

## AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA UTILIZANDO O WHODAS 2.0

### ASSESSMENT OF FUNCTIONALITY AND ITS ASSOCIATED FACTORS IN OLDER PEOPLE IN A FAMILY HEALTH UNIT USING WHODAS 2.0

Maria Carolina Pereira e Silva (ORCID: 0000-0003-2716-1560)<sup>1</sup>  
Rafaela Guio Suzana<sup>1</sup> (ORCID: 0000-0002-1103-1190)<sup>1</sup>  
Alaércia de Melo Recla<sup>1</sup> (ORCID: 0000-0002-2644-0958)<sup>1</sup>  
Gracielle Pampolim (ORCID: 0000-0002-4157-3521)<sup>2</sup>  
Luciana Carrupt Machado Sogame<sup>1</sup> (ORCID: 0000-0001-6913-5497)<sup>1</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** verificar a funcionalidade dos idosos utilizando o WHODAS 2.0 e identificar a associação entre perfil socioeconômico, histórico de saúde, hábitos de vida e apoio social e familiar e a funcionalidade de idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Vitória-ES. **Métodos:** trata-se de estudo quantitativo transversal com 187 idosos assistidos por uma USF de Vitória-ES. Aferiu-se a funcionalidade por meio do WHODAS 2.0, classificando-a em nenhuma, leve, moderada, grave e extrema. Coletaram-se informações quanto a perfil socioeconômico, arranjo familiar, condições de saúde e hábitos de vida. Realizou-se o teste do Qui-quadrado, sendo a funcionalidade a variável dependente. **Resultados:** verificou-se que a média de idade foi de 70 anos e que, em sua maioria, os idosos são mulheres, pardos, casados, ensino primário, renda individual de até 1 salário mínimo, residências multigeracionais, não possuem cuidador, não tabagistas, não etilistas, não praticam atividade física, autoavaliam a saúde como ótima/boa. Sobre a funcionalidade, 21% apresentaram alteração, dos quais leve (63%), moderada (27%) e grave (10%). Demonstraram-se estatisticamente significantes: sair sozinho ( $p = 0,000$ ), possuir cuidador ( $p = 0,000$ ), histórico de quedas ( $p = 0,013$ ), internações ( $p = 0,002$ ), atividade física ( $p = 0,004$ ), autoavaliação da saúde ( $p = 0,000$ ) e quantidade de medicamentos diários ( $p = 0,009$ ). **Conclusões:** concluiu-se que a funcionalidade se mostrou, em sua maioria, inalterada pelo WHODAS 2.0 e que sair sozinho, possuir cuidador, histórico de quedas, de internações, prática de atividades físicas, autoavaliação da saúde e quantidade de medicamentos diários estão associados à funcionalidade na população idosa. Assim, para melhor atender essa população que apresenta alterações, sugere-se a capacitação da equipe de saúde, bem como a promoção de uma melhor orientação à família e à pessoa idosa.

**Palavras-chave:** Idosos; Atividades Cotidianas; Estratégia Saúde da Família; Classificação Internacional de Funcionalidade.

#### ABSTRACT

**Objective:** to verify the functionality of older people using WHODAS 2.0 and identify the association between the socioeconomic profile, health history, lifestyle habits, and social and family support and the functionality of older people assisted by a Family Health Unit (FHU) in Vitória-ES. **Methods:** this is a cross-sectional quantitative study with 187 older people assisted by a FHU in Vitória-ES. Functionality was measured using WHODAS 2.0, classifying it as none, mild, moderate, severe, and extreme. Information was collected regarding socioeconomic profile, family arrangement, health conditions, and lifestyle habits. The Chi-square test was performed, with functionality being the dependent variable. **Results:** it was found that the average age was 70 years old and the majority of older people are women, mixed race, married, primary education, individual income up to 1 minimum wage, multigenerational residences, have a caregiver, non-smokers, non-drinkers, do not practice physical activity, self-assess their health as excellent/good. Regarding functionality, 21% presented changes, of which mild (63%), moderate (27%), and severe (10%). The following were statistically significant: going out alone ( $p = 0.000$ ), having a caregiver ( $p = 0.000$ ), history of falls ( $p = 0.013$ ), hospitalizations ( $p = 0.002$ ), physical activity ( $p = 0.004$ ), self-rated health ( $p = 0.000$ ), and quantity of daily medications ( $p = 0.009$ ). **Conclusions:** it is concluded that functionality was, for the most part, unchanged by WHODAS 2.0 and that going out alone, having a caregiver, history of falls, hospitalizations, practice of physical activities, self-assessment of health, and quantity of daily medications are associated with functionality in the older population and, to better serve this population which presents changes, it is suggested that the health team be trained, as well as the promotion of better guidance for the family and the older person.

**Keywords:** Aged; Activities of Daily Living; Family Health Strategy; International Classification of Functionality.

<sup>1</sup>Departamento de Fisioterapia, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

<sup>2</sup>Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA

#### Autor correspondente:

Nome: Maria Carolina Pereira e Silva  
E-mail: mcarolinaps@hotmail.com

#### Fonte de financiamento:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico – CNPq

#### Critério de Autoria:

Todos os autores participaram ativamente da elaboração dos manuscritos, podendo assumir, publicamente, a responsabilidade pelo seu conteúdo.

#### Informações sobre o trabalho:

Não se aplica

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial, sendo no momento mais significativo e impactante nos países em desenvolvimento. No Brasil, o crescimento súbito da população idosa é decorrente de variáveis demográficas, avanço da tecnologia e condições sanitárias, bem como das alterações culturais e sociais ocorridas, sendo estas causa e consequência desse aumento<sup>1,2</sup>. Esse crescimento no número de idosos em detrimento aos demais grupos populacionais gera, então, o fenômeno do envelhecimento. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que, em 2050, o número de idosos no mundo seja duas vezes maior que o de crianças e que ultrapasse também o número de jovens entre 15 e 24 anos<sup>2,3</sup>.

Sabe-se que o envelhecimento possui múltiplas dimensões e que, para cada indivíduo, o envelhecer pode se apresentar de forma diferente, dependendo das condições de moradia, acesso e os outros fatores sociais envolvidos. Portanto, é importante a criação de políticas públicas e redes de atuação que visem a uma melhor cobertura dessa população, uma vez que todos esses fatores são preditores de um envelhecimento saudável<sup>4</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se caracteriza como um importante locus de cuidado ao idoso, e os profissionais da saúde inseridos no cuidado a essa população reconhecem a necessidade de uma atuação realizada de maneira conjunta à realidade vivenciada pelo idoso e o seio familiar. Isso posto, um vínculo é formado entre sistema de saúde e idoso<sup>5</sup>.

Nesse sentido, uma prioridade preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é de preservar a funcionalidade, uma vez que as funções fisiológicas gradualmente declinam com o envelhecimento, aumentando a suscetibilidade para a incapacidade<sup>6</sup>. Essa incapacidade funcional

pode estar relacionada com a dificuldade ou a necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas no seu dia a dia<sup>7</sup>.

O devido rastreamento da funcionalidade pode identificar comprometimentos nas atividades básicas de vida diária e na participação social, permitindo a criação de estratégias preventivas, evitando que estas ocorram<sup>8</sup>. Com esse objetivo, a OMS criou um instrumento ligado conceitual e operacionalmente à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) denominado *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0). Essa característica o diferencia de outras medidas de deficiência, pois é o único instrumento que atua na cobertura total dos domínios da CIF e que se aplica a todas as doenças e agravos à saúde, incluindo desordens físicas, mentais e de utilização de substâncias<sup>9</sup>.

O WHODAS 2.0 é particularmente útil por apresentar bases teóricas sólidas, boas propriedades psicométricas, aplicações em diferentes grupos e sua facilidade de utilização<sup>10</sup>. O instrumento avalia a deficiência por meio de uma escala de pontuação padronizada e foi desenvolvido baseado em extensivos estudos transculturais, abrangendo 19 países no mundo – no Brasil, foi traduzido e validado para a língua portuguesa do Brasil<sup>10</sup>. Além disso, outro ponto positivo destacado é a característica generalista do instrumento, permitindo que ele seja aplicado a diferentes populações, sejam elas saudáveis ou não, devido a sua forte relação com a CIF<sup>11</sup>.

O WHODAS 2.0 permite analisar as diversas dimensões relacionadas com atividade e participação do indivíduo e qual a sua influência sobre a funcionalidade de idosos<sup>11</sup>. Um estudo realizado<sup>8</sup> apontou que são necessários mais dados normativos para que a aplicação do instrumento seja mais bem realizada no Brasil, uma vez que a população está em constante envelhecimento. Entretanto, os mesmos autores ainda afirmam que o intermédio antecipado sobre fatores de risco, facilmente

detectados pelo WHODAS 2.0, pode prevenir a evolução da incapacidade em idosos.

Nesse contexto, fazem-se necessárias, entretanto, mais pesquisas que utilizem o WHODAS 2.0 com esse objetivo<sup>8</sup>. Diante do exposto, a presente pesquisa se propôs a verificar a funcionalidade dos idosos por meio do WHODAS 2.0 e identificar a associação entre perfil socioeconômico, histórico de saúde, hábitos de vida e apoio social e familiar e a funcionalidade de idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Vitória-ES.

## MÉTODOS

Trata-se de uma vertente de um estudo primário, intitulado “Condições de saúde e funcionalidade de idosos assistidos pela ESF de Vitória”, e caracteriza-se como observacional transversal de abordagem quantitativa. Este foi desenvolvido com idosos assistidos por uma USF de Vitória.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2018, considerando como referência para o cálculo amostral os idosos cadastrados no mês abril de 2018. A USF, em abril de 2018, possuía 2 equipes de Saúde da Família, e da população total adscrita à unidade, 355 era de idosos. A partir desse total de idosos cadastrados na USF, foi realizado um cálculo amostral para diferentes prevalências com margem de erro de 0,05 e estimativa de proporção de 0,5 com acréscimo de 25% para possíveis perdas, que evidenciou o mínimo a ser pesquisado de 187 de idosos.

Os dados foram obtidos por meio de questionário semiestruturado com informações referentes ao perfil socioeconômico, tais como idade, sexo, etnia, situação conjugal, escolaridade, religião e prática religiosa, renda individual e familiar em salários mínimos e contribuição para a renda familiar. Para caracterizar o arranjo familiar, foram considerados: se mora sozinho, quantidade de moradores na casa, residência multigeracional, se sai

de casa sozinho e se possui cuidador. As condições de saúde e hábitos de vida foram definidas por meio das variáveis: presença de doenças crônicas, histórico de quedas e internação hospitalar, autoavaliação de saúde, quantidade de medicamentos em uso, tabagismo, etilismo, atividade física e atividade de lazer.

Para avaliar a funcionalidade, foi aplicado o questionário WHODAS 2.0, que é dividido em seis domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividade da vida e participação, permitindo a caracterização da percepção que o indivíduo tem de sua própria incapacidade (quando presente), apresentando 36 itens. Entretanto, para este estudo, não foi considerado o item 5.2 “atividades diárias” – trabalho/escola por entender que a maior parte da população estudada não exerce atividade laboral, restando então 32 itens. As respostas seguem a escala likert, e variam de 1 a 5, assim descrito: nenhuma (1), leve (2), moderada (3), grave (4) e extremamente grave/não consegue fazer (5). Não existe ainda na literatura escores de corte para o WHODAS 2.0<sup>9</sup>, e para este estudo, foi considerada a média de todos os domínios questionados, em que foi considerado normal o grupo que recebeu pontuação média entre 1 e 1,9 e alterado aquele que recebeu entre 2 e 5. Quando houve alteração da funcionalidade, essa alteração foi considerada leve para aqueles que obtiveram uma média entre 2 e 2,9, moderada para os que apresentaram pontuação média entre 3 e 3,9, grave entre 4 e 4,9, e extrema quando exibiram pontuação média de 5.

Para a análise estatística, os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher (quando uma ou mais frequência esperada foi inferior a 5) foram aplicados para comparar as variáveis categóricas entre os grupos pesquisados. Consideraram-se como variáveis independentes o perfil socioeconômico, o histórico de saúde e hábitos de vida e o arranjo familiar enquanto a funcionalidade foi considerada a variável dependente.

Para as variáveis que se demonstraram

estatisticamente significantes, foi aplicado o teste do Qui-quadrado residual com o intuito de verificar qual(is) categoria(s) apresentou(aram) associação com a variável dependente, sendo considerado para tal análise um valor superior a 1,96, em que, quando maior o valor, maior a associação significativa entre as categorias.

O nível de significância foi de  $p < 0.05$ , com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) para todas as análises.

Este trabalho cumpre os princípios éticos propostos pela Resolução nº 466, de 2012, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM sob o protocolo de número 2.142.377. Além disso, foram considerados para o estudo apenas os idosos que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

## RESULTADOS

Ao avaliar a funcionalidade, verificou-se que, dos 187 idosos entrevistados, 147 (78,6%) apresentaram funcionalidade normal e que 40 (21,4%) demonstraram alteração da funcionalidade. Dos que apresentaram alguma alteração, 25 (62,6%) exibiram alteração leve; 11 (27,5%), moderada; e 4 (9,8%), grave. Nenhum idoso apresentou alteração extrema.

Considerando o perfil geral dessa população quanto às variáveis socioeconômicas, verificou-se que a média de idade da população entrevistada foi de 70 anos  $\pm$  7 anos, sendo a idade mínima de 60 anos, e a máxima, de 94 anos. Dos 187 entrevistados, 109 (58%) são do sexo feminino, 93 (50%) são pardos, 98 (52%) são casados, 79 (42%) estudaram apenas até o primário, 118 (63%) consideram-se católicos, sendo 127 (68%) praticantes, 99 (53%) possuem renda individual de até 1 salário mínimo, 107 (57%) possuem renda familiar entre 1,1 e 3 salários mínimos, e 165 (88%) contribuem para a renda familiar.

Com relação ao arranjo familiar, verificou-se que 133 (71%) não moram sozinhos, sendo que 63 (34%) possuem 2 moradores na casa, 100 (53%) são residências multigeracionais, 149 (80%) saem de casa sozinho e 149 (80%) possuem cuidador.

Sobre as condições de saúde e hábitos de vida, observou-se que 170 (91%) possuem doenças crônicas, 108 (58%) apresentam histórico de quedas, 131 (70%) exibem histórico de internações hospitalares, 164 (88%) não são tabagistas, 146 (78%) não são etilistas, 123 (66%) não praticam atividade física, 115 (61%) praticam atividade de lazer, 104 (55%) autoavaliam a saúde como ótima/bom e 76 (40%) fazem o uso de 2 medicamentos diários.

As tabelas 1, 2, e 3 apresentam o perfil socioeconômico, o arranjo familiar e as condições de saúde e hábitos de vida dos idosos assistidos por uma USF, comparando entre os grupos estudados.

A tabela 4 apresenta o resíduo Qui-quadrado calculado para as variáveis que exibem associação significativa ( $p < 0,05$ ), sendo consideradas significantes as categorias com valores superiores a 1,96.

**Tabela 1.** Comparação das características referentes ao perfil socioeconômico de idosos adscritos à USF com a normalidade ou alteração da funcionalidade

Perfil Socioeconômico		Funcionalidade				P
		Normal		Alterada		
		n	(%)	n	(%)	
Sexo	Masculino	63	(81)	15	(19)	0,542 <sup>1</sup>
	Feminino	84	(77)	25	(23)	
Etnia	Branco	30	(75)	10	(25)	0,952 <sup>1</sup>
	Pardo	73	(78,5)	20	(21,5)	
	Negro	36	(82)	8	(18)	
	Indígena	5	(83)	1	(17)	
	Amarelo	3	(75)	1	(25)	
Situação Conjugal	Casado (a)	77	(78,5)	21	(21,5)	0,996 <sup>1</sup>
	Solteiro (a)	24	(80)	6	(20)	
	Viúvo (a)	29	(77,5)	8	(22,5)	
	Divorciado (a)	17	(77)	5	(23)	
Escolaridade	Analfabeto (a)	19	(70,5)	8	(29,5)	0,158 <sup>1</sup>
	Primário	58	(73,5)	21	(26,5)	
	Fundamental	45	(86,5)	7	(13,5)	
	Médio	18	(90)	2	(10)	
	Técnico	4	(100)	0	(0)	
	Superior	3	(60)	2	(40)	
Religião	Católica	92	(78)	26	(22)	0,888 <sup>1</sup>
	Evangélica	48	(79)	13	(21)	
	Outra	6	(86)	1	(14)	
Praticante	Não	45	(75)	15	(25)	0,408 <sup>1</sup>
	Sim	102	(80,5)	25	(19,5)	
Renda Individual (Em salários mínimos)	Menos de 1	79	(80)	20	(20)	0,285 <sup>1</sup>
	1,1 a 3	60	(78)	17	(22)	
	3,1 a 5	8	(80)	2	(20)	
	5,1 a 7	0	(0)	0	(0)	
	Mais de 7,1	0	(0)	0	(0)	
	Não respondeu	0	(0)	1	(100)	
Renda Familiar (Em salários mínimos)	Menos de 1	37	(84)	7	(16)	0,346 <sup>1</sup>
	1,1 a 3	84	(78,5)	23	(21,5)	
	3,1 a 5	21	(75)	7	(25)	
	5,1 a 7	2	(100)	0	(0)	
	7,1 a 9	0	(0)	0	(0)	
	Mais de 9,1	0	(0)	0	(0)	
	Não respondeu	3	(50)	3	(50)	
Contribuição para a Renda Familiar	Não	18	(82)	4	(18)	1,000 <sup>2</sup>
	Sim	129	(78)	36	(22)	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test ( $X^2$ )<sup>2</sup> Fisher's Exact Test

USF = Unidade de Saúde da Família

**Tabela 2.** Comparação do arranjo familiar de idosos adscritos à USF com a normalidade ou alteração da funcionalidade

Arranjo Familiar		Funcionalidade				P
		Normal		Alterada		
		n	(%)	n	(%)	
Mora sozinho	Não	105	(79)	28	(21)	0,860 <sup>1</sup>
	Sim	42	(78)	12	(22)	
Quantidade de moradores na casa	1	33	(73,5)	12	(26,5)	0,805 <sup>1</sup>
	2	49	(78)	14	(22)	
	3	36	(80)	9	(20)	
	4	15	(83,5)	3	(16,5)	
	5	3	(75)	1	(25)	
	6 ou mais	11	(91,5)	1	(8,5)	
Residência Multigeracional	Não	64	(73,5)	23	(26,5)	0,116 <sup>1</sup>
	Sim	83	(83)	17	(17)	
Sai de casa sozinho	Não	16	(42)	22	(58)	0,000 <sup>1</sup>
	Sim	131	(88)	18	(12)	
Possui cuidador	Não	127	(85)	22	(15)	0,000 <sup>1</sup>
	Sim	20	(52,5)	18	(47,5)	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test ( $X^2$ )<sup>2</sup> Fisher's Exact Test

USF = Unidade de Saúde da Família

**Tabela 3.** Comparação do Histórico de saúde e hábitos de vida de idosos adscritos à USF com a normalidade ou alteração da funcionalidade

Condição de Saúde e Hábitos de Vida		Funcionalidade				P
		Normal		Alterada		
		n	(%)	n	(%)	
Doenças crônicas	Não	15	(88)	2	(12)	0,534 <sup>2</sup>
	Sim	132	(77,5)	38	(22,5)	
Quedas	Não	69	(87,5)	10	(12,5)	0,013 <sup>1</sup>
	Sim	78	(72)	30	(28)	
Internações hospitalares	Não	52	(93)	4	(7)	0,002 <sup>1</sup>
	Sim	95	(72,5)	36	(27,5)	
Tabagismo	Não	133	(81)	31	(19)	0,053 <sup>2</sup>
	Sim	14	(61)	9	(39)	
Etilismo	Não	112	(77)	34	(23)	0,232 <sup>1</sup>
	Sim	35	(85,5)	6	(14,5)	
Atividade física	Não	89	(72,5)	34	(27,5)	0,004 <sup>1</sup>
	Sim	58	(90,5)	6	(9,5)	
Atividades de lazer	Não	55	(76,5)	17	(23,5)	0,558 <sup>1</sup>
	Sim	92	(80)	23	(20)	
Autoavaliação da saúde	Otima/Bom	91	(87,5)	13	(12,5)	0,000 <sup>1</sup>
	Razoável	51	(74)	18	(26)	
	Ruim/Péssima	5	(35,5)	9	(64,5)	
Quantidade de medicamentos diários	0	15	(94)	1	(6)	0,009 <sup>1</sup>
	1	24	(89)	3	(11)	
	2	64	(84)	12	(16)	
	3	41	(63)	24	(37)	
	4	1	(100)	0	(0)	
	5 ou mais	2	(100)	0	(0)	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test (X<sup>2</sup>)<sup>2</sup> Fisher's Exact Test

USF = Unidade de Saúde da Família

**Tabela 4.** Resíduo do Qui-quadrado referente às variáveis que apresentaram associação significativa nas tabelas 1, 2 e 3 – Sai sozinho, cuidador, quedas, internações hospitalares, atividades físicas, autoavaliação da saúde e quantidade de medicamentos diários

Variáveis	Funcionalidade	
	Normal	Alterada
<b>Sai Sozinho</b>		
Não	-6,1	*6,1
Sim	*6,1	-6,1
<b>Cuidador</b>		
Não	*4,4	-4,4
Sim	-4,4	*4,4
<b>Quedas</b>		
Não	*2,5	-2,5
Sim	-2,5	*2,5
<b>Internações hospitalares</b>		
Não	*3,1	-3,1
Sim	-3,1	*3,1
<b>Atividade Física</b>		
Não	-2,9	*2,9
Sim	*2,9	-2,9
<b>Autoavaliação da Saúde</b>		
Otima/boa	*3,3	-3,3
Razoável	-1,2	1,2
Ruim/péssima	-4,1	*4,1
<b>Quantidade de medicamentos diários</b>		
0	1,5	-1,5
1	1,4	-1,4
2	1,5	-1,5
3	-3,8	*3,8
4	0,5	-0,5
5 ou mais	0,7	-0,7

\*Resíduo do Qui-quadrado (resíduo ajustado) com valores superiores a 1,96.



## DISCUSSÃO

A presente pesquisa demonstrou que uma pequena proporção dos idosos possui alteração da funcionalidade. Não sair de casa sozinho, possuir cuidador, apresentar histórico de quedas e internação hospitalar, relatar autoavaliação de saúde insatisfatória, usar três medicamentos e ausência na prática de atividade física se associaram com alteração na funcionalidade.

Também se verificou uma forte associação entre a atividade física e a funcionalidade, observando que a população que não pratica atividade física (85%) apresenta alteração significativa da funcionalidade. Tal fato é comprovado por meio de um estudo<sup>12</sup> que identificou que a prática regular de atividades físicas influenciou na independência funcional dos idosos. Consoante a isso, outro estudo<sup>13</sup> referiu que a prática de atividade física deve ser encorajada por órgãos governamentais e praticada por toda a sociedade, como forma de manutenção da funcionalidade, podendo contribuir para a redução dos gastos públicos em decorrência de doenças que ocorrem com o processo de senescência. Sendo assim, é evidente que a prática de atividade física é de suma importância para a manutenção da funcionalidade em idosos.

Sobre a associação entre o risco de quedas e a funcionalidade, constatamos que a população com maior histórico de quedas (75%) apresenta alteração da funcionalidade. Semelhante a esse resultado, foi encontrado um estudo<sup>14</sup> que correlacionou a funcionalidade com o risco de quedas e observou que quanto maiores o risco de quedas e o medo de cair, pior a funcionalidade, concluindo que existe forte correlação entre esses dois fatores.

Ao observar as consequências que as quedas podem gerar para o idoso, uma que se destaca por estar em ascensão é a necessidade de internação, bem como os altos gastos relacionados com isso<sup>15</sup>. Em nosso estudo, verificamos que há uma forte associação entre a capacidade funcional e o número de internações, posto que 90% dos idosos que foram internados apresentam alteração da funcionalidade.

Para que seja melhorada a capacidade

funcional e, conseqüentemente, prevenidas as quedas sofridas pelos idosos, evitando assim maiores ocorrências de internação, são propostas a prática de atividades físicas e a participação nos grupos de convivência. Além da melhora da funcionalidade e da redução das quedas, a prática de tais atividades pode favorecer a autoestima, a qualidade de vida e o contato social do idoso<sup>16</sup>.

Em nosso estudo, averiguou-se que há associação entre a presença de cuidador e a funcionalidade de idosos, observado que a população que possui cuidador (45%) apresenta alteração da funcionalidade. De forma similar, um estudo<sup>17</sup> que avaliou a funcionalidade por meio da Medida de Independência Funcional (MIF) determinou que idosos com cuidadores são, na maioria, os mais dependentes. Entretanto, como a natureza desse estudo é transversal, não podemos determinar a relação causal entre essas variáveis, porém esse dado é relevante e chama atenção à necessidade de uma orientação mais adequada aos cuidadores de idosos com alteração da funcionalidade.

Foi constatada também na presente pesquisa uma forte associação entre a autoavaliação da saúde e a funcionalidade dos idosos, observado que, da amostra da população que apresenta alteração da funcionalidade, 22,5% autoavaliaram sua saúde como ruim/péssimo. Correlato a esse resultado, foi evidenciado que idosos que autoavaliaram a saúde como ruim apresentaram também escores altos no WHO-DAS 2.0, apontando a autoavaliação da saúde como um importante preditor de incapacidade<sup>8</sup>.

Os resultados encontrados em nossa pesquisa associam o uso de 3 medicamentos com a alteração da funcionalidade em 60% dos avaliados. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo<sup>18</sup>, com associação significativa entre algumas classes medicamentosas com o declínio funcional, bem como a polifarmácia também associada à esse fato. Inferimos, portanto, que existe ligação entre o uso de medicamentos diários e a funcionalidade, relacionando a polifarmácia com um pior quadro funcional<sup>18</sup>.

Tencionando isso, o Ministério da

Saúde, com base na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>19</sup>, tem como revés o baixo número de serviços de cuidado domiciliar ao idoso previsto pelo Estatuto do Idoso. Sendo a família, por via de regra, a executora do cuidado ao idoso, entende-se a necessidade de estabelecer um suporte qualificado e contínuo aos responsáveis por esses cuidados, dando à atenção básica, por meio da ESF, um papel fundamental. Dessa forma, é importante disponibilizar profissionais capacitados para atender a população idosa também em domicílio e, com isso, auxiliar o familiar ou outra pessoa que assuma o papel de cuidador para adequar a atenção prestada ao idoso.

Além disso, cabe ressaltar que, na presente pesquisa, a grande maioria dos idosos avaliados apresentou um bom quadro funcional – e dentre aqueles com alteração, a maioria era leve. Conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, esse quadro deve ser preservado pelo maior período possível. Para isso, é necessário que sejam tomadas medidas de prevenção e controle do declínio funcional dos idosos com o intuito de identificar precocemente dificuldades que possam surgir e prolongar a independência nas atividades básicas do idoso por meio dos serviços de Atenção Primária à Saúde<sup>20,21</sup>. Outras propostas a serem aplicadas visando preservar uma boa funcionalidade para o idoso é mediante a criação de centros especializados na atenção ao idoso, áreas de assistência e convivência familiar e capacitação para a equipe de saúde que atenderá essa população<sup>20</sup>. Faz-se importante, também, promover ao idoso uma vida mais ativa, estimulando a prática de atividades físicas e cognitivas coletivas e individuais<sup>22</sup>.

Com relação às limitações, além do caráter seccional do estudo que não permite estabelecimento de relação causal, identificamos limitações importantes em relação à literatura disponível para comparação dos resultados. A carência em informações que englobam a temática esteve presente e restringiu o aprimoramento de discussões acerca do tema já que se trata de um estudo transversal, assim, não é possível relacionar com clareza alguns dados encontrados.

O WHODAS 2.0 se mostrou como um instrumento eficaz prático e genérico, visto

que não tem enfoque em uma doença específica, de avaliação em saúde que fornece o nível de funcionalidade em domínios de vida, sendo ele fundamentado na estrutura conceitual da CIF.

## CONCLUSÃO

No presente estudo, foi encontrado que a funcionalidade dos idosos se mostrou, em sua maior parte, preservada pela WHODAS 2.0. Quando alterada, a maioria foi considerada como disfunção leve.

Como variáveis estatisticamente significantes à alteração da funcionalidade, considerou-se o fato de o idoso não sair sozinho, possuir cuidador, ter histórico de quedas e de internações hospitalares, não praticar atividades físicas, autoavaliar a saúde como ruim/péssima e tomar 3 medicamentos diários.

## REFERÊNCIAS

1. Ramos FP, Silva SC, Freitas DF, Gangussu LMB, Bicalho AH, Sousa BVO, et al. Fatores associados à depressão em idoso. *Reas* 2019; 19(19): 239-239. DOI: 10.25248/reas.e239.2019.
2. De Sousa AMV, Marquette FR. Envelhecimento da população brasileira: avanço legislativo e o compromisso social. *Rev Univap* 2018; 24(45): 34-47. DOI: 10.18066/revistaunivap.v24i45.1996.
3. World Health Organization. *World Health Statistics 2021: Monitoring Health for the SDGs*. Geneva: WHO; 2021.
4. Rodrigues WP, Gonçalves PD. Envelhecimento: qualidade de vida e bem-estar das mulheres idosas. *Scire Salutis* 2019; 9(1): 30-36. DOI: 10.6008/CBPC2236-9600.2019.001.0004.
5. Silva MS, Silva MCP, Sogame LCM. Socioeconomic and health conditions associated with the family function

- of older adults. *Rev Gaúcha Enferm* 2022; 43(1): 1-10. DOI: 10.1590/1983-1447.2022.20210252.pt.
6. Dadalto EV, Cavalcante FG. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. *Cien Saude Colet* 2021; 26(1): 147-157. DOI: 10.1590/1413-81232020261.38482020.
7. Colichi RMB, Popim RC, Molina SA. Qualidade de vida no trabalho e funcionalidade familiar em universidade pública brasileira. *Salud Soc* 2018; 9(1): 98-117. DOI: 10.22199/S07187475.2018.0001.00006.
8. Ferrer MLP, Perracini MR, Rebutini F, Buchalla CM. WHODAS 2.0-BO: normative data for the assessment of disability in older adults. *Rev Saude Publica* 2019; 53(19): 1-10. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053000586.
9. World Health Organization. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneva: WHO; 2010.
10. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Camargo RS, Costa ML, Zanardi DM, et al. Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) into Portuguese abstract. *Rev Assoc Med Bras* 2013; 59(3): 234-240. DOI: 10.1016/S2255-4823(13)70462-4.
11. Ćwirlej-Sozańska A, Wilmowska-Pietruszyńska A, Sozański B. Validation of the Polish version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in an elderly population (60–70 years old). *Int J Occup Saf Ergon* 2018; 24(3): 386-394. DOI: 10.1080/10803548.2017.1316596.
12. Silva AS, Rebêlo VN, Coelho MP, Feitosa MP, Carvalho AM, Silva HN, et al. Funcionalidade de idosos ativos no centro de convivência da terceira idade em Teresina. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento* 2021; 26(1): 101-115. DOI: 10.22456/2316-2171.85601.
13. Romano TA, Ferreira EF, Gomes AKV, Oliveira RAR. Prática de exercício físico na meia e terceira idade: um estudo comparativo dos níveis de capacidade funcional em praticantes de ginástica localizada e não praticantes. *RBPFX* 2018; 12(74): 370-376. Disponível em: <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1414>. Acesso em 18/03/2022
14. De Oliveira DV, Yamashita FC, Lima MCC, Pivetta NRS, Nascimento MA, Santos AQ, et al. Relação entre funcionalidade, risco de quedas e medo de cair: estudo transversal com idosos. *Saúde (Sta Maria)* 2022; 48(1): 1-10. DOI: 10.5902/223658348180.
15. Abreu DRPM, Novaes ES, Oliveira RR, Mathias TAF, Marcon SS. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. *Cien Saude Colet*; 23(4): 1131-1141. DOI: 10.1590/1413-81232018234.09962016.
16. Moroni P, Pecce SAP. Funcionalidade, equilíbrio e risco de quedas em idosos participantes de grupos de convivência – uma revisão sistemática. *Revista Inspirar Movimento & Saude* 2020; 20(1): 1-19. Disponível em: <http://revistams.inspirar.com.br/funcionalidade-equilibrio-e-risco-de-quedas-em-idosos-participantes-de-grupos-de-convivencia-uma-revisao-sistemica/>
17. Pampolim G, Lourenço C, Silva VG, Coelho MCR, Sogame LCM. Prevalence and factors associated with functional dependency in homebound elderly people in Brazil. *JHGD* 2017; 27(2): 235-243. DOI: 10.7322/jhgd.127747.
18. Oliveira MVP, Buarque DC. Polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados em idosos admitidos em um hospital terciário. *Geriatr. Gerontol. Aging* 2018; 12(1): 38-44. DOI: 10.5327/Z2447-211520181800001.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

20. Almeida P, Mendonça MA, Marinho MS, Santos LS, Andrade SMB, Reis LA. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. *Rev. Assoc. Bras. Ativ. Mot. Adapt* 2017; 18(1): 53-64. DOI: 10.36311/2674-8681.2017.v18n1.05.p53

21. Franco MT, Wypyszynski RM, Bisognin E, Schaly R, Martins RB, Ianiski VB. Capacidade funcional de idosos adscritos em uma estratégia saúde da família do meio rural. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum* 2018; 15(1): 62-75. DOI: 10.5335/rbceh.v15i1.7781.

22. Costa SMG, Amaral AKFJ, Rodrigues TP, Xavier MLAG, Chianca IMM, Moreira MASP, et al. Functionality in older adults: integrative review of literature. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento* 2018; 3(2): 942. DOI: 10.24902/r.riase.2017.3(2).942.