

Principais limitações na atividade e restrições na participação apresentadas por idosos sob a perspectiva de um Core Set da CIF

Major activity limitation and participation restriction presented by the elderly from a perspective of an ICF Core Set

Taynara Clara Campos Vale¹, Aline Duarte de Lima¹, Eduardo Henrique Ferreira¹,
Renata Altina Santiago Guimarães¹, Marlete Aparecida Gonçalves Melo Coelho¹,
Andrei Pereira Pernambuco^{1,2}

¹ Universidade de Itaúna, Faculdade de Fisioterapia, Itaúna, Minas Gerais, Brasil.

² Centro Universitário de Formiga, Faculdade de Fisioterapia, Formiga, Minas Gerais, Brasil.

Resumo

Introdução: O Core Set para cuidados geriátricos é definido como um conjunto de categorias principais relacionadas a esta condição e que foram extraídas da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Este instrumento pode direcionar a higidez do idoso em relação a sua incapacidade. **Objetivo:** Avaliar as principais limitações e restrições apresentadas por idosos de diferentes faixas etárias. **Metodologia:** Cinquenta idosos participaram do estudo, estes foram divididos em dois grupos: Grupo A constituído por idosos com idade entre 60 a 69 anos (n = 28), e o Grupo B por idosos com idade entre 70 a 80 anos (n = 22). Os instrumentos de triagem e coleta de dados foram o Mini Exame do Estado Mental, um Questionário Sociodemográfico e a parte de atividade e participação do Core Set abrangente da CIF para cuidados geriátricos. **Resultados:** As principais limitações e ou restrições apresentadas por idosos de diferentes faixas etárias ocorreram nas categorias: d3601 – usar máquinas de escrever; d3602 – utilização de técnicas de comunicação; d4151 – permanecer agachado; d3351 – produção de sinais e símbolos; d3352 – produção de desenhos e fotografias; d4152 – permanecer ajoelhado. Destas categorias quatro foram semelhantes entre idosos com 60 a 69 anos e idosos com 70 a 80 anos, sendo elas: d3601, d3602, d4151 e d3351. **Conclusão:** Estes achados devem direcionar a tomada de decisão clínica por parte de fisioterapeutas, para que a partir destas informações, programas profiláticos e terapêuticos possam ser aplicados de forma direcionada às necessidades do paciente.

Palavras- Chave: CIF; Core Set; Incapacidade; Idoso.

Autor correspondente:

Taynara Clara Campos Vale

Endereço: Avenida Júlia Kubistchek, 1411- Centro, Congonhas/ MG,

Cep: 36415-000

Telefone: +55 (31) 9 9588-8834

E-mail: taynaracamposvale@hotmail.com

Recebido em: 18/05/2017

Revisado em: 08/06/2017

Aceito em: 19/07/2017

Publicado em: 31/08/2017

Abstract

Introduction: The Core Set for Geriatric Care is defined as a set of major categories related to this condition and which have been extracted from the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). This instrument can direct the healthiness of the elderly in relation to their disability. **Objective:** To evaluate the major limitations and restrictions presented by the elderly in different age groups. **Methodology:** Fifty elderly people participated in the study, divided into two groups: Group A consisting of elderly individuals aged 60 to 69 years ($n = 28$), and Group B of elderly individuals aged 70 to 80 years ($n = 22$). The instruments for sorting and data collection were the Mini Mental State, a Sociodemographic Questionnaire, and the activity and participation part of the CIF's comprehensive Core Set for geriatric care. **Results:** The main limitations or restrictions presented by elderly people of different age groups occurred in the following categories: d3601 - using writing machines; d3602 - using communication techniques; d4151 - maintaining a squatting position; d3351 - producing signs and symbols; d3352 - producing drawings and photographs; d4152 - maintaining a kneeling position. From these categories four were similar between the elderly with 60 to 69 years old and the elderly with 70 to 80 years, which are: d3601, d3602, d4151 and e d3351. **Conclusion:** These findings should direct clinical decision making by physiotherapists, so that from this information, prophylactic and therapeutic programs can be applied in a way directed to the needs of the patient.

Keywords: ICF: Core Set: Disability: Elderly.

Introdução

O envelhecimento é um processo que compreende mudanças nas estruturas e funções corporais que podem comprometer significativamente a funcionalidade dos indivíduos que vivenciam esse processo. A redução da funcionalidade, por sua vez, predispõe a dificuldades na capacidade de se adaptar ao ambiente, tornando os idosos mais susceptíveis a doenças e ou disfunções crônicas¹. No Brasil, o indivíduo é considerado idoso quando possui idade igual ou superior a 60 anos². As alterações observadas durante este processo são únicas nesta fase da vida, e podem fazer com que o idoso se torne um indivíduo frágil e mais exposto a processos patológicos¹. Com relação à concepção social, o processo de envelhecimento está associado com a ausência de autonomia e independência, restringindo a capacidade de autocuidado do idoso, o que pode afetar significativamente as suas atividades de vida diária³. Sendo assim, o rápido envelhecimento observado na população brasileira gera preocupações por parte de pesquisadores, profissionais da saúde e governantes, afinal serão necessárias tomadas de decisões mais assertivas que contribuam para um envelhecimento ativo, com autonomia e independência preservadas pelo maior período de tempo possível⁴.

Para a classificação da funcionalidade e das incapacidades de indivíduos ou populações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esta se fundamenta no modelo biopsicossocial que integra os modelos biomédico e social de forma não linear e com interação multidimensional e equânime entre seus constructos⁵⁻⁸. Por meio da CIF é possível classificar as funções e estruturas do corpo, a atividade e a participação, além de fatores ambientais que interferem no estado de saúde das pessoas e ou populações⁹. De acordo com a CIF, funcionalidade é um termo positivo e envolve a integridade de funções e estruturas corporais e da atividade e participação. Ainda de acordo com essa Classificação, a incapacidade é o aspecto negativo da funcionalidade e envolve a presença de deficiências nas funções e ou estruturas do corpo, bem como a limitação nas atividades e ou restrição na participação. Além destes, a CIF pode classificar os fatores ambientais como facilitadores ou barreiras, dependendo da influência contextual que exercem sobre a saúde do indivíduo ou população⁹.

As limitações são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades básicas, principalmente em um contexto individual e, as restrições são problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento nas situações da vida, ou seja no contexto social⁸. Tanto a limitação quanto a

restrição podem ser consideradas acontecimentos dinâmicos que podem estar relacionadas ao envelhecimento, doenças crônicas degenerativas, ou qualquer outra condição que prejudique a saúde do indivíduo⁷⁻¹¹. Neste sentido, a avaliação das principais limitações e ou restrições vivenciadas por idosos se fazem necessárias, pois, indivíduos mais senis, possivelmente, são mais vulneráveis a um declínio funcional e, deste modo, requerem uma atenção mais específica. Ao se identificar as principais limitações e ou restrições vivenciadas pelos idosos será possível traçar estratégias mais resolutivas de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas idosas¹¹.

Apesar de a CIF ser recomendada pela OMS para a avaliação da saúde e aspectos relacionados à saúde, trata-se de instrumento muito amplo com mais de 1.400 categorias e, esta abrangência torna-se um fator complicador para sua utilização na prática clínica ou mesmo em pesquisas. Para amenizar essa dificuldade, é possível utilizar os *Core Sets* da CIF que são o resultado de esforços multicêntricos a fim de se agrupar as principais categorias relacionadas às diferentes condições de saúde. Neste sentido, o *Core Set* para cuidados geriátricos é definido como um conjunto de itens essenciais baseados no conjunto de categorias da CIF, direcionando a higidez do idoso em relação a sua incapacidade¹².

Sendo assim, diante da complexidade da compreensão dos fatores que predispõem a incapacidade dos idosos, este estudo tem por objetivo avaliar as principais limitações e ou restrições vivenciadas por idosos em diferentes faixas etárias, por meio da aplicação das categorias de atividade e participação que integram o *Core Set* abrangente da CIF para cuidados geriátricos.

Metodologia

Tipo de estudo:

Trata-se de um estudo observacional e transversal que foi conduzido em uma população de idosos na cidade de Itaúna - MG.

Cuidados éticos:

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Itaúna por meio do parecer de número 59610216.0.0000.5144. Todos os procedimentos éticos adotados nesse protocolo de pesquisa foram baseados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS).

Participantes:

Foram convidados a participarem do estudo os idosos comunitários do município de Itaúna com idade entre 60 e 80 anos. Estes foram recrutados por busca ativa por meio de anúncios em redes sociais e cartazes afixados em locais públicos. A amostra final de 50

indivíduos foi formada por conveniência, sendo inscrito no estudo todos os idosos que se apresentaram voluntariamente e que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão determinados para o estudo. Em seguida, os participantes foram divididos em dois grupos, sendo o Grupo A constituído por idosos com idade entre 60 e 69 anos, e o Grupo B por idosos com idade entre 70 e 80 anos.

Crítérios de inclusão e exclusão:

Os seguintes critérios de inclusão foram utilizados: idosos com idade entre 60 e 80 anos, com o cognitivo preservado (nota maior que 20 pontos no MEEM), de ambos os sexos e que residissem no município de Itaúna - MG. Os critérios de exclusão foram: idosos com idade abaixo de 60 anos e acima de 80 anos; os que se encontravam em tratamento fisioterapêutico; que apresentavam atualmente ou possuíam histórico de doenças autoimunes, neurológicas ou oncológicas; idosos que passaram por cirurgias nos últimos cinco anos; idosos que apresentaram IMC maior de 30 kg/m²; idosos com o cognitivo alterado e os que se recusaram a participar da pesquisa como voluntários.

Instrumentos de coleta de dados:

Todos os instrumentos de utilizados nesta pesquisa foram aplicados por um profissional, treinado para este fim. No momento da coleta dos dados o avaliador desconhecia os objetivos da pesquisa bem como o grupo a qual o participante estava inserido.

Mini Exame do Estado Mental (MEEM):

Para avaliar o cognitivo dos indivíduos foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que foi criado por Folstein¹³. Este é considerado um importante instrumento para rastreamento do estado mental em pacientes geriátricos e também vem sendo utilizado em estudos epidemiológicos populacionais. Bertolucci¹⁴ traduziu o MEEM para língua portuguesa no ano de 1994. O MEEM inclui 11 itens, dividido em duas seções, com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas, como: orientação para tempo (5 pontos), orientação para localização (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras registradas (3 pontos), linguagem e capacidade (8 pontos). A primeira seção exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção, a segunda, leitura e escrita e cobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber escore imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso. O escore pode variar de 0 a 30 pontos, quanto maior for a pontuação maior será o nível cognitivo do idoso. Considera-se déficit cognitivo as pontuações abaixo de 25 pontos nos idosos alfabetizados e, abaixo de 20 pontos nos idosos

analfabetos¹³. O Mini Exame do Estado Mental é o teste de busca e seleção mais utilizado no mundo, pois é acessível, de fácil aplicação e autoexplicativo. Por meio deste instrumento pode-se definir a amplitude da avaliação cognitiva imediata à sua aplicação em indivíduos com demência leve, moderada ou grave¹⁴.

Core Set para condições geriátricas:

As principais limitações na atividade e ou restrições na participação foram avaliadas por meio das categorias de atividade e participação que compõe o *Core Set* da CIF para condições geriátricas. Este *Core Set* possui 121 categorias relacionadas à atividade e participação, as categorias de função corporal, estrutura corporal e fatores ambientais, não foram utilizadas nesse estudo. Após criteriosa bateria de testes, foi atribuído pelo examinador o qualificador de desempenho, para cada uma das 121 categorias de atividade e participação. O qualificador é baseado na escala de qualificadores genéricos da CIF, e corresponde a: 0 - Nenhuma dificuldade (0 a 4%); 1- Dificuldade Leve (5 a 24%); 2 - Dificuldade Moderada (25 a 49%); 3 - Dificuldade Grave (50 a 95%) e 4 - Dificuldade Completa (96 a 100%), 8 - Não especificado e 9 - Não aplicável (8).

Questionário sociodemográfico:

Para obter informações sociais e demográficas foi aplicado um questionário elaborado pelos próprios pesquisadores, adaptado de Sobbreira *et al.*, (2011)¹⁵.

O instrumento continha informações relacionadas à: idade, endereço, sexo, raça, estado civil, local de residência, renda mensal, se recebe tratamento fisioterapêutico, se submeteu a alguma cirurgia nos últimos cinco anos, se apresenta alguma doença autoimune, neurológica ou oncológica em andamento.

Análise estatística:

A análise dos dados foi feita por meio da estatística descritiva. Medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão e erro padrão) foram utilizadas. Números absolutos e relativos (%) também foram usados. As análises foram realizadas no software Graph Pad Prism v.5.0.

Resultados

A amostra foi composta por 50 idosos, sendo 28 no Grupo A (idade entre 60 e 69 anos e média de 64,61 $\pm$ 3,23 anos) e 22 no Grupo B (idade entre 70 e 80 anos, média de 75,95 $\pm$ 3,68 anos). Em ambos os grupos a maior parte da amostra foi constituída por participantes, Grupo A (64,28%) e Grupo B (59,09%). A média do IMC nos participantes do Grupo A foi de 25,02 $\pm$ 3,65 Kg/cm² e no Grupo B foi de 25,47 $\pm$ 3,32 kg/cm². O perfil da maioria dos participantes do estudo foi de idosos, casadas, de raça branca, com baixa renda mensal e que moravam na zona urbana (Tabela 1).

TABELA 1 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo

Variáveis	Grupo A (%)	Grupo B (%)
Sexo		
Masculino	35,71%	40,90%
Feminino	64,28%	59,09%
IMC		
Normal	53,57%	40,90%
Pré Obeso	46,42%	59,09%
Raça		
Preto	14,28%	13,63%
Branco	42,85%	63,63%
Pardo	32,14%	18,18%
Amarelo	10,71%	4,54%
Estado Civil		
Casados	60,71%	45,45%

Principais limitações na atividade e restrições na participação apresentadas por idosos

Viúvos	21,42%	45,45%
Solteiros	7,14%	0%
Divorciados	10,71%	9,09%
Residência		
Zona Urbana	92,85%	95,45%
Zona Rural	7,14%	4,54%
Salário		
Um a três salários	85,71%	77,27%
Três a seis salários	10,71%	22,72%
Seis a dez salários	3,57%	0%

Dados sócio demográficos dos participantes da pesquisa. Grupo A composto por idosos com idade entre 60 e 69 anos e Grupo B composto por idosos com idade entre 70 e 80 anos.

A figura 1 e a figura 2 mostram as cinco categorias da CIF relacionadas à atividade e participação mais impactadas em cada um dos grupos dessa pesquisa. Dentre os indivíduos do Grupo A, as cinco categorias mais impactadas foram: d3601 – usar máquinas de escrever; d3602 – utilização de técnicas de comunicação; d4151 – permanecer agachado; d3351 – produção de sinais e símbolos; d3352 – produção de

desenhos e fotografias (Figura 1). Já dentre os participantes do Grupo B as cinco categorias mais impactadas foram: d3602 – utilização de técnicas de comunicação; d3601 – usar máquinas de escrever; d4151 – permanecer agachado; d4152 – permanecer ajoelhado; d3351 – produção de sinais e símbolos.

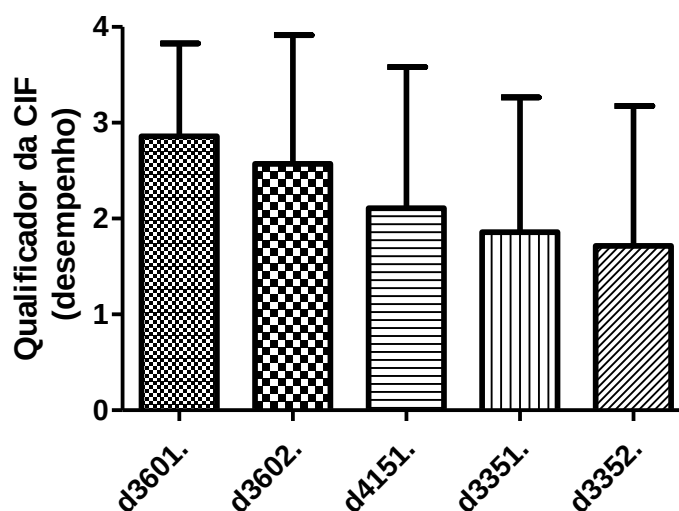


FIGURA 1– As cinco categorias de atividade e participação mais impactadas em idosos com idade entre 60 e 69 anos. As barras representam a média e os traços o desvio padrão.

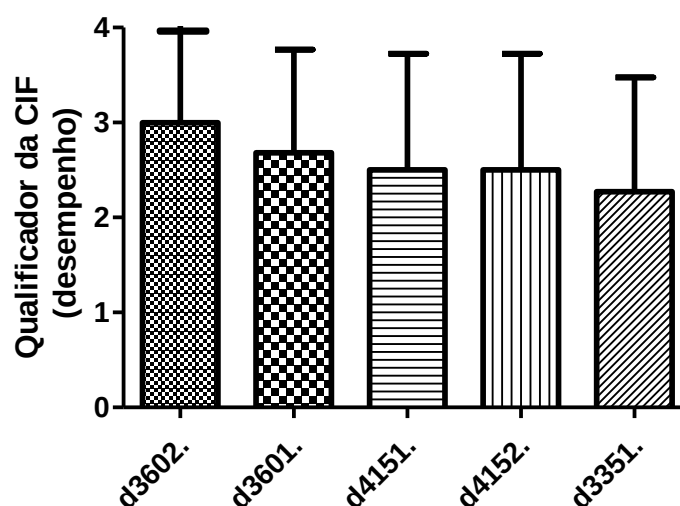


FIGURA 2 - As cinco categorias de atividade e participação mais impactadas em idosos com idade entre 70 e 80 anos. As barras representam a média e os traços o desvio padrão.

A tabela 2 apresenta as categorias de atividade e participação com qualificador médio igual ou superior a dois pontos em idosos do Grupo A. Neste grupo apenas três categorias atenderam a este critério: d3601 – usar máquinas de escrever; d3602 – utilização de técnicas de comunicação; d4151 – permanecer

agachado. As três categorias representam 6,05% de todas as categorias de atividade e participação presentes no *Core Set* para cuidados geriátricos.

TABELA 2 – Média de qualificador igual ou superior a dois pontos do grupo A

Categoria	Média	Desvio Padrão	Mediana	Erro Padrão	IC95%
d3601	2,85	0,97	3,00	0,18	2,48 a 3,23
d3602	2,57	1,34	3,00	0,25	2,05 a 3,09
d4151	2,10	1,47	2,00	0,27	1,53 a 2,67

As categorias d3601 – usar máquinas de escrever; d3602 – utilização de técnicas de comunicação; d4151 – permanecer agachado receberam pontuação média de qualificador igual ou superior a dois pontos.

A tabela 3 apresenta as categorias de atividade e participação com média igual ou superior a dois pontos em participantes integrantes do Grupo B. Neste grupo, dez categorias se encaixaram neste critério: d3602 – utilização de técnicas de comunicação; d3601 – usar máquinas de escrever; d4151 – permanecer agachado; d4152 – permanecer ajoelhado; d3351 – produção de sinais e símbolos; d940 – direitos humanos; d4501 –

andar distâncias longas; d3352 – produção de desenhos e fotografias; d4102 – ajoelhar-se; d3152 – comunicação-recepção de desenhos e fotografias. Essas 10 categorias representam 12,1% de todas as categorias de atividade e participação presentes no *Core Set* para cuidados geriátricos.

TABELA 3 – Média de qualificador igual ou superior a dois pontos do grupo B

Categoria	Média	Desvio Padrão	Mediana	Erro Padrão	IC95%
d3602	3,00	1,06	3,00	0,22	2,52 a 3,47
d3601	2,68	1,08	3,00	0,23	2,20 a 3,16
d4151	2,50	1,22	3,00	0,26	1,95 a 3,04
d4152	2,50	1,22	3,00	0,26	1,95 a 3,04
d3351	2,27	1,20	3,00	0,25	1,74 a 2,80
d940	2,27	1,71	3,00	0,36	1,46 a 2,98
d4501	2,27	1,16	3,00	0,24	1,75 a 2,78
d3352	2,13	1,42	2,50	0,30	1,50 a 2,76
d4102	2,00	1,48	2,50	0,31	1,34 a 2,65
d3152	2,00	1,27	2,00	0,27	1,43 a 2,56

As categorias d3602 – utilização de técnicas de comunicação; d3601 – usar máquinas de escrever; d4151 – permanecer agachado; d4152 – permanecer ajoelhado; d3351 – produção de sinais e símbolos; d940 – direitos humanos; d4501 – andar distâncias longas; d3352 – produção de desenhos e fotografias; d4102 – ajoelhar-se; d3152 – comunicação-recepção de desenhos e fotografias receberam pontuação média de qualificador igual ou superior a dois pontos.

A tabela 4 demonstra o percentual de idosos com idade entre 60 e 69 anos e de idosos com idade entre 70 e 80 anos que receberam os qualificadores 0 – nenhuma dificuldade; 1 – dificuldade leve; 2 – dificuldade moderada; 3 – dificuldade grave e 4 –

dificuldade completa, nas 10 categorias de atividade e participação mais impactadas neste estudo.

TABELA 4 – Percentual de idosos do Grupo A e B nas 10 categorias mais impactadas neste estudo

Categoria	Grupo A (%)					Grupo B (%)				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
d3602	10,71	7,14	14,28	35,71	32,14	4,54	4,54	0	31,81	59,09
d3601	3,57	7,14	17,85	46,42	25	9,09	13,63	18,18	36,36	22,72
d4151	21,42	17,85	17,85	17,85	25	18,18	0	27,27	36,36	18,18
d4152	28,57	17,85	21,42	14,28	17,85	18,18	0	27,27	36,36	18,18
d3351	28,57	10,71	25	21,42	14,28	13,63	18,18	13,63	45,45	9
d940	53,57	3,57	14,28	10,71	17,85	40,90	4,54	4,54	18,18	31,81
d4501	39,28	10,71	21,42	21,43	7,14	18,18	18,18	18,18	36,36	9,09
d3352	35,72	3,57	25	25	10,71	22,72	13,63	13,63	31,81	18,18
d4102	42,85	7,14	21,42	10,71	18	27,27	4,54	18,18	36,36	13,63
d3152	39,28	7,14	21,42	17,85	14,28	18,18	13,63	27,27	31,81	9,09

A tabela demonstra o percentual de idosos em cada um dos grupos que pontuou 0 (nenhum problema), 1 (problema leve), 2 (problema moderado), 3 (problema grave), ou 4 (problema completo) nas 10 categorias mais impactadas do estudo. d3602 – utilização de técnicas de comunicação; d3601 – usar máquinas de escrever; d4151 – permanecer agachado; d4152 – permanecer ajoelhado; d3351 – produção de sinais e símbolos; d940 – direitos humanos; d4501 – andar distâncias longas; d3352 – produção de desenhos e fotografias; d4102 – ajoelhar-se; d3152 – comunicação-recepção de desenhos e fotografias.

Discussão

A CIF tem se mostrado uma ferramenta eficaz e de grande potencial para se identificar as principais incapacidades desenvolvidas pelos idosos ao longo dos anos (OMS, 2002). Apesar das muitas vantagens deste instrumento, a própria OMS ponderou que sua grande abrangência (1424 categorias) seria um fator que dificultaria a sua utilização⁸. Para sanar esta dificuldade, um estudo multicêntrico coordenado pela Universidade de Munique iniciou a construção e validação de *Core Sets* para as mais diversas condições de saúde¹⁶⁻¹⁷. Esses *Core Sets* podem facilitar e incentivar o uso das categorias da CIF e o modelo biopsicossocial no momento da tomada de decisão clínica.

De acordo com os resultados encontrados, dentre as cinco categorias mais impactadas em cada um dos grupos, quatro foram semelhantes, são elas: d3601 – usar máquinas de escrever; d3602 – utilização de técnicas de comunicação; d4151 – permanecer agachado; d3351 – produção de sinais e símbolos. Isto indica que, com o avançar da idade há um aumento do grau de dificuldade para a realização dessas atividades¹⁶. Neste sentido, considerando o avanço tecnológico e dos meios de comunicação é requerido do idoso uma capacidade de adaptação que nem sempre ele possui¹⁸. Os achados do presente estudo corroboram com os achados da literatura¹⁶ que verificaram que o processo de envelhecimento está diretamente relacionado à ocorrência de dificuldades para a realização das ABVD (atividades básicas de vida diária). No presente estudo é possível identificar que tanto categorias relacionadas à atividade como aquelas relacionadas à participação estão comprometidas nos idosos que participaram do estudo.

A categoria d3601 – utilização de máquinas de escrever; mostrou-se ser a mais prejudicada em idosos com idade entre 60 e 69 anos. Já entre os idosos com idade entre 70 e 80 anos a categoria d3602 – utilização de técnicas de comunicação; mostrou-se ser a mais impactada. Esses dados podem ser justificados, pelo menos em parte, pelo fato de que indivíduos idosos podem apresentar maior dificuldade na aquisição e manutenção de novos conhecimentos, maior lentidão nos movimentos e diminuição da acuidade visual e auditiva com o avanço da idade. Como mostrado no estudo²⁰, todas essas condições podem contribuir para a formação de barreiras aos idosos frente às tecnologias de informação e comunicação. Além disso, com progresso tecnológico atual, a rápida familiarização com estes novos meios de comunicação se faz cada vez mais necessária e quando isto não é possível surgem limitações e restrições que prejudicam o desempenho individual e social do indivíduo²¹. Segundo a literatura²², a dificuldade de acesso e de se utilizar os meios tecnológicos deixará cada vez mais os idosos em desvantagens no que se refere à independência funcional e aos relacionamentos diários. É possível que isso se torne um fator de segregação e ou até mesmo de exclusão

social, dada a proporção que as tecnologias de comunicação atingiram no cotidiano atual.

É importante destacar que a falta de familiaridade com os meios de comunicação pode contribuir para a restrição na participação social por parte destes indivíduos, isolando-os e predispondo-os às doenças psicoemocionais, dentre outros estigmas. Diante disso, para favorecer um envelhecimento mais sadio, faz-se necessário a criação de políticas públicas de saúde com o intuito de proporcionar a melhora da qualidade de vida e a inserção para que os idosos envelheçam de forma mais ativa e participativa²³. Nesse sentido, durante o atendimento ao idoso, a equipe de saúde deve dar maior atenção a uma série de mudanças físicas, ambientais, psicoemocionais e sociais que interferem na vida dessas pessoas e, que de certa forma, demandam um atenção diferenciada por parte de pesquisadores e profissionais da saúde.

Em relação ao uso de novas tecnologias, acredita-se que os participantes do Grupo B possuam maior tempo livre para se familiarizar com elas do que os participantes do Grupo A. Afinal, no Brasil é comum pessoas com idade entre 60 e 69 anos ainda trabalharem diariamente. Como justificativa para os dados encontrados, pode-se citar o estudo da literatura²⁴ que relata que a população idosa permanece no mercado de trabalho por diversos motivos, dentre eles, contribuir para o aumento da produção e redução de problemas, pela necessidade de uma renda extra, para ocupar o tempo e até mesmo por executar uma atividade que o faz bem. Todos estes motivos comprometem o tempo livre do indivíduo e o limita em relação a execução de cursos e ou mesmo no aprendizado ativo de novos recursos.

Entre as cinco categorias mais impactadas em cada um dos grupos, observa-se que a única categoria que estava mais impactada no Grupo A e que não estava no Grupo B foi d3352 – produzir mensagens usando desenhos e fotografias. Pessoas nesta faixa etária, dificilmente optam por utilizar uma linguagem por meio de símbolos, desenhos e fotografias²⁵. Deste modo, as pessoas com idade acima de 60 anos preferem se comunicar por meio verbal, pois podem se fazer entender com mais facilidade²⁶⁻²⁷. É importante destacar que a categoria d3352, apesar de não estar entre as cinco categorias mais impactadas em participantes do Grupo B, está entre as 10 categorias que obtiveram média de qualificador maior ou superior a dois pontos. Este fato demonstra que os idosos, independentemente da faixa etária apresentam grande dificuldade ao lidar com este tipo de comunicação. As equipes interdisciplinares deveriam encorajar estas habilidades, pois a cada dia observa-se o crescimento da linguagem por símbolos em redes sociais, propagandas de TV, mensagens eletrônicas, dentre outras. A linguagem por símbolo está se tornando tão importante que os grandes fabricantes de smartphones já lançam seus produtos com aplicativos de comunicação por imagens, vide o teclado Emoji²².

A única categoria de atividade e participação dentre as cinco mais impactadas que foi apontada

apenas pelos participantes do Grupo B foi: d4152 – permanecer ajoelhado. Este gestual é comprometido pelo avançar da idade, já que o processo de rarefação óssea é diretamente proporcional à idade, além disso, esta situação pode ser analisada também em relação à osteoartrose²⁸. A osteoartrose é uma doença crônica, causada por vários fatores e que gera dor e rigidez articular podendo levar a incapacidade funcional progressiva. Outro fator que pode contribuir para a dificuldade em manter-se ajoelhado é o fato de que com o envelhecimento ocorre uma redução significativa da força, tamanho e resistência muscular podendo levar a sarcopenia. A falta de estabilidade proporcionada pelo enfraquecimento dos músculos que cruzam as articulações altera a artrocinemática e proporciona o desgaste da cartilagem articular, o que gera dor e problemas funcionais. Diante disso a estabilidade articular é dependente da interação do sistema nervoso e musculoesquelético, além dos elementos cognitivos e sensoriais, pois com o avançar da idade e o desenvolvimento do sedentarismo essa interação começa a ficar mais falha podendo ocasionar quedas²⁹. Todas essas alterações em conjunto podem fazer com que o indivíduo se sinta frágil e enfraquecido, apresente cinesiofobia e dificuldade em realizar determinados movimentos, como agachar-se (d4151), ajoelhar-se (d4102), e permanecer ajoelhado (d4152) e até mesmo andar distâncias longas (d4501), movimentos estes, que são essenciais para a realização de atividades de vida diária e fatores geradores tanto de limitações como de restrições³⁰.

De acordo com a CIF, o qualificador 2 (dois) representa um problema moderado, o que corresponde a uma alteração de 25% a 49% na categoria a qual o qualificador foi associado. Os dados desse estudo demonstram que no Grupo A, dentre as 121 categorias avaliadas, apenas três (6,05%) apresentaram média de qualificador igual ou maior que dois. Já no Grupo B dez (12,1%) foram as categorias que apresentaram média de qualificador igual ou superior a dois pontos. Os resultados do presente estudo também demonstram uma grande diferença no percentual de idosos de cada um dos grupos que utilizaram os qualificadores 0, 1, 2, 3 e 4. No Grupo A, a maior parte dos idosos utilizaram os qualificadores mais baixos como: 0 (0% a 4% de problema), 1 (5% a 24% de problema) e 2 (25% a 49% de problema), ao passo que no Grupo B, a maior parte dos idosos utilizaram os qualificadores: 2 (25% a 49% de problema); 3 (50% a 95% de problema) e 4 (96% a 100% de problema). Esses achados em conjunto são importantes para demonstrar como o avanço da idade interfere nos níveis de funcionalidade. Afinal, a diferença de média de idade entre os dois grupos é de aproximadamente 11 anos e, neste período de tempo, o número de categorias moderadamente impactadas, mais do que triplicou. Estas alterações se devem, pelo menos parcialmente, aos fatores decorrentes da idade que interferem nas estruturas e funções corporais⁶. As deficiências nas estruturas e funções corporais, de acordo com o modelo biopsicossocial podem ser a causa ou o efeito das limitações e ou restrições apresentadas por indivíduos e populações⁸. Contudo,

no presente estudo, é mais provável que as deficiências tenham induzido a ocorrência das limitações na atividade e restrições na participação.

As principais limitações do estudo estão relacionadas à inexistência de cálculo amostral o que pode resultar em erro metodológico do tipo II. Contudo, aqui, a análise utilizada foi a descritiva e, apesar de não poder ser generalizada, certamente representou com fidedignidade as limitações e restrições apresentadas por componentes desta amostra. Outra limitação encontrada no estudo foi a dificuldade de convencer os idosos a participarem voluntariamente. Afinal, a avaliação de 121 itens de desempenho despendia muito tempo e desencorajava a participação de potenciais voluntários. Também pode ser ressaltado como uma limitação deste estudo, a não avaliação das funções, estruturas e fatores ambientais que compõe o *Core Set* da CIF para cuidados geriátricos, já que de posse dessas informações, a inter-relação entre todos os componentes da CIF poderia contribuir para um maior entendimento das limitações e restrições apresentadas pelos idosos, além de contemplar o modelo biopsicossocial. Novos estudos que visem esclarecer as inconsistências aqui apresentadas, devem ser realizados.

Conclusão

As principais limitações e restrições apresentadas por idosos de diferentes faixas etárias após aplicação de um *Core Set* da CIF foram: d3601 – usar máquinas de escrever; d3602 – utilização de técnicas de comunicação; d4151 – permanecer agachado; d3351 – produção de sinais e símbolos; d3352 – produção de desenhos e fotografias; d4152 – permanecer ajoelhado. Destas categorias quatro foram semelhantes entre o grupo de 60 a 69 anos e 70 a 80 anos, sendo elas: d3601 – d3602 – d4151 – d3351. Estes achados devem direcionar a tomada de decisão clínica por parte de fisioterapeutas, que devem se preocupar não só no tratamento dessas incapacidades, mas principalmente com a prevenção das mesmas. Sugere-se ainda a realização de novos estudos com objetivos semelhantes.

Declaração de conflitos de interesses

Os autores do artigo afirmam que não houve nenhuma situação de conflito de interesse, tais como propostas de financiamento, emissão de pareceres, promoções ou participação em comitês consultivos ou diretivos, entre outras, que pudessem influenciar no desenvolvimento do trabalho.

Referências

1. CAMPOS, A.C.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M.; GONÇALVES, L. H. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Belo Horizonte, vol. 24, n. 2724, p. 1-11, 2016.

2. MACHADO, L.A.; LAGO, E.S.S.; MAGALI, G.L.P.; CAMPOS, E.M.; LIRA, L.S.S.P. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Jequié, vol.18, n. 12, p. 1-10, 2013.
3. MORAIS, E.N.; CARMO, J.A.; MORAES F.L.; AZEVEDO R.S.; MACHADO C.J.; MONTILLA, D.E. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista Saúde Pública**, Belo Horizonte, vol. 50, n.81, p.1-10, 2016.
4. BRITO, M.C.C.; FREITAS, C.A.S.L.; MESQUITA, K.O.; LIM, G.K. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, vol. 16, n. 2, p. 1-18, 2013.
5. ECKERT, K.G.; LANGE, M.A. Comparação de questionários de atividade física para idosos com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (ICF) – Análise de conteúdo. **Revista Biomed Central Public Health**, Alemanha, vol. 15, n. 249, p. 1-11, 2015.
6. SHAKESPEARE, T.; WATSON, N. O modelo social de incapacidade: uma ideologia desatualizada. **Revista Research in Social Science and Disability**, Amsterdam, vol.2,p. 9-28, 2002.
7. BARTOSZEK, G.; FISCHER, U.; MÜLLER, M.; STROBL, R.; GRILL, E.; NADOLNY S. Medidas dos resultados em pessoas idosas com contraturas articulares adquiridas: uma revisão sistemática e análise de conteúdo utilizando a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde). **Revista Biomed Central Geriatrics**, Alemanha, vol. 16, n.40,p. 1-7, 2016.
8. FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, vol. 8, n. 2,p. 187-193, 2005.
9. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para família de classificações internacionais em português. 1. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.
10. CRUZ, D.T.; CRUZ, F.M.; RIBEIRO, A.L.; VEIGA, C.L.; LEITE, I.C. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. **Revista Cadernos Saúde Coletiva**, vol. 23, n. 4, p. 386-393, 2015.
11. CHIANCA, T.C.; ANDRADE, C.R.; ALBUQUERQUE, J.; WENCESLAU, L.C.; TADEU L.F.; MACIEIRA, T.G.; ERCOLE, F.F. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Belo Horizonte, vol. 66, n. 2, p.234-240, 2013.
12. USTUN, B.; CHATTERJI, S.; KONSTANISEK, N. Comentários da OMS para a Revista de Reabilitação e Medicina sobre os CORE SETS da CIF. **Revista Rehabilitation Medicine**, vol. 44, p. 7-8, 2004.
13. FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental, Um método prático para a classificação do estado cognitivo dos pacientes para o clínico. **Revista Psychiatric Research**, vol.12, p.189-198, 1975.
14. BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Revista Arquivos de Neuropsiquiatria**, vol. 52, n. 1, p.1-7, 1994.
15. SOBREIRA, F.M.M; SARMENTO, W.E; OLIVEIRA, A.M.B. Perfil Epidemiológico e Sócio-Demográfico de Idosos Freqüentadores de Grupo de Convivência e Satisfação Quanto à Participação no Mesmo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, vol.15, n.4, p 429-238, 2011.
16. LEIST, A.K. Uso de mídia social por idosos: Uma mini revisão. **Revista Gerontology**, vol. 59, p. 378-384, 2013.
17. ZIMERMAN, G.I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Ed. 1, Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
18. CASTANEDA, L.; BERGMANN, A.; BAHIA, L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira Epidemiologia**, Rio de Janeiro, p. 437-451, 2014.
19. ALFIERI, F.M.; SILVA, C.R.; ALCÂNTARA, C.C.; SANTOS, K.I.S.S.; MELO, F.C. Equilíbrio e mobilidade funcional em indivíduos independentes para o autocuidado de diferentes faixas etárias. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, vol. 18, n.4, 2015.
20. BATISTA, M.P.P.; SOUZA, F.B.; SCHWARTZ, G.; EXNER, C., ALMEIRDA, M.H.M. Utilização no cotidiano de tecnologias da informação e comunicação por idosos participantes da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade de São Paulo. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, vol. 18, n. 4, p. 405-426, 2015.
21. PÁSCOA, G.M.; GIL, H.M. Uma nova forma de comunicação para o cidadão Sênior: Facebook. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, vol. 18, n. 1, p.9-29, 2015.
22. SALES, M.B.; AMARAL, M.A.; JUNIOR, I.G.S.; SALE, A.B. Tecnologias de Informação e Comunicação via Web: Preferências de uso de um grupo de usuários idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, vol. 17, n. 3, p.59-77, 2015.
23. RAMOS, L.R.; TAVARES, N.U.; BERTOLDI, A.D.; FARIAS, M.R.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, vol.50, n.9, p. 1-13, 2016.
24. PAOLINI, K.S. Desafios da inclusão do idoso no mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Rio de Janeiro, vol. 14, n.2, p.177-82, 2016.
25. SCHIMIDT, I.T.C.G.; DUARTE, Y.A.O. Replicação de programa de capacitação em comunicação não verbal em gerontologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, vol.68, n.6, p.734-41, 2015.
26. ORLANDI, B.D.M.; PEDRO, W.J.A. Pessoas idosas e a busca por informações em saúde por meio da internet. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, vol.17, n.2, p.279-293, 2014.
27. JIPING, Z. O modelo de aceitação tecnológica e sua aplicação em um programa de tele saúde para idosos com doenças crônicas. **Revista Nursing**, vol.62, n.3, p.11-6, 2015.
28. FRANSEN, M.; MCCONNELL, S.; HERNANDEZ-MOLINA, G.; REICHENBACH, S. Exercícios para osteoartrose de quadril. **Revista Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 4, Art. No.: CD007912, 2014.
29. BARTELS, E.M.; JUHL, C.B.; CHRISTENSEN, R.; HAGEN, KB.; DANNESKIOOLD-SAMSOE, B.; DAGFINRUD H. Exercícios aquáticos para o tratamento de osteoartrose de joelho e quadril. **Revista Cochrane**

Database of Systematic Reviews, v. 3, Art. No.: CD005523, 2016.

30. LARSSON, C.; HANSSON, E.E.; SUNDQUIST, K.; JAKOBSSON, U. Cinesiofobia e a sua relação as características da dor e as variáveis cognitivas efetivas em idosos com dor crônica. **Revista BMC Geriatrics**, vol. 16, p. 1-7, 2016.