

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI  
GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**ÉDERSON BARBOSA DE OLIVEIRA**

**Funcionalidade e qualidade de vida em idosos comunitários no Município de  
Santa Cruz-RN**

**Santa Cruz- RN**

**2016**

ÉDERSON BARBOSA DE OLIEVIRA

FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COMUNITÁRIOS NO  
MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ-RN

Artigo Científico apresentado a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Ms Fernanda Diniz de Sá

Co-orientador: Profº Dr Dimitri Taurino Guedes

Santa Cruz

2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA

Oliveira, Éderson Barbosa de.

Funcionalidade e qualidade de vida em idosos comunitários no Município de Santa Cruz-RN / Éderson Barbosa de Oliveira. - Santa Cruz, 2016.

21f.

Artigo Científico (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi.

Orientador: Fernanda Diniz de Sá.

Coorientador: Dimitri Taurino Guedes.

1. Envelhecimento. 2. Qualidade de vida. 3. Incapacidade funcional. I. Sá, Fernanda Diniz de. II. Guedes, Dimitri Taurino. III. Título.

RN/UF/FACISA

CDU 616-053.9

**ÉDERSON BARBOSA DE OLIVEIRA**

**Funcionalidade e qualidade de vida em idosos comunitários no Município de Santa Cruz-RN**

Artigo Científico apresentado a Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_. Nota: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Ms. Fernanda Diniz de Sá – Orientadora  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

\_\_\_\_\_. Nota: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>o</sup> Dr Dimitri Taurino Guedes – Co-Orientador  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

\_\_\_\_\_. Nota: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>o</sup>. Dr. Diego de Sousa Dantas  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem ele não seria nada, pelas bênçãos, por sempre ter me guiado, protegido, e me iluminado durante todos os momentos e etapas que vivi e caminhos que percorri.

Aos meus pais, Maria Aparecida e José Matias, que sempre estiveram ao meu lado, me incentivando, me inspirando, cuidado, torcendo, apoiando, puxando a orelha e me dando forças, sempre vibrando por mim e por minhas conquistas.

A minha irmã Edna Barbosa, por toda ajuda, incentivo, conselhos e conversas ao longo desses anos, foi essencial cada palavra de apoio dada. Obrigado por nunca negar seu apoio quando mais precisei.

A minha namorada Magdalena Brilhante, pelo companheirismo, cuidado, ajuda e compreensão ao longo dessa jornada. Sempre se preocupando comigo, sempre sendo uma pessoa essencial em minha vida, demonstrando sua importância e sua forma especial de ser, sendo aquela mulher que admiro mais e mais a cada dia.

E a todos os meus amigos e familiares, que sempre me apoiaram, me motivaram e torceram por mim ao longo e cada etapa de minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a prof.<sup>a</sup> Fernanda, pelos ensinamentos, pelo acolhimento gerado ao longo desses anos, onde desde o início da graduação me recebeu como um de seus alunos de projeto e atividades acadêmicas, pela confiança e oportunidade de ser seu orientando. Obrigado pelas lições e aprendizados, e de forma maior, por ter me apresentado a gerontologia e Saúde Pública, que hoje amo e faz parte de meu plano profissional.

Ao prof.<sup>o</sup> Dimitri, que mesmo em momentos de ocupação, nunca se negou a parar e ajudar, ensinar e entender cada momento, compartilhando cada experiência e conhecimento.

A Risonety Maria, colega e amiga que ajudou e contribuiu muito durante meses de coleta e de projeto para produção do nosso trabalho. Agradeço pela amizade e cada ideia e conhecimento compartilhado.

Aos amigos e familiares, que sempre estiveram comigo ao longo dessa jornada, acompanhando meus altos e baixos, sempre acreditando em mim e me incentivando a cada momento.

Aos meu pais e minha irmã, que sempre entenderam os momentos de ausência ao longo desses 5 anos, onde sempre apoiaram cada escolha minha, e sempre torceram por mim a cada passo, etapa e conquista vencida. Mito obrigado por serem minha fortaleza e minha maior fonte de inspiração.

A minha namorada, Magdalena Brilhante, que sempre ajudou, torceu, vibrou, aconselhou, e esteve comigo durante essa longa jornada de 5 anos, sempre apoiando, sendo além de tudo, uma amiga, uma pessoa que tenho muita gratidão.

A todos os idosos que se voluntariaram no nosso estudo, nos acolhendo e nos tratando com tamanho amor e atenção, concretizando a realização desse estudo.

"O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis."

**José de Alencar**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>10</b>
2.1. PROCEDIMENTO DE COLETA .....	11
2.2. INSTRUMENTOS DO ESTUDO .....	11
2.3. ANÁLISE DE DADOS .....	12
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>20</b>



## FUNCIONALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DA COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ-RN

Éderson Barbosa de Oliveira<sup>1</sup>; Risonety Maria dos Santos<sup>1</sup>; Dimitri Taurino Guedes<sup>2</sup>;  
Fernanda Diniz de Sá<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – FACISA/Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Santa Cruz/RN, Brasil – Tel: (84)98732-1224 – ederson9916@hotmail.com – Contribuição: Redação do artigo

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – FACISA/Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Santa Cruz/RN, Brasil – Tel: (84)99656-9606 – risonetymarias@hotmail.com - Contribuição: revisão crítica relevante do conteúdo

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil – Tel: (84)98888-9992 – dtaurino.ufrn@gmail.com - Contribuição: Análise e interpretação dos dados

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil – Tel: (83)98787-0081 – fediniza@yahoo.com.br – Contribuição: Aprovação final da versão a ser publicada

### **Resumo:**

**Objetivo:** avaliar e correlacionar a funcionalidade e qualidade de vida em idosos no município de Santa Cruz-RN. **Método:** Trata-se de um estudo de delineamento transversal, descritivo, do tipo inquérito. A pesquisa foi realizada no território de responsabilidade sanitária das Equipes de saúde da Família da zona urbana do município. Para coleta de dados foi utilizado formulário sociodemográfico, World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) para classificação da funcionalidade; e World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD) para QV. **Resultados:** A amostra foi composta por 121 idosos com idade média de 72,93 anos ( $\pm 7,9$ ), com um predomínio do sexo feminino (66,9%). Quanto às condições de saúde e hábitos de vida, 17,4% reportaram hipertensão arterial e 23,1% hipertensão associada com outra condição. Foi evidenciado que 47,9% eram ex-tabagistas e 74,4% não etilistas. A média geral da percepção da QV foi 62,23 ( $\pm 9,16$ ) e de funcionalidade 21,73 (22,83). Quando comparado a funcionalidade e QV entre grupo masculino e feminino, não foi observado significância estatística. Não houve significância entre funcionalidade e QV, tendo em vista  $P > 0,05$ .

**Conclusão:** Mesmo não havendo correlação entre os instrumentos, os idosos apresentaram baixo nível de incapacidade e um bom nível de QV. Sugere-se ampliação da amostra para correlação das variáveis.

Palavras chave: Incapacidade funcional; Qualidade de vida; Envelhecimento.

## 1. INTRODUÇÃO

O Envelhecimento populacional é um fator real em vários países a exemplo do Brasil, onde as alterações na dinâmica populacional são irreversíveis e apontam a população idosa como sendo a que apresenta as taxas mais altas de crescimento populacional desde 1940<sup>1</sup>. Esse grupo etário se amplia consistentemente e no último censo demográfico o país contava com 20.590.599 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, número que cresce consideravelmente a cada ano<sup>2</sup>.

Devido a transição demográfica, os investimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) se tornaram ainda maiores, tendo em vista a acumulação da tripla carga de doenças em países em desenvolvimento, anteriormente marcada pela alta prevalência de doenças transmissíveis passa agora para um aumento de doenças crônicas degenerativas, o que modifica sobremaneira o perfil de saúde da população. Esse perfil de adoecimento acarreta em complicações resultantes e em anos de utilização do serviço de saúde<sup>3</sup>.

Paralelamente a ampliação da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, ocorre o declínio da capacidade funcional em idosos, que leva a restrição na participação e limitação em atividades, tornando-se um fator de relevante impacto na vida cotidiana, consequentemente para a qualidade de vida geral. O termo funcionalidade refere-se, portanto, a todas as funções corporais, atividades e participação de um indivíduo, enquanto que a incapacidade é um termo para deficiências e limitação de atividades ou restrições à participação<sup>4</sup>.

Fatores como enfermidades incapacitantes e psicossomáticas, hábitos de vida, condições de deficiência e outros que caracterizam essa população contribuem para a diminuição da resiliência dos idosos e inatividade física, ampliando ainda mais a vulnerabilidade dos idosos nessas situações e impactando na qualidade de vida (QV) dessa população<sup>5</sup>. Qualidade de vida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua

cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente, sendo um importante indicador de saúde<sup>6</sup>.

Além disso, a qualidade de vida de um indivíduo é fortemente afetada por fatores relacionados a suas habilidades de vida e capacidade de manter sua independência e autonomia, sendo influenciado por doenças crônicas e estilo de vida, o que aumentam a medida de um indivíduo envelhece.

Desse modo, os objetivos do nosso estudo são avaliar e correlacionar a funcionalidade e a qualidade de vida em idosos da comunidade no município de Santa Cruz-RN.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, descritivo, do tipo inquérito. Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Funcionalidade e seus determinantes em idosos da comunidade no Município de Santa Cruz-RN”, que pretende avaliar 250 idosos adscritos nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município. A pesquisa foi realizada no território de responsabilidade sanitária das Equipes de saúde da Família das Unidade Básica de Saúde (UBS) da zona urbana do município de Santa Cruz – RN, no período de abril a outubro de 2016.

A amostra preliminar foi composta por um total de 121 idosos distribuídos pelos bairros do Maracujá, DNER, Conjunto Cônego Monte, Centro e do Paraíso, todos adscritos nas UBS de cada bairro. As coletas foram realizadas através de visitas no domicílio, a partir da disponibilização dos endereços dos idosos cadastrados nas unidades.

Os idosos incluídos no estudo apresentavam idade maior ou igual a 60 anos, capacidade cognitiva de entender e responder os instrumentos de coleta. Foram excluídos do estudo idosos que se apresentavam em processo de recuperação pós-cirurgia ou internação hospitalar recente, dificuldades de comunicação severa, ou que no momento da entrevista não tinham um familiar ou cuidador que pudesse auxiliá-lo nas respostas, em caso de necessidade.

## 2.1. Procedimento de coleta

Todos os pesquisadores foram treinados previamente para o uso dos instrumentos utilizados na pesquisa. Para coleta de dados foi utilizado um formulário sociodemográfico estruturado, o World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) para classificação de incapacidade e funcionalidade, e para qualidade de vida foi utilizado o World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD). No momento da entrevista, os idosos foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, sendo realizada a leitura e os devidos esclarecimentos para posterior anuência a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (CEP-FACISA) por meio do parecer 1.341.091.

## 2.2. Instrumentos do estudo

As variáveis sociodemográficas estudadas foram: idade, sexo, escolaridade, estado civil, raça, tipo de renda, renda e religião. Quanto a condição de saúde e hábitos de vida, foram inquiridos acerca das condições de saúde, tabagismo, etilismo, ocorrência de quedas e quanto a prática de atividades físicas.

O WHODAS 2.0, instrumento utilizado para avaliação da funcionalidade, foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado no Brasil<sup>7</sup>, sendo composto por 6 domínios: Cognição – avalia o aprendizado, comunicação, memória, concentração e aprendizado; Mobilidade – avalia o movimentar dentro de casa, deambulação, caminhada, permanência na posição em pé; Autocuidado – avalia a capacidade de se vestir, de se alimentar, de permanecer sozinho, do cuidar da higiene; Relações Interpessoais – avalia a interação com pessoas, sejam elas próximas ou desconhecidas; Atividades Diárias – avalia as dificuldades encontradas em atividades como responsabilidades domésticas, no lazer, no trabalho, na escola; Participação – avalia a participação em atividades comunitárias e sociais, entre contextos que influenciem na condição de saúde<sup>8,9</sup>. Neste estudo, foi utilizada a versão completa de 36 itens do instrumento.

Quanto a pontuação do WHODAS 2.0, cada item varia em uma escala de Likert com valores de 1 a 5, sendo 1 “nenhuma”, 2 “leve”, 3 “moderada”, 4 “grave”, e 5 “extrema ou não consegue fazer”. Com a soma dos valores de cada item, foi transformado em um escore total

padronizado, variando em uma escala de 0 a 100, onde 0 representa nenhuma deficiência e 100, deficiência completa<sup>10</sup>.

O Módulo WHOQOL-OLD, instrumento específico para idosos e validado para a versão portuguesa<sup>11</sup>, é constituída por 24 facetas em uma escala do tipo Likert que varia de 1 a 5, distribuídos em 6 domínios: funcionamento dos sentidos (FS); autonomia (AUT); atividades passadas, presentes e futuras (PPF); participação social (PSO); morte e morrer (MEM); e intimidade (INT). Cada domínio possui 4 itens, e como cada item varia de 1 a 5, os valores oscilam de 4 a 20. A pontuação do escore bruto foi transformado para uma pontuação de escala que varia de 0 a 100 pontos, onde quanto maior a pontuação melhor será sua qualidade de vida<sup>12.13</sup>. Afim de classificar a pontuação a partir de sua amplitude, os valores foram divididos por satisfação, onde pontuação de 0 a 20 foram classificados como muito insatisfeitos, 21 a 40 como insatisfeitos, 41 a 60 como nem insatisfeito nem satisfeito, 61 a 80 como satisfeitos e 81 a 100 como muito satisfeito<sup>14</sup>.

### **2.3. Análise de dados**

Para estruturação do banco de dados foi utilizado o software Epidata Manager v2.1.1.86, com dupla digitação para posterior revisão e verificação de possíveis falhas no preenchimento, com checagem automática de consistência e amplitude através do software Epidata Entry v2.1.1.34.

Para a análise foi utilizado o programa estatístico “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS). A normalidade das distribuições foi avaliada com testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov. Para análise descritiva foram empregadas média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, dependendo de sua distribuição. Os resultados do WHODAS 2.0 não apresentaram distribuição normal, o que resultou na escolha de testes não paramétricos, sendo utilizado para sua análise o Mann-Whitney Test. Para WHOQOL-Old, a distribuição foi normal, sendo sua análise realizada pelo teste t-student. Foi empregado o coeficiente de correlação de Spearman para avaliar as correlações entre os escores do WHODAS 2.0 e WHOQOL-Old. O nível de significância adotado nas análises foi de 5%.

### 3. RESULTADOS

A amostra foi composta por 121 idosos com uma idade média de 72,93 anos ( $\pm 7,9$ ), com um predomínio do sexo feminino (66,9%). Em termos de escolaridade, 34 relataram ser analfabetos (28,1%), 78 com ensino fundamental incompleto (64,5%). A maior proporção de idosos era casada (62,8%) e viúvos (24,0%). A ampla maioria dos idosos era aposentada (87,6%), com renda composta de 1 a 3 salários mínimos (75,2%) (tabela 1).

Tabela 1

Características Sociodemográficas de idosos em Santa Cruz-RN, 2016 (n = 121).

Variável	Estimativa
Idade em anos [média $\pm$ DP]	72,93 $\pm$ 7,9
Masculino	74,48 $\pm$ 7,95
Feminino	72,04 $\pm$ 7,98
Sexo	
Masculino [n (%)]	40 (33,1)
Feminino [n (%)]	81 (66,9)
Escolaridade	
Analfabeto [n (%)]	34 (28,1)
Ensino fundamental incompleto [n (%)]	78 (64,5)
Ensino fundamental completo [n (%)]	2 (1,7)
Ensino médio incompleto [n (%)]	2 (1,7)
Ensino médio completo [n (%)]	4 (3,3)
Ensino superior completo [n (%)]	1 (0,8)
Estado Civil	
Solteiro [n (%)]	11 (9,1)
União estável	2 (1,7)
Casado [n (%)]	76 (62,8)
Divorciado [n (%)]	3 (2,5)
Viúvo [n (%)]	29 (24,0)
Raça	
Branco [n (%)]	63 (52,1)
Negro [n (%)]	31 (25,6)
Pardo [n (%)]	27 (22,3)
Fonte de renda	
Aposentado [n (%)]	106 (87,6)
Pensão [n (%)]	13 (10,7)
Remunerado [n (%)]	2 (1,7)
Renda	
0 a 1 salário [n (%)]	23 (19,0)
1 a 3 salários [n (%)]	91 (75,2)
Mais de 3 salários [n (%)]	7 (5,8)
Religião	
Católico	103 (85,1)
Protestante	16 (13,2)
Outro	2 (1,7)

DP: Desvio padrão

Em relação à condição de saúde e hábitos de vida (Tabela 2), 21 idosos reportaram hipertensão arterial (17,4%) e 28 hipertensos associados com outra condição (23,1%). Foi

evidenciado que a maior parte dos idosos eram ex-tabagistas (47,9%) e não alcoólatras (74,4%). Quanto ao número de quedas, 38 idosos (31,4%) relataram ocorrência desse incidente nos últimos 3 meses, sendo a grande maioria dos idosos caracterizado como sedentários (62%).

Tabela 2

Condição de saúde e hábitos de vida dos idosos entrevistados no estudo. Santa Cruz-RN, 2016 (n=121)

Variável	Estimativa
Condição de saúde	
Nenhuma doença [n (%)]	14 (11,6)
Hipertensos [n (%)]	21 (17,4)
Diabéticos [n (%)]	2 (1,7)
Diabéticos e hipertensos [n (%)]	12 (9,9)
Hipertenso e outra [n (%)]	28 (23,1)
Diabético e outro [n (%)]	4 (3,3)
Osteoporose [n (%)]	3 (2,5)
Hipertenso, diabético e outro [n (%)]	15 (12,4)
Outros [n (%)]	22 (18,2)
Tabagismo	
Tabagista [n (%)]	20 (16,5)
Não-tabagista [n (%)]	43 (35,5)
Ex-tabagista [n (%)]	58 (47,9)
Alcoolismo	
Alcoólatra [n (%)]	8 (6,6)
Não-alcoólatra [n (%)]	90 (74,4)
Ex-alcoólatra [n (%)]	23 (19,0)
Quedas (últimos 3 meses)	
Sim [n (%)]	38 (31,4)
Não [n (%)]	83 (68,6)
Prática de atividade física	
Sim [n (%)]	46 (38,0)
Não [n (%)]	75 (62,0)

Quanto à funcionalidade, foi observado que os participantes do estudo apresentaram maior nível de incapacidade no domínio referente às atividades diárias (30,00 (70,00)); e em menor grau, mobilidade (18,75 (50,00)); e participação (16,66 (35,42)), (tabela 3).

Os dados referentes à qualidade de vida (tabela 3) demonstram que nos domínios intimidade 77,53 ( $\pm 17,33$ ), participação social 77,32 ( $\pm 15,69$ ) e morte e morrer 72,26 ( $\pm 15,58$ ), os idosos se apresentaram “satisfeitos”. Diferentemente dos anteriores, os domínios atividades passadas, presentes e futuras 49,58 ( $\pm 12,92$ ) e autonomia 39,51 ( $\pm 23,85$ ) se apresentaram como “nem insatisfeito nem satisfeito” e “insatisfeito”, respectivamente.

Tabela 3

Pontuação média e Desvio padrão da amostra para cada um dos domínios do WHODAS 2.0, WHOQOL – Old e pontuação geral (WHOQOL-Old). Santa Cruz-RN, 2016 (n=121)

WHODAS 2.0			
Domínio (D)	Mínimo	Máximo	Mediana (intervalo interquartil)
Cognição	0,00	65,00	10,00 (20,00)
Mobilidade	0,00	100,00	18,75 (50,00)
Auto-cuidado	0,00	90,00	0,00 (10,00)
Relações interpessoais	0,00	91,67	16,66 (12,50)
Atividades diárias	0,00	100,00	30,00 (70,00)
Participação	0,00	87,50	16,66 (35,42)

  

WHOQOL – Old	Pontuação (média ± DP)		
Funcionamento dos sentidos (FS)	0,00	100,00	57,17 ± 19,90
Autonomia (AUT)	6,25	100,00	39,51 ± 23,85
Atividades passadas, presentes e futuras (PPF)	12,50	87,50	49,58 ± 12,92
Participação Social (PSO)	31,25	100,00	77,32 ± 15,69
Morte e morrer (MEM)	25,00	100,00	72,26 ± 15,58
Intimidade (INT)	25,00	100,00	77,53 ± 17,33

Quando comparados os sexos masculino e feminino, observa-se que quanto a funcionalidade e qualidade de vida, ambos os grupos apresentam um baixo nível de incapacidade e satisfeitos quanto a qualidade de vida, não havendo significância estatística no WHODAS e no WHOQOL-Old por grupo (tabela 4).

Tabela 4

Análise descritiva referente a funcionalidade e qualidade de vida geral e no grupo masculino e feminino. Santa Cruz-RN, 2016 (n=121)

Variáveis	Escore total	Masculino	Feminino	P*
Idade [média ± DP ]	-	74,48 ± 7,95	72,04 ± 7,98	0,116 <sup>a</sup>
WHODAS 2.0 [mediana ±Intervalo interquartil]	21,73 - 22,83	21,73 - 21,47	21,73 - 25,00	0,722 <sup>a</sup>
WHOQOL-OLD [média ± DP ]	62,23 ± 9,16	60,91 ± 8,24	62,88 ± 9,57	0,267 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Teste t student*

<sup>b</sup> *Teste Mann-Whitney*

Em relação a correlação entre funcionalidade e qualidade de vida, os dados apresentados apresentaram um valor fraco e não significativo entre o WHODAS 2.0 e WHOQOL-Old (0,329) e WHOQOL-Old e WHODAS 2.0 (0,329).



#### 4. DISCUSSÃO

A média de idade da amostra foi de 72,93 anos ( $\pm 7,9$ ), com prevalência de hipertensão arterial em 17,4% dos idosos e de hipertensão associada com alguma outra condição de 23,1%, o que corrobora com estudo realizado em Pelotas-RS, numa amostra de 1.968 no qual foi observado que o fator idade também se constitui como um fator de risco para a hipertensão arterial, de modo que mais da metade dos idosos com idade entre 60 e 69 anos apresentavam hipertensão<sup>15</sup>. Em outro estudo, foi constatado que além da idade avançada, a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico também são considerados como fatores importantes que influenciam negativamente sobre a hipertensão arterial<sup>16</sup>, o que se evidencia no nosso estudo onde mais da metade da amostra (64,5%) tinha apenas o ensino fundamental incompleto, e quanto ao nível econômico, 75,2% dos idosos tinham uma renda de 1 a 3 salários mínimos.

Em relação ao tabagismo, observou-se que quase metade da amostra era composta por ex-fumantes (47,9%), o que quando somado aos dados referentes a hipertensão, observa-se semelhança com o estudo realizado com idosos no Paraná, que foi verificado que os ex-fumantes apresentavam uma maior prevalência de hipertensão, apresentando também uma associação significativa<sup>17</sup>.

Quanto ao estilo de vida ativo, mais da metade da amostra (62,0%) era composta por sedentários, enquanto 16,5% e 47,9% eram fumantes ou ex-fumantes, respectivamente, o que concorda com os achados de um estudo de São Paulo<sup>18</sup>, onde foi observado que o fator sedentarismo no idoso está associado com a maior probabilidade de tabagismo, sendo este relacionado a comportamentos não saudáveis como o etilismo, maus hábitos alimentares.

Foi observado que 31,4% dos idosos sofreram quedas, resultado que se assemelha com os achados no estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, onde foi observada uma prevalência de quedas em 33,3% dos idosos, sendo destacados como fatores de risco as comorbidades presentes no idoso e o próprio processo de envelhecimento<sup>19,20</sup>.

A avaliação da incapacidade demonstrou que os participantes apresentaram maior nível de incapacidade nos domínios de atividades diárias, que avalia atividades cotidianas e domésticas, mobilidade, que avalia atividades como ficar em pé, andar dentro de casa e sair, e participação, que não só avalia limitações na atividade, mas as restrições na participação, corroborando com achados de um estudo prospectivo de base populacional com 2072 idosos,

onde foi observado que os participantes apresentaram maior incapacidade nos domínios de mobilidade (32,6%), atividades de vida diária (30,6%) e participação na sociedade (30,0%)<sup>21</sup>. Tendo em vista que o domínio de maior nível de incapacidade foi o de atividades diárias, pode haver uma influência quanto à diminuição das atividades após aposentadoria e surgimento de doenças crônicas<sup>22</sup>, que foram encontradas na grande maioria da amostra desse estudo.

Um estudo brasileiro que objetivou descrever a qualidade de vida de idosos, com média de idade de 73 ( $\pm 7,5$ ) anos, demonstrou que o pior escore de qualidade de vida medido pelo WHOQOL-Old foi na faceta de autonomia (47,9 $\pm$ 17,0), enquanto que os melhores escores foram apresentados nas facetas de morte e morrer (68,4 $\pm$ 22,8) e intimidade (61,0 $\pm$ 15,9)<sup>23</sup>, corroborando com nosso estudo, onde foi demonstrando como pior escore a faceta de autonomia (39,51  $\pm$  23,85) melhores escores as facetas de morte e morrer (72,26  $\pm$  15,58) e intimidade (77,53  $\pm$  17,33).

O maior escore na faceta intimidade pode ser explicada pelo fato de 62,8% dos participantes serem casados, o que reflete consideravelmente na qualidade de vida, em contraste com outros estudos que obtiveram menor pontuação na faceta, devido 60% dos idosos serem solteiros, viúvos ou separados<sup>24,25</sup>.

Tendo em vista que a faceta morte e morrer representa o melhor escore relacionado a qualidade de vida, se tem a demonstração de que os idosos da amostra não se preocupam quando as questões relacionadas a morte. Isso pode ser explicado pela religiosidade, já que 85,1% dos idosos são católicos e 13,2% protestantes, demonstrando grande adesão e que o fator religião, fé, espiritualidade pode influenciar para que idosos não temam a morte<sup>26</sup>. Tal fato pode ser demonstrado em um estudo realizado em São Paulo-SP, onde os autores destacaram que a religião pode trazer benefícios reais para idosos e seus familiares, seja relacionado ao apoio social, emocional, em relação a motivação e esperança<sup>27</sup>.

No presente estudo a faceta participação social teve um dos melhores escores do WHOQOL-Old (77,32  $\pm$  15,69). Tal fato corrobora com os achados de um outro estudo brasileiro que buscou analisar a qualidade de vida de idosos residentes da zona urbana e rural, onde foi utilizado a medida de pontuação de 4 a 20, obtendo bom nível de qualidade de vida na faceta de participação social (15,4 $\pm$ 2,2)<sup>28</sup>.

O resultado do escore geral do WHODAS 2.0, que foi transformando em escala de 0 a 100 em conformidade com o manual do instrumento, demonstrou que os idosos da amostra apresentaram um baixo nível de incapacidade (21,73 (22,83)), demonstrando um baixo nível de incapacidade. Em um estudo realizado no Brasil em 2016, que teve como objetivo analisar os fatores associados à funcionalidade e incapacidade em idosos, observou um escore geral do WHODAS de 18,05 (21,13). Tendo em vista que a média de idade do estudo (72,62 ( $\pm 9,9$ )) é semelhante ao nosso (72,93 ( $\pm 7,9$ )), um dos motivos que pode resultar no baixo nível de incapacidade pode estar relacionado a idade, já que com o avançar da idade a funcionalidade se encontra mais prejudicada<sup>29</sup>.

Em um estudo brasileiro (2016) que teve como objetivo investigar a associação entre cognição, escolaridade e atividade física com a percepção de qualidade de vida, foi observado uma média no escore geral do WHOQOL-Old de 68,75 ( $\pm 11,27$ )<sup>30</sup>, semelhante à média geral encontrada em nosso estudo. Foi observado uma média geral de qualidade de vida em idosos em nosso estudo de 62,23  $\pm$  9,16, média geral inferior quando comparado a estudos com idosos ativos (74,52 ( $\pm 10,9$ ))<sup>31</sup>, o que pode ser explicado pelo nível de atividade física, já que 62% da amostra se apresenta como sedentária.

O principal objetivo do estudo foi analisar se a funcionalidade tem correlação com a qualidade de vida (QV) em idosos. Foi observado que não houve correlação significativa entre as duas variáveis, analisada pelo WHODAS 2.0 e WHOQOL-Old. Tendo em vista que a incapacidade tem uma influência negativa sobre a qualidade de vida<sup>32</sup> (Murphy, 2007), o que pode explicar a falta de correlação é o tamanho da amostra, que poderia ser diferente com um maior número de participantes. Em um estudo brasileiro, que buscou a existência de relação entre a dependência funcional com uso de um outro instrumento e qualidade de vida utilizando o WHOQOL-Old, observou a não relação entre eles, sendo explicado pelo bom nível de independência dos participantes e pelo tamanho da amostra<sup>33</sup>.

Entre as limitações podemos destacar o número de participantes, uma vez que esse estudo apresenta resultados parciais de uma pesquisa maior, de base populacional, que se encontra em fase de execução. Isso pode ter influenciado na comparação dos resultados dos indicadores dos instrumentos utilizados; também a localização das residências dos idosos, por se tratar de diferentes bairros e, por fim, a falta de atualização cadastral dos idosos nas UBS, resultaram em atraso no andamento das coletas.

Foram encontrados poucos estudos na literatura que tenham utilizado os instrumentos WHODAS 2.0 e WHOQOL-Old e feito sua correlação em uma população idosa. Sua continuidade e mais estudos são necessários para melhor utilização de instrumentos que possam auxiliar na avaliação da população idosa, contribuindo para o melhor entendimento do processo de envelhecimento humano.

## **5. CONCLUSÃO**

Este estudo teve como hipótese a correlação entre a funcionalidade/incapacidade e qualidade de vida em idosos. Partindo-se da ideia de que a incapacidade aumenta com o envelhecimento, esperava-se uma correlação significativa entre esses dois determinantes. No entanto, esse estudo não identificou essa relação.

Contudo, é válido ressaltar que os participantes apresentaram um baixo nível de incapacidade, o que pode ter influenciado a avaliação satisfatória quanto à qualidade de vida no questionário. Além disso, o maior escore médio geral das facetas da qualidade de vida foi da intimidade, seguida da participação social, o que pode significar que o suporte familiar e aporte social dos idosos representa uma maior satisfação e consequentemente uma melhor qualidade de vida para essa população. Quando relacionado a incapacidade, os idosos apresentaram maior comprometimento no domínio atividades diárias, que pode estar ligado ao estilo de vida sedentário dos idosos da pesquisa.

Assim, destaca-se o conhecimento gerado pelos estudos epidemiológicos, que promovem e permitem um olhar direcionado a uma área, região ou população, auxiliando de forma efetiva o serviço e a equipe de saúde no planejamento e desenvolvimento de ações que promovam uma melhor assistência a esse público, principalmente no cuidado em saúde voltado as principais necessidades dos idosos, realizando de forma efetiva promoção em saúde. Por outro lado, foram encontrados poucos estudos em populações do interior do nordeste brasileiro, fator preocupante tendo em vista sua contribuição epidemiológica e por se tratar de uma região tão rica em informações de cunho populacional.

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

A pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## REFERÊNCIAS

1. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios óricas e estatísticas. Brasília: Soc. estado. 2012; 27:165-180
2. BRASIL. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE 2013; 160 p.,
3. Berenstein, CK, Wajnman S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. Minas Gerais: **Xv Encontro Nacional de Estudos Populacionais 2008**; 22:1-16.
4. OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde 2004.
5. Bodstein A, Lima VVA, Barros AMA. The vulnerability of the elderly in disasters: the need for an effective resilience policy. São Paulo: Ambiente & Sociedade 2014; 17:157-174.
6. OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
7. Silveira C, et al. Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) into Portuguese. São Paulo: Rev Assoc Med Bras 2013; 59:234-240.
8. Ribeiro SMS. Adaptação e Validação do WHODAS 2.0 para a População Portuguesa. Dissertação. [Mestre em Gerontologia] - Universidade de Aveiro; 2010.
9. Silva AS. Depressão e incapacidade funcional em idosos – um estudo de base populacional. Tese. [Doutorado em Ciências] – Universidade de São Paulo; 2013.
10. OMS. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Organização Mundial da Saúde, 2015.
11. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. São Paulo: Rev Saúde Pública 2006; 40:785-91.
12. Tavares DMS, Dias FA, Munare DB. Quality of life of the elderly and participation in group educational activities. São Paulo: Acta Paul Enferm 2012; 25:601-6.
13. Rocha RER, et al. Aptidão funcional e qualidade de vida de idosos frequentadores de uma universidade aberta da maior idade. Paraná: J. Phys. Educ 2016, v.27.
14. Rocha RER, Mineiro L, Boscatto EC, Mello MF. Physical Fitness and quality of life of elderly attending a University of the third age. J. Phys. Educ. 2016; 27:2725.
15. Costa JSD, Barcelos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S, Fuchs SC. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores de risco associados: um estudo de base populacional urbana em

- Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. São Paulo: Arq. Bras. Cardiol. 2007; 88:56-65.
16. Mártires MAR, Costa MAM, Santos CSV. Obesity in aged hypertension patients. Florianópolis: Texto contexto – enferm 2013; 22:797-803.
  17. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Arterial Hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. São Paulo: Rev. Latino-Am. Enfermagem 2014; 22:547-53.
  18. Zaitune MPA, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública 2012; 28:583-595.
  19. Fhon JRS, et al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012; 20:8.
  20. Oliveira AS, Trevizan PF, Bestetti MLT, Melo RC. Environmental hazards and risk of fall in the elderly: systematic review. Rio de Janeiro: Rev. bras. geriatr. Gerontol 2014; 17:637-645.
  21. Silva SA. Depressão e incapacidade funcional em idosos – um estudo de base populacional. Tese. [Doutorado em Ciências] – Universidade de São Paulo; 2013.
  22. Lopes MCBT, Lage JSS, Campaharo CRV, Okuno MFP, Batista REA. Factors associated with functional impairment of elderly patients in the emergency departments. São Paulo: Einstein 2015;13:209-14.
  23. Varela FGA, Ciconelli RM, Campolina AG, Soarez PC. Quality of life evaluation of frail elderly in Campinas, São Paulo. São Paulo: Rev. Assoc. Med. Bras. 2015; 61:423-430.
  24. Alves JC, Bassit DP. Quality of life and functional capacity of elderly women with knee osteoarthritis. São Paulo: Einstein 2013; 11:209-15.
  25. Vitorino LM, Paskulin LMG, Viana LAC. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. Ribeirão Preto: Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012; 20:9.
  26. Bajotto AP, Goldim JR. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. Rio de Janeiro: Rev. bras. geriatr. gerontol. 2011; 14: 753-761.
  27. Bousso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. Creencias religiosas, enfermedad y muerte: perspectivas de la familia en la experiencia de la enfermedad. São Paulo: Rev Esc Enferm USP. 2011; 45:391-7.
  28. Alencar NA, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas EHM. Assessment of the quality of life of elderly women living in urban and rural environments. Rio De Janeiro: Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2010; 13:103-109.

29. Alves CP, Correia GE. Identificação do perfil funcional e de incapacidade de idosos da comunidade sob a perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF/OMS). Monografia. [Bacharel em Fisioterapia] – Universidade de São Francisco; 2016.
30. Gomes FRH. Associação da cognição, escolaridade e atividade física com a qualidade de vida em uma amostra de idosos de Ponta Grossa-PR. Dissertação. [Mestre em Educação] – Universidade Federal do Paraná; 2016.
31. Vagetti GC, Oliveira V, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Campos W. Predição da qualidade de vida global em idosos ativos por meio dos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. Portugal: Motricidade 2012; 8:709-718.
32. Murphy K, O’Shea E, Cooney A, Casey D. The Quality of Life of Older People With a Disability in Ireland. Galway: National University of Ireland 2007; No. 99.
33. Ferreira SCMA. Funcionalidade e Qualidade de Vida em Contexto de Cuidados de Longa Duração. Dissertação [Mestrado em Gerontologia Social] - Instituto Politécnico de Castelo Branco; 2013.