

Análise da funcionalidade de pacientes que realizam atividade físicas

Aryelle Cristina Rodrigues Castro¹, Ritta de Cássia C. Oliveira Borges², Fabrício Borges Oliveira³, Ana Paula Nassif Tondato da Trindade⁴

1. Fisioterapeuta egressa Centro Universitário do Planalto de Araxá – UNIARAXA
2. Fisioterapeuta. Mestra em Promoção de Saúde UNIFRAN. Profa. Centro Universitário do Planalto de Araxá – UNIARAXA - rittaoliveira@uniaraxa.edu.br
3. Fisioterapeuta Doutor em Ciências do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal - Prof. Centro Universitário do Planalto de Araxá – UNIARAXA - fabriciooliveira@uniaraxa.edu.br
4. Fisioterapeuta. Doutora e Mestra em Promoção de Saúde UNIFRAN. Profa. Centro Universitário do Planalto de Araxá – UNIARAXA – anapaulatrindade@uniaraxa.edu.br

RESUMO

Introdução: A Atividade Física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzidos pelos músculos que requeiram gasto de energia, tem como objetivo melhorar ou manter o condicionamento físico, a prática da atividade física faz bem para o corpo e para a mente. Tem várias vantagens como redução do risco da pressão arterial, doenças cardíacas, além disso fortalece os ossos e músculos, reduz a ansiedade e o estresse. O envelhecimento é um processo natural da vida adulta, tendo o desgaste do corpo e das células, sofrendo mudanças fisiológicas com o passar dos anos. **Objetivos:** Avaliar a funcionalidade, através do WHODAS dos grupos que praticam atividades físicas, avaliar o nível de incapacidade funcional dos praticantes. **Metodologia:** Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Uniaraxá-CEP sobre o número 2943/41, nos moldes da Resolução 466/12, sendo caracterizada do tipo transversal, descritiva e qualitativa. **Resultados:** Foram avaliados 42 participantes com idade média 60,7 sendo a maioria mulheres, todos independente na comunidade. No questionário *Oswestry*, 45% dos pacientes apresentaram incapacidade moderada. Os resultados obtidos pelo WHODAS apontam que o melhor domínio avaliado foi o domínio relacionamento com as pessoas, 74% não relataram ter dificuldade em manter uma amizade e o pior domínio avaliado foi concentrar-se por 10 minutos, onde 8% dos entrevistados não conseguem realizar essa atividade. **Conclusão:** Podemos relatar que a maioria dos pacientes não apresentava alterações de funcionalidade.

Palavras Chaves: Atividade física, Funcionalidade e Incapacidade.

ABSTRACT

Introduction: Physical Activity can be defined as any body movement produced by muscles that require energy expenditure, aims to improve or maintain physical conditioning, the practice of physical activity is good for the body and mind. It has several advantages such as lowering the risk of blood pressure, heart disease, in addition it strengthens bones and muscles, reduces anxiety and stress. Aging is a natural process of adult life, with wear and tear on the body and cells, undergoing physiological changes over the years. **Objectives:** To evaluate the functionality, through the WHODAS of the groups that practice physical activities, to evaluate the level of functional disability of the practitioners. **Methodology:** This research was approved by the Research Ethics Committee of Uniaraxá-CEP on the number 2943/41, according to Resolution 466/12, being characterized as transversal, descriptive and qualitative. Results: 42 participants with a mean age of 60.7 were evaluated, most of them women, all independent in the community. In the *Oswestry* questionnaire, 45% of patients had moderate disability. The results obtained by WHODAS point out that the best domain assessed was the relationship with people domain, 74% did not report having difficulty maintaining a friendship and the worst assessed domain was to concentrate for 10 minutes, where 8% of respondents are unable to perform this activity. **Conclusion:** We can report that the majority of patients did not present changes in functionality.

Keywords: Physical Activity, Functionality and Disability.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2014) define atividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer. O termo "atividade física" não deve ser confundido com "exercício", que é uma subcategoria da atividade física e é planejada, estruturada, repetitiva e tem como objetivo melhorar ou manter um ou mais componentes do condicionamento físico.

Segundo Meneguci (2016) a atividade física de intensidade moderada – como caminhar, pedalar ou praticar esportes – traz benefícios significativos para a saúde. Em todas as idades, os benefícios de ser fisicamente ativo superam os eventuais danos, decorrentes, por exemplo, de lesões. Um pouco de atividade física é melhor do que nenhuma e ao se tornarem mais ativas ao longo do dia de maneiras relativamente simples, as pessoas conseguem facilmente atingir os níveis recomendados. Segundo os mesmos autores, níveis regulares e adequados de atividade física:

- Melhoram o condicionamento muscular e cardiorrespiratório;
- Aumentam a saúde óssea e funcional;
- Reduzem o risco de hipertensão, doença cardíaca coronária, acidente vascular encefálico (AVE), diabetes, câncer de cólon e de mamas e depressão;
- Reduzem o risco de quedas, bem como de fraturas de quadril ou vertebrais;
- São fundamentais para o balanço energético e controle de peso.

Há múltiplos fatores associados ao processo de envelhecimento: fatores moleculares, celulares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos e sociais. Estes interagem e regulam tanto o funcionamento típico quanto o atípico do indivíduo que envelhece (SANTOS, 2009).

A CIF significa “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”, e é o modelo atual usado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para saúde e incapacidade. Constitui a base conceitual para definição, medição e desenvolvimento de políticas nesta área (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Em 2001, foi publicada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que constitui um instrumento que pretende servir de base conceitual para definir e medir as incapacidades assim como para a formulação de políticas para essa população. Porém, mais do que isso, a classificação privilegia os aspectos positivos das condições de saúde e este é o motivo pelo qual seu título foi alterado, para incorporar os termos funcionalidade e saúde. Termos como *impairment* ou *handicaps* foram abandonados e a nova classificação utiliza funcionalidade para se referir a todas as funções do corpo, às atividades e à participação. Da mesma forma a palavra incapacidade constitui um termo guarda-chuva para as deficiências, a limitação das atividades ou para a restrição na participação. As dimensões que fazem parte da estrutura da CIF são apresentadas como condições positivas (como funções e estruturas, atividades e participação) enquanto que a falta dessas condições, os aspectos negativos, estão como termos secundários (como deficiência, limitação e restrição) (BUCHALLA, 2003).

A CIF aborda a funcionalidade e a incapacidade de acordo com as condições de saúde, indicando o que um indivíduo pode ou não fazer no cotidiano, de acordo com as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

O questionário WHODAS foi desenvolvido como forma de se relacionar a funcionalidade com a CIF, não se restringindo a populações ou patologias. É um instrumento

amplamente utilizado que busca identificar a funcionalidade do paciente (SILVEIRA, et.al. 2013).

A funcionalidade e a incapacidade são alterações que se estendem além das consequências biológicas de saúde ou doenças, uma vez que há fatores mais fortes para que isso aconteça, sofrendo influência de fatores ambientais e pessoas.

O Programa Academia da Saúde se destaca como uma nova estratégia da atenção básica com potencial de fortalecer e qualificar as ações de promoção de saúde nas comunidades, sendo um programa implantado pelas Secretárias de Saúde do Distrito Federal e Municípios, tendo com apoio técnico as Secretárias Estaduais de Saúde e do Ministério de Saúde (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2011; SÁ et al, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), o Programa Academia da Saúde tem como objetivo principal contribuir para promoção da saúde e da população a partir da implantação de polos de infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoas qualificadas para orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer modos de vida saudáveis.

Avaliar a funcionalidade, através do WHODAS, dos praticantes de grupos de atividade física promovidas pela Secretária de Saúde, e pela Clínica de Fisioterapia do Uniaraxá.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, descritiva e quantitativa, previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Uniaraxá – CEP sobre parecer número 2943/41, nos moldes da resolução 466/12. Além disso foi aprovado pela secretaria de saúde do município de Araxá. Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos e procedimentos e só participaram após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

De acordo com um levantamento prévio, cerca de 100 pessoas realizam a atividade promovida pela prefeitura, e na Clínica Escola de Fisioterapia do UNIARAXA que realizam a atividade de alongamento cerca de 08 pessoas. Considerando o nível de confiança de 90% com erro de 10% a amostra final deveria conter pelo menos 42 participantes.

Participaram do estudo pessoas na faixa etária acima dos 50 anos, independente do sexo, frequentes ao programa há pelo menos 1 mês.

Não participaram do estudo pacientes com histórico de doenças neurológicas, como Parkinson e acidente vascular encefálico, pacientes com histórico de alterações pulmonares que limitasse a participação na atividade física e pacientes que respondesse de forma incompleta os questionários aplicados.

O WHODAS 2.0 é um instrumento prático e genérico de avaliação de saúde e deficiência no âmbito populacional ou clínico, que fornece o nível de funcionalidade em seis domínios de vida. Ele foi desenhado para avaliar a funcionalidade em 6 domínios de atividades: Cognição (pontuação máxima 20 pontos), Mobilidade (pontuação máxima 16 pontos), Autocuidado (pontuação máxima 10 pontos), Relações Interpessoais (pontuação máxima 12 pontos), Atividades Diárias (pontuação máxima 10 pontos) e Participação (pontuação máxima 24 pontos), total do questionário (92 pontos). Para a contagem dos escores de cada domínio é atribuído o valor 1 para nenhuma incapacidade, 2 para leve incapacidade, 3 para moderada incapacidade, 4 para grave incapacidade e 5 para muito grave incapacidade (SILVA et al, 2016; ÜSTUN et al 2015).

O questionário *Oswestry Disability Index* (ODI), adaptado e validado para o Brasil, foi utilizado para avaliar as limitações funcionais dos participantes através da influência da dor na execução de atividades de vida diária (AVDs) (BARTZ et al, 2011). A versão brasileira permite avaliar a incapacidade funcional apresentada pelos pacientes (POLETTTO et al, 2017).

Além desses questionários foi realizada uma entrevista coletando os dados pessoais dos pacientes, como nome, idade, sexo, histórico de doenças prévias.

Os pacientes foram abordados pela entrevistadora, de forma conjunta, onde foi então explicado o estudo. Após a explicação inicial, aqueles participantes que se interessaram em fazer parte da pesquisa. Assinaram o TCLE. Em seguida foram coletados os dados pessoais e histórico médico. Logo após responderem esse questionário, os participantes responderam ao Questionário WHODAS 2.0, seguido pela aplicação do questionário *Oswestry*

Todos os questionários foram aplicados por apenas uma entrevistadora, como forma de se evitar que houvesse viés nas aplicações. As entrevistas ocorreram logo após as atividades que os participantes estavam realizando.

Os dados coletados através dos questionários de avaliação do perfil do paciente foram somados e apresentados em forma de média, desvio padrão e porcentagem.

Os dados obtidos através do WHODAS 2.0 foram apresentados em forma de média e desvio padrão. Os dados obtidos através do questionário *Oswestry* foram apresentados em forma de média, desvio padrão e indicado a graduação dos níveis de incapacidade. Foi realizado a correlação linear de Pearson entre a idade o questionário de *Oswestry*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 50 participantes dos programas com idade variando entre 28 a 86 anos. Destes, 8 foram excluídos por preencher os critérios de exclusão.

A média da idade foi de $60,7 \pm 10,10$ anos, com maioria 95,2% mulheres, 57,1% casados, 57,1% aposentados. Na avaliação da condição em que vivem no momento da entrevista 100%, se declaram independentes na comunidade. A maioria dos participantes 40,4% apresentavam tempo médio de prática de 1 a 3 anos. Podemos observar que 97,6% declaram não ter históricos de doenças neurológicas e 90,4% relataram não ter histórico de doenças pneumologicas. Esses dados estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos pacientes que foram avaliados para a participação da pesquisa.

Questionário	Característica	n	%
Sexo	Feminino	40	95,2
	Masculino	2	4,8
Estado civil	Solteiro	3	7,1
	Casado	24	57,1
	Viúvo	10	23,8
	Separado	1	2,4
	Divorciado	4	9,5
Profissão	Aposentado	24	57,1
	Do lar	10	23,8
	Trabalho remunerado	8	19,0
	Sim	1	2,3

Histórico de doenças neurológicas	Não	41	97,6
Histórico de doenças pneumológicas	Sim	4	9,5
	Não	38	90,4
Tempo de Atividade Física	Menos de 1 ano	12	28,5
	1 a 3 anos	17	40,4
	4 a 7 anos	5	11,9
	Mais de 8 anos	8	19,0

Manso e Bovolini (2015) encontraram em seu estudo idade média de $73,0 \pm 8,0$ anos, 77% aposentados. No estudo de Batista, Vieira, Silva (2012) também identificaram uma grande participação do público feminino em seu estudo. Ambos os autores ponderam que a presença predominante das mulheres reflete um achado mundial onde a feminização da velhice é um fato.

Esses resultados são observados também em nosso estudo onde a maioria dos participantes são mulheres e aposentados.

O fato das mulheres buscarem mais participação em ações de prevenção e manutenção da saúde é justificada principalmente por questões culturais que levam a mulher a ter maior consciência sobre as necessidades de hábitos saudáveis de vida, entre eles a realização de atividades físicas para uma melhor qualidade de vida. Desde jovem a mulher é estimulada a cuidar da saúde da família, dos filhos, pais e companheiros. Com isso ela se torna muito mais consciente da importância de se fazer um trabalho mais preventivo com relação a saúde.

Cabrera, De Andrade e Wajngarten (2007) observaram em seu estudo que investigava causas de mortalidade em idosos e com duração de 9 anos, grande ocorrência de óbitos em indivíduo com mais de 80 anos e nos homens, sendo que as doenças cardiovasculares representaram a maior causa de óbito. Observaram também que quanto maior a faixa etária maior o risco de desenvolver doenças neurológicas.

Os resultados obtidos pelo Whodas apontam que o melhor domínio avaliado foi o domínio relacionamento com as pessoas, 74% não relataram ter dificuldade em manter uma amizade e o pior domínio avaliado foi concentrar-se por 10 minutos, onde 8% dos entrevistados não conseguem realizar essa atividade.

Quando perguntamos, sobre os efeitos dessas dificuldades apresentadas, por quantos dias permaneciam as dificuldades relatadas, nos últimos 30 dias, obteve-se uma média 7,6 dias. Frente à pergunta de quantos dias esteve totalmente incapaz de realizar suas atividades por motivo de saúde a média foi de 3,0. A média de 3,9 foi evidenciada em resposta a quantos dias foram diminuídas as atividades diárias devido a alguma condição de saúde. Os dados obtidos pelo Questionário Whodas estão representados na Tabela 2.

De acordo com Silveira *et al* (2013) o Whodas 2.0 é dividido em domínios, onde o domínio primeiro avalia atividades de comunicação e de pensamento sendo o domínio da cognição refere-se as atividades de concentração, o segundo avalia mobilidade atividades como ficar de pé e o que refere-se andar por longas distâncias, o terceiro domínio avalia o autocuidado lavar-se e vestir-se, já o quarto domínio avalia o relacionamento que seria a interação com outras pessoas, no quinto domínio podemos avaliar as atividades de vida diária como dificuldades nas atividades do dia-a-dia, e no último domínio avalia as dimensões sociais como a participação em atividades comunitárias.

Tabela 2: Resultados obtidos através do Questionário Whodas para os pacientes avaliados.

Atividade	Nenhuma (%)	Leve (%)	Moderada (%)	Grave (%)	Não consegue (%)
Ficar de pé por longos 30 minutos	50,0	16,7	23,8	4,8	4,8
Cuidar das responsabilidades domésticas	33,3	14,3	38,1	7,1	7,1
Aprender uma nova tarefa	36,0	20,0	14,0	10,0	4,0
Dificuldade de participar de atividades comunitárias	50,0	10,0	16,0	6,0	2,0
Emocionalmente afetado pelos problemas de saúde	28,0	14,0	28,0	14,0	0,0
Concentrar por 10 minutos	56,0	8,0	10,0	2,0	8,0
Andar por 1 quilometro	42,0	6,0	18,0	12,0	6,0
Lavar seu corpo	68,0	4,0	8,0	4,0	0,0
Vestir-se	64,0	10,0	8,0	2,0	0,0
Lidar com pessoas que não conhece	50,0	12,0	12,0	8,0	2,0
Manter uma amizade	74,0	4,0	4,0	0,0	2,0
Seu dia-a-dia no trabalho	28,0	20,0	24,0	12,0	0,0

A perda da funcionalidade pode ser atribuída a algumas modificações morfológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento, limitando a sua funcionalidade, sua autonomia e com consequência a sua independência, o histórico de doenças pode afetar a funcionalidade dos pacientes, onde as doenças neurológicas apresenta diminuição do gasto energético, diminuição da frequência cardíaca e do volume sistólico, já as doenças pulmonar tem a diminuição da capacidade vital e da capacidade de difusão pulmonar, aumento da ventilação durante o exercício (MACIEL, 2010).

No estudo de Alves *et al.* (2016), observou-se que a maior dificuldade encontrada foi caminhar uma longa distância como 1 km para 53,8% dos entrevistados, na questão sobre trabalho diário a maior resposta encontrada foi “não realiza”, porém observou-se que o idoso não realizava, pois não apresentava necessidades financeiras, não por dificuldades físicas.

Veiga *et al* (2016), também utilizou o questionário Whodas em 28 pacientes obteve como resultado que o domínio locomoção foi o que apresentou maior média de dificuldade (38,03%) e o domínio cognição, o menor (11,75). Já na amostra estudada, tivemos uma diferença desse resultado que pode ser apontada a diferença do número da amostra, ou das condições de patologias associadas.

Em nosso estudo fizemos o teste de correlação linear de Pearson entre a idade e o nível de funcionalidade dos pacientes e encontramos correlação fraca ($r=-0,1378$) sem estatística significativa ($p=0,3840$).

Alves *et al* (2016), observou que quando comparada a funcionalidade com a idade demonstrou correlação moderada ($r=0,57$) e estatisticamente significativa ($p=0,002$), ou seja, com o avançar da idade a funcionalidade se apresenta mais prejudicada. Em nosso estudo fizemos o teste de correlação linear e encontramos correlação fraca o que indica que nem todos os participantes mais velhos apresentaram comprometimento funcional maior que os mais jovens da amostra.

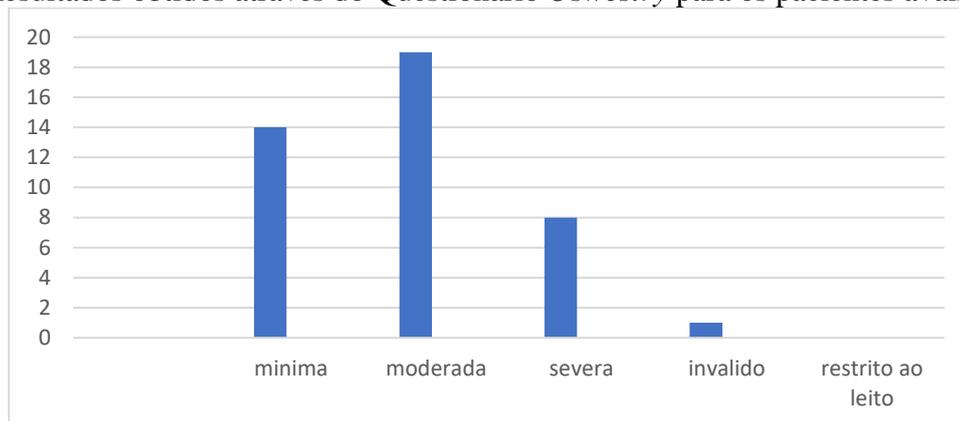
De acordo com a Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) a dor é caracterizada como uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada ou não ao dano real ou potencial de lesões dos tecidos e relacionada com a memória individual, com as expectativas e as emoções de cada pessoa, podendo ser aguda ou crônica (MERSKEY, BOGDUK, 1994). A dor aguda surge de forma súbita e é considerada crônica quando tem duração acima de seis meses, merecendo maior atenção por sua influência negativa no cotidiano.

Entre os fatores limitantes para uma manutenção da boa saúde a presença de dor é um dos mais limitantes para a realização das atividades diárias (CELICH, GALON, 2006).

Independentemente do tipo de dor, sua ocorrência é um obstáculo a ser superado, uma vez que causa grande prejuízo para a qualidade de vida, além de ser uma causa de morbidade uma vez que se relaciona com a incapacidade funcional, limitando a adoção de estilo de vida saudável (ANDREWS, et.al. 2013).

No questionário *Oswestry* podemos observar que 45% dos pacientes apresentaram incapacidade moderada para as perguntas que foram feitas em relação quanto a dor tem afetado sua vida. Os dados estão representados no gráfico 4.

Gráfico 4: Resultados obtidos através do Questionário *Oswestry* para os pacientes avaliados.



Segundo Pereira (2013) o questionário de *Oswestry* (ODI) é composto por 10 perguntas, relacionadas aos temas: intensidade da dor, cuidados pessoais, levantamento de peso, andar, permanecer sentado, permanecer em pé, sono, vida sexual, vida social e viagem, essas perguntas são para saber quanto a dor impossibilita a realização das atividades de vida diária.

O questionário *Oswestry* é pontuado através de seis alternativas de valor unitário variando entre 0 e 5, resultando numa pontuação mínima de 0 e máxima de 50 pontos. O escore final do ODI é dado em porcentagem. Quanto maior a porcentagem, maior o grau de incapacidade, considerada mínima quando na faixa entre 0 e 20% e invalidez quando entre 81 e 100%. Apresenta a descrição de cada uma das atividades básicas e instrumentais da vida diária conforme o grau de dependência dos idosos. (WENDT et al, 2017).

No estudo de Duca *et. al.* (2008) entre as atividades de autocuidado, a menor proporção de independência foi observada para o controle das funções de urinar e/ou evacuar (78,7%), seguida por vestir-se (90,1%) e tomar banho (91,1%). Com relação às atividades instrumentais, os idosos foram menos independentes para realizar deslocamentos utilizando algum meio de transporte (82,4%), fazer compras (83,9%) e lavar a roupa (84,1%).

Já no estudo de Borba (2015) o Questionário de *Oswestry*, a predominância foi de incapacidade intensa (34,7%) e incapacidade moderada (33,9%).

Lobato (2010), apresentou nos seus estudos que logo após a realização da intervenção de atividade física teve uma redução no índice de incapacidade cervical de 18,7% e de 2,7% incapacidade lombar.

Os estudos apresentaram que os pacientes apresentam incapacidade leve ou moderada para realizar algumas atividades, incapacidade intensa para realizar outras, podemos apontar que estejam relacionadas a idade, o quando determinada atividade irá exigir do condicionamento físico e até psicológico desses pacientes. Porém a limitação mais comum em todos os estudos foi a moderada, o que vai de encontro com os valores obtidos em nosso estudo. Isso indica que os participantes.

Bonardi, Azevedo e Souza e Moraes (2007) afirmam que o conceito de saúde não se resume mais a ausência de doenças, mas se relaciona pela preservação da capacidade funcional. Indivíduos que apresentam queda da funcionalidade, comum em idosos, apresentam dificuldade de manter a homeostasia corporal frente à exacerbação das doenças crônico-degenerativas, sendo um desafio cada vez maior para os profissionais da saúde atuar de forma ampla na prevenção de agravos e manutenção da funcionalidade dos idosos.

CONCLUSÃO

Através do Whodas podemos relatar que a maioria dos pacientes não apresentaram alteração da funcionalidade. Podemos dizer que os pacientes apresentaram o nível de incapacidade funcional moderada, avaliada através do questionário *Owestry*.

Já com relação ao perfil dos praticantes de atividade física, são jovens idosos, com idade média $60,7 \pm 10,10$ anos, aposentados e predominantemente do sexo feminino.

Sugere-se um acompanhamento dos pacientes com avaliações através destes questionários para se avaliar os efeitos da atividade física em períodos regulares.

REFERENCIAS

ALVES, C. *et al* Identificação do perfil funcional e de incapacidade de idosos da comunidade sob a perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF/OMS). In: Bragança Paulista; Universidade São Francisco, 2016.

ANDREWS J.S., *et al*. *Pain as a risk factor for disability or death*. **J Am Geriatr Soc**. v. 61, n.4, p.583-9. 2013.

ATIVIDADE FÍSICA. In: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.saude.gov.br/component/content/article/781-atividades-fisicas/40390-atividade-fisica> acesso em: 20 de setembro de 2019.

BARTZ, P. T., *et al*. Impacto da Escola Postural na diminuição da dor e melhora da qualidade de vida e funcionalidade de usuários do SUS **XII Salão de Iniciação Científica – PUCRS**, out, 2011.

BATISTA N.N.L.A., VIEIRA D.J.N., SILVA G.M.P. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. **Enfermagem em Foco**. v.3, n.1, p. 07-11. 2012.

BONARDI G., AZEVEDO E SOUZA V.B., MORAES J.F.D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-144. 2007.

BORBA, A. C. A relação entre a intensidade da lombalgia e a funcionalidade nos idosos. In: Porto Alegre, 2015. Instituto de Geriatria e Gerontologia Programa de Pós-Graduação Mestrado em Gerontologia Biomédica. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/5938#preview-link0>. Acesso dia 12 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde-Gabinete da Saúde. Portaria Nº 719, de 07 de Abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde **Acta Fisiátrica**. v.10, n. 1, p.29-31, 2003.

CABRERA, M. A. S., De ANDRADE S. M., WAJNGARTEN, M. Causas de mortalidade em idosos: Estudo de seguimento de nove anos. **Geriatrics & Gerontology**.v.1, n.1, p.14-20. 2007.

CELICH, K. L. S., GALON C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**; v. 8, n.1, p.9-20. 2006.

DUCA, G. F. D. et al Incapacidade Funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos **Rev Saúde Pública**, v. 43, n.5, p.796-805. 2009.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso **Motriz**, Rio Claro, v. 16, n.4, p. 1024-1032, out/dez, 2010.

MANSO M. E. G., BOVOLINI,.P. Perfil de um grupo de idosos participantes de um programa de prevenção de doenças crônicas **GaleraEstud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 57-71, 2015

MENEGUCI J. et al. Atividade física e comportamento sedentário **Arq Cien Esp**. v.4, n. 1, p. 27-28. 2016.

MERSKEY H., BOGDUK N.B., *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2. ed. Seattle: **IASP Press**; 1994.

Ministério da Saúde, In: Atividade Física, 25 de Maio de 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/781-atividades-fisicas/40390-atividade-fisica>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Atividade Física - Folha Informativa n. 385, Fevereiro de 2014.

Organização Mundial de Saúde WHO 2010.

Organização Mundial de Saúde. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013, Genebra: OMS.

PEREIRA, V. E. Efeitos Postural sobre execução de atividade de vida diária de indivíduos idosos. 2013. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Educação Física- Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

POLETTI, P. R., Adaptação cultural, confiabilidade e validade *do Japanese Orthopaedic Association Back Pain Evaluation Questionnaire* para o português brasileiro **Einstein**, v.15, n. 3, p.313-21, 2017.

SÁ, G. B. A. R. *et al.* O Programa Academia de Saúde como estratégia de promoção de saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação **Ciência E Saúde Coletiva**, v. 21, n.6, p. 1849-1859, 2016.

SANTOS, H. F., *et al.* Envelhecimento: um processo multifatorial **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009.

SILVA, C. M. S., *et al* Incapacidade funcional de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica através da WHODAS **Acta Fisiatr**, v.23, n.3, p.125-129, 2016.

SILVA, P. V. C., *et al.* Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes **Psicol. Argum**, Curitiba, v.29, n.64, p.41-50, jan/mar. 2011.

SILVEIRA C., *et al.* *Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) into Portuguese.* **Rev Assoc Med Bras.** v.59, n. 3, p.234-40. 2013.

VEIGA, B. *et al.* Avaliação da funcionalidade e incapacidade em idosos longevos em acompanhamento ambulatorial utilizando a WHODAS 2.0 **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, p.19, n.6, p.1015-1021. 2016.

WENDT, A. S. *et al.* Funcionalidade e Incapacidade em pacientes comprometimento musculoesquelético **R. bras. Ci. e Mov**, v.25, n.4, p.15-22. 2017.