



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

ISSN: 1809-9823

revistabgg@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Lemos Lopes, Geovanna; de Oliveira Santos, Maria Izabel Penha
Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família
segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade
Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 18, núm. 1, 2015, pp. 71-83
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403839881008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade

Functionality elderly enrolled in a Family Health Strategy unit according to the level of the International Classification of Functioning

Geovanna Lemos Lopes¹
Maria Izabel Penha de Oliveira Santos¹

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivos: Investigar a funcionalidade de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) e classificar pelas categorias de *Atividade e Participação* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Método:** Pesquisa transversal, descritiva, realizada em 124 idosos cadastrados na ESF Águas Lindas I, município de Ananindeua, Pará, Brasil. A coleta de dados ocorreu no ambiente domiciliar dos idosos. Investigaram-se as características sociodemográficas, a funcionalidade, pelo Índice de Katz e escala de Lawton, e o nível de *Atividade e Participação*, segundo a CIF. A análise estatística foi realizada no programa SPSS 18.0, utilizando a média, desvio-padrão e o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), com descrição da frequência relativa simples de cada domínio avaliado. **Resultados:** 66,9 % dos idosos eram do sexo feminino, com média de idade 68,5 (dp \pm 8,19) anos, casados (n=61) e recebiam aposentadoria (n=69). Cerca de 65% dos idosos eram independentes para todas as atividades avaliadas pelo Índice de Katz e escala de Lawton. Quanto à classificação da funcionalidade pela CIF, a maioria foi classificada com códigos que indicam nenhuma dificuldade. **Conclusão:** A maior parcela dos idosos estudados apresenta-se ativa e participativa, ou seja, é capaz de desempenhar uma tarefa diária, o que talvez represente um envelhecimento com poucas perdas.

Palavras-chave: Idoso. Saúde Pública. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Abstract

Objective: To investigate the functionality of elderly enrolled in the Family Health Strategy and sort by categories of activity and participation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Method:** This is a cross-sectional, descriptive survey of 124 elderly enrolled in the Family Health Strategy of Aguas Lindas I, Ananindeua municipality, Pará state, Brazil. Data was collected in the

¹ Universidade do Estado do Pará. Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão sobre o Envelhecimento e Saúde do Idoso na Amazônia. Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil.

elderly's homes. Variables were sociodemographic characteristics, functionality index by Katz and Lawton scale and level of activity and participation according to the ICF. Statistical analysis was performed using SPSS 18.0 program and the chi-square test (χ^2), with description of simple relative frequency of each domain assessed. *Results:* 66.9% of the elderly were female, with mean age 68.5 (SD \pm 8.19), married (n=61) and receiving retirement (n=69). About 65% of the elderly were independent for all activities assessed by the index of Katz and Lawton scale. As for the classification of functioning by ICF, most were classified with codes indicating no difficulty. *Conclusion:* The largest share of the elderly present active and participatory, in other words, are able to perform a daily task, which may represent an aging with few losses.

Key words: Aged. Public Health. International Classification of Functioning, Disability and Health.

INTRODUÇÃO

A manutenção da funcionalidade no processo de envelhecimento tem sido apontada como um indicador de saúde e está relacionada com a interação de várias funções, entre elas, a capacidade física e psicocognitiva, que irão sustentar a realização das atividades cotidianas e a participação social e comunitária.¹ Assim, durante o processo de envelhecimento, podem ocorrer alterações físico-funcionais que são peculiares desta etapa da vida, mas que estão sujeitas a variação de acordo com as características individuais.

Muitas das alterações que caracterizam a senescência, associadas a fatores ambientais e pessoais, predispõem o idoso a maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos, que podem comprometer a independência funcional e o nível de *Atividade e Participação*.²

Estudo aponta que a funcionalidade e a incapacidade de idosos brasileiros, além dos fatores fisiológicos do envelhecimento, recebem influência também das características relacionadas a gênero, renda, escolaridade, ambiente físico e social, condições de saúde, história de vida, personalidade e cognição, podendo, portanto, apresentar-se heterogeneamente no território brasileiro e mesmo entre a população idosa.³

A capacidade de executar atividades de vida diária (AVD) é o mais importante indicador de funcionalidade em idosos. Elas são classificadas em atividades básicas de vida

diária (ABVD), que se referem ao autocuidado; e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), relacionadas à vida prática. Em estudo de inquérito populacional realizado com idosos de uma capital brasileira, identificou-se que a maioria das mulheres (51,4%) e parcela considerável dos homens (48,6%) apresentaram dificuldade moderada/grave para execução das tarefas diárias, requerendo auxílio no mínimo parcial para fazê-las,⁴ geralmente oferecido pela família.⁵

Nesse contexto, em gerontologia, para avaliação da capacidade de realização das atividades cotidianas em idosos, já existe uma gama de protocolos que auxiliam os profissionais de saúde a investigá-la.⁶ Neste estudo, entretanto, além de alguns desses protocolos, optou-se por utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que apesar de trazer em seu bojo vários aspectos relacionados às funções do ser humano e suas restrições, ainda é utilizada timidamente pelos profissionais de saúde para classificar a funcionalidade de idosos da comunidade.

Esse recurso pode ser utilizado como uma ferramenta para organizar informações relacionadas à capacidade que o indivíduo tem para executar uma tarefa ou ação, chamada *Atividade*, e a *Participação*, que consiste no ato de se envolver numa situação de vida diária.⁷

A CIF, portanto, pertence à “família” das classificações internacionais, desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) tal como a Classificação Internacional de Doenças

(CID). Aquela utiliza uma linguagem comum padronizada aos profissionais, podendo auxiliar na comunicação das condições de saúde dos indivíduos em diversos territórios nacionais e internacionais e entre várias disciplinas e ciências, no intuito de monitorar e comparar a saúde do indivíduo/população.⁸

Existem basicamente dois componentes que formam a CIF: Funcionalidade e Incapacidade; e Fatores Contextuais. No primeiro, identificam-se as Funções e Estruturas do Corpo, Atividade e Participação, tanto na perspectiva individual como social; e o segundo engloba os Fatores Ambientais e Pessoais.⁹

Desse modo, o objetivo deste estudo foi investigar a funcionalidade de idosos cadastrados em unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) e classificá-la pelas categorias de *Atividade e Participação* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

METODOLOGIA

Apresenta-se um recorte de monografia de conclusão de residência multiprofissional na área Saúde da Família vinculada à Universidade do Estado do Pará (UEPa). Trata-se de estudo observacional do tipo transversal e descritivo, realizado com idosos cadastrados em todas as sete microáreas da ESF Águas Lindas I, município de Ananindeua, estado do Pará, Brasil. A área de abrangência dessa ESF constitui campo de realização das atividades práticas dos residentes, e por esse motivo foi escolhida como ambiente para a pesquisa.

A amostra foi obtida por meio do cálculo amostral, baseando-se no total de idosos cadastrados nessa ESF, que era de 321 até dezembro do ano de 2012, constituindo, portanto, a população de referência para o estudo. Com base no cálculo, a amostra final foi de 124 idosos. Quanto aos aspectos éticos, houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPa, com base no cadastro na Plataforma Brasil (protocolo nº 218.553/2013), sendo que todos os participantes foram avaliados após a assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme propõe a Resolução MS nº 466/2012.

Os critérios considerados para inclusão no estudo foram: indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos; de ambos os sexos; que moravam junto com a família há no mínimo seis meses; com funções de linguagem e cognição preservadas – estas avaliadas pelo Mini-COG e Teste do Desenho do Relógio (TDR). Foi considerado como critério de exclusão, por sua vez, o idoso cuja família se opôs à participação dele na pesquisa.

Os dados foram coletados nos domicílios dos idosos, no período de abril a agosto de 2013, por uma única pesquisadora com experiência na aplicação dos instrumentos de avaliação utilizados. Primeiramente, foram obtidas informações sobre a caracterização sociodemográfica, a partir de protocolo próprio da pesquisa, assim como dados sobre a funcionalidade obtidos pelo Índice de Katz, instrumento de avaliação da (in)dependência funcional para execução das atividades básicas de vida diária (ABVD)¹⁰ e a escala de Lawton, de uso difundido para avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD).¹¹

Posteriormente, os dados sobre a (in) dependência funcional para execução das tarefas diárias foram classificados de acordo com as categorias da lista de *Atividade e Participação* da CIF, que se aproximam dos domínios das escalas utilizadas neste estudo. Desse modo, as variáveis independentes do estudo foram as características sociodemográficas, e as dependentes, a funcionalidade dos idosos.

A CIF utiliza um sistema alfanumérico para codificar as condições relacionadas à saúde, de modo que, para designar os domínios *Atividade e Participação*, é utilizada a letra *d*, seguida de até quatro códigos numéricos que acenam às tarefas individuais ou envolvimento em uma situação de vida diária.⁸ Destaca-se que as categorias da classificação da CIF descrevem a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados à saúde. Desse modo, os domínios referentes a *Atividade e Participação*

são denominados pela letra “d” e variam de “d1” a “d9”, e descrevem: aprendizagem e aplicação de conhecimentos (d1), tarefas e exigências gerais (d2), comunicação (d3), mobilidade (d4), autocuidados (d5), vida doméstica (d6), interações e relacionamentos interpessoais (d7), principais áreas da vida (d8) e vida comunitária, social e cívica (d9).⁷

Nesse seguimento, para demonstrar que é possível classificar os níveis de funcionalidade

dos idosos pela CIF, construiu-se um quadro demonstrativo apontando em que momento alguns domínios nela existentes estão presentes nas escalas de AVDs utilizadas. Isso significa dizer que a avaliação funcional é realizada por parâmetros disponíveis em escalas testadas, porém para fins de emissão de um parecer universal, a classificação pela CIF pode ser mais um recurso tecnológico leve do qual os profissionais da área da saúde poderão se valer (quadro 1).

Quadro 1. Aproximação dos domínios de Atividade e Participação da CIF com os itens avaliados pelo índice de Katz e escala de Lawton. Belém-PA, 2013.

Domínios da CIF		Itens avaliados pelas escalas utilizadas na pesquisa	
		Índice de Katz	Escala Lawton
d1	Aprendizagem e aplicação dos conhecimentos	---	---
d2	Tarefas e exigências gerais	---	---
d3	Comunicação	---	Uso do telefone
d4	Mobilidade	Transferência	Deslocar-se por locais diferentes
d5	Autocuidado	Banho, vestir, ir ao banheiro, alimentação	Remédios
d6	Vida doméstica	---	Fazer compras, cozinhar, arrumar a casa
d7	Interações e relacionamentos interpessoais	---	---
d8	Principais áreas da vida	---	Cuidar das finanças
d9	Vida comunitária, social e cívica	---	---

De acordo com a OMS,⁷ um código de descrição da condição de saúde abordado pela CIF somente assume valor quando acompanhado de pelo menos um qualificador, que consiste num código numérico que especifica a extensão ou magnitude da funcionalidade e incapacidade – que no caso desta pesquisa, refere-se às categorias de *Atividade e Participação*, majoritariamente. Assim, para inclusão dos qualificadores na classificação da CIF deste estudo, aproximaram-se: a resposta *independente* do índice de Katz com *nenhuma dificuldade* que alude ao qualificador 0 e a resposta *dependente* com *dificuldade completa* com referência ao qualificador 4. No caso dos registros obtidos da escala de Lawton, seguiram-se as mesmas regras, acrescentando o qualificador 2 para as respostas referentes à *dependência parcial*. O uso dos qualificadores desta maneira genérica é sugerido pela própria OMS.⁹

Vale frisar que apenas um código da CIF abordado no estudo não está inserido na lista de *Atividade e Participação*, e sim em *Função do Corpo*, o código *b620*,⁷ que se refere à “continência” e consta como um dos itens avaliados pelo índice de Katz.

A análise estatística foi realizada pelo *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. Para esta análise, os testes utilizados foram as medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão) para as variáveis contínuas e o teste do Qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas e nominais. Estabeleceram-se nível $\alpha=5\%$ e p-valor $\leq 0,05$.

RESULTADOS

Entre os idosos avaliados, a idade variou entre 60 e 95 anos ($68,5 \pm 8,19$), sendo a maioria pertencente ao sexo feminino, em comparação com o masculino, casados e baixa escolaridade. Os idosos coabitavam em sua maioria com pelo menos um membro familiar, entre eles cônjuge, filho(a), neto (a), genro e/ou nora.

A análise das características sociodemográficas, quando avaliadas segundo sexo, apontou associação com a situação conjugal ($p \leq 0,007$) e com a escolaridade ($p \leq 0,003$). Estes dados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição do perfil sociodemográfico dos idosos (n= 124) por sexo. Belém-PA, 2013.

Variáveis	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Sexo	41	33,1	83	66,9	
Faixa etária					*p 0,313
60-70	23	56,1	58	69,9	
71-81	14	34,1	19	22,9	
82 +	4	9,8	6	7,2	
Situação conjugal					0,007
Casado	29	70,7	32	38,6	
Viúvo	8	19,5	29	34,9	
Solteiro	4	9,7	22	26,5	
Tempo de estudo (anos)					0,003
Até 4	17	41,5	39	47	
Nunca estudou	14	34,1	7	8,4	
4 a 8	7	17,1	27	32,5	
8 +	3	7,3	10	12	
Tipo de renda					0,103
Aposentadoria	29	70,7	40	48,2	
Pensão/benefício	4	9,8	21	25,3	
Trabalho atual	6	14,6	11	13,2	
Não tem renda	2	4,9	11	13,3	
Familiares dependentes da renda do idoso					0,240
Sim	39	95,1	72	86,7	
Não	2	4,9	11	13,3	

*p-valor ≤0,05. Teste de Qui-quadrado de Pearson.

No tocante à funcionalidade dos idosos estudados nessa ESF, identificou-se que a maioria mostrou-se independente para execução de todas as ABVDs, de acordo com a avaliação realizada por meio do índice de Katz (tabela 2).

De acordo com a avaliação pela escala de Lawton, verificou-se que a maioria dos idosos referiu independência para execução de todas as AIVDs, apesar de ter sido identificada prevalência considerável de idosos com alguma dependência (parcial ou total) para sua execução (tabela 3).

Tabela 2. Distribuição das atividades básicas de vida diária (ABVD) dos idosos (n= 124), segundo o Índice de Katz. Belém-PA, 2013.

ABVD	Independente		Dependente	
	n	%	n	%
Banho	116	93,5	8	6,5
Vestir	113	91,1	11	8,9
Banheiro	119	96,0	5	4,0
Transferência	116	93,5	8	6,5
Continência	84	67,7	40	32,3
Alimentação	116	93,5	8	6,5

Tabela 3. Distribuição das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) dos idosos (n= 124), segundo a escala de Lawton. Belém-PA, 2013

AIVD	Independente		Dependente parcial		Dependente total	
	n	%	n	%	n	%
Telefone	89	71,8	17	13,7	18	14,5
Viagem	93	75,0	20	16,1	11	8,9
Compras	91	73,4	20	16,1	11	8,9
Cozinhar	101	81,5	9	7,3	14	11,3
Trabalho doméstico	88	71,0	15	12,1	21	16,9
Remédios	96	77,4	17	13,7	11	8,9
Finanças	102	82,3	17	11,3	8	6,5

Os resultados da avaliação da (in) dependência funcional realizada pelo índice de Katz e escala de Lawton permitiram demonstrar os níveis de *Atividade e Participação* dos idosos segundo os domínios da CIF e apresentam-se distribuídos na tabela 4. Observou-se que a maioria dos códigos da CIF utilizados para classificação da funcionalidade dos idosos do estudo apresentou em comum o qualificador 0, que significa *nenhuma dificuldade* para execução de determinada tarefa. No entanto, para o item

continência, avaliado pelo índice de Katz, e que na CIF está classificado como função do corpo representado pelo código *b620*, identificou-se prevalência considerável (32,3%) de disfunção ou incontinência, exclusivamente urinária, presente somente nas idosas do estudo. Baseado na escala de Lawton, observou-se predominância de códigos da CIF com o qualificador 0, não obstante a presença considerável de códigos com o qualificador 2 (*dificuldade moderada*) e 4 (*dificuldade completa*).

Tabela 4. Classificação de Atividade e Participação dos idosos (n= 124), conforme os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Belém-PA, 2013.

Atividade e Participação		CIF				
		Qualificadores de Desempenho (%)				
Domínios		0	1	2	3	4
Índice de Katz						
Domínio D5	Código Banho d510	93,5		---		6,5
Domínio D5	Código Vestir d540	91,1		---		8,9
Domínio D5	Código Banheiro d530	96,0		---		4,0
Domínio D4	Código Transferência d420	93,5		---		6,5
Domínio	Código Continência b620*	67,7		---		32,3
Domínio D5	Código Alimentação d550	93,5		---		6,5
Escala de Lawton						
Domínio D3	Usar o telefone d360	71,8		13,7		14,5
Domínio D4	Código Fazer uma viagem d470	75,0		16,1		8,9
Domínio D6	Código Fazer compras d620	75,0		16,1		8,9
Domínio D6	Código Cozinhar d630	81,5		7,3		11,3
Domínio D6	Código Trabalho doméstico d640	71,0		12,1		16,9
Domínio D5	Código Comprar remédios d570	77,4		13,7		8,9
Domínio D8	Código Controlar finanças d870	82,3		11,3		6,5

0= nenhuma dificuldade; 1= dificuldade leve; 2= dificuldade moderada; 3= dificuldade grave;

4= dificuldade completa. *Único código que não pertence à lista de Atividade e Participação, e sim à função do corpo

DISCUSSÃO

De modo geral, os idosos envolvidos no estudo apresentaram características sociodemográficas semelhantes a outros idosos estudados na comunidade, sob o cuidado de profissionais da ESF. A média de idade encontrada ($68,5 \pm 8,19$) e o predomínio de idosos mais jovens para ambos os sexos podem ser característica do recente processo de envelhecimento da população brasileira.¹¹⁻¹³ O predomínio do público feminino deve-se provavelmente a maior expectativa de vida entre as mulheres e maior cuidado delas com a saúde.¹⁴⁻¹⁷ A feminização da população idosa foi também encontrada em estudo realizado na mesma região geográfica desta pesquisa,² e está em consonância com último censo e com a realidade nacional.¹⁸

Na investigação das diferenças entre sexo e estado civil, a maioria dos idosos de ambos os sexos era casada; no entanto, observaram-se mais homens vivendo com companheiras (70,7%; $p \leq 0,007$), devido provavelmente à maior longevidade da mulher e ao recasamento, mais comum entre os homens.¹⁹ Houve baixo nível de escolaridade para ambos os sexos e a predominância, sobretudo para o feminino, que difere de outras pesquisas² e provavelmente se justifique pelo quantitativo superior de mulheres participantes na pesquisa.

A escolaridade é motivo de preocupação para os profissionais de saúde, sobretudo para os da Região Norte do Brasil, foco deste estudo, em que 28,7% dos idosos acima de 65 anos são considerados analfabetos.¹⁸ Esse aspecto talvez dificulte a compreensão sobre sua própria saúde e de acesso ao cuidado. Os achados de aposentadoria, como o tipo de renda mais comum e prevalência considerável de familiares dependentes da renda do idoso, corroboraram outros estudos.^{4,15,20-22}

Na avaliação da funcionalidade, observou-se que a maioria dos idosos foi independente para realização de todas as ABVDs e AIVDs, apesar de comprometimento funcional mais evidente para realização das AIVDs. Esses

resultados estão em congruência com outros estudos,^{23,24} visto que as atividades instrumentais são consideradas tarefas mais adaptativas para a vida independente na comunidade e, portanto, de execução mais difícil e complexa do que as atividades básicas.²⁵

Outros estudos de investigação da capacidade funcional de idosos da comunidade verificaram também independência funcional da maioria dos participantes para execução das ABVDs, avaliadas pelo índice de Katz, e AIVD, avaliadas pela escala de Lawton. Nos casos de dependência funcional, a prevalência foi maior para execução de AIVD, corroborando o presente estudo.^{26,27}

No que concerne à classificação de Atividade e Participação dos idosos, reitera-se que a CIF se diferencia de outros instrumentos que abordam a funcionalidade, pois constitui ferramenta valiosa para a descrição e comparação de saúde das populações, inclusive num contexto internacional. Ela identifica e classifica a funcionalidade, permitindo padronização dos achados.²⁸

Embora disponível há mais de uma década, a operacionalização clínica e científica da CIF ainda representa grande desafio para os profissionais da saúde. Estudos de revisão foram realizados a fim de investigar o panorama de utilização da CIF no Brasil, e concluíram que a maioria das pesquisas mencionou a CIF e seus conceitos, mas não a utilizou como ferramenta de classificação da funcionalidade e incapacidade.^{8,28} Talvez isto justifique a dificuldade em encontrar outros estudos para comparação com os resultados desta pesquisa.

No presente estudo, identificou-se que a maioria dos códigos da CIF utilizados para classificação da funcionalidade dos idosos requereu o qualificador 0, que indica nenhuma dificuldade, tanto para os achados obtidos da avaliação do índice de Katz quanto para os da escala de Lawton. No entanto, verificou-se prevalência considerável de codificações com qualificadores 2 e 4, que indicam dificuldade moderada e completa para os dados do instrumento avaliativo de AIVD.

Ressaltam-se os achados de um dos raros estudos²⁹ semelhantes a este que também utilizaram a CIF para classificar a funcionalidade de idosos acima de 75 anos de idade, porém baseando-se apenas nas ABVDs. Na ocasião, a maioria dos idosos estudados também foi codificada com qualificador 0, embora mais de 10% da amostra referiram dificuldade completa para realização das atividades e para participação, talvez justificada pela faixa etária mais elevada.

O número reduzido de escritos sobre o uso da CIF para classificar a funcionalidade de idosos talvez se dê em função da dificuldade em utilizá-la. Outros pesquisadores³⁰ analisaram as dificuldades encontradas no uso da CIF para codificar *Atividade/Participação* de pacientes com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e na região lombar, verificando que foi possível caracterizar a funcionalidade dos indivíduos. Apresentaram, no entanto, algumas questões que devem ser consideradas para seu aperfeiçoamento, como a multiplicidade de códigos para uma mesma condição ou a presença de códigos imprecisos e/ou abrangentes. Os autores ainda sugerem que o persistente uso clínico e em pesquisas contribuirá para novas versões da CIF, a fim de deixá-la mais prática e precisa.

Considerando que alguns idosos deste estudo apresentaram-se mais vulneráveis para execução das atividades instrumentais que exigem interação e adaptação adequada a um ambiente externo com múltiplas solicitações, pondera-se que o comprometimento funcional destes se aproxima da restrição à participação, existente diante de problemas que envolvem situações da vida real,³¹ como por exemplo, *usar o telefone* para falar com outras pessoas.

Outro dado relevante do estudo foi a prevalência considerável de idosos com incontinência exclusivamente urinária (IU) e em mulheres, semelhante ao que outros pesquisadores observaram.²⁵ A IU em mulheres é um fenômeno multideterminado e prevalente que implica problemas físicos, psicológicos e sociais, trazendo prejuízo significativo para

a qualidade de vida e o estado de saúde geral. A fraqueza do assoalho pélvico decorrente do envelhecimento e multiparidade são os principais fatores que favorecem tal situação.^{26,27}

Existe um acervo extenso na literatura de estudos envolvendo avaliação da funcionalidade. Todavia, a grande variedade e a falta de padronização de instrumentos, bem como diferentes pontos de corte para análise de resultados, acabam dificultando a interpretação e comparação dos achados,⁶ o que de certa maneira reitera a importância do uso da CIF, já que ela agrupa aspectos semelhantes da funcionalidade humana, organiza-os numa estrutura lógica e defini-os de forma que os termos usados nessa classificação sejam equivalentes inclusive no âmbito internacional.²⁸

Alguns autores,³² com base na CIF, analisaram os formatos e conteúdos de várias escalas de avaliação de incapacidade de ampla aplicação para a população idosa, inclusive o índice de Katz e a escala de Lawton, que estiveram entre as ferramentas mais comumente utilizadas para avaliação funcional de idosos. Esses autores concluíram que os conteúdos e formatos dos instrumentos variaram consideravelmente e que os domínios *Atividade e Participação* da CIF representaram as dimensões mais comumente avaliadas por eles.

Conforme aqui verificado, a maioria dos idosos mostrou-se sem limitações às atividades e restrições à participação, sugerindo que o processo de envelhecimento segue com poucas perdas. De qualquer forma, é importante conhecer o perfil funcional dos idosos para a elaboração de um plano de ação que integre atividades de promoção da saúde, de prevenção e tratamento desses comprometimentos, quando for o caso.^{33,34}

Algumas limitações do estudo, no entanto, precisam ser relatadas. Primeiramente, optou-se por realizá-lo numa unidade da ESF, o que determina uma amostragem por conveniência e não garante generalizar os resultados para outros territórios. Além disso, todos os idosos participantes residiam com a família, no

momento da coleta dos dados, há pelo menos seis meses, desconhecendo a realidade de idosos que moram sozinhos nessa ESF, embora não se considere menos importante estudar os idosos que coabitam com a família no território de abrangência determinado.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam que a maioria dos idosos não apresentou limitações para realização de atividades, nem restrições quanto à participação. No entanto, proporção menor já demonstra necessidade de cuidado diferenciado tanto nas atividades básicas de vida diária e, principalmente, para as atividades instrumentais de vida diária.

Este trabalho dispõe de informações sobre a funcionalidade de idosos assistidos por determinada unidade da Estratégia Saúde da Família, e desse modo poderá contribuir para a comunicação entre os profissionais de diferentes áreas de conhecimento que integram a equipe da ESF, de acordo com o preconizado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Dado o restrito número de trabalhos utilizando a CIF com essa proposta, os resultados contribuem ao passo que somam informações acerca da funcionalidade de idosos segundo a CIF. No entanto, sugere-se a realização de outras pesquisas, que permitam o acompanhamento desses idosos para se obter outras dimensões sobre a funcionalidade que não foram objeto deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Perraccini MR, Fló CM. Funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. (Fisioterapia: teoria e prática clínica).
2. Santos MPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(3):753-61.
3. Paula AFM, Ribeiro LHM, D'Elboux MJ, Guariento ME. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. *Rev Soc Bras Clin Med* 2013;11(3): 212-8.
4. Da Costa e Silva MD, Guimarães HA, Trindade EM Filho, Andreoni S, Ramos LR. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Rev Saúde Pública* 2011;45(6):1137-44.
5. Del Duca GF, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saúde Pública* 2011;45(1):113-20.
6. Domingues MA, Ordonez TN, Lima-Silva TB, Nagai PA, De Barros TC, Torres MJ. Revisão sistemática de instrumentos de avaliação de rede de suporte social para idosos. *Kairós* 2012;15(6):333-54.
7. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.
8. Di Nubila HBV. Uma introdução à CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Saúde Ocup* 2010;35(121):112-23.
9. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública* 2009;25(3):475-83.
10. Duarte YA, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação de funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(3):317-25.
11. Duarte LSS, Duarte LSS, Dutra CDT, Pieres CAA, De Assis FSJS, Da Silva DCB, Da Costa LS. Análise da capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Para Med* 2012;26(4):87-94.
12. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein* 2008;6(1):4-6.
13. Victor JF, Ximenes LB, De Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm* 2009;22(1):49-54.
14. Caetano J, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. *Texto & Contexto Enferm* 2008;17(2):327-35.

15. Coutinho LCR, Coutinho LACR, Gómez MG, Da Silva LE, Castro-Silva IL. Alterações nas Atividades de Vida Diária no idoso ativo segundo o protocolo de Medida de Independência Funcional. *Rev Trab acad* 2012;4(6):9-18.
16. Brito TA, Fernandes MH, Coqueiro RS, De Jesus CS. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. *Texto & Contexto Enferm* 2013;22(1):43-51.
17. Sa ACM, Bachion MM, Menezes RL. Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(8):2117-27.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
19. Towfighi A, Tai W, Markovic D, Ovbiagele B. Sex-specific temporal trends in In-Hospital mortality after stroke among middle-age individuals in the United States. *Stroke* 2011;42(1):2740-5.
20. Clares JWB, De Freitas MC, De Almeida PC, De Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-Ce. *Rev Rene* 2011;12(1):988-94.
21. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(2):127-41.
22. Nunes MC, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter* 2009;13(5):376-82.
23. Fhon JRS, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RAP. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm* 2012;25(4):598-594.
24. Pereira GN, Del Duca GF, Bastos GAN. Indicadores de saúde associados à incapacidade funcional em idosos de baixa renda. *Geriatria & Gerontologia* 2011;5(2):66-73.
25. Gonçalves SX, De Brito GEG, De Oliveira EA, De Carvalho DB, Rolim IB, Lucena EMF. Capacidade funcional de idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa, PB. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2011;15(3):287-94.
26. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Da Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cad de Saúde Pública* 2007; 23(8):1924-30.
27. Duca GFD, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(5):796-805.
28. Ruaro JA, Ruaro MBR, Souza DE, Fréz AR, Guerra RO. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil: uma década de história. *Rev Bras Fisioter* 2012;16(6):454-62.
29. Virués-Ortega J, De Pedro-Cuesta, Seijo-Martínez M, Saz P, Sánchez-Sánchez F, Rojo-Pérez F, et al. Prevalence of disability in a composite ≥ 75 year-old population in Spain: a screening survey based on the International Classification of Functioning. *BMC Public Health* 2011;11(2):176-82.
30. Sabino GS, Coelho CM, Sampaio RF. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. *Acta Fisiátrica* 2008;15(1):24-30.
31. Santos SSC, Gautério DP, Vidal DAS, Da Rosa BM, Zortea B, Urquia BS. (In)dependência na realização de atividades básicas de vida diária em pessoas idosas domiciliadas. *Rev Rene* 2013;14(3):579-86.
32. Yang M, Ding X, Donb B. The measurement of disability in the elderly: a systematic review of self-reported questionnaires. *J Am Med Dir Assoc* 2013. [Epub ahead of print].
33. Fontes AP, Botelho MA, Fernandes AA. A funcionalidade dos mais idosos: conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013;16(1):91-107.
34. Perracini MR, Fló CM. Funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

Recebido: 27/2/2014

Revisado: 03/10/2014

Aprovado: 15/12/2014