapacidade funcional. No entanto, priorizar o manejo da depressão na Atenção Básica, como sugerido em outros estudos (Sousa et al., 2013; Scazufca et al., 2016), parece ser uma boa estratégia para gerenciar a incapacidade funcional e melhorar a participação social. A alta prevalência de comprometimento nos domínios da participação social e da mobilidade do WHODAS 2.0 também pode estar relacionada à alta prevalência de 2 ou mais comorbidades entre os indivíduos com incapacidade funcional global na população estudada (73% em São Paulo e 83% em Manaus). Essas associações chamam a atenção para a necessidade de melhorar o rastreamento das comorbidades entre os idosos na Atenção Primária, a fim de prevenir a incapacidade funcional.

Estudos conduzidos na Europa, Ásia, África, Oriente Médio e América Latina indicaram, assim como o presente estudo, que ser mulher e estar nas faixas etárias mais velhas aumentam o risco de incapacidade funcional

(Almazán-Isla et al., 2014; Biritwum et al., 2016; Katta et al., 2017; Gomez-Olive et al., 2017; Naidoo et al., 2017; Waterhouse et al., 2017; Ćwirlej-Sozańska et al., 2018).

Resultados do presente estudo mostraram que incapacidade funcional global e incapacidade funcional grave estavam significativamente associadas a múltiplas comorbidades e à autopercepção ruim de saúde, em conformidade com estudos anteriores (Kim et al., 2005; Sousa et al., 2009; Alves et al., 2010; Adib-Hajbaghery, 2011; Pedro-Cuesta et al., 2011; Gomez-Olive et al., 2017; Waterhouse et al., 2017). Apesar disso, consultar-se na UBS com um médico da família nos três meses anteriores ao estudo não esteve associado à incapacidade funcional global ou grave. Isso pode indicar que as necessidades de saúde dos idosos com incapacidade funcional não estejam sendo atendidas. Informações sobre comorbidades, sexo e idade são facilmente encontradas na Atenção Primária, e perguntar sobre a autopercepção de saúde é simples. Assim, os profissionais da equipe de saúde da família podem rastrear rotineiramente a presença de incapacidade funcional em idosos que apresentarem esses sinais de alerta (ser do sexo feminino, com idade ≥ 80 anos, ter 2 ou mais comorbidades e autopercepção ruim de saúde). Isso pode ajudar a prevenir a incapacidade funcional e seu agravamento.

Em relação às limitações do estudo, o desenho transversal dificulta para se fazer inferências a partir dos resultados encontrados. No entanto, em certas circunstâncias é possível discutir causalidades. Por exemplo, os idosos com incapacidade funcional grave de ambas as cidades tinham menos

probabilidade de ter frequentado a igreja no último ano antes do estudo. Sendo improvável que a frequência à igreja evitasse a incapacidade funcional, podemos especular que a incapacidade funcional diminuiu o comparecimento à igreja e possivelmente a outras atividades sociais. Além disso, a frequência à igreja depende da mobilidade e é uma atividade que necessita de engajamento social, o que reforça nossa conclusão de que a mobilidade e a participação social foram os dois domínios do WHODAS 2.0 com maior comprometimento.

Outra limitação do estudo é o fato de que a incapacidade funcional foi avaliada através da versão curta do WHODAS 2.0 (12 itens), em vez da versão de 36 itens recomendada pela Organização Mundial de Saúde (Üstün et al., 2010). Entretanto, um estudo anterior que utilizou as versões curta e longa do WHODAS 2.0 apresentou resultados semelhantes aos encontrados aqui (Virués-Ortega et al., 2011). No geral, as análises de associação apresentaram boa acurácia, indicando que os resultados deste estudo podem ser interpretados com confiança.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF foi organizada para oferecer tratamento integral aos pacientes e seus familiares, bem como promover qualidade de vida. No entanto, os resultados do presente estudo mostram que esse modelo de atenção básica pode não estar preparado para lidar com o rápido envelhecimento da população brasileira e, conseqüentemente, com o aumento da prevalência de incapacidade funcional. O acesso à atenção primária e às consultas parece não ter sido o principal problema na população estudada, uma vez que 48% e 42% dos idosos entrevistados em São Paulo e Manaus, respectivamente, foram atendidos por um médico da atenção básica nos últimos três meses anteriores ao estudo. Ao contrário do que se esperava, não houve associação entre incapacidade funcional e maior frequência de consultas médicas nas Unidades Básicas de Saúde. A ESF tem como prioridade ofertar cuidados preventivos e curativos, que incluem o atendimento das demandas dos idosos mais frágeis e a prestação de cuidados domiciliares, serviços que provavelmente não estavam sendo prestados conforme a necessidade nas duas cidades em estudo. Além disso, os idosos mais velhos que apresentavam mais incapacidade funcional foram também aqueles mais descontentes com a ajuda recebida de seus familiares e/ou amigos. A falta de cuidado com os adultos mais velhos pelas famílias e pelo sistema de saúde provavelmente leva à piora na qualidade de vida dessas pessoas ao longo do tempo. Vale ressaltar que os indicadores socioeconômicos e de saúde encontrados para estarem associados à maior incapacidade funcional entre os idosos (em sua maioria

pobres) avaliados no presente estudo foram os mesmos em ambas as cidades (escolaridade, renda, morbidades e cor da pele/ raça). Esses indicadores devem ser levados em consideração para o planejamento assertivo das ações em saúde à população idosa do Brasil, alocando recursos conforme a necessidade.

O envelhecimento está associado à transição de vida, acarretando mudanças biológicas, no estilo de vida, moradia, renda, morte de amigos e familiares. Se as pessoas puderem vivenciar o envelhecimento em um ambiente/contexto de apoio, as implicações para as pessoas idosas e para a sociedade serão positivas. Assim, ao estabelecer estratégias de saúde pública para o envelhecimento, é importante considerar abordagens não apenas relacionadas à funcionalidade, mas também para recuperação, adaptação e desenvolvimento pessoal e social (OMS, 2018).

8 REFERÊNCIAS

- Adib-Hajbaghery, M (2011). Evaluation of old-age disability and related factors among an Iranian elderly population. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Sep;17(9):671-8.
- Almazán-Isla, J. et al. (2014). Analysis of disability using WHODAS 2.0 among the middle-aged and elderly in Cinco Villas, Spain. *Disability and Health Journal*, volume 7, issue 1, January, p. 78-87.
- Almazán-Isla, J. et al. (2017). Disability, support and long-term social care of an elderly Spanish population, 2008-2009: an epidemiologic analysis. *International Journal for Equity in Health*, 16:4.
- Alves, JED (2008). A transição demográfica e a janela de oportunidade. São Paulo: *Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial*.
- Alves, LC; Leite, IC; Machado, CJ (2008). Conceituando e Mensurando a Incapacidade Funcional da População Idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, RJ, 13(4):1199-207
- Alves, LC; Leite, IC; Machado, CJ (2010). Fatores Associados à Incapacidade Funcional dos Idosos no Brasil: análise multinível. *Revista de Saúde Pública*, vol. 44, nº 3, São Paulo.
- Alves, LC; Rodrigues, RN (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*: 17:333-41.
- Argyriou, K., Kapsoritakis, A., Oikonomou, K., Manolakis, A., Tsakiridou, E. and Potamianos, S. (2017). Disability in Patients with Inflammatory Bowel Disease:

Correlations with Quality of Life and Patient's Characteristics. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*; 2017:6138105.

Barbosa, BR; Almeida, JM; Barbosa, MR; Rossi-Barbosa, LAR (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.19, n.8, pp.3317-3325.

Baron-Epel, O.; Kaplan, G. (2001). General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? *Soc Sci Med*: 53:1373-81.

Barros, MBA; César, CLG; Carandina, L; Torre, GD (2006). Desigualdades Sociais na Prevalência de Doenças Crônicas no Brasil: PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*: 11(4):911-926.

Battistella LR, Brito CM (2002). Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica*: 9:98–101.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 25:3186-91.

Benseñor IM, Lotufo PA, Menezes PR, Scazufca M (2010). Subclinical hyperthyroidism and dementia: the Sao Paulo ageing & Health study (SPAH). *BMC Public Health*: Jun 1;10(1):1.

Berkman, L; Singer, B; Manton, K (1989). Black/white differences in health status and mortality among the elderly. *Demography*. 26:661-78.

Biritwun, RB et al. (2016). Prevalence of and factors associated with frailty and disability in older adults from China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. *Maturitas*: 91, 8-18.

Brasil (2006a). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica – nº

19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília - DF. Acessado em 10/10/2018. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf

Brasil (2006b). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 20 out. de 2006.

Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> (Acessado em 10/10/2018).

Caldas, CP (2003). Envelhecimento e Dependência. *Cad. Saúde Pública*: Rio de Janeiro, 19(3): 773-781.

Castro, SS; Leite, CF (2015). *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. UFTM. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf;jsessionid=15A742411FC578FA0D6DC26D8E7B6575?sequence=19.

(Acessado em 21/07/2018).

Center for the Study of Aging and Human Development (1978). *Multidimensional functional assessment: the OARS methodology*. Durhan, NC: Duke University.

Chagas, MHN et al. (2013). Validation and internal consistency of Patient Health Questionnaire-9 for major depression in Parkinson's disease. *Age and ageing*: 645-649.

Chaimowicz, F (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*: 31:184-200.

Cook, T; Wang, J (2010). Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry*;10(29).

Courtney-Long, EA (2015). Prevalence of Disability and Disability Type Among Adults — United States, 2013. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*: July 31/64(29); 777-783.

Crimmins EM, Hayward MD, Saito Y (1994). Changing mortality and morbidity rates and the health status and life expectancy of the older population. *Demography*; 31(1):159-175.

Crimmins EM, Seeman TE (2001). Integrating biology into demographic research on health and aging (with a focus on the MacArthur Study of Successful Aging). In: Finch CE, Vaupel JW, editors. *Cells and surveys: should biological measures be included in social science research*. Washington DC: National Academies Press; p. 9-41.

Ćwirlej-Sozańska, A; Wilmowska-Pietruszyńska, A; Sozański, B; Wiśniowska-Szurlej, A (2018). Analysis of Chronic Illnesses and Disability in a Community-Based Sample of Elderly People in South-Eastern Poland. *Medical Science Monitor*; 24: 1387-1396.

Del Duca, GF; Silva, MC; Hallal, PC (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*, 43:796-805.

Depp, CA; Jeste, DV (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Jan;14(1):6-20.

Di Nubila, HB (2010). Uma introdução à CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev. Bras Saúde Ocup.*, 35:122–3.

Farias, N; Buchalla, CM (2005). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas / The international classification of functioning, disability and health: concepts, uses and perspectives. *Rev. Bras. Epidemiol*; 8(2):187-193.

Freedman VA, Grafova IB, Schoeni RF, Rogowski J (2008). Neighborhoods and disability in later life. *Social Science & Medicine*: 2253-2267.

Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF (2002). Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. *JAMA*: 288(24):3137-3146.

Gannon B, Walsh K (2011). Perceived neighborhood context, disability onset and old age. *The Journal of Socio-Economics*: 631– 636.

Garin, O; Ayuso-Mateos, JL; Almansa, J; Nieto, M; Chatterji, S; Vilagut, G et al. (2010). Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*: May 19; 8:51.

Gaskin, C.J.; Lambert, S.D.; Bowe, S.J.; Orellana, L. (2017). Why sample selection matters in exploratory factor analysis: implications for the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *BMC Medical Research Methodology*: 17:40.

Giacomin, KC; Duarte, YAO; Camarano, AA; Nunes, DP e Fernandes, D (2018). Care and functional disabilities in daily activities – ELSI–Brazil. *Revista de Saúde Pública*: vol.52 (Suppl 2):9s.

- Gontijo, CF; Mambrini, JVM; Da Luz, TCB; Filho, AIL (2016). Associação entre incapacidade funcional e capital social em idosos residentes em comunidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(3): 471-483.
- Graciani, A.; Banegas, J.R.; López-García, E. (2004). Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study. *Maturitas*, 48:381-92.
- Gray, DB; Hendershot, GE (2000). The ICIDH-2: Developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil*: 81 Suppl 2: S10-4.
- Guccione, AA (2002). *Fisioterapia geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Guralnik JM, Fried LP, Salive ME (1996). Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health*: 17:25-46.
- Hardy SE, Dubin JA, Holford TR, Gill TM (2005). Transitions between states of disability and independence among older persons. *Am J Epidemiol*: 161(6):575-584.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*: 7:323-35.
- Hosseinpoor, A.R., Williams, J.S., Kowal, B.J.P., Officer, A., Posarac, A., Chatterji, S. (2012). Social determinants of sex differences in disability among older adults: a multi-country decomposition analysis using the World Health Survey. *International Journal for Equity in Health*, 11:5.
- Huisman M.; Kunst A.E.; Mackenbach J.P. (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Soc Sci Med*: 57:861-73.

IBGE (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População residente, total e respectiva distribuição percentual, segundo as Unidades da Federação e os municípios das capitais. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf> (Acessado em 05/08/2018).

IBGE (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. (Acessado em 07/10/2018).

IBGE (2015). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Estatísticas Econômicas. RJ. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9054-contas-regionais-dobrasil.html?=&t=resultados>. (Acessado em 07/10/2018).

IBGE (2018a). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua. Editoria: Estatísticas Sociais. Publicado em 26/04/2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. (Acessado em 07/10/2018)

IBGE (2018b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. (Acessado em 07/08/2018).

Ikels, C. (1991). Aging and Disability in China: Cultural Issues in Measurement and Interpretation. *Sot. SC; Med*: Vol. 32, No. 6, pp. 649-665.

Jasser, J.J.B., Harsha, N.A.Y., Ziq, L.S.A., Shalash, A.A.M., Ghandour, R. and Giacaman, R. (2017). Prevalence of disability among elderly people in the

occupied Palestinian territory: a cross-sectional study. *The Lancet*: volume 390, special issue, August 01, S15.

Jette, AM (1994). How measurement techniques influence estimates of disability in older populations. *Soc Sci Med*: 38(7): 937-942.

Kalache, A (2008). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Cien Saude Colet*: 13(4):1107-1111.

Kalache, A; Veras RP; Ramos LR (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*: 21(3):200-210.

Katta, A., Krishna, A.K.I., Bagavandas M., Anegawa, T., Munuswamy, S. (2017). Progressive disability in elderly population among tribals of Telangana: a cross sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 16:104.

Katz, S (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatric Soc*: 31(12):721-727.

Katz, S; Ford, AB; Moskowitz, RW; Jackson, BA; Jaffe, MW (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*: 185(21):914-919.

Kim, J.M. *et al.* (2005). Physical health, depression and cognitive function as correlates of disability in an older Korean population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(2):160-7.

Korff, M.V. *et al.* (2008). Modifications to the WHODAS-II for the World Mental Health Surveys: Implications of Filter Items. *Journal Clinical Epidemiology*, 61(11): 1132–1143.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW (2001). The PHQ-9: validity of a brief severity depression measure. *J Gen Intern Med*: 16:606-13.

Lawton MP, Brody EM (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 9(3):179-186.

Leone, ET; Maia, AG; Baltar, PE (2010). Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. *Econ Soc*: 19(1):59-77.

Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E (2003). Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*: 19(3):745-757.

Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos D (2007). Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saúde Pública*: 23(10):2467-2478.

Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J (2011). 10-year trends in the health of Brazilian elderly: evidence from the National Household Sample Survey (PNAD 1998, 2003, 2008). *Cien Saude Colet*. Sep;16(9):3689-96.

Macinko, J; Andrade, FB; Souza Jr, PRB; Lima-Costa, MF (2018). Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Revista de Saúde Pública*, vol.52 (Supl 2), São Paulo.

Manton KG (1989). Epidemiological, demographic, and social correlates of disability among the elderly. *Milbank Quarterly*; 67 (Supl 2):13-58.

Naidoo, P *et al.* (2017). The association between biopsychosocial factors and disability in a national health survey in South Africa. *Psychology, Health & Medicine*.

Nunes, DP; Nakatani, AYK; Silveira, EA; Bachion, MM; Souza, MR (2010). Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos

atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* vol.15 no.6 Rio de Janeiro.

OMS (2018). Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Banco de Notícias: Folha informativa - Envelhecimento e saúde. Fevereiro, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=>. (Acessado em 10/10/2018),

Osório FL, Mendes AV, Crippa JA, Loureiro SR (2009). Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspect Psychiatr Care*. 45(3): 216-27.

Paim, J., Travassos, C., Almeida C., Bahia, L. and Macinko, J. (2011). The Brazilian Health System: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 377(9779):1778-97.

Parahyba MI, Veras R, Melzer D. (2005). Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*: 39(3): 383-391.

Paschoal, SMP (2002). Autonomia e independência. In: Papaléo-Netto M, organizador. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; p. 311-323.

Pedro-Cuesta, J *et al.* (2011). ICF disability measured by WHO-DAS II in three community diagnostic groups in Madrid, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 25(S):21–28.

Peek MK, Ottenbacher KJ, Markides KS, Ostir GV (2003). Examining the disablement process among older Mexican American adults. *Soc Sci Med*. 57(3):413-425.

Persson M, Nilsson S, Iwarsson S (1999). Development of multi-disciplinary team I-ADL assessment in community health care: an interrater reliability study

of the measure of instrumental daily activity. *Arch Gerontol Geriatr*; 29(2):149-163.

Ramos, LR (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*: 19(3):793-798.

Reichenheim ME, Moraes CL (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*: 41:665-73.

Reynolds SL, Silverstein M (2003). Observing the onset of disability in older adults. *Soc Sci Med*. 57(10):1875-1889.

Rodrigues, MAP, Facchini, LA, Thumé, E and Maia, F (2009). Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25. Sup 3:S464-S476, 20.

Rosa TEC, Benicio MHD, Latorre MRDO, Ramos LR (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*: 37(1):40-48.

Rowe, JW; Kahn, RL (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, Volume 37, Issue 4, 1 August, p. 433–440.

Santos, IS *et al.* (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Caderno de Saúde Pública* 29.8: 1533-1543.

Scazufca, M *et al.* (2016). Public Stigma towards Older Adults with Depression: Findings from the São Paulo-Manaus Elderly in Primary Care Study. *PLoS ONE* 11(6): e0157719.

Shahbazi, M.R., Mirkhani, M., Hatamizadeh, N. and Mahdi, R. (2007). Disability assessments in tehranian elderly. *SALMAND*, V3; n9-10; p. 81-89.

Silva, SA (2013). *Depressão e incapacidade funcional em idosos: um estudo de base populacional*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. São Paulo.

Silva, SA; Scazufca, M; Menezes, PR (2013). Population impact of depression on functional disability in elderly: results from “São Paulo Ageing & Health Study” (SPAH). *European Archive Psychiatry Clinical Neuroscience*, p.153–158.

Silveira, C *et al.* (2013). Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. *Revista da Associação Médica Brasileira*. V.59, I.3, p. 234-240.

Sousa, RM *et al.* (2009). Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *The Lancet*: Volume 374, Issue 9704, November 28, p.1821-1830.

StataCorp College Station, TX 77845, USA. (2018)

United Nations (2018). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: the 2015 revision. New York. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-2015-revision.html>. (Acessado em 10/10/2018).

Üstün, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S. and Rehm, J. (Org.) (2010). Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598_eng.pdf?sequence=1 (Acessado em 15/10/2018).

Van den Brink CL; Tijhuis M; Kalmijn S; Klazinga NS; Nissinen A; Giampaoli S et al. (2003). Self-reported disability and its association with performance-based limitation in elderly men: a comparison of three European countries. *J Am Geriatr Soc*: 51:782-8.

Veiga, B.; Pereira, R.A.B.; Pereira, A.M.V.; Nickel, R. (2016). Avaliação de funcionalidade e incapacidade de idosos longevos em acompanhamento ambulatorial utilizando a WHODAS 2.0. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 19(6): 1015-1021.

Virúes-Ortega, J. et al. (2011). Prevalence of disability in a composite ≥ 75 -year-old population in Spain: A screening survey based on the International Classification of Functioning. *BMC Public Health*, 11:176.

Waterhouse, P; Wielen, N; Banda, PC and Channon, AA (2017). The impact of multi-morbidity on disability among older adults in South Africa: do hypertension and socio-demographic characteristics matter? *International Journal for Equity in Health*, 16:62.

WHO (2001). World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321_eng.pdf;jsessionid=10FCEC5CC78B052D46B7E0110CBA6D24?sequence=1 . (Acessado em 07/01/2019).

WHO (2011). World Health Organization. World Report on Disability. Geneva. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575> (Acessado em 05/06/2017).

WHO (2018). World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. Geneva. Disponível em:

https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ (Acessado em 10/12/2018).

Wolf, AC *et al.* (2012) The World Health Organization Disability Assessment Scale, WHODAS II: Reliability and Validity in the Measurement of Activity and Participation in a Spinal Cord Injury Population. *Journal of Rehabilitation Medicine*, V.44, N.9, pp. 747-755(9).

Yen, I.H.; Michael, Y.L; Perdue, L. (2009). Neighborhood Environment in Studies of Health of Older Adults: A Systematic Review. *J Prev Med*: 37(5):455–463.

9 ANEXOS

LIMITAÇÃO EM ATIVIDADES - DAS

2. Quanta dificuldade o(a) Sr(a) teve para permanecer em pé por longos períodos, como 30 minutos?

___(pdas1)

3. Quanta dificuldade o(a) Sr(a) teve para cuidar dos seus afazeres?

___(pdas2)

4. Quanta dificuldade o(a) Sr(a) teve para aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender a ir a um lugar novo?

___(pdas3)

5. Quanta dificuldade o(a) Sr(a) teve para participar de atividades comunitárias (por ex. festividades religiosas ou outras atividades) da mesma maneira que outras pessoas?

___(pdas4)

6. Quanto o(a) Sr(a) tem estado triste, desanimado, para baixo, deprimido pelos seus problemas?

___(pdas5)

- 0. Nada
- 1. Pouco
- 2. Moderadamente (mais ou menos)
- 3. Gravemente (bastante)
- 4. Extremamente

7. Quanta dificuldade o(a) Sr(a) teve para concentrar-se em fazer alguma coisa por dez minutos?

___(pdas6)

8. Quanta dificuldade o(a) Sr(a) teve para andar 20 a 30 minutos?

___(pdas7)

9. Quanta dificuldade o(a) Sr(a) teve para lavar o seu próprio corpo?
____(pdas8)
10. Quanta dificuldade o(a) Sr(a) teve para se vestir? ____ (pdas9)
11. Quanta dificuldade o(a) Sr(a) teve para lidar com pessoas que o(a) Sr(a) não conhece? ____ (pdas10)
12. Quanta dificuldade o(a) Sr(a) teve para manter uma amizade?
____(pdas11)
13. Quanta dificuldade o(a) Sr(a) teve para executar seu trabalho diário e suas atividades usuais?
____(pdas12)

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 16/09/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0837/09**, intitulado: "**DEPRESSÃO EM IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DE SÃO PAULO E MANAUS: PREVALÊNCIA E IDENTIFICAÇÃO PELAS EQUIPES**" apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes idosos e para moradores da residência.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Paulo Menezes Rossi**

Pesquisadores (a) Executantes: **Márcia Scazufca, Euler Esteves Ribeiro, Ana Teresa de A R Cerqueira, Renério Fraguas e Renato Peixoto Veras**

CAPPesq, 17 de Setembro de 2009

PROF. DR. CLAUDIO LEONE
Vice - Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

IDENTIFICAÇÃO

Proc. Nº 192/12-CEP/UEA - Projeto de Pesquisa: "Depressão e aptidão funcional em idosos atendidos por básicas de saúde que adotam a estratégia de saúde da família no município de Maués, Amazonas."

Interessado (a) - Prof. Dr. Euler Esteves Ribeiro

Data de apreciação - 28/09/2012

DECISÃO

Nesta data, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas, acatando voto do (a) eminente relator (a), **APROVOU** o processo supra identificado, com base no caput do item VII, na alínea a do sub-item VII.13 e na alínea a do sub-item IX.2 da Resolução CNS 196/96, a fim de dar continuidade ao projeto.

Plenário do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, em Manaus, 28 de setembro de 2012.

Profª. Drª. Valdelize Elvas Pinheiro
Coordenadora do CEP/UEA

Universidade do Estado do Amazonas
Av.: Djalma Batista, 3578 - Flores
CEP: 69050-010 / Manaus - AM
www.uea.edu.br

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO