

Investigação dos saberes quanto à capacidade funcional e qualidade de vida em idosas institucionalizadas, sob a ótica da CIF

Investigating information regarding functional capacity and quality of life in institutionalized elderly according to the ICF

Luize Bueno de Araujo¹, Natália Boneti Moreira¹, Isabela Lúcia Peloso Villegas¹, Ana Paula Cunha Loureiro², Vera Lúcia Israel¹, Simone Alves Gato³, Gisele Kliemann¹

RESUMO

Objetivo: Avaliar a funcionalidade por meio da capacidade funcional e qualidade de vida (QV), sob a ótica da CIF, de idosas institucionalizadas. **Método:** Foi realizado um estudo observacional transversal com 22 idosas (77,9 ± 9,41 anos) de uma instituição de longa permanência da cidade de Curitiba/Paraná. Foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Índice de Barthel, Questionário Perfil de Saúde de Nottingham e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A descrição dos dados foi feita por meio de medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão). A CIF foi analisada de acordo com a distribuição de frequência relativa e absoluta. **Resultados:** A maioria das idosas apresentaram um médio estado cognitivo e dependência funcional leve. O domínio que mais interferiu a QV das idosas foi a habilidade física, nível energético, sono, dor, emocional e social, respectivamente. A distribuição de frequência da CIF evidenciou aspectos não observados na avaliação convencional das idosas, sobretudo, apresentou grande especificidade nas funções mentais, sensoriais e dor, sistema digestivo, metabólico e endócrino, psicomotora, movimento, cuidado pessoal, apoio e relacionamentos e atividades individuais. **Conclusão:** Espera-se que a CIF seja incorporada e utilizada em diversos setores da saúde, inclusive em instituições de longa permanência e equipes multidisciplinares, para que profissionais tenham ações de saúde que contemplem o indivíduo como um todo.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Qualidade de Vida, Idoso

ABSTRACT

Objective: To evaluate the functional capacity and quality of life (QoL) of the institutionalized elderly from an ICF perspective. **Method:** A cross-sectional observational analytic study was conducted with 22 elderly residents (77.9 ± 9.41 years) of a long-stay care institution in Curitiba, Paraná. The following assessment instruments were applied: the Barthel Index, the Nottingham Health Profile Questionnaire, and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). Analysis of the data was done by measures of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation). The ICF was analyzed by the distribution of relative and absolute frequencies. **Results:** The majority of the sample had medium cognitive status and light functional dependency. The domain that most interfered with the elderly's QOL was physical ability, energy level, sleep, and emotional and social pain, respectively. The ICF frequency distribution showed aspects not observed in the conventional assessment of the participants; in particular, it showed great specificity in the following functions: mental, sensory, and pain, the digestive, metabolic, and endocrine systems, psychomotor, movement, personal care, support and relationships, and individual activities. **Conclusions:** It is expected that the ICF will be adopted and used in various areas of health, including long-stay care facilities and multidisciplinary teams, so that professionals, through a unified and standard language, may intervene in the health of the individual as a whole.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health, Quality of Life, Aged

¹ Universidade Federal do Paraná - UFPR.

² Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Escola de Saúde e Biociências, Departamento de Fisioterapia.

³ Fisioterapeuta.

Endereço para correspondência:
Vera Lúcia Israel
Rua Dr. Correa Coelho, 744, Apto 503
CEP 80201-350
Curitiba - PR
E-mail: veral.israel@gmail.com

Recebido em 11 de Março de 2015.

Aceito em 26 Agosto de 2015.

DOI: 10.5935/0104-7795.20150022

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, um aumento de 500% em 40 anos, e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020.^{1,2} O processo de envelhecimento traz perdas e ganhos, tanto físicos quanto cognitivos, porém mudanças ocorrem em todas as etapas da vida.³ Para Cruz e Ferreira,⁴ o envelhecimento é individual como um processo natural da vida do ser humano. As alterações que ocorrem são próprias do envelhecimento normal e influenciadas por fatores genéticos e ambientais. É necessária uma visão holística sobre o “envelhecer” considerando os aspectos positivos desse processo e as potencialidades dos idosos, como por exemplo, habilidades nos relacionamentos sociais, sabedoria e experiência adquiridas com as experiências vivenciadas nas diferentes histórias de vida.

Apesar disto podem ocorrer no envelhecimento aspectos negativos como a perda progressiva das capacidades fisiológicas⁵ e das capacidades funcionais (CF). Estas CF indicam um novo componente no modelo de saúde dos idosos⁶ e podem ser definidas como o grau de preservação de habilidades em executar, de forma autônoma e independente, as atividades básicas de vida diária (auto-cuidado) e instrumentais de vida diária (mais complexas), dependentes de habilidades físicas e mentais.⁷ Considerando-se o modelo contextual que envolve as condições pessoais do indivíduo, o ambiente em que vive e as tarefas que executa, a avaliação da CF analisa o desempenho de atividades e funções em diferentes áreas, dentre as quais as tarefas da vida cotidiana, as interações sociais, as atividades de lazer e outras requisições do dia-a-dia⁸ que em seu conjunto proporciona um envelhecimento com qualidade. A Qualidade de Vida (QV)^{9,10} é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.¹¹

Outro aspecto a se considerar é que a população idosa, geralmente é constituída por idosos de classes econômicas inferiores e com algum tipo de doença, sem condições de viverem sozinhos ou com seus familiares,¹² o que pode resultar na institucionalização do idoso. A Instituição de Longa Permanência (ILP), antigamente denominada de asilo, é uma

residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência socioeconômica e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitam de cuidados prolongados.¹³ Para Freitas e Noronha,¹⁴ a ILP é um lugar para se viver e não um “depósito” para idosos. Portanto, as ILP’s deveriam ser locais privilegiados para observar o modo de viver a velhice. Freire e Tavares¹⁵ apontam que o idoso institucionalizado constitui, quase sempre, um grupo privado de seus projetos, pois se encontra afastado da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída. Além disso, estes idosos apresentam características significantes como o aumento do sedentarismo, perda da autonomia, ausência de familiares, que entre outros, contribuem para o aumento de prevalências das morbidades e co-morbidades relacionadas à autonomia.¹⁶

Neste contexto, surge a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que por meio de um modelo biopsicossocial, pode tornar mais clara a informação em saúde do idoso com a percepção de que o mesmo diagnóstico pode apresentar limitações funcionais diferentes.^{17,18} A CIF tem um olhar descentralizado da doença e considera o ser humano de forma integral nas diversas circunstâncias de saúde e funcionalidade humana.¹⁹ Sendo assim, o idoso institucionalizado, em especial, deve ser observado com esse olhar ampliado de saúde, por meio de avaliações da capacidade funcional e qualidade de vida, na busca da promoção e prevenção na condição de saúde.²⁰

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a funcionalidade por meio da capacidade funcional e qualidade de vida, sob a ótica da CIF, de idosas institucionalizadas de Curitiba/PR.

MÉTODO

Amostra do estudo

Este foi um estudo analítico observacional transversal,²¹ que utilizou uma amostra por conveniência, realizado em uma Instituição de Longa Permanência na cidade de Curitiba/PR. Foi respeitada toda a legislação sobre ética em pesquisa.

A ala da ILP selecionada para o presente estudo foi o “lar das flores” que é constituída por 35 idosas. Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na ILP e com disponibilidade de participação voluntária. E os critérios

de exclusão e amostra final foram idosas que apresentaram limitações que impossibilitassem a comunicação e a expressão durante as entrevistas ou que apresentaram uma pontuação abaixo de 17 no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).^{22,23}

Dessa forma, inicialmente a amostra foi composta por 35 idosas, dessas, 13 foram excluídas: 7 se recusaram a participar, 5 não atingiram a pontuação de corte do MEEM, e 1 estava ausente para cuidados médicos. A amostra final do estudo foi composta por 22 idosas.

Instrumentos e Procedimentos de coleta de dados

Pesquisadores treinados realizaram a coleta de dados por meio de entrevista individual com cada participante, em que as idosas foram questionadas sobre suas características e seus dados de identificação. Em seguida, foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), com o intuito de avaliar o estado cognitivo das participantes.²⁴ Este teste é composto por questões agrupadas em 7 categorias: orientações para tempo, local, memória imediata, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação varia de zero (0) a trinta (30),^{22,25} sendo que baixos valores podem indicar quadros de perda cognitiva.²⁶

AValiação DA CAPACIDADE FUNCIONAL

A Capacidade Funcional (CF) foi avaliada por meio do Índice de Barthel,²⁷ um questionário composto por 10 itens, entre eles alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas.²⁸ Cada item foi pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar as tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Uma pontuação geral foi atribuída de acordo com os pontos obtidos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência.^{29,27}

Avaliação da Qualidade de Vida

Para avaliação da Qualidade de Vida (QV) foi utilizado o Questionário Perfil de Saúde de

Nottingham (PSN),³⁰ composto por 38 itens baseados na CIF,³¹ tendo como possibilidade de “sim” ou “não”. Os itens são divididos em 6 domínios: Habilidade Física, Nível Energético, Dor, Reação Emocional, Qualidade de Sono e Interação Social. Cada resposta positiva corresponde ao escore de um (1) e cada resposta negativa corresponde ao escore zero (0), perfazendo uma pontuação máxima de 38 pontos. Quanto menor o escore, melhor a QV do indivíduo.³⁰

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Considerando as avaliações acima descritas, procurou-se analisar como os resultados desses métodos poderiam ser expressos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF),³² cujo objetivo geral é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, definir os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde, para que a informação em saúde seja precisa e adequada. A CIF é um instrumento de classificação e padronização de dados obtidos nas avaliações realizadas com os participantes. Como critério para seleção dos domínios da CIF foi considerado o componente de funcionalidade e incapacidade relacionado à saúde, ou seja: (1) Funções e Estruturas do Corpo, e (2) Atividades e Participação.³²

No primeiro item (Funções e Estruturas do Corpo) foram consideradas as funções mentais, sensoriais e dor, digestivo, metabólico e endócrino, psicomotoras e relacionados ao movimento. Já para o segundo item (Atividades e Participação) foram considerados o cuidado pessoal, apoio e relacionamentos, bem como atividades individuais. Os resultados da pesquisa foram avaliados e qualificados de acordo com o modelo contextual de análise da condição de saúde por meio da Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). Deste modo, para classificação os componentes da CIF foram quantificados por meio de percentagem de acordo com a deficiência evidenciada (ND: Nenhuma Deficiência; DL: Deficiência Leve; DM: Deficiência Moderada; DG: Deficiência Grave; DC: Deficiência Completa; NE: Não Especificado; NA: Não Aplicável) em cada função ou atividade. As interações entre a CIF e os instrumentos aplicados estão dispostas (Figura 1).

Procedimentos de Análise dos dados

A descrição estatística dos dados foi feita por meio de medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão).

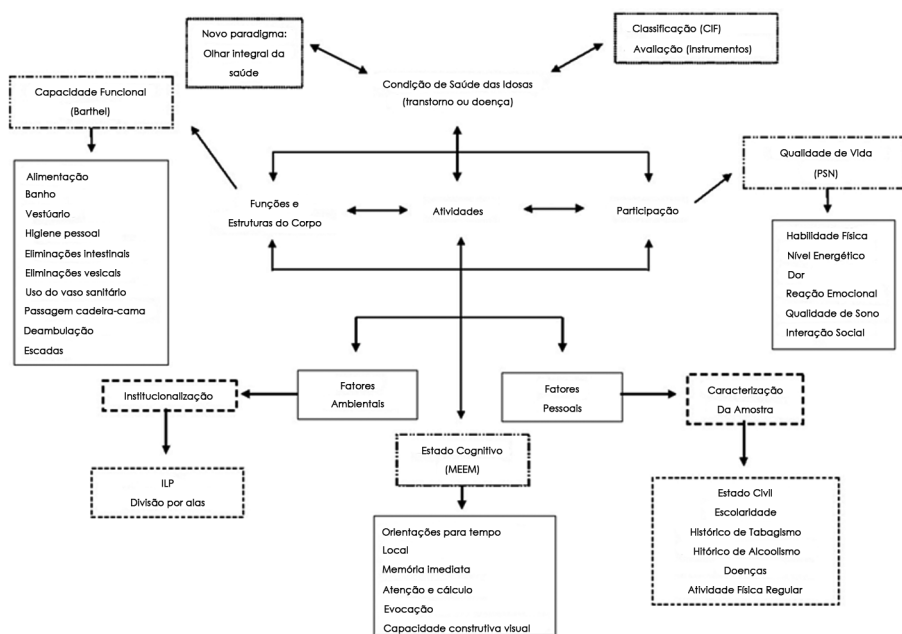


Figura 1. Interações entre a CIF e os instrumentos utilizados na pesquisa

Distribuições de frequência foram realizadas para análise de prevalências das variáveis: análise cognitiva, capacidade funcional e sociodemográficas. Para a descrição dos resultados obtidos por meio da CIF em relação as funções e atividades foi utilizada a distribuição de frequência absoluta e relativa. Para o tratamento estatístico foi utilizado o SPSS 21.0.

Aspectos Éticos

O Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná aprovou o presente estudo (parecer CAAE 0075.091-11). Todas as idosas que participaram do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram avaliadas 22 idosas, com idade média de $77,9 \pm 9,41$ anos, sendo a idade mínima 64 anos e a máxima 93 anos, a maioria das idosas eram solteiras (54,54%), analfabetas (36,36%), sem histórico de tabagismo (72,73%) ou alcoolismo (90,91%), porém, todas (100%) apresentaram hipertensão e não praticavam atividade física (Tabela 1).

Para análise dos dados relacionados ao MEEM as idosas foram divididas em grupos de acordo com a escolaridade, do seguinte modo: Grupo 1: Analfabetas (36,36%); e

Grupo 2: idosas com 1 a 11 anos de escolaridade (63,64%). Dessa forma, pode-se observar a média do MEEM, em todas as idosas avaliadas ($20,5 \pm 3$) e de acordo com a sua escolaridade, em que o grupo 1 evidenciou uma média de $19,5 \pm 1,6$ e o grupo 2 uma média de $21,07 \pm 3,52$.

As idosas foram classificadas de acordo com o Índice de Barthel (Tabela 2), sendo divididas em dependência total (< 20), dependência grave (20-35), dependência moderada (40-55), dependência leve (≤ 60) e independência (100). A maioria das idosas, 40,90%, foi classificada com dependência leve.

A avaliação dos dados referentes ao Questionário Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), evidenciada na Tabela 3, ordena os itens de acordo com o domínio que mais atrapalha a QV das idosas para o que menos atrapalha, respectivamente, habilidade física, nível energético, qualidade de sono, dor, reação emocional, interação social. Sendo que quanto maior a porcentagem, pior o respectivo domínio, ou seja, é o domínio que mais prejudica na QV como um todo, nesse caso, a habilidade física.

Os valores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e suas distribuições de frequência estão apresentados na Tabela 4.

A classificação das funções mentais referente à consciência, funções intelectuais e de percepção. Também são apresentados os

Tabela 1. Características sociodemográficas, histórico de tabagismo, alcoolismo, doenças e prática de atividade física das idosas residentes na Instituição

Variáveis	n	%
Estado civil		
Solteira	12	54,54
Casada	3	13,64
Viúva	5	22,73
Divorciada	2	09,09
Escolaridade		
Analfabeto	8	36,36
1º grau incompleto	6	27,27
1º grau completo	7	31,82
2º grau incompleto	1	04,54
Histórico de Tabagismo		
Sim	6	22,27
Não	16	72,73
Histórico de Alcoolismo		
Sim	2	09,09
Não	20	90,91
Doenças		
Hipertensão	22	100,00
Diabetes	3	13,63
Outras	5	22,73
Atividade Física Regular		
Sim	0	00,00
Não	22	100,00

Tabela 2. Classificação de acordo com o índice de Barthel

	n	%	
< 20	Dependência Total	1	04,54
20-35	Dependência Grave	2	09,09
40-55	Dependência Moderada	2	09,09
≤ 60	Dependência Leve	9	40,90
100	Independente	8	36,36

Tabela 3. Escores do Questionário Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), com relação ao percentual de cada domínio que mais interfere na qualidade de vida das idosas

Domínios do PSN	%
Habilidade Física	55,68
Nível Energético	48,48
Qualidade do Sono	44,54
Dor	42,61
Reação Emocional	38,88
Interação Social	37,27

domínios: orientações; funções de energia e de impulsos; sono; atenção; memória; funções emocionais. Nas funções sensoriais e de dor, observou-se domínios da visão, vestibular e dor e audição.

Na classificação das Funções dos Sistemas Digestivos, Metabólicos e Endócrinos, obteve-se dados sobre digestão e defecação. Além de Manutenção do peso e Glândulas endócrinas.

Nas Funções Psicomotoras e qualidade das funções psicomotoras, observou-se: Funções de Movimentos, tronco, região do ombro e da extremidade superior, pelve e extremidade inferior. Com relação ao Cuidado Pessoal se considerou: comer e beber, uso fino das mãos, lavar-se, cuidado das partes do corpo e vestir-se, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, cuidar da própria saúde.

Para as funções de Apoio e Relacionamento, observou-se: pessoas em posição de autoridade, família, amigos, conhecidos, cuidadores e assistentes pessoais, profissionais da saúde e outros profissionais que fornecem serviços relacionados à saúde.

Com relação às funções de atitudes individuais nos domínios profissionais da saúde e outros profissionais que fornecem serviços relacionados à saúde, considerou-se cuidadores e assistentes pessoais, individuais dos amigos, membro da família.

DISCUSSÃO

A capacidade funcional e a qualidade de vida são atributos básicos do ser humano que perpassam todas as fases de sua vida e à medida que se envelhece, ocorrem alterações estruturais e funcionais no organismo, as quais, somadas a baixos níveis de atividade física, podem levar ao declínio da capacidade funcional, comprometendo a realização de atividades da vida diária³³ e facilitar o desenvolvimento de doenças crônicas, o que contribui para deteriorar o processo de envelhecimento. Da mesma maneira, as doenças crônicas levam ao desuso das funções fisiológicas, o que pode criar mais problemas.³⁴

No presente estudo, verificou-se que a maioria das idosas residentes na ILP em questão, eram solteiras, analfabetas, sendo que todas apresentavam hipertensão e não praticavam atividade física. Esses resultados são corroborados por outros estudos,^{35,36,37} e evidenciam a necessidade de programas de intervenção para estimular a diminuição do sedentarismo em idosos institucionalizados. Quanto aos valores encontrados no MEEM foi evidenciado, que idosas com maior nível de escolaridade apresentaram melhores médias (21,07 ± 3,52), o que também foi encontrado em pesquisas semelhantes.^{38,39} Esse resultado demonstra que não é só a falta de independência motora que determina a institucionalização do idoso, mas os aspectos cognitivos também são levados em consideração pelos familiares e/ou responsáveis.³⁷

Tabela 4. Distribuição de Frequência (%) e número de idosas (n) das funções e atividades de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

FUNÇÕES MENTAIS	ND	DL	DM	DG	DC	NE	NA
Consciência	72,7 (16)	22,7 (5)	-	4,5 (1)	-	-	-
Orientações	31,8 (7)	36,4 (8)	27,3 (6)	4,5 (1)	-	-	-
Intelectuais	72,7 (16)	22,7 (5)	4,5 (1)	-	-	-	-
Energia e impulsos	63,6 (14)	4,5 (1)	31,8 (7)	-	-	-	-
Sono	22,7 (5)	13,6 (3)	36,4 (8)	27,3 (6)	-	-	-
Atenção	50 (11)	40,9 (9)	9,1 (2)	-	-	-	-
Memória	4,5 (1)	50 (11)	40,9 (9)	4,5 (1)	-	-	-
Emocionais	36,4 (8)	54,5 (12)	9,1 (2)	-	-	-	-
Percepção	72,7 (16)	22,7 (5)	-	-	-	4,5 (1)	-
FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR	ND	DL	DM	DG	DC	NE	NA
Visão	45,5 (10)	54,5 (12)	-	-	-	-	-
Audição	54,5 (12)	31,8 (7)	13,6 (3)	-	-	-	-
Vestibular	9,1 (2)	68,2 (15)	9,1 (2)	4,5 (1)	-	4,5 (1)	4,5 (1)
Dor	22,7 (5)	40,9 (9)	13,6 (3)	18,2 (4)	4,5 (1)	-	-
FUNÇÕES SISTEMA DIGEST, METAB. E ENDOC.	ND	DL	DM	DG	DC	NE	NA
Digestivas	86,4 (19)	13,6 (3)	-	-	-	-	-
Defecação	77,3 (17)	13,6 (3)	-	-	9,1 (2)	-	-
Manutenção do peso	22,7 (5)	9,1 (2)	-	-	-	68,2 (15)	-
Glândulas endócrinas	36,4 (8)	-	-	-	9,1 (2)	54,4 (8)	-
FUNÇÕES PSICOMOTORAS	ND	DL	DM	DG	DC	NE	NA
Controle psicomotor	50 (11)	4,5 (1)	22,7 (5)	18,2 (4)	4,5 (1)	-	-
Qualidade das funções psicomotoras	40,9 (9)	22,7 (5)	22,7 (5)	9,1 (2)	4,5 (1)	-	-
MOVIMENTO	ND	DL	DM	DG	DC	NE	NA
Região do ombro	72,7 (16)	13,6 (3)	9,1 (2)	-	4,5 (1)	-	-
Extremidade superior	72,7 (16)	13,6 (3)	9,1 (2)	-	4,5 (1)	-	-
Pelve	50 (11)	31,8 (7)	4,5 (1)	-	13,6 (3)	-	-
Extremidade inferior	45,5 (10)	27,3 (6)	4,5 (1)	4,5 (1)	18,2 (4)	-	-
Tronco	77,3 (17)	9,1 (2)	9,1 (2)	4,5 (1)	-	-	-
CUIDADO PESSOAL	ND	DL	DM	DG	DC	NE	NA
Levantar e carregar objetos	22,7 (5)	9,1 (2)	9,1 (2)	27,3 (6)	27,3 (6)	-	4,5 (1)
Uso fino das mãos	77,3 (17)	18,2 (4)	-	-	4,5 (1)	-	-
Andar	31,8 (7)	27,3 (6)	13,6 (3)	4,5 (1)	18,2 (4)	-	4,5 (1)
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	68,2 (15)	9,1 (2)	-	9,1 (2)	9,1 (2)	-	4,5 (1)
Lavar-se	72,7 (16)	-	-	4,5 (1)	22,7 (5)	-	-
Cuidado das partes do corpo	72,7 (16)	-	9,1 (2)	18,2 (4)	-	-	-
Cuidados relacionados aos processos de excreção	90,9 (20)	-	-	-	9,1 (2)	-	-
Vestir-se	72,7 (16)	-	4,5 (1)	9,1 (2)	13,6 (3)	-	-
Comer	90,9 (20)	-	-	-	9,1 (2)	-	-
Beber	90,9 (20)	-	-	-	9,1 (2)	-	-
Cuidar da própria saúde	9,1 (2)	45,5 (10)	18,2 (4)	18,2 (4)	9,1 (2)	-	-
APOIO E RELACIONAMENTOS	ND	DL	DM	DG	DC	NE	NA
Família	72,7 (16)	18,2 (4)	4,5 (1)	4,5 (1)	-	-	-
Amigos	22,7 (5)	36,4 (8)	36,4 (8)	4,5 (1)	-	-	-
Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	9,1 (2)	31,8 (7)	27,3 (6)	31,8 (7)	-	-	-
Pessoas em posição de autoridade	100 (22)	-	-	-	-	-	-

Davim et al.³⁵ verificaram em seu estudo que as ILP apresentam baixas condições financeiras, contato familiar conflituoso, atividades de lazer limitadas ou ausentes, entre outros fatores, essas características são semelhantes ao presente estudo, o que influencia na capacidade funcional e qualidade de vida das idosas institucionalizadas.

Quanto à CF, os resultados do presente estudo indicaram um maior percentual de idosas com uma dependência leve, indicando que estas idosas vivem de maneira independente, implicando uma boa capacidade para realizar suas atividades de vida diária. Confirmando essas informações, o estudo de Converso e Iartelli³⁷ realizado com idosas institucionalizadas, apontaram a maioria dos avaliados como independentes (75,65%).

Apesar da maior parte das idosas desse estudo apresentar dependência leve, ao avaliar a QV, evidenciou-se que o domínio que mais atrapalha é a habilidade física. Nesse aspecto vale destacar que todas as idosas do estudo não participavam de nenhuma atividade física, o que pode estar relacionado ao baixo domínio físico citado pelas entrevistadas. Pois, como destacam Paskulin, Vianna e Molzahn,⁴⁰ com a participação do idoso em atividades físicas, maior será sua satisfação e capacidade para a realização das atividades diárias, o que pode contribuir para aumentar a percepção de uma boa QV, principalmente relacionado ao domínio físico, o que também pode influenciar sua CF. Diante destas evidências, percebe-se que a prática de atividade física tem papel fundamental para a promoção da QV dos idosos, e que a realização de atividades físicas habitualmente pode contribuir para melhoria da percepção de saúde, bem-estar e funcionalidade desta população.^{40,41,42}

Analisando os achados da CIF, observa-se que assim como o estudo em questão, o estudo de Depolito, Leocadio e Cordeiro¹⁸ utilizou a aplicação da CIF para discutir a provável relação entre os eventos de declínio funcional de uma idosa institucionalizada. Esse método mostrou-se sensível para a compreensão dos saberes quanto à capacidade funcional e qualidade de vida em idosas institucionalizadas, como norteadora da relação multidimensional da velhice e institucionalização. Além disso, permite a unificação da linguagem e facilita a interpretação de relações de determinação mais complexas, por meio de uma visão detalhada, crítica, objetiva e contextual, de fácil compreensão por todos os membros de uma equipe multiprofissional de assistência

Continuação Tabela 4.

Cuidadores e assistentes pessoais	-	-	-	100 (22)	-	-	-
Profissionais da saúde	-	-	-	100 (22)	-	-	-
Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde	-	-	-	100 (22)	-	-	-
ATITUDES INDIVIDUAIS	ND	DL	DM	DG	DC	NE	NA
Membros da família	4,5 (1)	4,5 (1)	22,7 (5)	9,1 (2)	59,1 (13)	-	-
Indivíduos dos amigos	59,1 (13)	22,7 (5)	9,1 (2)	4,5 (1)	4,5 (1)	-	-
Cuidadores e assistentes pessoais	77,3 (17)	13,6 (3)	4,5 (1)	-	4,5 (1)	-	-
Profissionais da saúde	90,9 (20)	4,5 (1)	-	-	4,5 (1)	-	-
Profissionais relacionados a saúde	90,9 (20)	4,5 (1)	-	-	4,5 (1)	-	-

à saúde do idoso. Sampaio et al.⁴³ e Costa⁴⁴ apresentam a CIF como um modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS) que traz uma nova abordagem que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas, então, no caso das participantes deste estudo que são institucionalizadas, os dados demonstram que há uma interação entre o ambiente e a função motora as mesmas.

Freire e Tavares¹⁵ apontam que o idoso institucionalizado constitui, quase sempre, um grupo privado de seus projetos, pois se encontra afastado da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída. Dessa forma, as ILP's ainda constituem um desafio, principalmente se contrastadas com a proposta da promoção da saúde.

Neste contexto, a qualidade de vida e atividade física são estratégias de promoção da saúde para os idosos, tornando-se evidente a necessidade de orientar os idosos institucionalizados a praticar atividades funcionais na busca de qualidade e motivação nas suas vidas.^{45,46} Enfim, a condição de saúde de idosos institucionalizados seja na função, na estrutura, nas atividades ou na participação, está diretamente relacionada a fatores pessoais e ambientais, direcionados com as políticas de saúde e o modelo contextual da CIF na saúde do idoso,⁴⁷ além de ter uma interação com o que cada um faz para ter saúde funcional com qualidade e no sentido ampliado de saúde física, mental, funcional, espiritual, social.

Esta iniciativa vem ao encontro do relato de Pereira et al.⁴⁸ que destaca que avaliar as condições de vida e saúde do idoso permite a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem.

Esse trabalho apresentou algumas limitações, pois foi realizada uma única avaliação

das idosas participantes, e a equipe de pesquisadores foi constituída por profissionais fisioterapeutas e não incluiu profissionais da saúde de outras áreas na produção de códigos envolvendo diversos construtos. Porém, o estudo alcançou seu objetivo de mapear o perfil das idosas de uma ILP, classificando por meio da CIF, com um olhar para a funcionalidade das participantes. E avaliando o estado cognitivo, capacidade funcional e qualidade de vida com instrumentos específicos e direcionados para essa população.

CONCLUSÃO

A interpretação e discussão dos resultados por meio do modelo teórico da CIF possibilitaram uma visão mais ampliada sobre o processo de saúde e de envelhecimento de uma população de idosas institucionalizadas. Estes dados poderão ser utilizados como indicadores ou norteadores para o desenvolvimento de estratégias e propostas de intervenções que venham a favorecer a demanda clínica e pessoal destas pessoas. Apesar da necessidade de uma visão holística sobre processo de envelhecimento, as ILP's ainda se constituem de acordo com o contexto biomédico. Deixando de lado a proposta de promoção da saúde e os aspectos positivos do processo de institucionalização, bem como as potencialidades dos idosos.

Sugerem-se estudos futuros, com o desenvolvimento da metodologia de acompanhamento longitudinal dessa população para verificar quais as interferências da institucionalização em longo prazo na funcionalidade dessas idosas. Espera-se que a CIF seja incorporada e utilizada em diversos setores da saúde, inclusive em ILP e utilizada por equipes multidisciplinares, para que os profissionais, por meio de uma linguagem unificada e padronizada, tenham ações de saúde que contemplem o indivíduo como um todo.

REFERÊNCIAS

- Lima-Costa MFF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):700-1. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- Luz MMC, Amatuzy MM. Vivência de felicidade de pessoas idosas. *Estudos Psicol.* 2008; 25(2):303-7.
- Cruz RC, Ferreira MA. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. *Texto Contexto de Enferm.* 2011; 20(1):144-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100017>
- Vale RGS, Novaes JS, Dantas EHM. Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia de mulheres senescentes. *Rev Bras Ciênc Mov.* 2005;13(2):33-40.
- Ramos LR. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: Ramos LR, Toniolo-Neto J. *Guia de geriatria e gerontologia.* São Paulo: Manole; 2005. p. 1-7.
- Pereira RM, Alabarse SL, Cordeiro RC. Há correlação entre o nível de atividade auto-referido e desempenho físico observado em mulheres idosas? *Fisioter Pesq.* 2008;15(3):240-7.
- Araújo MLM, Fló CM, Muchale SM. Efeitos dos exercícios resistidos sobre o equilíbrio e a funcionalidade de idosos saudáveis: artigo de atualização. *Fisioter Pesq.* 2010; 17(3):277-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502010000300016>
- Alencar NA, Souza Júnior JV, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas E. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. *Fisioter Mov.*2010;23(3):473-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502010000300014>
- Doimo LA, Derntl AM, Lago OC. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1133-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400009>
- Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (Whoqol-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(1):19-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>
- Vagetti GC, Weinheimer MS, Oliveira V. Atendimento integral à saúde do idoso residente em Instituição de Longa Permanência: uma experiência interdisciplinar. *Estud Interdiscip Envelhec.* 2007; 11:53-66.
- Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev bras Est.* 2010; 27(1):233-5.
- Freitas AVS, Noronha CV. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. *Interface Comun Saúde Educ.* 2010;14(33):359-69.
- Freire Júnior RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecimento e valorizando sua opinião. *Interface Comun Saúde Educ.*2004;9(16):147-58.
- Gonçalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Rev Saúde Pública = J. public health.*2008;42(5):938-45.

17. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(2):187-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
18. Depolito C, Leocadio PLLF, Cordeiro RC. Declínio funcional de idosa institucionalizada: aplicabilidade do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Fisioter Pesqui.* 2009; 16(2):183-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502009000200016>
19. Brasil ACO. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2013;26(1):1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2013.p1>
20. Gonçalves LHT, Silva AH, Mazo GZ, Benedetti TR, Santos SM, Marques S, et al. Institutionalized elderly: functional capacity and physical fitness. *Cad Saude Publica.* 2010;26(9):1738-46.
21. Laranjeira LN, Nakamura R, Guimarães HP, Avezum A. Uma visão geral de pesquisa clínica em estudos de hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens.* 2007;14(1):51-5.
22. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
23. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3B):777-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
24. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. *Rev Saude Publica.* 2006;40(4):712-9. 25. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
25. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
26. Petroianu A, Capanema HXM, Silva MMQ, Braga NTP. Atividade física e mental no risco de demência em idoso. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(4):302-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000400006>
27. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):218-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
28. Cardoso JH, Costa JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(6):2871-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600024>
29. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-5.
30. Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC, Souza AC, Lima MC, Lima RCM, Goulart F. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. *Cad Saude Publica.* 2004;20(4):905-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400004>
31. Teixeira-Salmela LF, Santiago L, Lima RC, Lana DM, Camargos FF, Cassiano JG. Functional performance and quality of life related to training and detraining of community-dwelling elderly. *Disabil Rehabil.* 2005;27(17):1007-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09638280500030688>
32. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
33. Tribess S, Virtuoso Junior JS. Prescrição de exercícios físicos para idosos. *Rev Saude Com.* 2005;1(2):163-72.
34. Matsudo SN, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev Bras Ciênc Mov.* 2000;8(4): 21-32.
35. Davim RM, Torres GV, Dantas SM, Lima VM. Study with elderly from asylums in Natal/RN: socioeconomic and health characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2004;12(3):518-24.
36. Souza JC, Magna LA, Paula TH. Sonolência excessiva diurna e uso de hipnóticos em idosos. *Rev Psiq Clín.* 2003;30(3):80-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832003000300002>
37. Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56(4):267-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000400005>
38. Oliveira DLC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev Bras Fisioter.* 2006; 10(1):91-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-3552006000100012>
39. Murakami L, Scattolin F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Méd Hered.* 2010;21(1):18-26.
40. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *Int Nurs Rev.* 2009;56(1):109-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00671.x>
41. Oliveira SE, Von Hohendorff J, Müller JL, Bandeira DR, Koller SH, Fleck MP, et al. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. *Cad Saude Publica.* 2013;29(7):1437-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700017>
42. Nunes VMA, Menezes RMP, Alchieri JC. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum Health Sciences.* 2010; 32(2):119-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479>
43. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2005;9(2):129-36.
44. Costa AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de - Domicílios PNAD, Brasil, 2003. *Ciênc Saúde coletiva.* 2006;11(4):927-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400015>
45. Montenegro SMR, Silva CAB. Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007 Ago; 10(2):161-78.
46. Teixeira CS, Pereira EF, Rossi AG. A hidroginástica como meio para manutenção da qualidade de vida e saúde do idoso. *Acta Fisiatr.* 2007;14(4):226-32.
47. Giacomin KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. A population-based study on factors associated with functional disability among older adults in the Great Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(6):1260-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600007>
48. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2006;28(1):27-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100005>