



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CHRIS EVERT MOURA TABOSA DE FIGUEIREDO

**FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE EM IDOSOS USUÁRIOS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

FORTALEZA

2019

CHRIS EVERT MOURA TABOSA DE FIGUEIREDO

**FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE EM IDOSOS USUÁRIOS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação: Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

F489f Figueiredo, Chris Evert Moura Tabosa de.

Fatores associados à funcionalidade em idosos usuários de uma unidade básica de saúde de Fortaleza / Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo. – 2019.

72 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira.

1. Saúde do idoso. 2. Envelhecimento. 3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 4. Atenção Primária em Saúde. 5. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD 610

**FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE EM IDOSOS USUÁRIOS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação: Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Aprovada em: 17 de Dezembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Luana Almeida de Sá Cavaleiro
Faculdade Rodolfo Teófilo

A Deus.

À minha família.

AGRADECIMENTOS

Este é um grande momento! É a realização de um sonho! Foram dias inesquecíveis de crescimento pessoal e profissional.

À Deus, agradeço pela graça concedida em dar mais esse passo em minha caminhada.

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional, e por cuidar com tanto amor e carinho dos meus filhos durante as minhas ausências.

Aos meus irmãos, pelo apoio, compreensão, cuidado e carinho com meus filhos.

Ao meu esposo, pelo apoio, compreensão e por dividir comigo a missão de educar nossos filhos.

Aos meus filhos, Davi e Rafaela, pelo amor puro e verdadeiro que me motiva a enfrentar todas as batalhas da vida.

Ao meu orientador, Professor Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira, muito obrigada pela atenção, paciência, dedicação e ensinamentos nesses dois anos de caminhada. Seu compromisso com seus alunos é admirável e fonte de inspiração.

Aos professores integrantes das bancas de qualificação e defesa, por suas valiosas contribuições na construção desse trabalho.

À coordenação do mestrado e aos professores do curso, pela atenção e dedicação à 3ª turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Aos colegas da turma Cacto SUS, pelo companheirismo e alegria presente em todos os encontros.

Aos participantes da pesquisa, que gentilmente, cederam um pouco do tempo para contribuir na realização dessa pesquisa.

À amiga Adgeane, enfermeira da UAPS Roberto Bruno, pelo apoio na realização da pesquisa. Você foi formidável!

À coordenação e demais colegas da UAPS Roberto Bruno, pela compreensão nas minhas ausências em decorrência dos compromissos do mestrado.

“Se o tempo envelhecer seu corpo, mas não envelhecer a sua emoção, você será sempre feliz”. Augusto Cury

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. O crescimento do contingente idoso é decorrente do aumento da expectativa de vida ao nascer. Nos países desenvolvidos, o aumento da população idosa foi acompanhado de melhorias no sistema de saúde e no sistema previdenciário. Por outro lado, nos países em desenvolvimento, o idoso enfrenta diversas dificuldades, inclusive no acesso à serviços de saúde. Objetivo: O presente estudo tem o objetivo de avaliar a funcionalidade, aspectos clínicos e sociodemográficos em idosos. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal e analítico. O estudo ocorreu em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza. Participaram da pesquisa 170 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, cadastradas como usuárias e residentes na área de abrangência da UAPS selecionada. Foram aplicados questionários semiestruturados abordando aspectos sociodemográficos, além de fatores clínicos e funcionais para avaliação da população idosa. Utilizou-se o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) para avaliação da funcionalidade. Procedeu-se com os testes de Mann-Whitne e Kruskal-Wallis para as análises bivariadas e Análise de Regressão Negativa Binomial para multivariada. A idade associou-se com a perda da funcionalidade em todos os domínios do WHODAS ($p < 0,01$). Os entrevistados que apresentaram descompensação clínica para alguma comorbidade obtiveram piores desempenhos nos domínios autocuidado ($p < 0,05$), atividades escolares e de trabalho ($p < 0,05$), atividades da vida ($p < 0,05$), participação ($p < 0,05$) e no domínio total ($p < 0,01$). Nossos achados reforçam o papel fundamental da Atenção Primária em Saúde como espaço estratégico para a manutenção da funcionalidade na população idosa.

Palavras Chave: Saúde do idoso. Envelhecimento. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Atenção Primária em Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Population-ageing is a worldwide phenomenon. The growth is due to the rise of life expectancy. In developed countries the growth of old people was followed by improvements in health and social security systems. On the other hand, in developing countries, the elderly face several difficulties, including access to health services. The objective: The present study has the objective of evaluate the functionality, clinical and sociodemographic aspects in the elders. Methodology: This is a cross-sectional and analytical study. The study occurred in a Fortaleza's primary health care unit. 170 people participated in the research aged 60 or over, of both sexes, registered as users and residents in the coverage area of the selected UAPS. Semi-structured questionnaires addressing sociodemographic aspects were applied, in addition to clinical and functional factors used to assess the elderly population. World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) was used to assess functionality. Mann-white and Kruskall-Wallis tests were used for bivariate analysis and Negative Binomial Regression Analysis for multivariate analysis. Age was associated with loss of functionality in all WHODAS domains ($p < 0,01$). Respondents who presented clinical decompensation for some comorbidity had worse performances in the domains of self-care ($p < 0,05$), school and work activities ($p < 0,05$), participation ($p < 0,05$) and in the total domain ($p < 0,01$). Our findings reinforce the fundamental role of Primary Health Care as a strategic space for maintaining functionality in the elderly population.

Keywords: Elderly health. Aging. International Classification of Functionality, Disability and Health. Primary Health Care. Health promotion.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Características sociodemográficas em idosos atendidos em Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Fortaleza/Ceará, 2019.....	38
Tabela 02 -	Aspectos clínicos, comorbidades e hábitos de vida em idosos atendidos em Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Fortaleza/Ceará, 2019.....	39
Tabela 03 -	Medianas e Amplitudes Interquartis dos Domínios do WHODAS 2.0 em idosos atendidos em Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Fortaleza/Ceará, 2019.....	40
Tabela 04 -	Distribuição de medianas e variâncias dos escores do WHODAS 2.0 segundo fatores socioeconômicos, aspectos clínicos e de comorbidades em idosos atendidos em Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Fortaleza/Ceará, 2019.....	42
Tabela 05 -	Regressão Binomial Negativa para os domínios do WHODAS 2,0 Domínios e Variáveis do Whodas	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
CAPES	Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSN	Perfil de Saúde de Nottingham
SER	Secretaria Executiva Regional
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
UFC	Universidade Federal do Ceará
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Envelhecimento no Brasil e no mundo	14
1.2 Fatores relacionados ao envelhecimento	15
1.3 A funcionalidade no processo de envelhecimento.....	16
1.4 Políticas públicas para uma população em envelhecimento.....	18
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
3. METODOLOGIA.....	22
3.1 Tipo de estudo.....	22
3.2 Local.....	22
3.3 População de estudo e critérios de inclusão e exclusão.....	22
3.4 Procedimentos para Coleta de Dados.....	23
3.5 Instrumento para Coleta de Dados.....	23
3.6 Análise dos dados.....	24
3.7 Aspectos Éticos	25
4. RESULTADOS.....	26
5. CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	56
APÊNDICE B - Formulário de aspectos sociodemográficos e clínicos	59
ANEXO A – Questionário Whodas.....	61
ANEXO B – Mine Exame do Estado Mental.....	70
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará	72
ANEXO D – Comprovante de submissão de artigo científico ao periódico Ciência & Saúde Coletiva	76

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento no Brasil e no Mundo

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) estima que até 2025 exista cerca de 1,2 bilhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Isto representará um quinto da população mundial. O Brasil também acompanha o perfil de envelhecimento populacional. De acordo com o IBGE (2010), a proporção de idosos de 60 anos ou mais corresponde atualmente a 12,9% da população total. Projeções realizadas pelo último censo IBGE (2010), estimam que em 2040, esse grupo etário poderá corresponder a aproximadamente 24% da população brasileira. No estado do Ceará, a população idosa no ano de 2010 era representada por 1,06 milhão de pessoas na faixa etária acima de 60 anos. Estimativas apontam que em 2030 esse quantitativo chegue a 1,55 milhão (IBGE, 2010).

Esse crescimento do contingente idoso é decorrente do aumento da expectativa de vida ao nascer. Segundo as Nações Unidas, em países desenvolvidos, com a redução da mortalidade por causas evitáveis, a esperança de vida ao nascer tem sido cada vez maior. A mais alta expectativa de vida ao nascer, na população masculina em 2015, foi observada na Islândia, sendo de 80,7 anos. Já para as mulheres, a mais elevada esperança de vida ao nascer é encontrada no Japão, sendo de 86,5 anos (FREITAS, 2016).

Já no Brasil em 2015, a expectativa de vida ao nascer era de 77,6 anos para as mulheres e 70,2 anos para os homens. Espera-se que em 2030 essa expectativa avance para 82 e 75,3 anos respectivamente (IBGE, 2010).

A expectativa de vida ao nascer avança entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Dentre os fatores explicativos, destaca-se o acesso aos serviços de saúde, renda, moradia e educação (FREITAS, 2016).

Nos países desenvolvidos o aumento da população idosa foi acompanhado de melhorias no sistema de saúde e no sistema previdenciário, enquanto nos países em desenvolvimento o idoso enfrenta diversas dificuldades, inclusive no acesso à serviços de saúde. O envelhecimento da população tem ocorrido de maneira heterogênea em todas as partes do mundo. Os vários países têm diferentes maneiras de lidar com as questões relacionadas ao envelhecimento populacional, como questões de saúde e previdência (ALMEIDA, 2017).

Outro fator que contribui para uma maior esperança de vida é identificar, prevenir e tratar causas de morte evitáveis. As causas de morte evitáveis são causas de óbito que seriam

evitadas se medidas efetivas nos serviços de saúde fossem instituídas, tais como ações adequadas de promoção da saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis, doenças de causas infecciosas e causas externas (KANSO, 2011).

Sendo assim, a redução da mortalidade por causas evitáveis possibilita o crescimento da esperança de vida ao nascer. O Estado do Ceará, assim como o Brasil passa por uma transição demográfica, acarretando mudanças no perfil de saúde da sua população. Anteriormente, caracterizava-se por doenças infectocontagiosas. Atualmente, há o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis que é característico da população idosa (ALMEIDA, 2017).

Além disso, as características contributivas para o aumento da expectativa de vida ao nascer já citadas acima, soma-se a tendência de queda da fecundidade. No Brasil no ano de 2010, a taxa de fecundidade era em torno de 1,87 filhos por mulher. Para 2030, espera-se algo em torno de 1,51 filhos. Além disso, o grupo dos muito idosos, que é constituído por pessoas acima de 80 anos é o que mais cresce. Atualmente esse crescimento é em torno de 2% ao ano. Para 2040, a expectativa é de um contingente de 4,6% da população total (IBGE, 2010).

Outra característica do envelhecimento populacional brasileiro é a predominância do sexo feminino na faixa etária acima dos 60 anos. As mulheres nessa faixa etária representam atualmente 7,2% da população total enquanto os homens 5,7%, e a previsão é que em 2040 as mulheres desse grupo etário representem 13% da população e os homens cerca de 10%. Tal fato é explicado pela menor mortalidade entre as mulheres proporcionando o crescimento da população idosa feminina com taxas mais elevadas que a masculina (IBGE, 2010).

1.2 Fatores Relacionados ao Envelhecimento

Sob o ponto de vista biológico, existem diversas teorias que buscam explicar o processo de envelhecimento do organismo humano. A teoria do Dano Oxidativo, relaciona o dano e a morte celular ao acúmulo de metabólitos que levam a prejuízos no DNA das células e em processos metabólicos importantes. A teoria do Controle Anormal de Mitoses explica que através da alteração da estrutura dos telômeros e do sistema de controle celular há perda do controle e da sinalização das mitoses, podendo levar à hiperplasia e ao câncer. Outra teoria é a da Modificação de Proteínas, onde efeitos como a oxidação, a hiperfosforilação, a glicosilação causam modificação estrutural e funcional de proteínas. Todas essas teorias têm em comum a hipótese de que o acúmulo de danos em nível celular e molecular leva ao aumento do risco de

desenvolvimento de doenças, ao declínio de reservas fisiológicas e das capacidades vitais do organismo (GARCIA, 2018).

Além disso, os aspectos sociais são elementos importantes a serem considerados no processo do envelhecimento. Com a senilidade, vivencia-se também mudanças e reorganizações nos papéis e posições sociais dos indivíduos, sobretudo no âmbito familiar. Muitos idosos que antes ocupavam a posição de provedor da família, ao aposentarem-se, perdem essa função. Esse fato ocasiona repercussões psicológicas no idoso, pois há perda da funcionalidade, da atividade e da independência (GARCIA, 2018).

Dessa forma, o processo de envelhecimento deve ser compreendido como um produto das interações biológicas, funcionais e psicossociais ao longo do tempo. Por esse motivo, é importante uma diferenciação entre senescência e senectude. A senescência relaciona-se ao envelhecimento natural. Considera-se que nesse processo, o declínio fisiológico é gradativo, envolvendo alterações físicas, maior lentidão de processos cognitivos, motor e perceptivo, menor capacidade psicológica de adaptação ao meio ambiente, predispondo a maior vulnerabilidade. No entanto, essas alterações não devem comprometer a vida pessoal trazendo incapacidades que estabeleçam perda de autonomia. A senilidade, por sua vez, é caracterizada pelo envelhecimento patológico. Há diversas doenças relacionadas ao envelhecimento. Contudo, não devem ser confundidas com as alterações fisiológicas desse processo. Com o aumento do número de pessoas atingindo idades cada vez mais avançadas, é esperada alteração no padrão de morbimortalidade implicando na predominância de doenças crônicas degenerativas. Essas enfermidades relacionadas à senilidade, muitas vezes requerem cuidados especiais, hospitalizações e, não raro, produzem incapacidades para atividades de vida diária comprometendo sua autonomia e independência (AVD) (ALMEIDA, 2017).

Muito tem se discutido sobre autonomia e independência na terceira idade. A autonomia pode ser definida como a capacidade de estabelecer suas próprias regras, tomar decisões, realizar comandos, ou seja, gerir sua vida e suas finanças. A independência está relacionada a realização de atividades com seus próprios meios. É decorrente da relação do indivíduo com o meio em que vive. O que se almeja é a manutenção da autonomia com o máximo de independência possível (FREITAS, 2016).

A crescente longevidade do ser humano desafia os indivíduos e a sociedade a conseguirem uma sobrevivência cada vez mais duradoura, com melhora constante na qualidade de vida, para que os anos vividos em idade avançada sejam repletos de bem-estar e dignidade. Se

os indivíduos envelhecerem com boa saúde física, autonomia, independência e permanecendo ativos, a qualidade de vida tende a melhorar. (FREITAS, 2016)

1.3 A Funcionalidade no Processo de Envelhecimento

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, funcionalidade pode ser entendida como resultado da interação das funções do corpo, atividades desempenhadas e participação na sociedade com o meio em que se vive (OMS, 2003).

Assim, no processo de envelhecimento a funcionalidade não está relacionada, obrigatoriamente, a uma condição de saúde. Contudo, o estado de saúde pode interferir nas funções e estruturas corporais de modo a alterar o desempenho do indivíduo, proporcionando limitações nas atividades desempenhadas e na sua participação na comunidade (FONTES, 2013).

Dessa forma, as alterações relacionadas ao envelhecimento, que proporcionam redução das capacidades físicas e funcionais, ocorrem de acordo com características individuais e estão associadas a estilo de vida, meio em que vivem e atributos genéticos (LOPES 2015). Estudo realizado em Portugal, com o objetivo de conhecer a funcionalidade de dois grupos de idosos, 75 a 84 anos e 85 anos ou mais, e a associação entre o estado funcional e a idade e o gênero, demonstrou que os mais idosos apresentaram mais limitações para atividades de vida diária, no entanto, não houve diferença na funcionalidade relacionada ao gênero (FONTES, 2013).

Outro estudo realizado com 124 idosos provenientes da atenção primária à saúde, com o objetivo de pesquisar a funcionalidade de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) concluiu que a maior parte dos idosos participantes se mantinham com poucas perdas funcionais. No entanto, os que apresentaram perda funcional demandavam cuidados e auxílios na execução de atividades de vida diária, tornando a promoção da saúde e a prevenção à incapacidades, nessa faixa etária, uma demanda importante para as equipes da ESF (LOPES, 2015).

Além disso, pesquisas mostram que mais de 85% dos idosos no Brasil apresenta pelo menos uma doença crônica (MARTINS, 2015). Pesquisas relacionam o envelhecimento à

maior prevalência de doenças crônicas e incapacidade para a realização das atividades da vida diária. Nos Estados Unidos, pesquisa realizada com 1604 idosos evidenciou que os participantes que apresentavam doenças crônicas graves obtiveram maiores chances de redução da funcionalidade (FONG, 2019).

Em virtude disso, a polifarmácia é um importante fator associado à funcionalidade entre idosos, que ocorre em decorrência do aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e associação de morbidades nessa faixa etária. O uso de medicamentos foi associado à um maior comprometimento da funcionalidade entre os participantes desta pesquisa. Pesquisa realizada com 150 idosos no Hospital Universitário Gondar, na Etiópia, demonstrou que a polifarmácia foi associada à piora da funcionalidade em 75,3% dos participantes (TEGEGN, 2019).

Outro fator relacionado a diminuição da funcionalidade em idosos é o sedentarismo. Neste quesito, pesquisa realizada com 1395 idosos na Finlândia demonstrou que idosos inativos apresentaram baixos níveis de funcionalidade quando comparados com os que praticavam atividade física pelo menos duas vezes por semana (SULANDER, 2018).

No Brasil, outro estudo realizado em 6 municípios do país evidenciou que além do sedentarismo, a baixa renda familiar também foi associada à diminuição da capacidade funcional (RIBEIRO, 2012). Estes achados são de grande relevância, sobretudo por dois aspectos: demonstra que a funcionalidade pode ser comprometida por diversos fatores que vão para além da dimensão física e motora, enfatizando o seu caráter complexo e multidimensional; reforça a hipótese de que fatores relacionados às desigualdades sociais contribuem significativamente para a diminuição da funcionalidade, sobretudo nos países em desenvolvimento (CRUZ, 2017). Outros estudos realizados em idosos no Brasil também identificaram a influência de características relacionadas às dimensões socioeconômicas como escolaridade, renda e gênero com o comprometimento da funcionalidade (LOPES, 2015).

1.4 Políticas Públicas para uma População em Processo de Envelhecimento

É notável que o aumento da população idosa exige maior demanda por serviços de saúde e políticas públicas de saúde adequadas, de modo a atender as demandas dessa crescente

clientela e com vistas a minimizar os custos da assistência à saúde (BERZINS, 2012). Com finalidade de suprir a demanda ocasionada por essa nova reorganização demográfica, foram criados no Brasil normativas, como o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (GARCIA, 2018).

O Estatuto do Idoso foi criado em outubro de 2003, corresponde à Lei 10.741, com o objetivo de estabelecer os direitos sociais dos idosos. Entre vários direitos assegurados pela lei, dois são de fundamental importância: o acesso à medicamentos gratuitos e a prioridade no atendimento prestado no Sistema Único de Saúde. O Estatuto propõe a criação de conselhos municipais empenhados na defesa dos direitos dos idosos, no entanto, a maior parte dos municípios brasileiros ainda não implantou seu conselho do idoso. Esse fato reflete o desinteresse dos gestores, a falta de articulação das pessoas idosas e o desconhecimento de seus direitos (BERZINS, 2012).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.395/1999, reafirma os direitos dos idosos perante o SUS. Estabelece diretrizes para a promoção do envelhecimento saudável, manutenção da autonomia e da capacidade funcional, além de assistência à saúde e à reabilitação funcional nos casos necessários (BERZINS, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, principal conquista do movimento de reforma sanitária e que tem a Constituição de 1988 como marco conceitual, adotou a Atenção Primária à Saúde (APS) como a reordenadora da atenção à saúde no país. Tem como atributos essenciais a longitudinalidade, a atenção ao primeiro contato, a integralidade e a coordenação do cuidado. E os atributos derivados são a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. No Brasil, foi adotado o termo Atenção Básica como sinônimo de Atenção Primária à Saúde (OLIVEIRA, 2013).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tem o objetivo de promover qualidade de vida e saúde levando em consideração os determinantes e condicionantes dos indivíduos e das comunidades. Propõe ações que favoreçam a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades. Tem nas unidades básicas de saúde, através das ações de educação em saúde, seu campo principal de prática e os profissionais atuantes na APS e sua clientela, os principais atores envolvidos (JANINI, 2015).

A experiência profissional, enquanto médica da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Fortaleza, tem revelado o crescimento no número de atendimentos e visitas

domiciliares a pacientes idosos, o que reflete o aumento da população dessa faixa etária em nosso município, assim como no restante do mundo. As doenças crônicas prevalecem, assim como a frequência, cada vez maior, de idosos com graus variados de comprometimento cognitivo, que devido à perda de autonomia e independência, necessitam de cuidados permanentes e, por isso, sobrecarregam suas famílias e comprometem suas qualidades de vida. De que maneira poderíamos contribuir para melhorar a perspectiva de uma vida com boa qualidade e satisfação para nossos idosos?

Ao avaliarmos a funcionalidade dos idosos, considerando aspectos clínicos e sociodemográficos, aprofundamos o conhecimento sobre as condições de saúde do grupo etário que mais cresce, isso possibilita programar uma assistência mais eficiente e voltada a atender as necessidades de saúde dos pacientes. Como benefício para a gestão, a melhoria da assistência à saúde proporciona menos adoecimento e redução dos gastos com saúde. Para os profissionais, há melhora da eficácia dos serviços em que atuam e da relação dos profissionais com os pacientes, contribuindo para fortalecimento do vínculo com os usuários. Para a população assistida, o aperfeiçoamento da assistência à saúde possibilita melhora das condições de saúde e sobrevida com maior qualidade.

Na prática profissional, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, é necessário que as equipes de saúde da família conheçam o estado de saúde dos idosos de sua área adscrita. Nesse sentido, esse estudo foi idealizado visando a compreensão sobre a saúde dos idosos, identificando ainda fatores clínicos e sociodemográficos, além de sua funcionalidade para que seja possível desenvolver ações direcionadas à saúde desse segmento populacional e atividades voltadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde com vistas a um envelhecimento ativo. Desse modo, essa pesquisa se justifica sendo relevante, tendo em vista a deficiência dos serviços de saúde de modo geral, e da APS em específico, em dar resolutividade às necessidades de saúde da população idosa.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a funcionalidade, aspectos clínicos e sociodemográficos em idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Fortaleza

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as correlações entre funcionalidade e aspectos clínicos dos idosos.
- Analisar as correlações entre funcionalidade e a aspectos sociodemográficos dos idosos.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados, em um dado momento, descrevendo a situação ou as relações entre os fenômenos que ocorrem em um determinado período. (GIL, 2010).

3.2 Local

Este estudo foi realizado na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Roberto da Silva Bruno, localizada no território da Secretaria Executiva Regional (SER) IV. A UAPS Roberto Bruno foi reinaugurada em novembro de 2015, possui oito consultórios para atendimento médico e de enfermagem, um consultório ginecológico, um consultório pediátrico e um consultório odontológico. A unidade atende a uma população de 22.000 habitantes e presta atendimento aos moradores dos bairros Fátima e Parreão, possui quatro equipes completas com médicos, enfermeiros e dentistas do Programa Saúde da Família, além do Núcleo de Atendimento em Fisioterapia que é composto por quatro fisioterapeutas. (SMS, 2017).

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o bairro de Fátima possui o 9º melhor IDH do município de Fortaleza com 0,694 e o bairro Parreão com IDH 0,571 na 20ª posição como melhor IDH da cidade. Esses bairros são predominantemente residenciais, no entanto, contém diversos serviços como centros comerciais, restaurantes, farmácias, igrejas e posto de saúde (SMS, 2017).

Segundo dados do IBGE (2010) os bairros Fátima e Parreão tem uma população de 5567 pessoas de 60 anos ou mais, destes 1421 são cadastrados como usuários da UAPS Roberto da Silva Bruno.

3.3 População de Estudo e Critérios de Inclusão e Exclusão

Amostra por conveniência, formada por pessoas residentes na área de abrangência da UAPS Roberto da Silva Bruno cadastradas como usuárias, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, comunitárias e que compareceram à unidade de saúde, entre abril e setembro de 2019, para atendimento médico em demanda programada ou espontânea, totalizando 182 participantes. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que apresentaram comprometimento cognitivo significativo. Para tanto, optou-se pela aplicação do Mini-Exame

do Estado Mental (MEEM). O MEEM possui 30 pontos e avalia as seguintes dimensões: orientação espacial e temporal, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Neste estudo, adotou-se os seguintes escores: mínimo de 24 pontos para idosos com quatro anos ou mais de escolaridade; mínimo de 17 pontos para idosos com menos de 4 anos de escolaridade. Ao final, foram excluídos 12 participantes.

Ferretti (2018), publicou um estudo, cujo o objetivo era avaliar a qualidade do sono em idosos, com e sem dor crônica em um município do estado de Santa Catarina. O MEEM foi utilizado como critério de inclusão, os indivíduos que atingiram o ponto de corte continuaram na pesquisa, foi considerado 17 pontos para analfabetos ou menos de quatro anos de escolaridade e 24 pontos para indivíduos com quatro ou mais anos de escolaridade. Por se tratar de amostra com características semelhantes, ambas comunitárias e mesma faixa etária, foi adotado igual ponto de corte para inclusão dos idosos na pesquisa.

3.4 Procedimentos para Coleta de Dados

Os dados foram coletados nas dependências da UAPS Roberto da Silva Bruno através da abordagem direta aos usuários, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que compareceram à unidade de saúde para consulta médica programada ou de demanda, entre os meses de abril a setembro de 2019, e que preencham os critérios de inclusão na pesquisa. Todos os indivíduos abordados receberam informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, sendo possível optar pela recusa em participar. A todos que consentiram em participar da pesquisa, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o pesquisador aplicou o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com a finalidade de excluir os indivíduos que não apresentaram condições cognitivas para responder a entrevista e, em seguida um formulário para avaliação de dados sociodemográficos e condições clínicas e o instrumento World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) para avaliação da funcionalidade dos idosos participantes.

3.5 Instrumento para Coleta de Dados

Para caracterização dos aspectos sociodemográficos e econômicos, foi aplicado um formulário elaborado a partir da ficha de cadastro individual do e-SUS AB, instrumento de

cadastro dos usuários no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), plataforma eletrônica que utiliza o software e-SUS AB. A ficha de cadastro individual do e-SUS que foi utilizada como modelo, consta de questionário auto referido de condições de saúde incluindo doenças crônicas e condições comportamentais que também auxiliou na elaboração de formulário para identificação de aspectos clínicos. O formulário contém 14 itens sobre aspectos sociodemográficos e 3 itens que abordam aspectos clínicos.

Os fatores funcionais foram identificados através da aplicação do Questionário WHODAS 2.0, um instrumento desenvolvido pela OMS, construído baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), com a proposta de avaliar a funcionalidade independente das condições de saúde do indivíduo, analisa seis domínios de vida: cognição, mobilidade, auto-cuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação na sociedade. Há 03 versões do WHODAS 2.0, uma com 36 itens, um de 12 itens e outra de 12+24 itens. Foi aplicada a versão de 36 itens do WHODAS 2.0 administrada por entrevistador, pois é a mais completa e para indivíduos idosos a entrevista evita a dificuldade de leitura e compreensão. O WHODAS 2.0 foi testado em diferentes culturas, os estudos realizados durante seu desenvolvimento abrangeram 19 países, além de populações com níveis de saúde distintos. O instrumento é de fácil aplicação e interpretação, tem acesso gratuito e está disponível em mais de 30 idiomas.

3.6 Análise dos Dados

Os questionários foram digitados utilizando-se dupla entrada como forma de checagem e consistência interna dos dados. Em seguida, procedeu-se com o ajuste do banco de dados para a correção de inconsistências no WHODAS 2.0, conforme sugerido por Castro (CASTRO, 2019).

As características da amostra foram apresentadas mediante distribuições de frequências simples para todas as variáveis nominais. As variáveis numéricas foram apresentadas em medianas e intervalos interquartis. Em seguida, procedeu-se com a análise bivariada utilizando os testes de Mann-Whitney para as variáveis dicotômicas e Kruskal-Wallis para as variáveis com mais de duas categorias, devido a sua distribuição não paramétrica. As variáveis que apresentaram significância estatística de até 20% foram levadas para o modelo final utilizando a Análise de Regressão Negativa Binomial. Os Intervalos de Confiança, bem

como o Incidence-rate ratios e p-valor ($p < 0,05$) foram apresentados para os modelos bruto e ajustados. Utilizou-se o software Stata® versão 12.0 para as análises.

3.7 Aspectos éticos

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará e seguiu os preceitos éticos que regulamentam a pesquisa com seres humanos, contidos nas diretrizes e normas de pesquisa da resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa, mediante parecer de número 3.212.748.

Os participantes desse estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e os métodos de coleta de dados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que esclareceu quanto à participação voluntária e o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento que desejarem. Foi também elucidado que a confidencialidade e o sigilo serão assegurados aos participantes da pesquisa. Foram informados ainda, que não haverá prejuízo ou benefício de qualquer natureza proveniente da participação nesse estudo. O presente estudo não trará qualquer risco à vida ou saúde dos participantes, havendo apenas a possibilidade de desconfortos relacionados a responder o formulário. No entanto, com a finalidade de reduzir o risco, a entrevista foi executada por um profissional qualificado que esteve à disposição para realizar quaisquer esclarecimentos necessários e poderia ser interrompida a qualquer momento se o entrevistado assim desejar.

Foi disponibilizado a 2ª via do TCLE àqueles que manifestassem o desejo de participarem da pesquisa e assinarem o termo. A 1ª via estará sob a guarda da coordenação da pesquisa.

4. RESULTADOS

Esta dissertação apresenta como resultado o artigo intitulado Funcionalidade e seus fatores em idosos usuários da atenção primária em saúde, e foi submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, motivo pelo qual está escrito no formato exigido por tal publicação.

FUNCIONALIDADE E SEUS FATORES EM IDOSOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo

Shamyr Sulyvan de Castro

Marcelo José Monteiro Ferreira

RESUMO

O envelhecimento populacional apresenta-se como um importante desafio para a saúde pública no mundo. Este desafio se torna ainda mais complexo nos países em desenvolvimento. Objetivou-se avaliar a funcionalidade e fatores associados aos aspectos clínicos e sociodemográficos em idosos usuários da Atenção Primária em Saúde. Estudo transversal, analítico, onde utilizou-se o WHODAS 2.0 para avaliação da funcionalidade. Procedeu-se com os testes de Mann-Whitne e Kruskal-Wallis para as análises bivariadas e Análise de Regressão Negativa Binomial para multivariada. A idade associou-se com a perda da funcionalidade em todos os domínios do WHODAS ($p < 0,01$). Os entrevistados que apresentaram descompensação clínica para alguma comorbidade obtiveram piores desempenhos nos domínios autocuidado ($p < 0,05$), atividades escolares e de trabalho ($p < 0,05$), atividades da vida ($p < 0,05$), participação ($p < 0,05$) e no domínio total ($p < 0,01$). Nossos achados reforçam o papel estratégico da Atenção Primária em Saúde como espaço estratégico para a manutenção da funcionalidade na população idosa.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Envelhecimento. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Atenção Primária em Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Population aging presents itself as an important challenge for public health in the world. This challenge becomes even more complex in developing countries. The objective was to evaluate the factors and functionality associated with clinical and sociodemographic aspects in the elderly and users of Primary Health Care. A cross-sectional analytical study using WHODAS 2.0 to assess functionality. The study proceeded with Mann-Whitne and Kruskall-Wallis tests for bivariate analyzes and binomial negative regression analysis for multivariate. Age was associated with loss of functionality in all WHODAS domains ($p < 0,01$). Respondents who presented clinical decompensation for some comorbidity had worse performances in the domains of self-care ($p < 0,05$), school and work activities ($p < 0,05$), life activities ($p < 0,05$), participation ($p < 0,05$) and in total domain ($p < 0,01$). Our findings reinforce the strategic role of Primary Health Care as a strategic space for maintaining functionality in the elderly population.

Keywords: Elderly health. Aging. International Classification of Functionality, Disability and Health. Primary Health Care. Health promotion.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional apresenta-se como um importante e complexo desafio para a Saúde Pública global. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que até 2025 existam cerca de 1,2 bilhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que corresponderá a um quinto da população mundial¹.

Contudo, o processo de envelhecimento populacional ocorre de maneira distinta em diferentes regiões do mundo. Nos países desenvolvidos, o aumento da população idosa vem sendo acompanhado pelo envelhecimento saudável, reconhecido como o bem-estar proporcionado pela manutenção da capacidade funcional na velhice^{2,3}. Neste sentido, estudo realizado com 377 idosos na Espanha demonstrou que a facilidade no acesso aos recursos sociais e de saúde comportaram-se como fatores de proteção contra deficiência (OR=0,33; IC95%: 0,19-0,58) e incapacidade (OR=0,50; IC95%: 0,29-0,87) nesta população⁴.

Por outro lado, o mesmo fenômeno não é observado nos países em desenvolvimento. Uma das características do processo de envelhecimento nestes países é a maior prevalência de doenças crônicas que frequentemente interferem negativamente na autonomia, independência e, conseqüentemente, reduzem a funcionalidade da população idosa. Dentre as comorbidades mais prevalentes nesta população, destacam-se a hipertensão arterial, cardiopatias, artrites, diabetes, doenças pulmonares, câncer e depressão. Todos esses agravos são potencialmente incapacitantes, inclusive com aumento do risco de mortalidade⁵. Soma-se ainda a utilização de medicamentos de uso contínuo, sendo frequente a polifarmácia. Estudo realizado em Belo Horizonte, com 190 idosos, objetivou determinar a frequência de utilização de medicamentos potencialmente inapropriados em domicílio por idosos. Os resultados demonstraram uma alta prevalência na utilização destes fármacos que, devido aos efeitos adversos, estão relacionados à redução da funcionalidade⁶.

O Brasil também acompanha o perfil de envelhecimento populacional mundial. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de idosos com 60 anos ou mais corresponde atualmente a 12,9% da população total. Projeções realizadas pelo último censo estimam que em 2040, esse grupo etário corresponderá a aproximadamente 24% da população brasileira⁷.

A transição demográfica e o envelhecimento populacional experienciados no Brasil vem acompanhado de grandes desafios para os sistemas de seguridade social e de saúde⁸. Dentre os principais fatores que potencializam negativamente os impactos do envelhecimento

estão a profunda desigualdade social, manutenção da pobreza, baixa escolaridade, maus tratos, além das dificuldades no acesso aos serviços de saúde^{8,9}.

No Brasil, a APS se consolidou como porta de entrada no acesso aos serviços públicos de saúde e responsável por desenvolver ações de prevenção de agravos e promoção da saúde¹⁰. Faz-se, portanto, estratégico o conhecimento da funcionalidade da população idosa e sua associação com risco de hospitalizações, comorbidades, complicações de doenças preexistentes e de mortalidade^{11,12}.

Neste sentido, a OMS propôs o World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) como um instrumento capaz de mensurar a funcionalidade em diferentes populações, tendo em vista seu caráter genérico, padronizado e de fácil aplicação (WHODAS 2.0)¹³. Além disso, o WHODAS 2.0 vem sendo utilizado para a avaliação da funcionalidade em populações com os mais variados problemas de saúde, tais como: doenças inflamatórias, acidentes vasculares cerebrais, distúrbios psiquiátricos, esqueléticos, cardíacos e neurológicos e inclusive sem uma condição de saúde determinada^{14,15,16,17}.

No Brasil, alguns estudos utilizaram o WHODAS 2.0 como instrumento de avaliação na população idosa com diferentes objetivos: examinar seus dados normativos para a avaliação de incapacidade¹⁸; analisar a associação entre fatores socioeconômicos e demográficos à fragilidade⁸ ou mesmo para estimar a prevalência e fatores associados à dependência funcional¹⁹. Contudo, ainda são escassos os estudos que buscam avaliar a funcionalidade e seus fatores associados em idosos usuários da APS e, de modo geral, em países de baixa renda²⁰. Este artigo tem como objetivo avaliar a funcionalidade e fatores associados aos aspectos clínicos e sociodemográficos em idosos usuários da Atenção Primária à Saúde em uma grande capital do Nordeste do Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de Estudo e Local

Estudo transversal, analítico, realizado em idosos usuários da Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza, Ceará. O estudo foi realizado entre abril a setembro de 2019 em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) cuja cobertura populacional é de aproximadamente 22.000 pessoas. Destas, 5567 são idosos e mais de um quarto possuem cadastro e buscam atendimento na referida Unidade²⁰.

População de Estudo e Critérios de Inclusão e Exclusão

A população de estudo foi composta por idosos de ambos os sexos com 60 anos ou mais de idade. Utilizou-se o processo de amostragem por conveniência totalizando 182 participantes. Estes foram abordados no momento em que compareceram a UAPS para consulta médica programada ou demanda espontânea.

Foram excluídos do estudo os idosos que apresentaram comprometimento cognitivo significativo. Para tanto, optou-se pela aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). O MEEM possui 30 pontos e avalia as seguintes dimensões: orientação espacial e temporal, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva²¹. Neste estudo, adotou-se os seguintes pontos de cortes: mínimo de 24 pontos para idosos com quatro anos ou mais de escolaridade; mínimo de 17 pontos para idosos com menos de 4 anos de escolaridade²². Ao final, 12 participantes foram excluídos.

Instrumentos e Variáveis Coletadas

Foi aplicado um questionário elaborado a partir da ficha de cadastro individual do e-SUS AB, instrumento de cadastro dos usuários no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), plataforma eletrônica que utiliza o software e-SUS AB. O instrumento foi composto por 3 blocos de informações. O primeiro abordou as características socioeconômicas da população de estudo, contendo as seguintes variáveis: *sexo*, *idade* (60-70 anos; 71-79 anos; ≥ 80 anos), *raça* (branco, pardo, negro), *escolaridade* (analfabeto; fundamental completo; médio completo; superior), *estado civil* (solteiro/separado; casado/união estável; viúvo), *religião* (sim/não), *renda mensal* (Até 1 salário mínimo; de 1 a 3 salários mínimos; > 3 salários mínimos), *tabagismo* (sim/não), *uso frequente de bebida alcoólica* (sim/não) e *situação ocupacional* (empregado; autônomo; aposentado/pensionista; desempregado). O segundo bloco tratou dos aspectos clínicos e comorbidades. A variável “*descompensação clínica em alguma comorbidade*”, caracterizada pela piora aguda dos sintomas da doença crônica e sem melhora até a data da entrevista, foi categorizada mediante avaliação clínica médica realizada no momento da aplicação do instrumento e posteriormente dicotomizada (sim/não). Foram ainda investigados os *números de comorbidades* (1, 2, 3, ≥ 4) e *quantidade de medicamentos em uso no momento da entrevista* (nenhum; de 1 a 4; ≥ 5).

O terceiro bloco de informações foi composto pelo WHODAS 2.0. O instrumento avalia seis domínios de vida: cognição, mobilidade, auto-cuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação na sociedade. O WHODAS 2.0 foi testado em diferentes

culturas e está disponível em mais de 30 idiomas. Estudos realizados durante seu desenvolvimento abrangeram 19 países, com populações e níveis de saúde distintos¹³. Dentre as suas potencialidades, destacam-se a correlação direta com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a disponibilidade de propriedades psicométricas sólidas. Existem 3 versões do WHODAS 2.0: 36 itens, 12 itens e outra de 12 com mais 24 itens. Para este estudo optou-se pela aplicação do instrumento na sua versão completa com 36 itens, objetivando uma melhor leitura e compreensão dos resultados.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa, mediante parecer de número 3.212.748.

Análise dos Dados

Os questionários foram digitados utilizando-se dupla entrada como forma de checagem e consistência interna dos dados. Em seguida, procedeu-se com o ajuste do banco de dados para a correção de inconsistências no WHODAS 2.0, conforme sugerido por Castro²³.

As características da amostra foram apresentadas mediante distribuições de frequências simples para todas as variáveis nominais. As variáveis numéricas foram apresentadas em medianas e intervalos interquartis. Em seguida, procedeu-se com a análise bivariada utilizando os testes de Mann-Whitney para as variáveis dicotômicas e Kruskal-Wallis para as variáveis com mais de duas categorias, devido a sua distribuição não paramétrica. As variáveis que apresentaram significância estatística de até 20% foram levadas para o modelo final utilizando a Análise de Regressão Negativa Binomial. Os Intervalos de Confiança, bem como o *Incidence-rate ratios* e p-valor foram apresentados para os modelos bruto e ajustados. Utilizou-se o *software* Stata® versão 12.0 para as análises.

RESULTADOS

A maioria da população de estudo é do sexo feminino (67%), com maior frequência na faixa etária dos 60 a 70 anos (33,5%). Apenas 10,5% apresentaram idade superior a 80 anos. Quanto ao nível de escolaridade, 51% possuem o ensino fundamental completo e 14,1% declararam-se analfabetos. Mais da metade dos participantes (53,5%) possuem renda mensal de até 1 salário mínimo e mais de dois terços são aposentados ou pensionistas (TABELA 1).

A Tabela 2 apresenta os aspectos clínicos e de comorbidade. Mais da metade dos participantes (51,1%) possuem descompensação clínica em pelo menos uma comorbidade. Pouco mais de 69% foram diagnosticados com duas ou mais comorbidades e 60% utilizam de 1 a 4 medicamentos diários. Aproximadamente 12% dos entrevistados referiram uso frequente

de bebidas alcoólicas e tabagismo. Pouco mais de um terço (36,4%) referiu prática regular de alguma atividade física (TABELA 2).

As medianas e amplitudes interquartis de cada um dos seis domínios avaliados pelo WHODAS 2.0 foram apresentados na Tabela 3. Observa-se que os participantes apresentaram maior dificuldade para a realização de atividades relacionadas aos domínios mobilidade e participação na comunidade. Nos domínios do autocuidado e das relações interpessoais não se observou redução da funcionalidade. A mediana da pontuação total mostra que, de forma geral, há entre os idosos entrevistados baixo nível de incapacidade (TABELA 3).

A tabela 4 demonstra a distribuição das medianas e variâncias dos escores do WHODAS segundo os fatores socioeconômicos, aspectos clínicos e de comorbidades nos idosos participantes da pesquisa. Dentre as características socioeconômicas, a idade apresentou associação estatisticamente significativa para todos os domínios do WHODAS ($p < 0,01$). O nível de escolaridade foi associado aos domínios de cognição ($p < 0,01$), trabalho e atividades escolares ($p < 0,01$), atividades da vida diária ($p < 0,01$), participação ($p < 0,01$) e no domínio total ($p < 0,01$). Com relação aos aspectos clínicos, os entrevistados que apresentaram descompensação clínica para alguma comorbidade obtiveram piores desempenhos nos domínios autocuidado ($p < 0,05$), atividades escolares e de trabalho ($p < 0,05$), atividades da vida ($p < 0,05$), participação ($p < 0,05$) e no domínio total ($p < 0,01$). O número de comorbidades associou-se ao declínio das relações pessoais ($p < 0,01$), participação ($p < 0,01$) e total ($p < 0,01$). O número de medicamentos apresentou associação em quase todos os domínios do WHODAS ($p < 0,01$), com exceção das atividades de autocuidado e relações interpessoais (TABELA 4).

A Tabela 5 apresenta a análise de regressão negativa binomial para os modelos bruto e ajustados. No modelo final, ser do sexo masculino aumentou em quase duas vezes (IRR:1,98; IC95%: 1,28 - 3,06) a probabilidade de comprometimento da funcionalidade. Os entrevistados com mais de 80 anos apresentaram 72% a mais de chances de terem sua funcionalidade comprometida (IRR:1,72; IC95%: 1,12 - 3,20). Observou-se ainda que quanto menor o nível de escolaridade, maiores são as chances de comprometimento da funcionalidade. Neste sentido, os analfabetos possuem 3,65 (IC95%: 1,67 - 7,98) mais chances de apresentar algum comprometimento da funcionalidade quando comparados aos entrevistados que possuem nível superior (TABELA 5).

DISCUSSÃO

Nossos resultados evidenciaram associações importantes entre os níveis de escolaridade e o comprometimento da funcionalidade em idosos. Estes achados são de grande

relevância, sobretudo por dois aspectos: demonstra que a funcionalidade pode ser comprometida por diversos fatores que vão para além da dimensão física/motora, enfatizando o seu carácter complexo e multidimensional; reforça a hipótese de que fatores relacionados às desigualdades sociais contribuem significativamente para a diminuição da funcionalidade, sobretudo nos países em desenvolvimento^{8,18,24}. Outros estudos realizados em idosos no Brasil também identificaram a influência de características relacionadas às dimensões socioeconômicas como escolaridade, renda e gênero com o comprometimento da funcionalidade^{25,26}.

Nossa pesquisa demonstrou que homens com idade acima de 80 anos apresentaram maiores chances para o comprometimento da funcionalidade. Esse dado corrobora com relatório produzido pela OMS onde afirma que embora as pessoas estejam vivendo mais, elas não estão necessariamente mais saudáveis²⁷. Dentre os fatores explicativos, a redução da funcionalidade foi associada a uma diminuição da independência e autonomia para a realização das atividades da vida diária. Neste sentido, estudo realizado com 262 idosos em Portugal demonstrou que ser do sexo masculino com idade igual ou superior a 85 anos apresentou associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para a ocorrência de acidentes domésticos como quedas²⁸. Outra pesquisa realizada em Mato Grosso com 377 idosos usuários da APS evidenciou que os participantes com mais de 80 anos, sendo 60,2% do sexo feminino, estavam mais susceptíveis a vulnerabilidades quando comparados com as demais faixas etárias²⁹. O conjunto destas informações apresenta potencial para contribuir com a APS, sobretudo na identificação de grupos de idosos mais vulneráveis. Com isso, ampliam-se as possibilidades de intervenções multiprofissionais com o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de acidentes nesta população.

Neste estudo, os indivíduos que apresentaram descompensação clínica para alguma comorbidade foram associados à diminuição da funcionalidade, pois as agudizações de uma doença são capazes de promover limitações e redução do desempenho na realização de algumas tarefas. Esses achados são compatíveis aos identificados em estudos semelhantes realizados em Portugal²⁸ e no Brasil³⁰. Além disso, vão ao encontro de outras pesquisas que relacionaram o envelhecimento à maior prevalência de doenças crônicas e incapacidade para a realização das atividades da vida diária. Nos Estados Unidos, pesquisa realizada com 1604 idosos evidenciou que os participantes que apresentavam doenças crônicas graves obtiveram maiores chances de redução da funcionalidade³¹. Na Suécia, a diminuição da capacidade funcional foi associada à ocorrência de doenças crônicas como depressão³².

O uso de medicamentos foi associado à um maior comprometimento da funcionalidade entre os participantes desta pesquisa. Este resultado é de grande relevância, tendo em vista que pouco mais de 85% dos idosos no Brasil apresenta pelo menos uma doença crônica³³. Além disso, a polifarmácia impacta negativamente na qualidade de vida desta população. Pesquisa realizada com 150 idosos no Hospital Universitário Gondar, na Etiópia, demonstrou que a polifarmácia foi associada à piora da qualidade de vida em 75,3% dos participantes³⁴. A polifarmácia também mostrou-se associada à maior vulnerabilidade em idosos no Mato Grosso, pois os idosos ficam mais suscetíveis aos efeitos adversos das medicações e interações entre os diferentes tipos de medicamentos³⁵.

Nosso estudo chama atenção ainda para a associação entre o sedentarismo e a perda da funcionalidade entre idosos. Neste quesito, pesquisa realizada com 1395 idosos na Finlândia demonstrou que idosos inativos apresentaram baixos níveis de funcionalidade quando comparados com os que praticavam atividade física pelo menos duas vezes por semana³⁶. No Brasil, outro estudo realizado em 6 municípios do país evidenciou que além do sedentarismo, a baixa renda familiar também foi associada à diminuição da capacidade funcional³⁷.

Por outro lado, a prática de atividades físicas regulares vem demonstrando um impacto positivo na melhoria da qualidade de vida e na redução do consumo de medicamentos de uso contínuo em idosos. A literatura é ampla também em demonstrar que a adoção de programas de exercícios físicos é eficiente na prevenção de perdas funcionais e cognitivas³⁸. Uma revisão sistemática com objetivo de identificar as intervenções mais eficazes em melhorar o desempenho físico de idosos analisou 10 artigos e concluiu que treinamento de resistência melhora a força e massa muscular. O treinamento de resistência e equilíbrio reduziram os episódios de quedas e melhoram os sintomas físicos associados à fragilidade e a combinação de exercícios físicos variados melhorou significativamente mobilidade, equilíbrio, massa corporal e funcionalidade³⁹. Uma metanálise examinou 13 estudos clínicos, com o objetivo de conhecer a ação de exercícios físicos sobre o estado cognitivo de pacientes diagnosticados com demência. A maioria dos estudos participantes elegeram o exercício aeróbico nas intervenções e concluiu-se que houve melhora significativa no estado cognitivo dos participantes⁴⁰.

O conjunto destes achados reforça a importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças como estratégias eficazes para a manutenção da funcionalidade em idosos. Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde assume um papel estratégico, tendo em vista o amplo espectro de atividades multiprofissionais que podem ser desenvolvidas para esta população. Por outro lado, cabe aos profissionais o desafio de trabalharem de maneira a

estimular mais a realização destas atividades, buscando introduzir uma cultura saudável, para além da medicação.

Este estudo apresenta como pontos fortes a utilização do instrumento Whodas 2.0, um questionário confiável para aferição de incapacidade, que pode ser usado em diferentes condições de saúde e aplicado em uma amostra de bom tamanho. No entanto, há limitações dessa amostra, como ter sido escolhida por conveniência e ser composta de usuários de apenas uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município.

CONCLUSÃO

Nossos resultados chamam a atenção para o complexo desafio colocado para o SUS de modo geral, e para a Atenção Primária em Saúde em específico, no que tange ao cuidado em saúde da pessoa idosa. Dentre os principais aspectos observados, chama a atenção a influência da baixa escolaridade associada à diminuição da funcionalidade. Esta variável pode ser observada como um indicador indireto do impacto das desigualdades sociais para as condições de envelhecimento e funcionalidade nesta população.

Outro aspecto importante neste estudo, refere-se à associação entre doenças crônicas e perda da funcionalidade na população idosa. Este achado é especialmente importante para a APS, pois reforça o seu papel de atuar na realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Neste sentido, diversas pesquisas já demonstraram a eficácia do trabalho realizado por equipes multiprofissionais, sobretudo envolvendo a participação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para a melhoria da funcionalidade, controle de comorbidades e diminuição do uso de medicamentos de uso contínuo entre os idosos.

Por fim, nossos achados reforçam a importância da prática de atividade física regular para o envelhecimento saudável. Nesse cenário de envelhecimento populacional é necessário atentarmos para as necessidades em saúde da população idosa. É importante, portanto, a adequação dos serviços de saúde, o conhecimento e prática do Estatuto do Idoso, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, bem como outras políticas que favoreçam práticas capazes de proporcionar à população um envelhecimento bem sucedido.

Tabela 1 - Características sociodemográficas em idosos atendidos em Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Fortaleza/Ceará, 2019

Variáveis	N (170)	%
Sexo		
Masculino	56	32,94
Feminino	114	67,06
Idade		
60 – 70	95	55,88
71 – 80	57	33,53
>80	18	10,59
Raça		
Branco	48	28,24
Pardo	110	64,71
Negro	12	7,06
Escolaridade		
Analfabeto	24	14,12
Fundamental completo	87	51,18
Médio completo	37	21,76
Superior	22	12,94
Estado civil		
Solteiro/Separado	64	37,65
Casado/União Estável	73	42,94
Viúvo	33	19,41
Situação de moradia		
Sozinho	24	14,12
Com cônjuge	33	19,41
Com familiares	113	66,47
Religião		
	165	97,06
Renda mensal		
Até 1 SM	91	53,53
De 1 a 3 SM	57	33,53
> 3 SM	32	12,94
Beneficiário do Bolsa Família		
	5	2,94
Situação ocupacional		
Empregado	6	3,53
Autônomo	11	6,47
Aposentado/Pensionista	140	82,35
Desempregado	13	7,65

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 - Aspectos clínicos, comorbidades e hábitos de vida em idosos atendidos em Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Fortaleza/Ceará, 2019

Variáveis	N (170)	%
Descompensação clínica para alguma comorbidade	87	51.18
Número de comorbidade*		
1	41	28.28
2	54	37.24
3	32	22.07
≥ 4	18	12.41
Quantidade de medicamentos em uso		
Nenhum	24	14.12
De 1 a 4	102	60.00
≥ 5	44	25.88
Hábitos de vida		
Pratica atividade física regular	62	36.47
Tabagista	21	12.35
Uso de bebida alcoólica frequente	22	12.94

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3 - Medianas e Amplitudes Interquartis dos Domínios do WHODAS 2.0 em idosos atendidos em Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Fortaleza/Ceará, 2019

Domínios do WHODASS	N	Mediana	IQR
Cognição	170	10	20
Mobilidade	170	18,75	37,5
Autocuidado	170	0	10
Relações interpessoais	170	0	16,6
Atividades domésticas	170	10	40
Atividades escolares e de trabalho	170	14,28	25
Atividades de vida	170	12,5	29,17
Participação	170	18,75	29,17
Total	170	14,15	16,09

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 4: Distribuição de medianas e variâncias dos escores do WHODAS 2.0 segundo fatores socioeconômicos, aspectos clínicos e de comorbidades em idosos atendidos em Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Fortaleza/Ceará, 2019

Variáveis	Cognição	Mobilidade	Autocuidado	Relações Interpessoais	Atividades Domésticas	Atividades Escolares e de Trabalho	Atividades de Vida	Participação	Total
Sexo	<0,05	<0,05	0,34	0,78	<0,05	0,75	0,07	<0,05	<0,05
Masculino	15 (330,94)	25 (533,43)	0 (168,60)	0 (254,79)	20 (715,48)	10,71 (472,10)	16,66 (481,05)	25 (389,79)	17,45 (244,43)
Feminino	7,5 (196,10)	12,5 (411,12)	0 (195,55)	0 (160,15)	0 (431,68)	14,28 (375,56)	8,33 (340,54)	12,5 (354,61)	10,37 (183,30)
Idade	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
60 - 70	10 (242,01)	6,25 (498,73)	0 (164,88)	0 (127,06)	0 (496,30)	7,14 (284,49)	8,33 (297,53)	16,66 (392,23)	12,26 (192,96)
71 - 80	10 (300,25)	18,75 (408,93)	0 (186,27)	0 (181,05)	10 (525)	14,28 (373,44)	12,5 (325,48)	16,66 (333,78)	16,98 (168,34)
>80	25 (470,99)	32,37 (533,08)	15 (188,23)	8,33 (735,29)	45 (1236,92)	28,57 (967,88)	35,41 (1004,67)	33,33 (402,82)	26,41 (407,91)
Race/colour	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Branco	10 (178,01)	21,87 (455,45)	0 (154,60)	0 (232,43)	10 (524,42)	7,14 (354,76)	12,5 (318,37)	16,66 (262,72)	16,50 (160,60)
Pardo	10 (350,96)	12,5 (511,49)	0 (171,15)	8,33 (236,21)	10 (673,13)	14,28 (455,99)	12,5 (468,39)	16,66 (407,55)	14,15 (253,07)
Negro	17,5 (252,08)	21,87 (656,96)	0 (342,42)	0 (77,33)	0 (1075)	21,42 (607,21)	12,5 (708,12)	35,41 (602,37)	20,75 (290,83)
Escolaridade	<0,01	-	-	-	-	<0,01	<0,01	-	<0,01
Analfabeto	15 (436,54)	15,65 (602,85)	0 (179,71)	0 (489,00)	20 (851,99)	14,28 (786,65)	14,58 (737,72)	22,91 (428,61)	17,92 (372,63)
Fundamental completo	10 (294,83)	18,75 (450,49)	0 (188,63)	8,33 (170,70)	10 (525,20)	21,46 (315,26)	16,66 (302,99)	25 (384,65)	17,45 (183,25)
Médio completo	10 (248,53)	12,5 (677,37)	0 (201,20)	0 (167,87)	10 (865,76)	7,14 (440,41)	8,33 (549,42)	16,66 (357,49)	12,26 (253,07)
Superior	0 (148,53)	6,25 (272,67)	0 (109,95)	0 (246,66)	0 (541,99)	0 (518,59)	4,16 (448,98)	12,5 (332,82)	8,01 (179,09)

Estado civil	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Solteiro/Separado	10 (377,95)	15,65 (478,32)	0 (138,09)	0 (337,42)	10 (727,75)	14,28 (552,67)	12,5 (548,00)	25 (443,66)	15,56 (279,59)
Casado/União Estável	10 (271,54)	18,75 (435,02)	0 (233,37)	8,33 (147,89)	10 (573,17)	14,28 (342,85)	12,5 (337,45)	20,83 (359,60)	14,15 (191,75)
Viúvo	15 (207,00)	18,75 (708,22)	0 (131,81)	0 (173,34)	10 (687,12)	7,14 (444,39)	8,33 (482,98)	12,5 (278,6)	13,20 (224,00)
Situação de moradia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sozinho	15 (366,98)	18,75 (537,53)	0 (172,28)	0 (54,34)	10 (630,25)	14,28 (372,57)	14,58 (404,08)	18,75 (410,50)	18,39 (202,91)
Com cônjuge	10 (307,85)	18,75 (395,06)	0 (172,91)	8,33 (127,44)	10 (543,93)	14,28 (242,73)	16,66 (249,86)	25 (201,13)	16,98 (154,47)
Com familiares	10 (281,17)	18,75 (532,76)	0 (182,58)	8,33 (277,20)	10 (686,99)	14,28 (515,73)	12,5 (508,75)	16,66 (437,77)	13,20 (259,75)
Religião	0,16	0,52	0,16	0,67	0,65	0,56	0,44	0,59	0,37
Sim	5 (107,50)	18,75 (324,21)	0 (181,20)	0 (118,0)	10 (430)	7,14 (117,34)	8,33 (220,48)	25 (532,98)	11,32 (200,51)
Não	10 (300,00)	18,75 (509,62)	0 (0)	0 (226,61)	10 (659,49)	14,28 (447,02)	12,5 (446,80)	16,66 (382,39)	15,09 (230,59)
Renda mensal	-	-	-	-	-	-	-	<0,01	-
Até 1 SM	10 (337,42)	18,75 (544,58)	0 (189,03)	8,33 (254,00)	10 (670,03)	14,28 (461,77)	12,5 (462,66)	25 (378,40)	16,98 (250,19)
De 1 a 3 SM	15 (228,14)	18,75 (477,21)	0 (169,61)	0 (123,22)	10 (566,04)	14,28 (366,54)	12,5 (362,70)	12,5 (365,67)	14,15 (173,82)
> 3 SM	5 (291,17)	9,37 (380,14)	0 (163,63)	8,33 (348,27)	10 (852,16)	7,14 (552,16)	8,33 (579,19)	12,5 (341,81)	7,54 (273,26)
Beneficiário do Bolsa Família	0,70	0,85	0,16	0,71	0,12	0,35	0,16	0,13	0,41
Sim	10 (303,09)	18,75 (512,96)	0 (181,20)	0 (229,15)	10 (658,41)	14,28 (445,15)	12,5 (445,63)	20,83 (388,35)	15,09 (233,77)
Não	10 (87,50)	31,25 (246,09)	0 (0)	8,33 (13,88)	0 (320)	0 (193,87)	0 (211,80)	8,33 (116,31)	12,26 (43,43)
Situação ocupacional	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Empregado	10 (134,16)	6,25 (84,63)	-	-	5 (160)	0 (74,83)	4,16 (87,96)	12,5 (97,22)	5,66 (42,00)
Autônomo	10 (119,09)	6,25 (495,73)	0 (125,45)	0 (45,45)	0 (736,36)	7,14 (408,16)	8,33 (482,00)	29,16 (317,23)	14,15 (208,98)

Aposentado/Pensionista	10 (301,04)	18,75 (476,65)	0 (163,30)	4,16 (242,14)	10 (654,45)	14,28 (457,12)	12,5 (447,04)	18,75 (372,10)	15,56 (217,86)
Desempregado	25 (397,75)	12,5 (948,01)	0 (466,66)	8,33 (214,56)	10 (826,92)	14,28 (457,12)	12,5 (490,11)	20,83 (689,10)	14,15 (416,57)
Tabagista	<0,05	<0,05	<0,05	0,82	0,17	0,17	0,13	0,39	<0,05
Sim	15 (281,10)	18,75 (507,35)	0 (195,35)	0 (238,99)	10 (678,35)	7,14 (299,07)	12,5 (464,14)	20,83 (384,59)	16,98 (231,28)
Não	5 (401,19)	6,25 (396,94)	0 (9,04)	8,33 (114,41)	0 (424,76)	14,28 (456,22)	8,33 (245,86)	16,66 (388,88)	7,54 (195,07)
Uso de bebida alcoólica frequente	<0,05	<0,05	0,54	0,60	0,09	0,52	0,26	0,76	0,12
Sim	15 (260,73)	18,75 (511,44)	0 (183,42)	0 (227,66)	10 (670,69)	10,71 (325,11)	12,5 (458,43)	20,83 (380,82)	16,50 (228,96)
Não	0 (544,58)	0 (366,95)	0 (140,25)	0 (198,41)	0 (491,99)	14,28 (456,12)	8,33 (310,43)	16,66 (426,02)	10,37 (225,68)
Pratica atividade física regular	0,15	<0,05	0,18	0,91	<0,05	<0,05	<0,05	<0,01	<0,01
Sim	10 (167,58)	6,25 (360,18)	0 (67,37)	0 (187,80)	10 (513,51)	7,14 (337,81)	8,33 (334,93)	12,5 (260,98)	12,26 (140,25)
Não	15 (363,05)	25 (550,56)	0 (234,50)	0 (245,01)	10 (710,34)	14,28 (466,33)	16,66 (47,44)	25 (409,72)	17,92 (260,37)
Número de comorbidades	-	-	-	<0,01	-	-	-	<0,01	<0,01
1	10 (208,47)	12,5 (417,77)	0 (104,87)	0 (164,97)	20 (454,75)	14,28 (309,79)	12,5 (287,98)	16,66 (286,64)	15,09 (165,37)
2	10 (313,20)	18,75 (453,13)	0 (197,65)	0 (207,50)	10 (727,74)	14,28 (418,36)	12,5 (472,76)	16,66 (458,20)	12,73 (219,08)
3	15 (327,01)	31,25 (514,38)	0 (277,01)	8,33 (160,17)	20 (696,67)	21,42 (503,15)	25 (434,51)	29,16 (323,54)	19,81 (215,57)
≥ 4	10 (471,97)	21,87 (466,32)	0 (158,49)	8,33 (655,63)	25 (967,64)	21,42 (783,64)	27,08 (797,53)	29,16 (355,90)	17,92 (386,80)
Número de medicamentos	<0,01	<0,01	-	-	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Nenhum	10 (162,99)	0 (386,94)	0 (60,14)	0 (117,62)	0 (317,21)	3,57 (176,63)	8,33 (123,66)	12,5 (193,23)	8,01 (69,70)
1- 4	10 (245,87)	12,5 (484,25)	0 (169,29)	0 (165,15)	10 (581,55)	7,14 (400,99)	12,5 (415,42)	18,75 (384,92)	12,73 (217,10)

≥ 5	20 (447,04)	31,25 (472,61)	0 (255,60)	8,33 (400,81)	20 (854,96)	21,42 (554,29)	29,16 (542,00)	29,16 (396,06)	21,68 (269,01)
Descompensação clínica para alguma comorbidade	0,29	0,21	<0,05	0,15	0,37	<0,05	<0,05	<0,05	<0,01
Sim	10 (333,62)	18,75 (548,60)	0 (234,96)	8,33 (289,97)	10 (814,78)	21,42 (548,67)	16,66 (572,65)	25 (401,74)	17,92 (277,70)
Não	10 (255,96)	12,5 (451,34)	0 (110,66)	0 (146,99)	10 (470,14)	7,14 (272,92)	8,33 (269,81)	12,5 (322,29)	12,26 (160,93)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5 - Regressão Binomial Negativa para os domínios do WHODAS 2,0

Domínios e Variáveis do Whodas	IRR	CI		<i>p</i>	IRR	CI		<i>p</i>
	Bruto	Limite inferior	Limite superior	valor	Ajustado	Limite inferior	Limite superior	valor
COGNIÇÃO								
Sexo								
Feminino	1				1			
Masculino	1,61	1,05	2,47	0,02	1,98	1,28	3,06	<0,01
Idade								
60 - 70	1				1			
71 - 80	1,15	0,74	1,78	0,52	-	-	-	-
>80	1,91	1,12	3,71	0,05	1,72	1,12	3,20	0,04
Número de medicamentos								
Nenhum	1				-	-	-	-
1- 4	1,13	0,62	2,04	0,68	-	-	-	-
≥ 5	1,75	0,90	3,39	0,09	-	-	-	-
Renda mensal								
> 3 SM	1							
De 1 a 3 SM	1,63	0,87	3,05	0,12	-	-	-	-
Até 1 SM	1,52	2,96	0,42	0,21	-	-	-	-
Escolaridade								
Superior	1				1			
Médio completo	2,75	1,27	5,92	0,01	2,18	1,09	4,37	0,02
Fundamental completo	2,00	1,07	3,73	0,02	2,25	1,23	4,14	<0,01
Analfabeto	1,75	0,86	3,53	0,11	3,65	1,67	7,98	<0,01
Descompensação Clínica								
Não	1							
Sim	1,20	0,80	1,80	0,36	-	-	-	-
ATIVIDADES DE VIDA								
Sexo								
Masculino	1							
Feminino	1,39	0,91	2,14	0,12	1,32	0,85	2,03	0,20
Bolsa Família								
Não	1							
Sim	2,12	0,63	7,13	0,22	1,96	0,58	6,61	0,27
Fuma								
Não	1							
Sim	1,50	0,81	2,78	0,19	1,47	0,79	2,71	0,21
Alcool								
Não	1							
Sim	1,36	0,74	2,49	0,31	-	-	-	-
AUTOUIDADO								
Bolsa Família								
Não	1							
Sim	1,43	-	-	0,99	-	-	-	-
ATIVIDADES DOMÉSTICAS								
Bolsa Família								
Não	1							
Sim	2,67	0,45	15,63	0,27	-	-	-	-
Fuma								
Não	1							
Sim	1,59	0,64	3,92	0,31	-	-	-	-
Alcool								

Não	1								
Sim	1,56	0,64	3,77	0,32	-	-	-	-	
ATIVIDADES ESCOLARES									
Bolsa Família									
Não	1								
Sim	1,81	0,41	7,93	0,42	-	-	-	-	
Fuma									
Não	1								
Sim	1,44	0,67	3,06	0,34	-	-	-	-	
MOBILIDADE									
Descompensação Clínica									
Não	1								
Sim	1,22	0,77	1,93	0,38	-	-	-	-	
RELAÇÃO INTERPESSOAL									
Descompensação Clínica									
Não	1								
Sim	1,52	0,77	2,98	0,22	-	-	-	-	
TOTAL									
Alcool									
Não	1								
Sim	1,28	0,87	1,88	0,20	-	-	-	-	

Fonte: Dados da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Organização Mundial da Saúde: Genebra, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/OMS-Envelhecimento-2015-port.pdf>> Acesso em: 30/11/2019
2. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults: present status and future implications. *Lancet*. 2015;385(9967):563-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8)
3. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saude Publica*. 2012;46 Suppl 1:100-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000059>
4. Virues-Ortega J, Vega S, Seijo-Martinez M, Saz P, Rodriguez F, Rodriguez-Laso A, de Las Heras SP, Mateos R, Martinez-Martin P, Mahillo-Fernandez I, Garre-Olmo J, Gascon J, Garcia-Garcia FJ, Fernandez-Martinez M, Bermejo-Pareja F, Bergareche A, Benito-Leon J, de Pedro-Cuesta J; Spanish Epidemiological Studies on Ageing Group. A protective personal factor against disability and dependence in the elderly: an ordinal regression analysis with nine geographically-defined samples from Spain. *BMC Geriatr*. 2017 Jan 31;17(1):42. doi: 10.1186/s12877-016-0409-9. PMID: 28143509; PMCID: PMC5286674.
4. Beard JR, Officer A, Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;387(10033):2145-54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
5. Porciúncula Rita de Cássia Román da, Carvalho Eduardo Freese de, Barreto Kátia Magdala Lima, Leite Valéria Moura Moreira. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 21]; 17(2): 315-325. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200315&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000200009>.
6. Lopes Lázara Montezano, Figueiredo Tácia Pires de, Costa Soraya Coelho, Reis Adriano Max Moreira. Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Nov [cited 2019 Nov 21]; 21(11): 3429-

3438. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103429&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.14302015>.

7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo [Internet]. Brasil. 2010. Available from: www.ibge.gov.br. 7. OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. v.41, n.10, 1995, p.403-409.

8. Cruz Danielle Teles da, Vieira Marcel de Toledo, Bastos Ronaldo Rocha, Leite Isabel Cristina Gonçalves. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 21]; 51: 106. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100295&lng=en. Epub Nov 17, 2017. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007098>.

9. Almeida Maria Irismar, Araújo Maria Fátima Maciel, Sintrain Maria Vieira de Lima, Cidrack, Marlene Lopes. *Saúde do idoso e qualidade de vida: investigação dos fatores determinantes*. Fortaleza, EdUECE, 2017.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(3):M146-57. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>

12. Llibre JJ, López AM, Valhuerdi A, Guerra M, Llibre-Guerra JJ, Sánchez YY, et al. Frailty, dependency and mortality predictors in a cohort of Cuban older adults, 2003-2011. *MEDICC Rev*. 2014;16(1):24-30.

13. Castro Shamyry Sulyvan, Leite Camila Ferreira, Baldin Juliana Elisa, Accioly Marilita Falangola. Validation of the Brazilian version of WHODAS 2.0 in patients on hemodialysis therapy. *Fisioter. mov.* [Internet]. 2018 [citado 2019 Nov 21]; 31: e003130. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502018000100222&lng=pt. Epub 23-Jul-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.031.ao30>

14. Carlozzi NE, Kratz AL, Downing NR, et al. Validity of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in individuals with Huntington disease (HD). *Qual Life Res* 2015; 24(8): 1963–1971.
15. Kucukdeveci AA, Kutlay S, Yildizlar D, et al. The reliability and validity of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS-II) in stroke. *Disabil Rehabil* 2013; 35(3): 214–220.
16. Magistrale G, Pisani V, Argento O, et al. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) in patients with multiple sclerosis. *Multi Scler* 2015; 21(4): 448–456.
17. Zhao HP, Liu Y, Li HL, et al. Activity limitation and participation restrictions of breast cancer patients receiving chemotherapy: Psychometric properties and validation of the Chinese version of the WHODAS 2.0. *Qual Life Res* 2013; 22(4): 897–906.
18. Ferrer Michele Lacerda Pereira, Perracini Monica Rodrigues, Rebusini Flávio, Buchalla Cassia Maria. WHODAS 2.0-BO: normative data for the assessment of disability in older adults. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado 2019 Nov. 21]; 53: 19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100216&lng=pt. Epub 31-Jan-2019. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000586>.
19. Pinto Junior Elzo Pereira, Silva Isnanda Tarcia da, Vilela Alba Benemerita Alves, Casotti Cezar Augusto, Pinto Francisco José Maia, Silva Marcelo Gurgel Carlos da. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 Nov 21]; 24(4): 404-412. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000400404&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600040229>.
20. Fortaleza (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018 - 2021 / Secretaria Municipal da Saúde. –Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.
21. Freitas Elisabeth Viana et al, Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2016

22. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistematica. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(12):3865-76. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>
23. Castro Shamyr, Leite Camila Ferreira, Coenen Michaela, Buchalla Cassia Maria. The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2 (WHODAS 2.0): remarks on the need to revise the WHODAS. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 21]; 35(7): e00000519. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000904001&lng=en. Epub July 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00000519>.
- 24 .GaleCR, CooperC, SayerAA. Prevalence of frailty and disability: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*. 2015;44(1):162-5. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu148>
25. Lopes Geovanna Lemos, Santos Maria Izabel Penha de Oliveira. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2019 Nov 21]; 18(1): 71-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100071&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14013>.
26. Paula AFM, Ribeiro LHM, D'Elboux MJ, Guariento ME. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria.
27. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global' [Internet]. Rio de Janeiro: Organização das Nações Unidas no Brasil; 07 nov 2014 [acesso em 2015 fev. 18]. Disponível em: <http://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global-2>
28. Fontes Ana Paula, Botelho Maria Amália, Fernandes Ana Alexandre. A funcionalidade dos mais idosos (>75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2013 Mar [cited 2019 Nov. 20]; 16(1): 91-107. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100010>.

29. Cabral Juliana Fernandes, Silva Ageo Mário Cândido da, Mattos Inês Echenique, Neves Ádila de Queiroz, Luz Laércio Lima, Ferreira Daniele Bittencourt et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 Sep [cited 2019 Nov 21]; 24(9): 3227-3236. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903227&lng=en. Epub Sep 09, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>.
30. Cruz Danielle Teles da, Vieira Marcel de Toledo, Bastos Ronaldo Rocha, Leite Isabel Cristina Gonçalves. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 23]; 51: 106. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100295&lng=en. Epub Nov 17, 2017. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007098>.
31. Fong, J.H. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. *BMC Geriatr* 19, 323 (2019) doi:10.1186/s12877-019-1348-z
32. Klompstra, L., Ekdahl, A.W., Krevers, B. et al. Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. *BMC Geriatr* 19, 187 (2019) doi:10.1186/s12877-019-1194-z
33. Martins Gabriela Aires, Acurcio Francisco de Assis, Franceschini Sylvia do Carmo Castro, Priore Silvia Eloiza, Ribeiro Andréia Queiroz. Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 Nov [cited 2019 Nov. 23]; 31(11): 2401-2412. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102401&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00128214>.
34. Tegegn HG, Erku DA, Sebsibe G, Gizaw B, Seifu D, Tigabe M, Belachew SA, Ayele AA. Medication-related quality of life among Ethiopian elderly patients with polypharmacy: A cross-sectional study in an Ethiopia university hospital. *PLoS One*. 2019 Mar 28;14(3):e0214191. doi: 10.1371/journal.pone.0214191. PMID: 30921379; PMCID: PMC6438590.
35. Almeida Natália Araujo de, Reiners Annelita Almeida Oliveira, Azevedo Rosemeiry Capriata de Souza, Silva Ageo Mário Cândido da, Cardoso Joana Darc Chaves, Souza

Luciane Cegati de. Prevalence of and factors associated with polypharmacy among elderly persons resident in the community. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2017 Fev [citado 2020 Jan 17]; 20(1): 138-148. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000100138&lng=pt.
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160086>.

36. Sulander, T. (2011). Association of functional capacity with health-related behaviour among the urban home-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), e11-e14. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.03.018>

37. Ribeiro Luciana Helena Martins, Neri Anita Liberalesso. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Aug [cited 2019 Nov 23]; 17(8): 2169-2180. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800027&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800027>.

38. Rodriguez-Larrad, A., Arrieta, H., Rezola, C. et al. Effectiveness of a multicomponent exercise program in the attenuation of frailty in long-term nursing home residents: study protocol for a randomized clinical controlled trial. *BMC Geriatr* 17, 60 (2017) doi:10.1186/s12877-017-0453-0

39. Kidd, T., Mold, F., Jones, C. et al. What are the most effective interventions to improve physical performance in pre-frail and frail adults? A systematic review of randomised control trials. *BMC Geriatr* 19, 184 (2019) doi:10.1186/s12877-019-1196-x

40. Jia, R., Liang, J., Xu, Y. et al. Effects of physical activity and exercise on the cognitive function of patients with Alzheimer disease: a meta-analysis. *BMC Geriatr* 19, 181 (2019) doi:10.1186/s12877-019-1175-2

5. CONCLUSÃO

Nossos resultados chamam a atenção para o complexo desafio colocado para o SUS de modo geral, e para a Atenção Primária em Saúde em específico, no que tange ao cuidado em saúde da pessoa idosa. Dentre os principais aspectos observados, chama a atenção a influência da baixa escolaridade associada à diminuição da funcionalidade. Esta variável pode ser observada como um indicador indireto do impacto das desigualdades sociais para as condições de envelhecimento e funcionalidade nesta população.

Outro aspecto importante neste estudo refere-se à associação entre doenças crônicas e perda da funcionalidade na população idosa. Este achado é especialmente importante para a APS, pois reforça o seu papel de atuar na realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Neste sentido, diversas pesquisas já demonstraram a eficácia do trabalho realizado por equipes multiprofissionais, sobretudo envolvendo a participação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para a melhoria da funcionalidade, controle de comorbidades e diminuição do uso de medicamentos de uso contínuo entre os idosos.

Por fim, nossos achados reforçam a importância da prática de atividade física regular para o envelhecimento saudável. Nesse cenário de envelhecimento populacional é necessário atentarmos para as necessidades em saúde da população idosa. É importante, portanto, a adequação dos serviços de saúde, o conhecimento e prática do Estatuto do Idoso, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, bem como outras políticas que favoreçam práticas capazes de proporcionar à população um envelhecimento bem sucedido.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcos Antonio Bettine de Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.: il.

ALMEIDA, Maria Irismar; ARAÚJO, Maria Fátima Maciel; SINTRAIN, Maria Vieira de Lima; CIDRACK, Marlene Lopes. Saúde do idoso e qualidade de vida: investigação dos fatores determinantes. Fortaleza, EdUECE, 2017.

AZEVEDO, Ana Lucia Soares de et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900017&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 17 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134812>.

BERZINS, Marília Viana; BORGES, Maria Cláudia. Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo, Martinari, 2012.

CAMPOS, Ana Cristina Viana; FERREIRA, Efigenia Ferreira e; VARGAS, Andréa Maria Duarte. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2221-2237, July 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702221&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014>.

CASTRO, Shamyra et al. The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2 (WHODAS 2.0): remarks on the need to revise the WHODAS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, e00000519, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000904001&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 09 dez. 2019. Epub 29-Jul-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00000519>.

CHAVES, Anety Souza et al. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. Rev. bras. geriatr. gerontol. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 545-556, Sept. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300545&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14043>.

CRUZ, Danielle Teles da et al. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 51, 106, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100295&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Jan. 2020. Epub Nov 17, 2017. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007098>.

GARCIA, Eduardo et al. *Essências em Geriatria Clínica*. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2018.

FERRETTI, Fatima et al. Qualidade do sono em idosos com e sem dor crônica. *BrJP*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 141-146, June 2018.

FONG, J.H. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. *BMC Geriatr* 19, 323 (2019) doi:10.1186/s12877-019-1348-z

FONTES, Ana Paula; BOTELHO, Maria Amália; FERNANDES, Ana Alexandre. A funcionalidade dos mais idosos (>75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 91-107, mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100010>.

FREITAS, Elisabeth Viana et al, *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 3ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2016.

GIL, Antônio Carlos, *Como elaborar projetos de pesquisa*/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002

KANSO, S. Causa de morte evitáveis para a população idosa. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENESP, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo [Internet]. Brasil. 2010. Available from: www.ibge.gov.br

JANINI, Janaina Pinto; BESSLER, Danielle; VARGAS, Alessandra Barreto de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 480-490, June 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200480&lng=en&nrm=iso>. acesso em 09 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002015>.

LENARDT, Maria Helena et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 69, n. 3, p. 478-483, June 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300478&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690309i>.

LINDEN JUNIOR, Eduardo; TRINDADE, Jorge Luiz de Andrade. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 473-479, Sept. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 09 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000300006>.

LOPES, Geovanna Lemos; SANTOS, Maria Izabel Penha de Oliveira. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 71-83, mar. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100071&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14013>.

MARTINS, Gabriela Aires et al. Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2401-2412, Nov. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102401&lng=en&nrm=iso>. acesso em 13 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00128214>.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. v.41, n.10, 1995, p.403-409.

OMS Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. acesso em 09 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

PEREIRA, Déborah Santana; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; SILVA, Carlos Antonio Bruno da. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 893-908, Dec. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400893&lng=en&nrm=iso>. acesso on 09 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14123>.

RIBEIRO Luciana Helena Martins, Neri Anita Liberalesso. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Aug [cited 2019 Nov 23]; 17(8): 2169-2180. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800027&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800027>.

SMS, Secretaria Municipal da Saúde. Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018 - 2021 / Secretaria Municipal da Saúde. –Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.

SULANDER, T. (2011). Association of functional capacity with health-related behaviour among the urban home-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), e11-e14. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.03.018>

TEGEGN HG, Erku DA, Sebsibe G, Gizaw B, Seifu D, Tigabe M, Belachew SA, Ayele AA. Medication-related quality of life among Ethiopian elderly patients with polypharmacy: A cross-sectional study in an Ethiopia university hospital. *PLoS One*. 2019 Mar 28;14(3):e0214191. doi: 10.1371/journal.pone.0214191. PMID: 30921379; PMCID: PMC6438590.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo, a participar da pesquisa intitulada **“FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE EM IDOSOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA”**. **Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar.**

Para que a pesquisa seja realizada, necessitamos que o Sr.(a) participe de uma entrevista, onde responderá a algumas perguntas sobre você, seu estado de saúde e sua qualidade de vida, sem nenhum custo financeiro para você.

Será aplicado dois instrumentos: o primeiro será o Mini Exame do Estado Mental, que atestará suas condições mentais de responder a entrevista. Esse instrumento de 30 pontos detecta perdas cognitivas. O segundo instrumento consta de um questionário de 14 itens para a caracterização de aspectos sociais, culturais e econômicos, 3 itens para identificação de aspectos relacionados à sua saúde e o questionário WHODAS 2.0, um instrumento desenvolvido pela OMS, com a finalidade de avaliar sua qualidade de vida através da análise de seis domínios de vida: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação na sociedade. Será aplicada a versão de 36 itens do WHODAS 2.0 administrada por entrevistador, pois é a mais completa e para indivíduos idosos a entrevista evita a dificuldade de leitura e compreensão. O tempo necessário para execução da entrevista é em torno de 40 minutos. Este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida, aspectos clínicos e funcionais em idosos usuários de uma unidade básica de saúde do Município de Fortaleza, ou seja, ou seja avaliar a qualidade de vida considerando aspectos da sua saúde e da sua capacidade de executar atividades de vida diária.

A participação na pesquisa, não irá lhe expor a nenhum risco que possa comprometer a sua saúde, havendo apenas a possibilidade de desconfortos relacionados a responder o formulário. No entanto, com a finalidade de reduzir o risco, a entrevista será executada por um profissional qualificado que estará à disposição para realizar quaisquer esclarecimentos necessários e poderá ser interrompida a qualquer momento que o (a) senhor (a) desejar. O principal benefício será de contribuir para a compreensão de como os idosos avaliam sua qualidade de vida, identificando ainda fatores clínicos e funcionais para que seja possível desenvolver ações direcionadas à saúde da população idosa e atividades voltadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde com vistas a um envelhecimento ativo.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608. Bloco Didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo. Fortaleza, Ceará Brasil. CEP: 60.430-140
Telefones para contato: (85) 988471687
E-mail: chris.mtabosa@gmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O participante _____ abaixo assinado, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza-CE, ____ / ____ / ____

 Nome do participante da pesquisa

 Assinatura do participante da pesquisa

 Nome da testemunha (se o participante não souber ler)

 Assinatura da testemunha (se o participante não souber ler)

 Nome do pesquisador

 Assinatura do pesquisador

Nome do profissional que aplicou o TCLE

Assinatura do profissional que aplicou o TCLE

<input type="checkbox"/> Acima de 5 até 15 salários mínimos <input type="checkbox"/> Acima de 15 salários mínimos
10. Recebe Bolsa Família? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
11. Mora com quem? <input type="checkbox"/> Sozinho(a) <input type="checkbox"/> Com cônjuge <input type="checkbox"/> Com familiares <input type="checkbox"/> Com amigos
12. Fuma? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
13. Inger bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
14. Faz atividade física? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim -> Qual?

ASPECTOS CLÍNICOS
16. Comorbidades: <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia ou hipertrigliceridemia <input type="checkbox"/> Infarto do Miocárdio prévio <input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico prévio <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Síndrome demencial <input type="checkbox"/> Doença da tireoide <input type="checkbox"/> Doença respiratória (asma, bronquite, DPOC) <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas (AR, LES, Espondilite Anquilosante...) <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Outras doenças oftalmológicas (Glaucoma, retinopatias...) <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica <input type="checkbox"/> Outras Quais?
18. Descompensação clínica em alguma das comorbidades referidas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
19. Medicamentos em uso: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 a 4 medicações <input type="checkbox"/> ≥ 5 medicações

ANEXO – A QUESTIONÁRIO WHODAS

**WHODAS 2.0**

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Este questionário contém a versão de 36 itens do WHODAS 2.0 aplicado por entrevista.

Instruções para os entrevistadores estão escritas em negrito e itálico – não leia em voz alta.

O texto a ser lido para o entrevistado está escrito

em letra padrão azul.

Leia este texto em voz alta

Seção 1 Folha de rosto

Complete os itens F1-F5 antes de iniciar cada entrevista			
F1	Número da identidade do entrevistado		
F2	Número da identidade do entrevistador		
F3	Momento da avaliação (1, 2, etc.)		
F4	Data da entrevista	_____	_____
		dia	mês
F5	Condição em que vive no momento da entrevista (marque apenas uma alternativa)	Independente na comunidade	1
		Vive com assistência	2
		Hospitalizado	3



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção 2 Informações gerais e demográficas

Esta entrevista foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhor compreender as dificuldades que as pessoas podem ter em decorrência de sua condição de saúde. As informações que você fornecer nessa entrevista são confidenciais e serão usadas exclusivamente para pesquisa. A entrevista terá duração de 15-20 minutos.

Para respondentes da população em geral (não a população clínica) diga:

Mesmo se você for saudável e não tiver dificuldades, eu preciso fazer todas as perguntas do questionário para completar a entrevista.

Eu vou começar com algumas perguntas gerais.

A1	Anote o sexo da pessoa conforme observado	Feminino	1
		Masculino	2
A2	Qual sua idade?	_____ anos	
A3	Quantos anos no total você passou estudando em escola, faculdade ou universidade?	_____ anos	
A4	Qual é o seu estado civil atual? (Escolha a melhor opção)	Nunca se casou	1
		Atualmente casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viúvo(a)	5
		Mora junto	6
A5	Qual opção descreve melhor a situação da sua principal atividade de trabalho? (Escolha a melhor opção)	Trabalho remunerado	1
		Autônomo(a), por exemplo, é dono do próprio negócio ou trabalha na própria terra	2
		Trabalho não remunerado, como trabalho voluntário ou caridade	3
		Estudante	4
		Dona de casa	5
		Aposentado(a)	6
		Desempregado(a) (por problemas de saúde)	7
		Desempregado(a) (outras razões)	8
		Outros (especifique)	9



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção 3 Introdução

Diga ao(à) respondente:

A entrevista é sobre as dificuldades que as pessoas têm por causa de suas condições de saúde.

Dê o cartão resposta nº1 ao(à) respondente e diga:

Por condições de saúde quero dizer doenças ou enfermidades, ou outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração; lesões; problemas mentais ou emocionais; e problemas com álcool ou drogas.

Lembre-se de considerar todos os seus problemas de saúde enquanto responde às questões. Quando eu perguntar sobre a dificuldade em fazer uma atividade pense em ...

Aponte para o cartão resposta nº1 e explique que a “dificuldade em fazer uma atividade” significa:

- Esforço aumentado
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alterações no modo de você fazer a atividade.

Diga ao(à) respondente:

Quando responder, gostaria que você pensasse nos últimos 30 dias. Eu gostaria ainda que você respondesse essas perguntas pensando em quanta dificuldade você teve, em média, nos últimos 30 dias, enquanto você fazia suas atividades como você costuma fazer.

Dê o cartão resposta nº2 ao(à) respondente e diga:

Use essa escala ao responder.

Leia a escala em voz alta:

Nenhuma, leve, moderada, grave, extrema ou não consegue fazer.

Certifique-se de que o(a) respondente possa ver facilmente os cartões resposta nº1 e nº2 durante toda a entrevista.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Seção 4 Revisão dos domínios

Domínio 1 Cognição

Eu vou fazer agora algumas perguntas sobre [compreensão e comunicação](#).

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2 para o(a) respondente

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.1	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	1	2	3	4	5
D1.2	Lembrar-se de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
D1.3	Analisar e encontrar soluções para problemas do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D1.4	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
D1.5	Compreender de forma geral o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
D1.6	Começar e manter uma conversa?	1	2	3	4	5

Domínio 2 Mobilidade

Agora vou perguntar para você sobre dificuldades de locomoção e/ou movimentação.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.1	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2	Levantar-se a partir da posição sentada?	1	2	3	4	5
D2.3	Movimentar-se dentro de sua casa?	1	2	3	4	5
D2.4	Sair da sua casa?	1	2	3	4	5
D2.5	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Domínio 3 Auto-cuidado

Agora eu vou perguntar a você sobre as dificuldades em cuidar de você mesmo(a).

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.1	Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
D3.2	Vestir-se?	1	2	3	4	5
D3.3	Comer?	1	2	3	4	5
D3.4	Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?	1	2	3	4	5

Domínio 4 Relações interpessoais

Agora eu vou perguntar a você sobre dificuldades nas relações interpessoais. Por favor, lembre-se que eu vou perguntar somente sobre as dificuldades decorrentes de problemas de saúde. Por problemas de saúde eu quero dizer doenças, enfermidades, lesões, problemas emocionais ou mentais e problemas com álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.1	Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
D4.2	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
D4.3	Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?	1	2	3	4	5
D4.4	Fazer novas amizades?	1	2	3	4	5
D4.5	Ter atividades sexuais?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Domínio 5 Atividades de vida

5(1) Atividades domésticas

Eu vou perguntar agora sobre atividades envolvidas na manutenção do seu lar e do cuidado com as pessoas com as quais você vive ou que são próximas a você. Essas atividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus pertences.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Por causa de sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.1	Cuidar das suas <u>responsabilidades domésticas</u> ?	1	2	3	4	5
D5.2	Fazer <u>bem</u> as suas tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
D5.3	Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na <u>velocidade</u> necessária?	1	2	3	4	5

Se qualquer das respostas de D5.2-D5.5 for maior que "nenhuma" (codificada como "1"), pergunte:

D5.01	Nos últimos 30 dias, quantos dias você reduziu ou deixou de fazer as <u>tarefas domésticas</u> por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
-------	--	-------------------------------------

Se o(a) respondente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.10 na próxima página. Caso contrário, pule para D6.1 na página seguinte.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

5(2) Atividades escolares ou do trabalho

Agora eu farei algumas perguntas sobre suas atividades escolares ou do trabalho.

Mostre cartões resposta nº1 e nº2

Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.5	Suas atividades diárias do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar <u>bem</u> as atividades <u>mais</u> importantes do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.7	<u>Fazer</u> todo o trabalho que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.8	Fazer todo o trabalho na <u>velocidade</u> necessária?	1	2	3	4	5
D5.9	Você já teve que <u>reduzir a intensidade</u> do trabalho por causa de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2
D5.10	Você <u>ganhou menos dinheiro</u> como resultado de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2

Se qualquer das respostas de D5.5-D5.8 for maior que "nenhuma" (codificada como "1"), pergunte:

D5.02	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você <u>deixou de trabalhar por meio dia ou mais</u> por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
-------	--	-------------------------------------

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Domínio 6 Participação

Agora, eu vou perguntar a você sobre sua participação social e o impacto dos seus problemas de saúde sobre você e sua família. Algumas dessas perguntas podem envolver problemas que ultrapassam 30 dias, entretanto, ao responder, por favor, foque nos últimos 30 dias. De novo, quero lembrar-lhe de responder essas perguntas pensando em problemas de saúde: físico, mental ou emocional, relacionados a álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.1	Quanta dificuldade você teve ao <u>participar em atividades comunitárias</u> (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
D6.2	Quanta dificuldade você teve por causa de <u>barreiras ou obstáculos</u> no mundo à sua volta?	1	2	3	4	5
D6.3	Quanta dificuldade você teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das atitudes e ações de outros?	1	2	3	4	5
D6.4	Quanto <u>tempo</u> você gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto <u>você</u> tem sido <u>emocionalmente afetado</u> por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto a sua saúde tem <u>prejudicado financeiramente</u> você ou sua família?	1	2	3	4	5
D6.7	Quanta dificuldade sua <u>família</u> teve por causa da sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para <u>relaxamento ou lazer</u> ?	1	2	3	4	5



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, por quantos dias essas dificuldades estiveram presentes?	Anote o número de dias _____
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve completamente incapaz de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você diminuiu ou reduziu suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.

ANEXO B - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
 Em que distrito vive? _____
 Em que terra vive? _____
 Em que casa estamos? _____
 Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

93_ 86_ 79_ 79_ 72_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Caneta _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca no chão _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

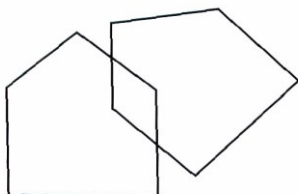
Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com déficit cognitivo: - Analfabetos ou menos de quatro anos de escolaridade ≤ 17 ponto

- Com escolaridade igual ou superior a 4 anos ≤ 24

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida, aspectos clínicos e funcionais em idosos usuários de uma unidade básica de saúde do município de Fortaleza

Pesquisador: Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06267219.4.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.212.748

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação do programa de saúde da Família que pretende avaliar a qualidade de vida dos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, considerando aspectos clínicos e funcionais, para possibilitar uma assistência mais eficiente e voltada a atender as necessidades de saúde dessa população.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Avaliar a qualidade de vida, aspectos clínicos e funcionais em idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Fortaleza.

ESPECÍFICOS:

1. Correlacionar a qualidade de vida com aspectos clínicos dos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Fortaleza;
2. Relacionar a qualidade de vida com os aspectos funcionais dos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Fortaleza

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Mínimos, relacionados ao desconforto de responder o questionário.

Benefícios:

Através das informações obtidas pelo estudo pode-se desenvolver ações direcionadas a essa

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.212.748

população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo com abordagem

Quantitativa, realizado na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)

Roberto da Silva Bruno. Os participantes da pesquisa serão usuários com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, não institucionalizados e que compareçam à unidade de saúde para atendimento médico em demanda programada ou espontânea. Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o pesquisador aplicará o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com a finalidade de excluir os indivíduos que não apresentem condições cognitivas para responder a entrevista e, em seguida um questionário para avaliação de dados sociodemográficos, condições clínicas, funcionais e da qualidade de vida dos idosos participantes. Para caracterização dos aspectos sociodemográficos e econômicos, será aplicado um formulário elaborado a partir da ficha de cadastro individual do e-SUS AB, instrumento de cadastro dos usuários no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), plataforma eletrônica que utiliza o software e-SUS AB. A ficha de cadastro individual do e-SUS que será utilizada como modelo, consta de questionário auto referido de condições de saúde incluindo doenças crônicas e condições comportamentais que também auxiliará na elaboração de formulário para identificação de aspectos clínicos. O formulário contém 14 itens sobre aspectos sociodemográficos e 3 itens que abordam aspectos clínicos. Os fatores funcionais serão identificados através da aplicação do Questionário WHODAS 2.0, um instrumento desenvolvido pela OMS, construído baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), com a proposta de avaliar a funcionalidade independente das condições de saúde do indivíduo, analisa seis domínios de vida: cognição, mobilidade, auto-cuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação na sociedade. Há 03 versões do Whodas 2.0, uma com 36 itens, um de 12 itens e outra de 12+24 itens. Será aplicada a versão de 36 itens do Whodas 2.0 administrada por entrevistador, pois é a mais completa e para indivíduos idosos a entrevista evita a dificuldade de leitura e compreensão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados. Conforme solicitado o pesquisador refez o TCLE.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.212.748

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1282789.pdf	01/03/2019 10:35:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.docx	28/02/2019 15:57:28	Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	dissertacao_chris.pdf	23/01/2019 08:57:43	Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo	Aceito
Outros	cartadeapreciacao_chris.pdf	23/01/2019 08:50:27	Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_concordancia.docx	23/01/2019 05:50:21	Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo	Aceito
Orçamento	Orcamento_Chris.docx	23/01/2019 05:48:56	Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_instituicao.docx	23/01/2019 05:48:22	Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/01/2019 05:41:45	Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo	Aceito
Cronograma	Cronograma_Chris.pdf	22/01/2019 10:25:53	Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_Chris.pdf	22/01/2019 10:25:23	Chris Evert Moura Tabosa de Figueiredo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.212.748

FORTALEZA, 21 de Março de 2019

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO AO PERIÓDICO CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

25/02/2020

ScholarOne Manuscripts

 **Ciência & Saúde Coletiva** [Home](#) [Author](#)

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2020-0473

Title

FUNCIONALIDADE E SEUS FATORES EM IDOSOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Authors

Evert Moura Tabosa de Figueiredo, Chris

Ferreira, Marcelo

CASTRO, SHAMYR SULYVAN

Date Submitted

25-Feb-2020

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2020. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)