



Revista Brasileira em Promoção da
Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza
Brasil

Batista Josino, Jeanne; Belarmino Costa, Rachel; de Vasconcelos, Thiago Brasileiro;
Domiciano, Bruno Ricarth; Carvalho Brasileiro, Ismênia

ANÁLISE DO ESTADO DE FUNCIONALIDADE DE IDOSOS RESIDENTES EM
UNIDADES DE LONGA PERMANÊNCIA

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 28, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp.
351-360

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40844684007>

- 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

ANÁLISE DO ESTADO DE FUNCIONALIDADE DE IDOSOS RESIDENTES EM UNIDADES DE LONGA PERMANÊNCIA

Analysis of functional status of elderly residents in long-term care institutions

Análisis del estado de funcionalidad de mayores residentes de unidades de larga permanencia

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Analisar o estado de funcionalidade de idosos residentes em unidades de longa permanência. **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório desenvolvido em duas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) no município de Fortaleza-CE, no período de novembro de 2012 a julho de 2013. Os instrumentos utilizados foram: 1) formulário sociodemográfico, 2) Medida de Independência Funcional (MIF) e 3) Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Os dados foram analisados de maneira descritiva a partir do cálculo de frequência, média e desvio padrão. **Resultados:** Houve predomínio do sexo masculino (n=47; 59,49%), com média de idade de 74,58 (\pm 8,89) anos, 68,35% (n=54) foram ou são casados e 49,37% (n=39) são analfabetos. Com relação à MIF, observou-se que os idosos realizam as atividades de modo completo ou modificado, e 18,99% (n=15) possuem dificuldade para subir escadas. Na ligação da MIF com a CIF, viu-se, quanto ao autocuidado, que 96,20% (n=76) não apresentam dificuldades para executar tarefas, 92,40% (n=73) locomovem-se sem dificuldades e 98,73% (n=78) têm cognição preservada. Quanto à capacidade de manter e controlar interações sociais, todos apresentam esse domínio preservado. **Conclusão:** Os idosos pesquisados apresentaram bom estado cognitivo, sendo possível constatar pouca dependência nas atividades relacionadas a cuidados pessoais, mobilidade e comunicação. O uso da CIF permite visualizar o cenário de funcionalidade dos idosos, o que pode facilitar estratégias de promoção de saúde mais efetivas para essa população.

Descritores: Idoso; Saúde do Idoso Institucionalizado; Fisioterapia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the functional status of elderly residents in long-term institutions. **Methods:** Exploratory-descriptive study, developed in two long-term care institutions for the elderly (LTC), in city of Fortaleza, Ceará. The instruments utilized were: 1) Socio-demographic form, 2) Functional Independence Measure (FIM), and 3) International Classification of Functioning (ICF). Data was descriptively analyzed through the calculation of frequency, mean and standard deviation. **Results:** There was a predominance of males (n=47; 59.49%), with mean age of 74.58 (\pm 8.89) years, 68.35% (n=54) have been or are married, and 49.37% (n=39) are illiterate. In reference to the FIM, it was observed that the elderly perform the activities in a complete or modified mode and 18.99% (n=15) have difficulty climbing stairs. As to the association between the FIM and the ICF, in relation to self-care, it was seen that 96.20% (n=76) have no difficulty in performing tasks; 92.40% (n=73) move around without difficulty; and 98.73% (n=78) have preserved the cognition. In relation to the capacity of maintaining and controlling social interactions, all exhibit this domain preserved. **Conclusion:** The surveyed elderly presented good cognitive status and little dependence in activities regarding personal care, mobility and communication. The use of the ICF allows the visualization of the functionality scenario among the elderly, what can facilitate more effective health promotion strategies for this population.

Descriptors: Elderly; Health of Institutionalized Elderly; Physiotherapy.

Jeanne Batista Josino⁽¹⁾
Rachel Belarmino Costa⁽²⁾
Thiago Brasileiro de Vasconcelos⁽³⁾
Bruno Ricarth Domiciano⁽³⁾
Ismênia Carvalho Brasileiro⁽²⁾

- 1) Universidade Estadual do Ceará - UECE - Fortaleza (CE) - Brasil
- 2) Centro Universitário Estácio do Ceará - Fortaleza (CE) - Brasil
- 3) Universidade Federal do Ceará - UFC - Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 08/06/2015
Revisado em: 19/08/2015
Aceito em: 21/09/2015

RESUMEN

Objetivo: Analizar el estado de funcionalidad de mayores residentes de unidades de larga permanencia. **Métodos:** Estudio descriptivo-exploratorio desarrollado en dos instituciones de larga permanencia para mayores (ILPM) del municipio de Fortaleza-CE en el periodo entre noviembre de 2012 y julio de 2013. Los instrumentos utilizados fueron: 1) formulario socio demográfico, 2) Medida de Independencia Funcional (MIF) y 3) Clasificación Internacional de Funcionalidad (CIF). Los datos fueron analizados de manera descriptiva a partir del cálculo de la frecuencia, media y desviación típica. **Resultados:** Hubo el predominio del sexo masculino ($n=47$; 59,49%) con media de edad de 74,58 ($\pm 8,89$) años, el 68,35% ($n=54$) fueron o estaban casados y el 49,37% ($n=39$) eran analfabetos. Respecto la MIF se observó que los mayores realizan las actividades de manera completa o modificada y el 18,99% ($n=15$) tienen dificultad para subir escaleras. En la relación de la MIF y la CIF respecto el auto cuidado, se encontró que el 96,20% ($n=76$) no presentan dificultades de ejecución de las tareas, el 92,40% ($n=73$) se mueve sin dificultades y el 98,73% ($n=78$) tiene la cognición preservada. Sobre la capacidad de mantener y controlar las interacciones sociales todos presentan ese dominio preservado. **Conclusión:** Los mayores investigados presentaron buen estado cognitivo verificándose poca dependencia para las actividades relacionadas con los cuidados personales, la movilidad y la comunicación. El uso de la CIF permite visualizar el escenario de la funcionalidad de los mayores lo que puede facilitar estrategias para la promoción de la salud más efectivas para esa población.

Descriptores: Anciano; Salud de Anciano Institucionalizado; Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A cronicidade das doenças em idosos longevos e suas complicações podem causar comprometimento da capacidade funcional, levando à dependência e ao isolamento social. No Brasil, a cada ano, 650 mil idosos são incorporados a essa população, aumentando a possibilidade de desenvolverem incapacidades associadas ao envelhecimento, as quais comprometem a independência do idoso, impedindo o autocuidado e, como consequência, aumentando a carga de cuidados para a família e/ou sistema de atenção à saúde⁽¹⁾.

Dado o fato de alguns não terem suporte familiar adequado, optam ou são encaminhados às instituições de longa permanência para idosos (ILPI)⁽²⁾. E o que se observa nessa população é que a capacidade funcional ou preservação para realizar atividades básicas de vida diária (ABVDS) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDS) encontra-se muitas vezes comprometida⁽³⁾.

Nesse contexto, programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais necessários⁽⁴⁾. Eles convergem em ações que privilegiam o envelhecimento ativo, com foco em uma longevidade que preserva a capacidade funcional e o estímulo à autonomia⁽⁵⁾.

No entanto, faz-se necessário avaliar o impacto das atividades propostas, e a avaliação da capacidade funcional de idosos é uma boa estratégia. Existem algumas maneiras de se avaliar a capacidade funcional, dentre elas, temos a medida de independência funcional (MIF), escala que amplia a avaliação para a dimensão motora, cognitiva e social, parâmetros considerados importantes na avaliação de idosos⁽⁶⁾.

A medida é dividida entre domínios motor (que engloba as dimensões de autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade e locomoção) e cognitivo (dimensões de comunicação e cognição social), denominados como MIF motora e MIF cognitiva, respectivamente⁽⁷⁾.

Com o intuito de organizar dados coletados em avaliações e escalas de funcionalidade, dentre outros objetivos, foi desenvolvida a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁽⁸⁾, o que melhorou a comunicação entre equipes de saúde, elaboração de diagnósticos funcionais e direcionamento para programas mais eficazes de intervenção⁽⁹⁾.

Diante dessa realidade de instrumentos adequados e de fácil aplicação, o estudo teve como objetivo analisar o estado de funcionalidade de idosos residentes em unidades de longa permanência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de natureza quantitativa, desenvolvido em duas ILPI no município de Fortaleza-CE, no período de novembro de 2012 a julho de 2013.

A população de idosos residentes nessas instituições é de 98 idosos. Para tanto, aplicou-se o cálculo amostral para populações finitas e atribuiu-se o número de 79 participantes (erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, cognição preservada, sem disfunções motoras incapacitantes que os impossibilitassem de responder aos questionamentos. Excluíram-se os que, no momento da coleta de dados, estavam em condições de saúde que os impossibilitassem de participar do estudo.

O instrumento de avaliação foi constituído por um questionário de dados pessoais e sociais dos participantes (idade, sexo, estado civil, profissão, grau de escolaridade, presença de cuidador) e clínicos (comorbidades).

Após essa etapa, foi aplicada a MIF quanto às seguintes dimensões: I - autocuidado, II - mobilidade e III - cognição social. Cada dimensão agrupa vários itens, que são avaliados conforme o grau de dependência, e este é analisado pelo somatório dos pontos: 19 a 60 pontos – dependência modificada, com assistência entre 1% e 50% na tarefa; 61 a 103 pontos – dependência modificada, com necessidade de assistência de até 25% na tarefa; 104 a 126 pontos – independência completa ou modificada^(6,10).

Assim, domínios como autocuidado, que corresponde à alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura e uso do vaso sanitário; controle de esfínteres, que verifica o controle de urina e fezes; mobilidade, que analisa a transferência do leito para a cadeira/cadeira de rodas, transferência para o vaso sanitário e transferência para o chuveiro/banheira; bem como a locomoção, que engloba marcha e uso ou não de cadeira de rodas e desempenho em escadas, foram avaliados⁽⁶⁾.

A dimensão comunicação verifica graus de compreensão e expressão, e a cognição social analisa a interação social, resolução de problemas e memória, constituindo-se critérios para análise. Ao final da coleta, foi feito o somatório de escores para detectar o grau de independência dos participantes⁽⁶⁾.

Após essa etapa, os dados foram organizados e classificados segundo a CIF, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para, dentre outros aspectos, descrever situações relacionadas às funções humanas e suas restrições, servindo como estrutura para organizar essas informações de forma significativa, integrada e facilmente acessível⁽⁸⁾.

Para organizar os dados expressos na MIF e classificá-los segundo a CIF, aplicou-se uma regra de ligação entre as medidas, associando os domínios especificamente para os componentes atividade e participação, que se estendem desde a aprendizagem básica e observação até áreas mais complexas, tais como as relacionadas com as tarefas sociais: 18 pontos – dependência completa, com necessidade de assistência total.

Quase todos os itens expressos na MIF correlacionam-se com o bloco da CIF de atividades e participação (cuidado pessoal, mobilidade, comunicação, relações e interações interpessoais, aprendizagem e aplicação de conhecimento).

Cognição social, entretanto, é representada na CIF na parte funções do corpo, em que são expressos códigos de cognição, identificados por b140, 1165 e b144, correspondendo respectivamente à atenção, funções cognitivas de nível superior e funções da memória⁽⁸⁾.

Diante dessa correlação, pôde-se atribuir aos códigos o qualificador genérico da CIF denominado de *desempenho*, o qual descreve o que um indivíduo faz no seu ambiente habitual. Como esse ambiente implica um contexto social, o desempenho registrado pode ser entendido como um “envolvimento numa situação da vida” ou “a experiência vivida” dos idosos no contexto habitual em que vivem⁽⁸⁾.

Assim, foram atribuídos os qualificadores 0, 1, 2, 3 ou 4, que correspondem respectivamente a: nenhuma dificuldade, dificuldade leve, moderada, grave ou completa de desempenho da atividade analisada. Após a atribuição, foram feitas inferências dos resultados da MIF e da CIF, apresentadas na seção de resultados, a seguir⁽⁸⁾.

Para análise dos dados descritivos (distribuições de frequência absolutas e percentuais, média, valor mínimo, máximo e desvio padrão), utilizou-se o programa SigmaPlot, versão 11.0. O estudo teve início após a aprovação pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará (Protocolo nº. 57/2012) e respeitou a Resolução 466/12.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 59,49% (n=47) de idosos do sexo masculino e 40,51% (n=32) do sexo feminino, com média de idade de 74,58 ($\pm 8,89$), mínima de 60 e máxima 94 anos. Na amostra, 68,35% (n=54) foram ou são casados e cerca de metade (49,37%; n=39) era analfabetos.

As profissões mais citadas por eles foram a de agricultor (21,52%; n=17) e doméstica (16,46%; n=13). O tempo que residem na ILPI é variável, sendo que 26,58% (n=21) moram nesses espaços por períodos iguais ou superiores a 10 anos (Tabela I).

Com relação aos aspectos clínicos dos participantes, observou-se que a maioria não apresenta sinais de tremor ou rigidez: 79,75% (n = 63) e 74,68% (n = 59), respectivamente. Quanto ao histórico de quedas, 59,49% (n = 47) relataram nunca ter sofrido quedas (Tabela II).

Tabela I - Perfil sociodemográfico da amostra de idosos pesquisada. Fortaleza-CE, 2012-2013.

Variáveis	Valores	
	Média ± DP	n (%)
Faixa Etária		
60 — 75 anos	68,26 ± 4,80	46; 58,23
76 — 90 anos	82,53 ± 4,07	30; 37,97
91 — 105 anos	92,00 ± 1,73	3; 3,80
Profissão	N	%
Agricultor	17	21,52
Doméstica	13	16,46
Vendedor	10	12,66
Comerciante	8	10,13
Motorista	5	6,33
Pedreiro	5	6,33
Pintor	4	5,06
Costureira	3	3,80
Mecânico	3	3,80
Sapateiro	2	2,53
Advogado	2	2,53
Outros	7	11,28
Aposentado		
Sim	68	86,08
Estado Civil		
Viúvo	29	36,71
Solteiro	25	31,65
Divorciado	18	22,78
Casado	7	8,86
Escolaridade		
Analfabeto	39	49,37
Ensino Médio	20	25,32
Ensino Fundamental	17	21,52
Ensino Superior	3	3,8
Tempo que reside na ILP		
≥ 10 anos	21	26,58
≤ 5 anos	33	41,77
≥ 6 anos	10	12,66
Meses	15	18,99
Recebe visita		
Sim	45	56,96
Cuidador		
Profissional	67	84,81
Familiar	4	5,06
Misto	8	10,13
Possui escaras		
Não	71	89,87
Atividade Física		
Sim	34	43,04
Caminhada	27	79,41
Ginástica	7	20,59
Sono		
Bom	51	64,56
Regular	21	26,58
Ruim	7	8,86

*DP = desvio padrão; n = número de participantes; % = percentual de sujeitos.

Tabela II - Limitações e quedas nos idosos pesquisados. Fortaleza-CE, 2012-2013.

Questionamentos	n	%
Tremor		
Não	63	79,75
Rigidez		
Não	59	74,68
Já caiu?		
Sim	32	40,51
Quantas vezes?		
Uma vez	16	50,00
Várias vezes	8	25,00
Algumas vezes	8	25,00
Onde caiu (local)		
Vários locais	9	28,13
Pátio	8	25,00
Quarto	8	25,00
Banheiro	5	15,63
Quarto e banheiro	2	6,25
Sofreu fraturas		
Sim	5	15,63

* n = numero de sujeitos; % = percentual de sujeitos.

Quando questionados sobre comorbidades, viu-se que 56,96% (n=45) dos idosos possuem hipertensão arterial sistêmica, 30,38% (n=24) possuem diabetes e 16,46% (n=13) afirmaram ser tabagistas.

Quanto à funcionalidade, foi observado que a maioria realiza atividades de autocuidado e tem controle de esfínteres de modo independente completamente ou modificado, sem a necessidade de ajuda, conforme expresso na Tabela III.

No que diz respeito ao aspecto mobilidade (transferência e locomoções), os idosos avaliados apresentam graus de dificuldades, de modo a não realizarem essa função de forma independente. Quando questionados sobre a capacidade de locomover-se utilizando escadas, viu-se que 18,99% (n=15) necessitam de auxílio para o desempenho dessa função.

Quanto à relação dos componentes da CIF com a escala MIF, no que diz respeito ao domínio autocuidado (d5) de

atividades e participação, pode-se perceber que 96,20% (n=76) dos participantes não apresentam dificuldades em sua execução. Para o domínio mobilidade (d4), viu-se que 92,40% (n=73) desempenham essa atividade sem dificuldades.

Sobre a cognição social abordada na MIF, analisada à luz da CIF (b1), observou-se que quase todos os idosos (98,73%; n=78) avaliados apresentam níveis preservados de cognição.

Analisou-se o aspecto da MIF relacionado às interações e aos relacionamentos interpessoais na CIF (d7), que diz respeito à capacidade de manter e controlar as interações com outras pessoas, de maneira contextual e socialmente apropriada, e agir de modo independente nessas interações. Evidenciou-se que todos os participantes apresentam esse domínio preservado (Quadro I).

Quadro I - Ligação entre Medida de Independência Funcional (MIF) e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (ILP). Fortaleza-CE, 2012-2013.

Medida de Independência Funcional (MIF)	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)					
Bloco I – Autocuidados	Atividade e Participação					
	Autocuidado (d5)					
Alimentação		0	1	2	3	4
	d550 - Comer	79				
	d560 - Beber	79				
Higiene pessoal	d5100 - Lavar partes do corpo	75	2	1	1	
Banho (lavar o corpo)	d5101 - Lavar todo o corpo	75	1	2	1	
Vestir metade superior e inferior	d5400 - Vestir	75	1	2	1	
	d5401 - Despir	75	2			2
	d5402 - Calçar meia e sapato	75	2			2
	d5403 - Descalçar	75	2			2
Utilização do vaso sanitário	d530 - Uso do banheiro					
Esfíncteres						
Controle da Urina	d5300 - Regulação da urina	76	1		2	
Controle das Fezes	d5301 - Regulação da defecação	77			2	
Bloco II – Mobilidade	Mobilidade (d4)					
Transferências						
Leito, cadeira, cadeira de rodas	d4104 - Ficar em pé	77				2
Vaso sanitário (sentar e levantar-se)	d4200 - Transferir-se enquanto sentado	77				2
Banheira, chuveiro (entrar e sair)		76	1			2
Locomoção						
Marcha	d450 - Marcha	72	4	1		2
	d465 - Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	72	4	1		2
Escadas	d4551 - Subir e descer escadas	64	7		1	7
Bloco III - Cognição Social	Comunicação (d3) Funções mentais (b1)					
Comunicação						
Compreensão (auditiva ou visual)	d310 - Recepção de mensagem verbal	78	1			
Expressão (vocal ou não vocal)	d330 - Fala	77	2			
	d335 - Produção de mensagem não verbal	77	2			
	d350 - Conversação	77	2			
	*b140 - Atenção	79				
Cognição Social	*b164 - Funções cognitivas de nível superior	79				
	Relações e interações interpessoais (d7)					
Interação social	d729 - Interações pessoais gerais	79				
	Aprendizagem e aplicação de conhecimento (d1)					
	Funções mentais (b1)					
	Resolução de problemas	d175 - Resolução de problemas	77	2		
Memória	*b144 - Funções da memória	77	2			

* b140, b164 e b144 – Códigos da CIF relacionados às funções do corpo. 0 = nenhuma dificuldade, 1 = dificuldade leve, 2 = dificuldade moderada, 3 = dificuldade grave, 4 = dificuldade completa.

Para analisar o nível de dependência dos idosos, levando em consideração a MIF, aplicou-se a soma das pontuações por participante e a média das somas, sendo observado

que os idosos analisados possuem níveis elevados de independência tanto para funções motoras ($87,16 \pm 10,67$) quanto para cognitivas ($34,52 \pm 1,68$) (Tabela III).

Tabela III - Resultados da Medida de Independência Funcional (MIF) total, motora e cognitiva dos idosos pesquisados. Fortaleza-CE, 2012-2013.

MIF*	Variação da Pontuação	Valor		Média	Desvio Padrão
		Mínimo	Máximo		
Motora	1 – 91	26	91	87,16	10,67
Cognitiva	1 – 35	24	35	34,52	1,68
Total	18 – 126	53	126	121,68	11,60

*MIF = Medida de Independência Funcional

DISCUSSÃO

Os idosos residentes nas ILPI pesquisadas são, em sua maioria, do sexo masculino, ativos, com bom estado cognitivo preservado e média de idade próxima a 80 anos.

A população idosa vem crescendo em diferentes regiões do mundo, detectando-se, no entanto, significativas variações na velocidade desse crescimento. O envelhecimento populacional, fruto de conquistas nos âmbitos científico, tecnológico e social, tornou-se um grande desafio para as políticas públicas e os setores sociais⁽⁴⁾.

As pessoas estão se tornando cada vez mais idosas, abrangendo faixas etárias acima dos 80 anos. As projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam que esse número está aumentando em 4% ao ano. Em 2009, a cada sete pessoas idosas, uma tinha 80 anos ou mais⁽¹¹⁾.

Com efeito, evidencia-se a necessidade do desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas à população idosa, com foco na funcionalidade, independentemente da idade ou escolaridade^(12,13).

Percebe-se entre os participantes do estudo um predomínio do analfabetismo e baixa escolaridade, considerando-se a realidade pregressa de discriminação de oportunidades educacionais, sobretudo entre mulheres, para quem conta hoje com 80 ou mais anos de idade. O índice de analfabetismo é elevado entre idosos residentes em asilos⁽¹⁴⁾, contudo, não há influência na funcionalidade⁽¹³⁾.

As profissões de agricultor e de doméstica foram as mais prevalentes, possivelmente em decorrência de o perfil da população nordestina ainda ser marcado pela atividade de subsistência⁽¹⁵⁾.

No estudo, houve um grande número de idosos solteiros e viúvos tendo ILPIs como lar substituto, pois, na impossibilidade de sustento próprio e ausência familiar, recorreram à proteção institucional. Nesse sentido, conhecer a capacidade funcional é essencial como indicador de qualidade de vida do idoso institucionalizado, ao identificar demandas institucionais de provisão de cuidados,

capacidade de autocuidado e níveis de dependência às necessidades básicas diárias^(10,16-18).

Entre os participantes, observou-se histórico de quedas, sendo esse dado consistente com estudos realizados em Catanduva-SP⁽¹⁹⁾ e Pelotas-RS⁽²⁰⁾, que apresentaram frequência de quedas variando de 40% a 33,5%, respectivamente, entre idosos institucionalizados. Na literatura internacional, essa frequência varia de 10,6% a 49% dos casos^(21,22). Há maior incidência de quedas com o avançar da idade, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar voltada para a prevenção e conscientização dos riscos de quedas⁽²³⁻²⁶⁾.

A ocorrência de quedas é uma das principais preocupações de saúde enfrentadas pela população idosa institucionalizada⁽²⁷⁾. O envelhecimento acarreta alterações fisiológicas que favorecem esse acontecimento, dado o declínio da força muscular, bem como alterações na massa óssea, equilíbrio, coordenação motora e flexibilidade, além de deficiências na visão, propriocepção, vibração e sistema vestibular⁽²³⁻²⁵⁾.

Os idosos participantes tiveram dificuldade em referir morbidades e medicamentos utilizados, e nos prontuários institucionais havia sub-registro dessas informações. No entanto, dos dados obtidos, viu-se a prevalência de comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes, conforme estudos^(10,28-30) que evidenciam aspectos similares.

Mais da metade dos participantes utiliza medicamentos associados, fato descrito em um estudo no Brasil com idosos, o qual alerta sobre a importância de verificar a associação entre medicamentos e risco de quedas, bem como o uso racional destes⁽³¹⁾.

Durante a análise das atividades cotidianas, evidenciou-se que a maioria dos idosos alimenta-se de modo independente, bem como toma banho e se veste sozinha. Além disso, apresenta bom controle esfíncteriano, denotando pouca dependência para a execução dessas atividades.

Manutenção e preservação da capacidade e desempenho das atividades básicas de vida diária são pontos básicos para prolongar pelo maior tempo possível a independência; com isso, os idosos mantêm sua capacidade funcional e qualidade de vida⁽³²⁾.

A prática de atividades físicas e de lazer está relacionada com o nível de independência do idoso⁽³³⁾. Idosos com maior independência funcional buscam por formas de lazer e novas amizades, fatores que podem estar associados à fuga da solidão e à possibilidade de desfrutar do tempo livre e aproveitar a vida – o envelhecimento ativo⁽³⁴⁾. Nas ILPI cujos idosos foram avaliados, há programas de lazer e entretenimento, como aulas de dança, ginástica laboral e artesanato.

Outros estudos desenvolvidos na mesma temática apontam para um grupo de idosos residentes em ILPI com elevados níveis de independência^(10,13,35). Existem evidências empíricas de que os resultados da adaptação dos idosos nas instituições são influenciados pela qualidade do ambiente⁽³⁶⁾. O tempo de permanência dos participantes deste estudo nas ILPIs visitadas pode ter influenciando positivamente na independência observada quanto ao cuidado pessoal, mobilidade e comunicação.

Nesse sentido, as ILPI necessitam ter infraestrutura física, material e de pessoal adequada para atender às necessidades dos idosos e reduzir riscos de quedas, o que inclui a eliminação de barreiras de qualquer natureza, disponibilidade de dispositivos acessíveis para o idoso, além de um espaço físico que viabilize individualidade e mantenha segurança⁽³⁷⁾.

À luz da CIF, pode-se inferir que os idosos avaliados apresentam, em sua maioria, graus significativos de desempenho funcional para atividades analisadas. A perspectiva de alinhar os estados de funcionalidade com a classificação permite aos profissionais de saúde, família e cuidadores ter uma leitura mais ampla quanto ao cenário funcional desempenhado, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de promoção, prevenção e intervenção mais específicas.

MIF e CIF se completam e transmitem uma visão mais abrangente em relação à funcionalidade, acrescentando a identificação de possíveis fatores limitantes ou facilitadores para manutenção da função^(38,39). Dada a abrangência da CIF, faz-se necessária uma maior formação por parte dos avaliadores, o que pode dificultar sua utilidade⁽⁴⁰⁾.

A utilização de instrumentos como a CIF, que classificam a funcionalidade, permite o planejamento de metas de reabilitação e intervenções, bem como a possibilidade de propor estratégias de prevenção. Ademais, podem servir de *feedback* para as terapêuticas adotadas^(28,40).

Este estudo apresentou algumas limitações, como a representatividade limitada da amostra, o ponto de corte para idade e ter sido de abordagem transversal; contudo, estudar a aplicação da MIF em conjunto com a CIF insere novas perspectivas no âmbito da saúde coletiva. Nesse contexto, entende-se que os objetivos propostos foram atingidos, uma vez que os resultados obtidos estão em consonância com a literatura.

CONCLUSÃO

Os idosos participantes apresentam bom estado cognitivo, sendo possível constatar pouca dependência em atividades relacionadas aos cuidados pessoais, mobilidade e comunicação, ainda que diante de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Há limitações quanto ao ato de subir escadas, fator que necessita de um olhar mais crítico quanto ao ambiente interno e mobilidade.

O uso da CIF permite uma visualização ampla e clara em relação ao estado de funcionalidade do idoso, o que pode facilitar estratégias de promoção da saúde mais efetivas para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: Demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
2. Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
3. 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.
4. Araújo LF, Coelho CG, Mendonça ET, Vaz AV, Siqueira-Batista R, Cotta RMM. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;30(1):80-6.
5. Assis M, Hartz ZM, Valla VV. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):557-81.
6. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr*. 2001;8(1):45-52.

7. Riberto M, Miyazaki MH, Sakamoto H, Jorge-Filho D, Battistella LR. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. *Acta Fisiátrica*. 2007;14(2):87-94.
8. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família das Classificações Internacionais; 2003.
9. Brasileiro IC, Moreira TMM, Jorge MSB, Queiroz MVO, Mont'Alverne DGB. Atividades e participação de crianças com Paralisia Cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(4):503-11.
10. Carneiro FR, Brasileiro IC, Vasconcelos TB, Arruda VP, Florêncio RS, Moreira TMM. Independência funcional de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Acta Fisiátrica*. 2012;19(3):156-60.
11. United Nations. World Population Ageing 2009. New York: UN; 2010.
12. Sposito G, Diogo MJD, Cintra FA, Neri AL, Guariento ME, Sousa MLR. Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. *Rev Bras Fisioter*. 2010;14(1):81-9.
13. Braga DKAP, Domiciano BR, Santos MPA, Vasconcelos TB, Macena RHM. Relação entre idade e capacidade funcional de idosos residentes em instituições de longa permanência na cidade de Fortaleza/CE. *J Health Biol Sci*. 2014;2(4):197-201.
14. Domiciano BR, Braga DKAP, Silva PN, Vasconcelos TB, Macena RHM. Education, age, and cognitive impairment of elderly residents in long-term institutions. *Rev Neurociênc*. 2014;22(3):330-6.
15. Oliveira BLAA, Silva AM, Baima VJD, Barros MMB. Situação social e de saúde da população idosa da uma comunidade de São Luís- MA. *Rev Pesq Saúde*. 2010;11(3):25-9.
16. Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, SP: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1575-85.
17. Lucchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni ML. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(1):51-8.
18. Marchon RM, Cordeiro RC, Nakano MM. Capacidade funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(2):203-14.
19. Lojudice DC. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
20. Carvalho, MP, Luckow ELT, Siqueira FV. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2945-52.
21. Hill-Westmoreland EE, Gruber-Baldini AL. Falls documentation in nursing homes: agreement between the minimum data set and chart abstractions of medical and nursing documentation. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(2):268-73.
22. Hien le TT, Cumming RG, Cameron ID, Chen JS, Lord SR, March LM, et al. Atypical antipsychotic medications and risk of falls in residents of aged care facilities. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(8):1290-5.
23. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):749-56.
24. Ricci NA, Gonçalves DFF, Coimbra IB, Coimbra AMV. Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo programa de saúde da família. *Saúde Soc*. 2010;19(4):898-909.
25. Couto FBD'E, Perracini MR. Análise multifatorial do perfil de idosos ativos com história de quedas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):693-706.
26. Gomes GAO, Cintra FA, Diogo MJD, Neri AL, Guariento ME, Sousa MLR. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(5):430-7.
27. Costa AGS, Oliveira ARS, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL. Identificação do risco de quedas em idosos após Acidente vascular encefálico. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(4):684-9.
28. Oliveira DLC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades da vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(1):91-6.
29. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchôa E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1893-902.

30. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.
31. Rozenveld RA, Singer HK, Repetz NK. Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil. *Pan Am J Public Health*. 2003;13(6):369-75.
32. Reis LA, Mascarenhas CHM, Torres GV. Evaluation of functional capacity on institutionalized elderly in the City of Jequié/BA. *Fiep Bulletin*. 2008;78(1):89-92.
33. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz Rev Educ Fís*. 2010;16(4):1024-32.
34. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto Enferm*. 2012;21(3):513-8.
35. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):655-62.
36. Bianchi SA. Qualidade do lugar nas instituições de longa permanência para idosos -Contribuições projetuais para edificações na Cidade do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013.
37. Felician AM, Santos SSC, Pelzer MT, Oliveira AMN, Pinho LB. Construção de ferramenta avaliativa direcionada às instituições de longa permanência para idosos: relato de experiência. *Rev Eletrônica Enferm*. 2011;13(3):474-82.
38. Grill E, Stucki G, Scheuringer M, Melvin J. Validation of International Classification of functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for early postacute rehabilitation facilities: comparisons with three other functional measures. *Am J Phys Med Rehabil*. 2006;85(8):640-9.
39. Schepers VP, Ketelaar M, Van de Port IG, Visser-Meily JM, Lindeman E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*. 2007;29(3):221-30.
40. Goljar N, Burger H, Vidmar G, Leonardi M, Marincek C. Measuring patterns of disability using the International Classification of Functioning, Disability and Health in the post-acute stroke rehabilitation setting. *J Rehabil Med*. 2011;43(7):590-601.

Endereço do primeiro autor:

Jeanne Batista Josino
Universidade Estadual do Ceará
Av. Dr. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi
CEP: 60.714.903 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: jeanne_batista@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Thiago Brasileiro de Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará
Rua Coronel Nunes de Melo, 1315
Bairro: Rodolfo Teófilo
CEP: 60420-270 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: thiagobvasconcelos@hotmail.com