CLÁUDIA LYSIA DE OLIVEIRA ARAÚJO

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS
DO VALE DO PARAÍBA – SP**

SÃO PAULO

2012

CLÁUDIA LYSIA DE OLIVEIRA ARAÚJO

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS
DO VALE DO PARAÍBA – SP**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Mancussi e Faro

SÃO PAULO

2012

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO DE PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

ASSINATURA:_____ DATA: __/__/__

**Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Araújo, Cláudia Lysia de Oliveira
Condições de saúde e funcionalidade dos idosos
do Vale do Paraíba - SP / Cláudia Lysia de Oliveira
Araújo. -- São Paulo, 2012.
182 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Ana Cristina Mancusi e Faro

1. Idosos 2. Envelhecimento 3. Enfermagem geriátrica
4. Centros comunitários 5. Lazer I. Título.

Folha aprovação

Nome: Claudia Lysia de Oliveira Araújo

Título: Condições de saúde e funcionalidade dos idosos do Vale do Paraíba – SP

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos que compartilharam de modo direto ou indireto
para que este sonho torna-se realidade.

Agradecimentos

A Deus, por ter me presenteado com o dom da vida e por estar ao meu lado me protegendo, me fortalecendo e me capacitando ao longo da minha caminhada;
à minha família pelo apoio e compreensão às ausências;
ao Edson, pelo apoio, incentivo e carinho sempre presentes em minha vida;
à Professora Dra. Ana Cristina Mancussi e Faro, por partilhar seus conhecimentos, pela amizade e incentivo constantes;
aos Professores Dr. Marcelo Riberto e Dra. Cassia Maria Buchala, pela disponibilidade em participar da minha banca examinadora;
ao Lucas Petri Damiani, pelo trabalho estatístico e sua atenção;
à Professora Stela Maris Carrinho de Araújo pela análise do texto, segundo as normas da Língua Portuguesa;
às Faculdades Integradas Teresa D'Ávila, por proporcionar este sonho;
à minha grande família de amigos e incentivadores;
a todos os idosos e os CCIs que participaram deste estudo.

Araújo CLO. Condições de saúde e funcionalidade dos idosos do Vale do Paraíba – SP [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno novo, ao qual, mesmo os países desenvolvidos, ainda estão tentando adaptar-se como envelhecer de forma saudável, priorizando esforços na manutenção da independência e autonomia do indivíduo. Os princípios deste envelhecimento com qualidade de vida descrevem o idoso como pró-ativo, definindo seus objetivos e lutando para alcançá-los, reunindo recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Este modelo compreende desde a satisfação com a vida a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. O objetivo desta pesquisa é a caracterização do perfil dos idosos que participam do Centro de Convivência do Idoso (CCI) quanto ao sexo, idade, estado civil, etnia autodeclarada, escolaridade, ocupação, renda individual, número de filhos, naturalidade, condições de moradia, meio de locomoção que utiliza para ir ao CCI e atividade física preferida e descrever as condições de saúde e desempenho nas atividades de vida diária dos idosos participantes de CCI, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde(CIF). Pesquisa do tipo exploratória, descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em CCIs do Vale Paraíba, São Paulo. Foram incluídos no estudo aqueles que atendiam aos critérios de inclusão com idade igual ou superior a 60 anos, participantes, há pelo menos três meses completos e no máximo um ano dos CCIs, que constituíram o campo de pesquisa. O estudo caracterizou-se pelo predomínio de mulheres, idade média de 72 anos, casadas, etnia autodeclarada branca, com 5-10 anos de educação escolar, aposentadas, com média de renda mensal de um salário mínimo, por meio do instrumento de coleta foi possível observar que a maior parte das categorias da CIF selecionadas era pouco comprometida com dificuldade leve ou sem dificuldade.

Palavras-Chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Idoso; Centros de Convivência e Lazer; Envelhecimento; Enfermagem; Gerontologia.

Araújo CLO. Health and functionality of older Paraíba Valley – SP [tesis]. São Paulo:Nursing School, University of São Paulo; 2012.

ABSTRACT

The aging world population is a new phenomenon, which even developed countries are still trying to adapt to aging in a healthy way, prioritizing efforts to maintain the independence and autonomy of the individual. The principles of this aging quality of life describe the elderly as proactive, setting goals and striving to achieve them, gathering resources that are useful in adapting to change and actively involved in maintaining wellness. This model comprises from life satisfaction to models based on concepts of independence, control, social and cognitive skills. The goal of this research is to characterize the profile of the elderly participating in the Elderly Community Centre (CCI) regarding gender, age, marital status, self-reported ethnicity, education, occupation, individual income, number of children, nationality, living conditions , means of transportation you use to go to the CCI and preferred physical activity and describe the health and performance in activities of daily living of the elderly participants from CCI, according to the International Classification of Functioning, Disability and Health(ICF). Research An exploratory, descriptive , Cross-sectional quantitative approach carried out in CCIs Paraíba Valley, São Paulo. The study included those who met the inclusion criteria of age or over 60 years, participating for at least three months and complete within one year of the CCIs, which were the search field. The study was characterized by the predominance of women, mean age 72 years, married, self-reported ethnicity white, with 5-10 years of education, retired, with an average monthly income of a minimum wage, through the data collection instrument was observed that most of ICF categories selected was somewhat compromised with slight difficulty or no difficulty.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health, Aging, Social Centers and Leisure; Aging; Nursing; Gerontology.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição dos idosos participantes (N=386) segundo sexo, estado civil, escolaridade e profissão. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	28
TABELA 2 Prevalência de idosos frequentadores dos CCIs, as funções do corpo, segundo a CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	29
TABELA 3 Prevalência de idosos frequentadores de CCI que apresentaram nenhuma dificuldade em categorias de atividades e participação segundo a CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	30
TABELA 4 Proporção dos idosos segundo as categorias da CIF que não citaram 0 NENHUMA barreira/ 0 NENHUM facilitador relacionados a fatores ambientais. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	32
TABELA 5 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o sexo e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	34
TABELA 6 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a idade e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	35
TABELA 7 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo anos de educação e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	36
TABELA 8 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o MEEM e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	37
Tabela 9 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o número de filhos e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	38
Tabela 10 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a atividade física preferida e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	39

Tabela 11 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o meio de locomoção que utiliza para ir ao CCI e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	40
Tabela 12 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o sexo e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	41
Tabela 13 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a idade e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	44
Tabela 14 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo anos de educação e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	47
Tabela 15 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o MEEM e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	50
Tabela 16 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o número de filhos e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	53
Tabela 17 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a atividade física preferida e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	56
Tabela 18 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o meio de locomoção que utiliza para ir ao CCI e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	59
Tabela 19 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o sexo e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	62
Tabela 20 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a idade e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.....	64

Tabela 21 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo anos de educação e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011..... **66**

Tabela 22 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o MEEM e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011..... **68**

Tabela 23 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o número de filhos e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011..... **70**

Tabela 24 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a atividade física preferida e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011..... **72**

Tabela 25 Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o meio de locomoção que utiliza para ir ao CCI e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011..... **74**

LISTA DE SIGLAS

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CCI Centro de Convivência para Idoso

CIDID Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

FATEA Faculdades Integradas Teresa D'Ávila

ICIDH International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps

ICF International Classification of Functioning, Disability and Health

MEEM Mini Exame do Estado Mental

OMS Organização Mundial de Saúde

SABE Saúde, Bem Estar e Envelhecimento

SESC Serviço Social do Comércio

UNICID Universidade Cidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	3
1.2 ATIVIDADE FÍSICA, ENVELHECIMENTO ATIVO E A MANUTENÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	7
1.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONABILIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF).....	13
2. OBJETIVOS.....	21
3. MÉTODO.....	22
3.1. TIPO DE ESTUDO	22
3.2. LOCAL DO ESTUDO	22
3.3. ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS À PESQUISA	23
3.4. CASUÍSTICA	24
3.5. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	24
3.6. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	26
3.7. ESTUDO PILOTO	26
3.8. ANÁLISE DOS RESULTADOS	26
4. RESULTADOS.....	28
5. DISCUSSÃO	78
6. CONCLUSÕES	103
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
8. REFERÊNCIAS	109
9. APÊNDICES	124
A. CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO	124
B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE	125
C. VARIÁVEIS UTILIZADAS POR MEIO DO <i>CHECKLIST</i>	126

10. ANEXOS	160
1. CHECKLIST DA CIF	160
2. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	167
3. DECLARAÇÃO DO CEP	168

Normatização adotada:

Esta tese esta de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: ABNT (sistema autor-data)

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Serviço de Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”. Orientações para elaboração de dissertações e teses. Elaborado por Nadir Aparecida Lopes e Lucila Borges da Silva. Colaboradores: Aderaldo dos Santos Júnior, Andréia T. Wojcicki, Juliana Akie Takahashi, Sônia Maria Gardim. Edição Preliminar. 2007.

1 INTRODUÇÃO

A pesquisadora, nascida na cidade de Cruzeiro, São Paulo, morou nesta cidade até os sete anos de idade, quando mudou para Guaratinguetá para concluir o Ensino Fundamental e Médio. Coursou Graduação em Enfermagem na Faculdade da Zona Leste (SP), hoje chamada de Unacid.

Graduada Enfermeira, retornou à cidade de Guaratinguetá para atuar na área assistencial, Coursou Pós Graduação *Lato Sensu* em Enfermagem do Trabalho, Administração Hospitalar e Administração dos Serviços de Saúde. Trabalhou em Unidade de Terapia Intensiva, supervisão de plantão hospitalar e na assistência aos pacientes que realizavam exames diagnósticos por imagens.

Sua atuação profissional sempre foi conciliada com a docência em curso técnico de enfermagem, quando, em 2003, pela experiência adquirida ingressou na docência de curso superior em enfermagem.

Pelas exigências do mercado de trabalho e necessidades de construir conhecimento e contribuir com a enfermagem em gerontologia, bem como pela experiência no ensino e assistência, inscreveu-se no processo seletivo para o curso de mestrado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), realizando a primeira pesquisa sobre Qualidade do sono de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência, em 2008 (ARAUJO; CEOLIM, 2010).

Em 2009, continuou os estudos sobre gerontologia e foi selecionada no curso de doutorado na Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) com o projeto Condições de Saúde e Funcionalidade de Idosos do Vale do Paraíba-SP, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ARAUJO; FARO, 2009; ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010; ARAUJO; FARO, 2010; FARO et al., 2010a; FARO et al., 2010b; SILVEIRA; FARO; ARAÚJO, 2011; ARAUJO; FARO, 2011; FARO; ARAUJO, 2012).

Trabalhar junto a uma população de idosos que cresce a cada dia e, paradoxalmente, apesar de ser aparentemente conhecida, é um desafio fascinante porque o grupo em questão estabelece parcerias, reivindica direitos, praticam esportes e várias atividades físicas e de lazer, pilota motocicleta, quer inclusão social, sustenta a família, participa de bailes e festas regionais ou locais, tem taxas elevadas sobre o desenvolvimento de HIV/AIDS, enfrenta a vulnerabilidade que se imprime no corpo envelhecido exposto a doenças e, muitas vezes incapacitantes, define o perfil do consumidor, engaja-se em lutas sociais e é o ator principal de um mosaico de áreas do conhecimento social e biológico.

No ensino de enfermagem gerontológica os idosos são os protagonistas da mudança de paradigmas na assistência e do cuidado multi e interdisciplinar, uma nova concepção de valores, crenças e que os nossos jovens alunos, estudantes de enfermagem, têm que reorganizar no seu processo de aprendizagem sobre o significado de envelhecimento e de velhice.

Ao compartilhar, como docente e pesquisadora, deste desafio, bem como da responsabilidade e compromisso de acompanhar o desenvolvimento do conhecimento sobre envelhecimento ativo, velhice, outras formas e possibilidades de viver, emerge o compromisso com a formação inicial do enfermeiro e com a sistematização e produção de conhecimento sobre envelhecer ativamente e com qualidade .

Conhecer as condições de saúde e de vida de idosos da região do Vale do Paraíba, com participação dos mesmos nos Centros de Convivência para Idosos (CCIs) das diversas cidades do Vale, é uma contribuição com a Gerontologia na inserção e redimensionamento do cuidar do enfermeiro junto a esta população, com vistas às melhores condições de saúde e de vida.

A inquietação que motivou o desenvolvimento desta pesquisa é decorrente de questionamentos sobre como vivem os idosos do Vale do Paraíba? Qual a condição de saúde desta população? Como estão

envelhecendo? Quais práticas desenvolvem para promover o envelhecimento saudável e ativo? O que é oferecido aos idosos da região para proporcionar envelhecimento saudável?

Diante disso, foi desenvolvido este estudo sobre as condições de saúde e de vida de pessoas idosas no Vale do Paraíba, tendo como escopo a mensuração de uma classificação internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolvida sob a ótica biopsicossocial, propondo novos paradigmas em saúde e da funcionalidade, incapacidade, saúde e da participação social.

1.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno novo ao qual mesmo os países desenvolvidos ainda estão tentando adaptar-se. O que era no passado uma marca de alguns poucos países passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo.

O crescimento da população idosa no Brasil vem ocorrendo de forma bastante acelerada. As estatísticas indicam que a proporção de idosos passará de 8,6% em 2000 para quase 15% em 2020; em 2025 seremos mais de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos e a proporção de pessoas com mais 80 anos também apresenta aumento significativo (IBGE, 2007; CARVALHO FILHO, PAPALÉO NETTO, 2006; FERREIRA, et al., 2010).

Seguindo os padrões observados em outros países (LLOYD-SHERLOCK, 2000), no Brasil, a queda da fecundidade e o aumento da expectativa de vida resultaram, nos últimos 30 anos, no aumento expressivo da população idosa. Além disso, a relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, as campanhas nacionais de vacinação, o aumento do nível da escolaridade da população, os investimentos na infraestrutura de saneamento básico e a percepção dos indivíduos com relação à enfermidade

formam um conjunto de fatores que contribui para aumentar a expectativa de vida do idoso. Da mesma forma, a alta fecundidade observada no século XX, nos anos 50 e 60 e a queda da mortalidade que beneficiou todos os grupos populacionais propiciaram o delineamento desse perfil demográfico (GORDILHO et al., 2000; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Uma das características marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza. Aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimentos da população idosa, mas seus baixos valores são insuficientes para o provimento de todas as necessidades do idoso que reside em comunidade, mormente quando acometido por uma ou mais doenças crônicas que provoquem comprometimento de sua independência. O investimento público em programas de suporte aos idosos e cuidadores, seja por meio de subsídio financeiro, seja pelo oferecimento de serviços alternativos como centros-dia e hospitais-dia, seja pelo apoio em áreas como alimentação, transporte e assistência médica entre outras, é muito baixo. (CHAIMOWICZ, 1997).

O termo envelhecimento é frequentemente empregado para descrever as mudanças morfofuncionais que ocorrem ao longo da vida, após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e a manutenção da homeostasia. Embora nem todas as funções orgânicas sofram alterações expressivas com o envelhecimento, é necessário lembrar que este processo apresenta como única característica universal a ocorrência de mudança ao longo do tempo, independentemente de terem ou não efeito deletério sobre a vitalidade e a longevidade. O envelhecimento não é necessariamente uma soma de patologias agregadas (JECKEL-NETO e CUNHA, 2006), mas a probabilidade de sua ocorrência na velhice torna-se maior.

Ao contrário do que possa parecer, o envelhecimento não é patológico, devendo assim ser encarado como uma etapa natural de

desenvolvimento humano, como outra qualquer. Caracteriza-se, prioritariamente, pela diminuição da reserva funcional de todo o organismo, devido a um processo degenerativo, progressivo e irreversível que tem como resultado a redução da capacidade de adaptação homeostática, frente às situações de sobrecarga funcional (CARVALHO FILHO, 2006).

Cabe destacar que o processo de envelhecimento humano não é homogêneo e sofre influência de uma série de aspectos relacionados, por exemplo, ao gênero, à etnia e às condições socioeconômicas das populações (BRASIL, 2006).

Desta forma, o tema envelhecimento começou a ganhar espaços em outras áreas do conhecimento.

Apesar dos avanços tecnológicos, tudo que se consegue até o momento é retardar alguns dos efeitos do envelhecimento em nosso organismo de tal maneira que o declínio físico e, muitas vezes, intelectual, continuam sendo grandes desafios para a ciência e preocupação constante em diferentes áreas de estudo (VILHENA; NOVAES; ROCHA, 2008).

O envelhecimento pode ser biológico ou psicológico. O envelhecimento biológico é implacável, ativo e irreversível, causando mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas. Durante a velhice, não é comum o aparecimento de alterações na funcionalidade mental do idoso, ou seja, os idosos saudáveis, sem limitações físicas, podem ser bastante produtivos. A definição de quais e como as funções psíquicas se modificam no decorrer dos anos permitiu a consideração de que o idoso não seja tratado como um ser limitado cognitivamente, mas que requer a adaptação de estímulos ambientais para possuir funcionalidade comparável à de adultos jovens (MORAES et al., 2010).

Com o envelhecimento pode ocorrer uma lentidão motora e cognitiva, bem como deficiências nas funções sensoriais. Para que o idoso possa participar de conversas e ter a chance de se expressar, as pessoas devem

interagir falando pausadamente e com o rosto voltado para ele (BERTACHINI; GONÇALVES, 2002).

É sabido que o envelhecimento somado às limitações de atividade tende a lentificar a execução das atividades cotidianas e que supervisionar o idoso durante estas atividades demanda tempo e paciência de quem o assiste. Entretanto, encorajar o idoso a desenvolver o seu potencial de independência com segurança é uma intervenção que pode prolongar os anos de vida e prevenir hospitalizações e agravos à saúde ocasionados pela imobilidade e pelo sedentarismo (MACHADO, 2010).

Os princípios de um envelhecimento com qualidade de vida descrevem o idoso como pró-ativo definindo seus objetivos e lutando para alcançá-los, reunindo recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Este modelo compreende desde a satisfação com a vida a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

As novas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovadas na Portaria número 2.528, enfocam os postulados da promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção ampla, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção, provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, estímulo à participação e fortalecimento do controle social, formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS, na área de saúde da pessoa idosa, divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (MIRANDA, 2005).

O Ministério da Saúde do Brasil, em relação à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, explicita o conceito da capacidade funcional (CF) como a capacidade de manter habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (MIRANDA, 2005).

Segundo Thober, Creutzberg, Viegas (2005), o idoso é considerado saudável quando não necessita de “nenhum tipo de ajuda ou supervisão para realizar seus afazeres diários, ainda que possua uma ou mais doenças crônicas.” Em gerontologia, a funcionalidade é o indicador mais adequado para direcionar o cuidado ao idoso.

Com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônico-degenerativas, verifica-se a importância do diagnóstico funcional do idoso, que é influenciado pelas consequências das doenças (DI NUBILA; BUCHALA, 2008).

Faz-se necessária uma concentração de esforços nas diferentes áreas profissionais para o trabalho multi e interdisciplinar, objetivando maior e melhor conhecimento sobre o fenômeno do envelhecimento e principalmente como envelhecer de forma saudável, priorizando esses esforços na manutenção da independência e autonomia do indivíduo para o desenvolvimento das atividades diárias bem como para a participação social. A inatividade e a reclusão são os elementos que mais comprometem a qualidade de vida, sobretudo na terceira idade.

1.2 ATIVIDADE FÍSICA, ENVELHECIMENTO ATIVO E A MANUTENÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

De acordo com Bouchard, Shephard (1994), entende-se por atividade física qualquer movimento corporal produzido pelos músculos que resulte num substancial aumento do gasto das reservas energéticas, o que

inclui as atividades físicas de lazer, a ginástica, o esporte, as tarefas da vida diária, entre outras.

Segundo Spirduso (1995), o sedentarismo no idoso, advém muitas vezes de imposições sócio culturais, mais do que de uma incapacidade funcional. Os comportamentos atribuídos aos idosos referem-se à passividade e imobilidade, com reduzido nível de atividade física. No entanto sabe-se que muito das alterações fisiológicas e funcionais observadas nos idosos são resultados da inexistência de estímulos do que alterações atribuídas ao envelhecimento (BARRY e EATHORNE, 1994). Estudos têm demonstrado as contribuições positivas de programas de atividade física na melhoria geral da aptidão física e funcional dos idosos (MOTA; PAIVA; SILVA, 1995).

O sedentarismo na velhice é fator preocupante, pois se percebe que idosos que não têm estilo de vida ativo enfrentam problemas patológicos relacionados à inatividade física e à exclusão social (HALLAGE, 2008; BRACH et al., 2004).

Vários estudos vêm sendo realizados com a finalidade de desenvolver mecanismos eficazes no combate as perdas cognitivas. Nessa perspectiva, exercício físico atrai muita atenção, por melhorar a condição cardiorrespiratória, diminuir o risco de doenças crônico-degenerativas, além de promover uma série de alterações nos sistemas orgânicos. Essas alterações possuem um potencial efeito protetor, no sentido de reduzir o ritmo desse processo evolutivo de perdas cognitivas (COUTINHO FILHO, 2008).

A atividade física é reconhecida por evidências científicas, como fator importante no aprimoramento da saúde, no controle, prevenção e tratamento de doenças, além de proporcionar diversos benefícios psicológicos e sociais.

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS (2003) a participação em atividades físicas leves e moderadas pode retardar os declínios funcionais consequentes ao envelhecimento.

Assim, uma vida ativa melhora tanto a saúde física, quanto mental e contribui para o controle de desordens como a depressão e a demência. Existe evidência de que idosos fisicamente ativos apresentam menor prevalência de doenças mentais do que os não-ativos (TORRES et al., 2010).

Kath, Mcardle (1996) preconizam a prática de exercícios físicos regulares como fator determinante no aumento da expectativa de vida das pessoas e uma melhoria significativa da qualidade de vida.

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas à dieta inadequada e fumo. O estilo de vida moderna propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, tais como, assistir televisão e as novas tecnologias, como a internet e as redes sociais. É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de "estilo de vida saudável" é visto pelo sistema de saúde como uma ação estratégica (MOTA; PAIVA; SILVA, 1995).

É notável que muitos idosos se entreguem a inatividade funcional participativa e integradora na sociedade, após a aposentadoria e reforçados por fatores preconceituosos impostos pelo meio em que vivem o que pode representar um prejuízo à saúde mental e física desse indivíduo, além de constituir-se um fator de risco para o declínio cognitivo e para demência. Isso talvez explique o excelente desempenho cognitivo e intelectual apresentados por muitos idosos ativos que apesar da aposentadoria não deixaram de aprimorar seus conhecimentos, através da leitura, exercício do raciocínio e da lógica e aquisição de novas informações (SOUZA; CHAVES, 2005).

Nesse processo, alguns aspectos são facilitadores para a incorporação da atividade física, como o incentivo de amigos e familiares, a procura por companhia ou ocupação, alguns programas específicos de atividade física e, principalmente, a orientação do profissional de saúde

estimulando a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo (MOTA; PAIVA; SILVA, 1995).

Os benefícios da atividade física para a saúde têm sido amplamente documentados. Os principais benefícios biológicos, psicológicos e sociais proporcionados pelo desempenho da atividade física podem ser observados:

- melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência;
- redução no risco de morte por doenças cardiovasculares;
- melhora do controle da pressão arterial;
- manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis;
- melhora a postura e o equilíbrio;
- melhor controle do peso corporal;
- melhora do perfil lipídico;
- melhor utilização da glicose;
- melhora a enfermidade venosa periférica;
- melhora a função intestinal;
- melhora de quadros algícos;
- melhora a resposta imunológica;
- melhora a qualidade do sono;
- ampliação do contato social;
- diminuição da ansiedade, do estresse, melhora do estado de humor e da auto-estima.

A prática de atividade física deve ser de fácil realização e não provocar lesões. Deve ser de baixo impacto e ocorrer em intensidade moderada o que significa a percepção subjetiva de esforço, aumento da frequência cardíaca e/ou da frequência respiratória, permitindo que o indivíduo respire sem dificuldade e com aumento da temperatura do corpo (MOTA; PAIVA; SILVA, 1995).

Os exercícios de resistência ou treinamento da força muscular, além de contribuir na diminuição da incidência de quedas, incrementam a densidade óssea, são os que realmente podem diminuir ou reverter alguma forma de perda de massa muscular (sarcopenia) e óssea (osteoporose) sendo, portanto as atividades de preferência na manutenção da capacidade funcional e independência (MOTA; PAIVA; SILVA, 1995).

Estudos mostram a relação entre a utilização do dispositivo para auxílio da marcha e a presença de queda. A necessidade de ajuda para locomoção, seja por outra pessoa, seja por dispositivo auxiliar, pode estar associada a maior comprometimento do padrão de marcha e dos mecanismos de controle postural, podendo ser considerado um indicador da fragilidade do idoso (MENEZES; BACHION, 2008).

O intuito da tecnologia assistiva é possibilitar a promoção da independência funcional e facilitar a realização das atividades de vida diária. No entanto, nos casos em que não há indicação, em que haja utilização inadequada e/ou falhas no processo de utilização e adaptação, ela pode ter efeito contrário e contribuir para a locomoção insegura e risco de quedas (MENEZES; BACHION, 2008). O uso do dispositivo auxiliar possibilita maior liberdade de locomoção e segurança e poderia impulsionar o indivíduo a arriscar-se mais em relação às barreiras do ambiente, tornando-o mais exposto a fatores de risco para quedas (SANTOS; ANDRADE, 2005).

A prática de atividade física proporciona ao indivíduo o reencontro com sua corporeidade, e a possibilidade de voltar a amarrar o cordão do sapato, cortar unhas, pentear o cabelo, sair de casa, pegar um ônibus, conhecer novas pessoas, fazer amigos, entre outras coisas. Incorporar o movimento a sua vida significa dar novos rumos a sua existência, significa em outras palavras, passar a cuidar mais de si mesmo. No meu entender, restou à educação física o melhor lado desta história (MOTA; PAIVA; SILVA, 1995).

O histórico dos grupos de convivência de idosos brasileiros remonta à década de 70, quando o Serviço Social do Comércio (SESC) de São Paulo iniciou um programa para a terceira idade. Desde então, grupos de convivência de idosos vêm proliferando em clubes, paróquias, associações comunitárias, centros de saúde e instituições de ensino superior (ARAÚJO; CARVALHO, 2004).

O Centro de Convivência para Idoso (CCI) é um espaço privilegiado de encontros e interações mediadas por intenções pedagógicas voltadas para a pessoa idosa, considerada em toda a sua multidimensionalidade, sendo movido por um conjunto de profissionais de diferentes formações na área da saúde, devendo basear-se numa concepção de cuidado que privilegie a reintegração sócio, político e cultural do idoso, em conformidade com a Política Nacional do Idoso (SILVA, 2004).

Domingos e Menezes (2005) afirmam que uma das características mais significativas do Centro de Convivência é ser um campo interdisciplinar, um espaço de transversalidade dos aspectos biopsicossociais, culturais e conjunturais no que diz respeito aos idosos e aos profissionais. Nestes Centros, o idoso ao invés de morar na instituição e ser dependente dela, passa o dia no Centro, convivendo com outros idosos, mantendo – os ativos e em convívio social, visando a manutenção de sua capacidade funcional.

Segundo Costa e Campos (2003), os grupos de convivência, propiciam formas de empoderamento de cidadania para o cotidiano de seus participantes por meio de uma reflexão do seu entorno sociocultural e que suscita mecanismos individuais e coletivos para ações de intervenção na velhice. Esses grupos foram idealizados com objetivos, atividades e propostas diferenciadas, com espaços para o lazer, para a sociabilidade, para a cultura e para a construção de uma consciência cidadã.

Esses grupos realizam atividades variadas, de cunho recreativo, cultural, social, educativo e de promoção da saúde, orientado por profissionais preparados e envolvidos com a promoção da saúde e do envelhecimento ativo.

1.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

Visando a responder às necessidades de se conhecer mais sobre as consequências das doenças, em 1976, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), em caráter experimental. Esta foi traduzida para o Português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (*handicaps*) (CIDID) (SECRETARIADO NACIONAL DE REABILITAÇÃO, MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL, 1989).

O modelo da CIDID descreve, como uma sequência linear, as condições decorrentes da doença:

Doença → Deficiência → Incapacidade → Desvantagem

O processo de revisão da ICIDH apontou suas principais fragilidades, como a falta de relação entre as dimensões que a compõe, a não abordagem de aspectos sociais e ambientais, entre outras. Após várias versões e numerosos testes, em maio de 2001 a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (WHO, 2001).

De acordo com esse marco conceitual, *impairment* (deficiência) é descrita como anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; *disability* (incapacidade) é caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das

atividades; *handicap* (desvantagem) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade (BUÑUALES; DIEGO; MORENO, 2002).

A versão em língua portuguesa foi traduzida pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa com o título de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF (CIF, 2003).

A CIF é uma classificação da funcionalidade e da incapacidade que agrupa, de maneira sistemática, os domínios relacionados à saúde. Dentro de cada componente, os domínios são agrupados de acordo com as suas características comuns (tais como, origem, tipo ou semelhança) e ordenados segundo essas características. A classificação está organizada de acordo com um conjunto de princípios. Esses princípios referem-se à capacidade de inter-relação dos níveis e à hierarquia da classificação (conjuntos de níveis). No entanto, algumas categorias na CIF estão organizadas de maneira não hierárquica, sem nenhuma ordem, mas como membros iguais de um mesmo ramo (CIF, 2003).

O termo do modelo da CIF é a funcionalidade, que cobre os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. A funcionalidade é usada no aspecto positivo e o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (CIF, 2003; WHO, 2002).

De maneira clara, Farias; Buchalla (2005), conceituaram a CIF como uma classificação que descreve a funcionalidade e a incapacidade

relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive.

A CIF tem o objetivo de sintetizar de modo coerente a visão das diferentes perspectivas em saúde (principalmente a biomédica e a social) a partir de um panorama individual, biológico e social. Fornece uma abordagem múltipla para a classificação da funcionalidade e incapacidade através de um processo interativo e evolutivo (RATY et al., 2003)

Esta classificação é útil num âmbito muito largo de aplicações diferentes, por exemplo, em segurança social, na avaliação da gestão dos cuidados de saúde, em inquéritos à população a nível local, nacional e internacional. Oferece uma estrutura para a informação aplicável aos cuidados de saúde pessoais, incluindo a prevenção, a promoção da saúde e a melhoria da participação, removendo ou atenuando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e de facilitadores sociais. É também útil no estudo dos sistemas de cuidados de saúde, tanto em termos de avaliação como de formulação de políticas (CIF, 2003).

A CIF é baseada, portanto, numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais (CIF, 2003; WHO, 2002). Assim, na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo destaca-se do biomédico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social. Nesse modelo cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais. A Organização Mundial de Saúde pretende incorporar também, no futuro, os fatores pessoais, importantes na forma de lidar com as condições limitantes.

Há algumas décadas, começou ser construído o conceito de Família das classificações da OMS. Este conceito decorre da percepção que apenas uma classificação não teria capacidade de cobrir todas as possibilidades que se relacionam ao processo saúde-doença. Questões sobre estados referentes as conseqüências das doenças deveriam ser coletados, quantificados e avaliados. A concretização desta família de classificações se dá a partir de uma nova abordagem em relação as estatísticas de saúde (BUCHALA; LAURENTI, 2010).

Os conceitos apresentados na classificação não são apenas uma conseqüência das condições de saúde e doença, eles também são determinados pelo contexto do meio ambiente físico e social, diferenças culturais e atitudes em relação à deficiência (FARIAS; BUCHALLA, 2005; OMS; OPAS, 2003).

Os conceitos de saúde, estado funcional, bem estar, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde, muitas vezes são aplicados de maneira indistinta em pesquisas, o que dificulta o entendimento, interpretação e comparação dos resultados. Enquanto a incapacidade se refere às limitações e restrições relacionadas a um problema de saúde, a qualidade de vida que diz respeito a como o individuo se sente em relação a essas limitações ou restrições. Um grande numero de instrumentos concorrentes, relacionados as condições específicas e genéricas, foi desenvolvido ao longo das ultimas décadas e novas versões de velhos instrumentos continuam a aparecer na literatura. Por isso, tem se tornado difícil para os investigadores e pesquisadores clínicos selecionar o instrumento mais apropriado, pois com tanta variedade a comparação e interpretação dos resultados com diferentes estudos são complexas. Para direcionar essas mudanças uma ferramenta de referência para o entendimento de tais fenômenos é de extrema importância. Com a CIF, uma nova compreensão conceitual relacionada às medidas de desfecho esta emergindo. Representando a possibilidade de relação entre variáveis dependentes e independentes e ajudando a organizar a diversidade

dos estudos e a complexidade das possibilidades de interação entre as diferentes variáveis (CIEZA et al., 2005).

A CIF descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados com a saúde, nos oferecendo uma linguagem comum internacional e um modelo conceitual universal para descrever a saúde e a incapacidade (OMS; OPAS, 2003).

Quanto às incapacidades apresentadas pelos indivíduos para a execução de atividades, a CIF as conceitua como limitações de atividade, que são as dificuldades que um indivíduo pode apresentar na execução de atividades e, como restrição de participação, o que significa o prejuízo social resultante de uma limitação do indivíduo ao se envolver em situações da vida (MACHADO, 2010).

Portanto, é importante ressaltar a diferença entre o conceito de capacidade funcional e o constructo capacidade desenvolvido pela OMS, OPAS (2003). Enquanto os instrumentos que avaliam a capacidade funcional se referem as tarefas que um indivíduo executa em seu dia a dia, a capacidade está relacionada ao potencial que o indivíduo apresenta para a execução das atividades e participação, considerando suas limitações intrínsecas, em um ambiente padronizado. Deste modo, a capacidade funcional está relacionada ao constructo de desempenho proposto pela CIF, uma vez que ele descreve as atividades e participação que o indivíduo executa no seu ambiente cotidiano (OMS; OPAS, 2003; RIBERTO e cols., 2001).

Com ela é possível quantificar a capacidade da pessoa em superar diferentes níveis de dificuldades relacionadas às atividades do dia a dia (BATTISTELLA; BRITO, 2002).

A instalação da incapacidade em um idoso resulta em custos emocionais e financeiros, além da necessidade de reorganização da estrutura e dinâmica da família. A restrição às atividades de vida diária decorrente da incapacidade é um dos fatores que impõe uma redução da renda familiar,

atividade física e restrição do grupo social, porém é necessário levar em conta também que outro membro da família deverá ser deslocado para a realização de tarefas de cuidador, ou outra pessoa será contratada para fazê-lo, o que adiciona um ônus às finanças familiares (RIBERTO et al., 2007).

Quanto às incapacidades apresentadas pelos indivíduos para a execução de atividades, a CIF as conceitua como limitações de atividade, que são as dificuldades que um indivíduo pode apresentar na execução de atividades; e como restrição de participação, que significa o prejuízo social resultante de uma limitação do indivíduo ao se envolver em situações da vida (CIF, 2003).

A CIF não é uma classificação de pessoas, pois permite descrever as características do indivíduo em diferentes domínios e as características do seu meio físico e social, selecionando um conjunto de códigos que documenta o seu perfil de funcionalidade e de participação. São vários os países que têm adotado a CIF no enquadramento das alterações legislativas ou políticas e de regulação social no âmbito dos subsídios de incapacidade, sistemas de pensões, políticas de trabalho ou de reformas das pessoas com incapacidades (CIF, 2003).

Após sua publicação surgiu a necessidade de explorar o uso prático da CIF nas pesquisas epidemiológicas. Existe a possibilidade de ligação dos instrumentos já esclarecidos e utilizados na literatura e suas características psicométricas com as categorias presentes na CIF. Através do processo de ligação de medidas clínicas e do estado de saúde com a CIF pode-se obter a dimensão da capacidade de cobertura de ferramentas e questionários utilizados nos processos de avaliação em relação aos componentes da funcionalidade e da qualidade de vida e dessa forma complementar a avaliação com outros instrumentos que cubram aspectos pertinentes e relevantes, consagrados na literatura como bons preditores dos quadros de morbidade e mortalidade (CIEZA et al, 2005).

A Alemanha, um dos países europeus mais dinamizadores da implementação e divulgação da CIF, desde 2004, baseia o seu regime de pensões nesta classificação, apesar das dificuldades iniciais de tradução relativamente aos seus conceitos e constructos (SCHUNTERMANN, 2005).

Os serviços sociais japoneses, com base na CIF, têm estudado a funcionalidade da sua população, nomeadamente os aspectos ligados às atividades e participação dos grupos etários mais velhos (OKAWA et al., 2008).

A Austrália é outro país que tem colaborado com a OMS, nomeadamente na operacionalização dos conceitos da classificação em áreas emergentes como as compensações por acidente, reabilitação ou cuidados continuados e ainda no desenvolvimento de um guia de utilização, traduzido em várias línguas (PERRY et al., 2004).

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Promover o envelhecimento saudável, prevenir incapacidades e evitar o agravamento das já instaladas são as principais preocupações dos profissionais da área de saúde na atualidade, momento este em que se almeja o prolongamento da vida em melhores condições de saúde e, portanto as ações de saúde estão voltadas para a qualidade do envelhecimento e da velhice.

A CIF permite descrever as características de cada pessoa em diferentes domínios e as características do seu meio físico e social, selecionando um conjunto de códigos que possa documentar da melhor forma possível o seu perfil de funcionalidade e de participação, não é um instrumento de avaliação ou de medida e não dispensa que os profissionais, dentro das suas áreas de especialidade, adotem procedimentos e utilizem instrumentos de avaliação normalizados e fidedignos que evidenciem de forma rigorosa os diferentes domínios em estudo, tomando como referência a CIF.

A CIF coloca todas as doenças e problemas de saúde em igualdade, sejam quais forem as suas causas. Uma pessoa pode não ir trabalhar devido a uma gripe ou uma angina, mas também por causa de uma depressão. Esta aproximação neutra colocou as perturbações mentais ao mesmo nível das patologias físicas e contribuiu para reconhecer e estabelecer a carga mundial de morbilidade associada aos problemas depressivos, que representam atualmente a causa principal de anos de vida perdidos em razão das incapacidades (CIF-OMS, 2001).

A pesquisadora estudou a funcionalidade dos idosos que participam de programas de atividades físicas promovidos pelas prefeituras das cidades do Vale do Paraíba, estado de São Paulo, desta forma, espera-se contribuir, em médio prazo, com os CCIs para orientar ações de políticas públicas e educativas.

2 OBJETIVOS

Caracterizar o perfil dos idosos que participam do Centro de Convivência do Idoso (CCI) quanto ao sexo, idade, estado civil, etnia autodeclarada, escolaridade, ocupação, renda individual, número de filhos, naturalidade, condições de moradia, meio de locomoção que utiliza para ir ao CCI e atividade física preferida;

Descrever as condições de saúde e desempenho nas atividades de vida diária dos idosos participantes de CCI segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2003).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

A pesquisa foi exploratória, descritiva, transversal, com abordagem quantitativa.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em Centros de Convivência de Idosos (CCIs) do Vale Paraíba, no estado de São Paulo. As sete cidades foram escolhidas por conveniência da pesquisadora.

Brevidelli, Domenico (2006) esclarecem na amostragem por conveniência, esta amostra é formada por membros da população que tem maior disponibilidade para a pesquisa ou com os quais o pesquisador tem fácil acesso.

O Vale do Paraíba é uma região socioeconômica que abrange parte do leste do estado de São Paulo e oeste do estado do Rio de Janeiro, e que se destaca por concentrar uma parcela considerável do PIB do Brasil. O nome deve-se ao fato de que a região é a parte inicial da bacia hidrográfica do rio Paraíba do Sul. Deve-se ressaltar que o nome refere-se apenas a uma região com certas características socioeconômicas, já que o rio Paraíba do Sul estende-se ao longo de quase todo o comprimento do estado do Rio de Janeiro e separa parte deste estado do estado de Minas Gerais. Sua localização é nas margens da rodovia Presidente Dutra (BR-116), exatamente entre as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, dentro da megalópole formada pelas duas capitais. A população somada de todas as cidades da região é de quase 3,3 milhões de habitantes (IBGE, 2007).

Quadro I. População das sete cidades do Vale do Paraíba, SP.

Cidade	População Total	População de Idosos	População de idosos que participam CCI
Aparecida	36.662	4.005	1.200
Guaratinguetá	114.679	10.997	160
Cunha	23.152	2.822	20
Lorena	84.963	10.141	200
Cachoeira	33.999	3.569	454
Cruzeiro	78.213	8.601	176
Lagoinha	5.272	793	129
Total	376.940	40.928	2.339

A população total de idosos das sete cidades é de 40.928. Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a seleção de idosos que poderiam participar do estudo, o que resultou em 2.339 indivíduos. Para a coleta de dados foi realizado cálculo amostral e computacional com significância de 5%, obtendo-se o número de 386 idosos, os quais, por meio de sorteio, compuseram a amostra desta pesquisa.

3.3 Aspectos éticos relacionados à pesquisa

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila (FATEA) (Anexo 3), para análise quanto aos requisitos éticos, aprovado sob n.87/2009. O CEP-FATEA está localizado na região próxima a população de estudo.

Os idosos foram convidados a participar após receberem todos os esclarecimentos sobre a pesquisa e após a leitura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), elaborado de acordo com a resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96. Foi garantido a todos o caráter confidencial das informações; a garantia de não haver quaisquer sanções ou prejuízos pela não participação ou pela desistência a qualquer momento; o

direito a respostas às dúvidas e a inexistência de quaisquer ônus financeiro e/ou remuneração ao participante. Os idosos não alfabetizados usaram de sua prerrogativa do uso de sua impressão digital.

Os CCIs foram contatados quanto à autorização formal para a realização do estudo. Nesta ocasião foi apresentada uma carta com as explicações necessárias sobre a pesquisa e os objetivos da mesma (Apêndice A).

3.4 Casuística

Dentre os participantes dos CCIs do Vale do Paraíba, foram incluídos no estudo aqueles que atendiam aos critérios de inclusão como idade igual ou superior a 60 anos, participantes há pelo menos três meses completos e no máximo um ano dos CCIs que constituíram o campo de pesquisa, capazes de responder coerentemente aos instrumentos de coleta de dados e que aceitarem participar como voluntários, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto aos critérios de exclusão foram relacionados aos idosos participantes com menos três meses completos e mais de um ano dos CCIs e que recusarem participar como voluntários, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Critérios definidos pela adaptação do idoso ao CCI.

3.5 Instrumento de Coleta de Dados

Os seguintes instrumentos, descritos a seguir, foram utilizados na coleta de dados: **Checklist** da CIF e Mini Exame do Estado Mental.

- **Checklist** da CIF (Anexo 1) é uma ferramenta prática para extrair e registrar informação sobre a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo. Esta informação descritiva sobre a funcionalidade e incapacidade tem foco nas características sócio-demográficas, de saúde, de funcionalidade e

incapacidade do idoso. O **checklist** deve ser usado com a versão completa ou resumido da CIF. Todas as informações colhidas a partir de registros escritos, respondente primário, outros Informantes e observação direta podem ser usadas para preencher o **checklist**. As partes devem ser preenchidas escrevendo o código qualificador para cada termo de função, estrutura, atividade e participação que mostre algum problema para o caso que está sendo avaliado. Os códigos apropriados para os qualificadores são dados nas páginas correspondentes. Comentários podem ser feitos a respeito de qualquer informação que possa servir como um qualificador adicional ou que se pense ser significativa para o caso que está sendo avaliado. A parte (Ambiente) tem códigos qualificadores negativos (barreiras) e positivos (facilitadores). Para todos os códigos positivos de qualificador, usar um sinal positivo (+) antes do código. As categorias dadas no **checklist** foram selecionadas da CIF e não são exaustivas. Se você usar uma categoria não encontrada, recomenda-se o espaço ao final de cada dimensão para registrar estas categorias.

- **Mini Exame do Estado Mental (MEEM)** (Anexo 2) com o objetivo de auxiliar na identificação dos idosos com possíveis déficits cognitivos; traduzido por Bertolucci et al., (1994), é composto por diversas questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória de evocação (3 pontos), linguagem (9 pontos). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um máximo de 30 pontos. Nesse estudo, foi utilizado o ponto de corte definido por Brucki et al. (2003): 19 pontos para analfabetos, 23 pontos para até oito anos de escolaridade e 26 pontos para idosos que estudaram acima de oito anos. Este instrumento supre as variáveis b110 (Funções da consciência), b114 (Funções da orientação), b117 (Funções intelectuais), b140 (Funções da atenção), b144 (Funções da memória), b164 (Funções cognitivas superiores) e b167 (Funções mentais da linguagem) (Anexo A).

3.6 Procedimentos de coleta de dados

Após o consentimento dos CCIs e do CEP-FATEA, a pesquisadora iniciou a coleta de dados aplicando o instrumento aos idosos que aceitaram participar do estudo, observando data e local de preferência do idoso.

3.7 Estudo piloto

Para a adequação do instrumento à coleta dos dados, no período de julho/2010, foi realizada a aplicação do **CheckList** em 30 idosos de uma cidade do Litoral Norte de São Paulo com 79.000 habitantes.

Assim, após o consentimento do participante e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os sujeitos foram estudados de acordo com os resultados obtidos com a aplicação do **CheckList**.

Como o **CheckList** nos permite adicionar e resumir as suas informações para o registro de casos na prática clínica (OMS, 2003), adaptou-se o instrumento com a inclusão de códigos de quatro algarismos e omitimos outros que não seriam relevantes ao objetivo deste estudo, além de substituir as variáveis b110 (Funções da consciência), b114 (Funções da orientação), b117 (Funções intelectuais), b140 (Funções da atenção), b144 (Funções da memória), b164 (Funções cognitivas superiores) e b167 (Funções mentais da linguagem) (Apêndice C).

3.8 Análise dos Resultados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o apoio do Estatístico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Os dados foram tratados estatisticamente, descritivamente, tendo como foco a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, em vista das funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive.

Para comparar as variáveis categóricas entre os grupos foi utilizado o teste exato de Fisher para verificar se há associação entre o item em questão e a variável explicativa (sexo, idade, escolaridade, MEEM, número de filhos, atividades física e meio de locomoção que utiliza para ir ao CCI), para valores esperados inferiores à 0,05.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

4 RESULTADOS

O estudo foi composto por 386 idosos que participam de CCI nas sete cidades do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. Os sujeitos estudados caracterizaram-se pelo predomínio de mulheres, idade média de 72 $\pm$ dp anos, casadas, etnia autodeclarante branca, com 5-10 anos de educação escolar e aposentadas, com média de renda mensal de um salário mínimo, dois filhos, naturalidade da cidade da coleta de dados, reside em casa própria, meio de locomoção que utilizado para ir ao CCI, conforme constam na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos participantes (N=386) segundo sexo, estado civil, escolaridade e profissão. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Variáveis	Idosos participantes	
Sexo	N	%
Feminino	309	80
Masculino	77	20
Idade		
60-70 anos	168	43,5
70-80 anos	167	43,3
80-90 anos	51	13,2
Estado civil/Marital		
Solteiro	34	09
Casado	236	61
Separado	38	10
Viúvo	27	07
Coabitação	51	13
Anos de educação		
1-5 anos	110	28
5-10 anos	246	64
10-15 anos	30	08

A avaliação cognitiva, de acordo com o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), mostrou uma variação de 19 a 24 pontos. A maior parte dos idosos 258 (67%) pontuou 24 pontos ou mais, 97(25%) idosos obtiveram de 20 a 23 pontos e 31(8%) idosos 19 pontos. A pontuação média foi de 25,0 ($\pm$ 1,6) pontos e mediana de 25,0 e diante do exposto podemos afirmar que os idosos estão preservados cognitivamente.

Quanto ao número de filhos, 147 (38%) idosos tiveram um filho, 99 (26%) dois filhos, 27 (7%) três filhos, 55 (14%) quatro filhos, 38 (10%) cinco filhos e 20 (5%) seis filhos.

A atividade física preferida pelos idosos que participam dos CCIs no Vale do Paraíba, SP foi a caminhada para 267 (69%), dança para 102 (26%), outros para nove (3%) e vôlei adaptado para oito (2%) dos idosos.

O meio de locomoção que utiliza para ir ao CCI foi à pé para 248 (64%), carro para 105 (27%), bicicleta para 17 (4,6%) e ônibus para 16 (4,4%).

Para as funções do corpo que são as funções fisiológicas dos sistemas corporais (incluindo as funções psicológicas) foram selecionados os seguintes domínios conforme constam na tabela 2.

Tabela 2 – Prevalência de idosos frequentadores dos CCIs, as funções do corpo segundo a CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria	Descrição	% nenhuma deficiência
b710	Funções relacionadas à mobilidade das articulações	40,0
b730	Funções relacionadas à força muscular	40,0
b735	Funções relacionadas ao tônus muscular	46,0
b765	Funções relacionadas aos movimentos involuntários	62,0
Categoria	Descrição	% com deficiência leve
b130	Funções de energia e de impulsos	46,0
b156	Funções da percepção	40,0
b210	Funções da visão	40,0
b230	Funções auditivas	40,0
b235	Função vestibular	40,0
b280	Sensação de dor	40,0

Categoria	Descrição	% nenhuma deficiência
b310	Funções da voz	32,0
b525	Funções de defecação	26,0
b530	Funções de manutenção do peso	30,0
b620	Funções urinárias	46,0
Categoria	Descrição	% com deficiência moderada
b134	Funções do sono	32,0
b152	Funções emocionais	40,0

Para atividades relacionadas à execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e participação, capacidade de resolver problemas, aplicar o conhecimento aprendido, pensar, resolver problemas e tomar decisões, foram selecionados os seguintes domínios conforme constam na tabela 3.

Tabela 3 – Prevalência de idosos frequentadores de CCI que apresentaram nenhuma dificuldade em categorias de atividades e participação segundo a CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria	Descrição	%nenhuma dificuldade
d175	Resolver problemas	76,0
d330	Fala	76,0
d335	Produção de mensagens não verbais	82,0
d450	Andar	98,0
d465	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	98,0
d510	Lavar-se	98,0
d520	Cuidado das partes do corpo	98,0
d530	Cuidados relacionados aos processos de excreção	98,0
d540	Vestir-se	98,0
d550	Comer	100,0
d560	Beber	100,0
d570	Cuidar da própria saúde	98,0
d610	Aquisição de um lugar para morar	90,0

Categoria	Descrição	%nenhuma dificuldade
d620	Aquisição de bens e serviços	90,0
d630	Preparação de refeições	98,0
d640	Realização das tarefas domésticas	98,0
d650	Cuidar dos objetos da casa	98,0
d660	Ajudar os outros	98,0
d710	Interações interpessoais básicas	100,0
d730	Relações com estranhos	100,0
d740	Relações formais	98,0
d750	Relações sociais informais	100,0
d810	Educação informal	98,0
d850	Trabalho remunerado	76,0
d860	Transações econômicas básicas	98,0
d910	Vida comunitária	100,0
d920	Recreação e lazer	100,0
d930	Religião e espiritualidade	98,0
d940	Direitos humanos	100,0
d950	Vida política e cidadania	100,0
Categoria	Descrição	% com dificuldade leve
d110	Observar	32,0
d115	Ouvir	32,0
d210	Realizar uma única tarefa	40,0
d315	Comunicação de mensagens não verbais	32,0
d350	Conversação	28,0
d440	Uso fino das mãos	32,0
d470	Utilização de transporte	33,0
d475	Dirigir	33,0
d4750	Dirigir transporte com tração animal	33,0
d4751	Dirigir veículos motorizados	33,0

Categoria	Descrição	%nenhuma dificuldade
d4752	Dirigir veículos com tração animal	33,0
d4758	Dirigir, outro especificado	33,0
d720	Interações interpessoais complexas	32,0
d760	Relações familiares	40,0
d770	Relações íntimas	40,0
d7700	Relações românticas	40,0
d7701	Relações maritais	40,0
d7702	Relações sexuais	40,0
d820	Educação escolar	52,0
d830	Educação superior	52,0
Categoria	Descrição	% dificuldade moderada
d220	Realizar tarefas múltiplas	32,0
d310	Comunicação-recepção de mensagens	30,0
d430	Levantar e carregar objetos	32,0
d870	Auto-suficiência econômica	36,0

Os fatores ambientais se constituem em ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida (CIF, 2003). A tabela 4 mostra os resultados obtidos e relacionados à aplicação do **checklist**.

Tabela 4 – Proporção dos idosos segundo as categorias da CIF que não citaram 0 NENHUMA barreira/ 0 NENHUM facilitador relacionados a fatores ambientais. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria	Descrição	% de sem barreira	% de sem facilitador
e110	Produtos ou substâncias para consumo pessoal	86,0	86,0
e1100	Alimentos	86,0	86,0
e1101	Medicamentos	86,0	86,0
e115	Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	86,0	86,0

Categoria	Descrição	% de sem barreira	% de sem facilitador
e1150	Produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária	86,0	86,0
e1151	Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária	86,0	86,0
e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	86,0	86,0
e140	Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas	86,0	86,0
e145	Produtos e tecnologia para prática religiosa e vida espiritual	86,0	86,0
e165	Bens	86,0	86,0
e210	Geografia física	86,0	86,0
e2100	Formas de terreno	86,0	86,0
e310	Família imediata	86,0	86,0
e320	Amigos	86,0	86,0
e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	86,0	86,0
e330	Pessoas em posição de autoridade	86,0	86,0
e340	Cuidadores e assistentes pessoais	86,0	86,0
e355	Profissionais da saúde	86,0	86,0
e360	Outros profissionais	86,0	86,0
e450	Atitudes individuais dos profissionais de saúde	86,0	86,0
e455	Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	86,0	86,0
e570	Serviços, sistemas e políticas da previdência social	96,0	96,0
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde	96,0	96,0

Para as funções do corpo que são as funções fisiológicas dos sistemas corporais foram associadas entre o item em questão e a variável explicativa conforme constam nas tabelas a seguir.

Tabela 5 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o sexo e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		Feminino (N=309)	Masculino (N=77)	Valor de p
Funções da energia de impulsos	N	129	21	0,026
	%	41,7	27,3	
Funções do sono	N	107	30	0,507
	%	34,6	39	
Funções da atenção	N	149	37	1
	%	48,2	48,1	
Funções da memória	N	139	27	0,124
	%	45	35,1	
Funções emocionais	N	211	60	0,125
	%	68,3	77,9	
Funções da percepção	N	126	32	0,898
	%	40,8	41,6	
Funções auditivas	N	221	59	0,396
	%	71,5	76,6	
Funções auditivas	N	122	35	0,365
	%	39,5	45,5	
Função vestibular	N	156	43	0,445
	%	50,5	55,8	
Sensação de dor	N	118	35	0,245
	%	38,2	45,5	
Funções da voz	N	116	28	0,896
	%	37,5	36,4	
Funções de defecação	N	101	22	0,585
	%	32,7	28,6	
Funções de manutenção do peso	N	200	46	0,429
	%	64,7	59,7	
Funções urinárias	N	214	54	1
	%	69,3	70,1	
Funções relacionadas a mobilidade das articulações	N	124	36	0,303
	%	40,1	46,8	
Funções relacionadas a força muscular	N	131	34	0,798
	%	42,4	44,2	
Funções relacionadas ao tônus muscular	N	145	36	1
	%	46,9	46,8	

Tabela 6 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a idade e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		(60, 70] (N=168)	(70, 80] (N=167)	(80, 90] (N=51)	Valor de p
Funções da energia de impulsos	N	55	77	19	0,041
	%	33,1	46,7	38	
Funções do sono	N	54	64	19	0,475
	%	32,5	38,8	38	
Funções da atenção	N	83	74	27	0,443
	%	50	44,8	54	
Funções da memória	N	71	66	26	0,325
	%	42,8	40	52	
Funções emocionais	N	119	122	26	0,013
	%	71,7	73,9	52	
Funções da percepção	N	71	72	13	0,067
	%	42,8	43,6	26	
Funções auditivas	N	118	126	33	0,279
	%	71,1	76,4	66	
Funções auditivas	N	69	66	21	0,947
	%	41,6	40	42	
Função vestibular	N	83	88	26	0,836
	%	50	53,3	52	
Sensação de dor	N	71	65	16	0,388
	%	42,8	39,4	32	
Funções da voz	N	67	58	16	0,463
	%	40,4	35,2	32	
Funções de defecação	N	61	49	13	0,243
	%	36,7	29,7	26	
Funções de manutenção do peso	N	101	106	35	0,511
	%	60,8	64,2	70	
Funções urinárias	N	119	111	34	0,657
	%	71,7	67,3	68	
Funções relacionadas a mobilidade das articulações	N	71	66	20	0,859
	%	42,8	40	40	
Funções relacionadas a força muscular	N	75	65	23	0,496
	%	45,2	39,4	46	
Funções relacionadas ao tônus muscular	N	75	75	29	0,249
	%	45,2	45,5	58	
Funções relacionadas aos movimentos involuntários	N	74	80	21	0,68
	%	44,6	48,5	42,9	

Tabela 7 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo anos de educação e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		1 a 5 anos (N=110)	5 a 10 anos (N=246)	10 a 15 anos (N=30)	Valor de p
Funções da energia de impulsos	N	43	89	18	0,044
	%	39,1	36,2	60	
Funções do sono	N	37	88	12	0,799
	%	33,6	35,8	40	
Funções da atenção	N	50	119	17	0,552
	%	45,5	48,4	56,7	
Funções da memória	N	48	108	10	0,57
	%	43,6	43,9	33,3	
Funções emocionais	N	81	167	23	0,426
	%	73,6	67,9	76,7	
Funções da percepção	N	44	97	17	0,202
	%	40,0	39,4	56,7	
Funções da visão	N	81	177	22	0,966
	%	73,6	72	73,3	
Funções auditivas	N	47	95	15	0,425
	%	42,7	38,6	50	
Função vestibular	N	56	132	11	0,21
	%	50,9	53,7	36,7	
Sensação de dor	N	48	93	12	0,587
	%	43,6	37,8	40	
Funções da voz	N	44	88	12	0,693
	%	40	35,8	40	
Funções de defecação	N	28	85	10	0,231
	%	25,5	34,6	33,3	
Funções de manutenção do peso	N	71	156	19	0,985
	%	64,5	63,4	63,3	
Funções urinárias	N	73	170	25	0,193
	%	66,4	69,1	83,3	
Funções relacionadas a mobilidade das articulações	N	44	104	12	0,918
	%	40	42,3	40	
Funções relacionadas a força muscular	N	45	104	16	0,461
	%	40,9	42,3	53,3	
Funções relacionadas ao tônus muscular	N	52	119	10	0,301
	%	47,3	48,4	33,3	
Funções relacionadas aos movimentos involuntários	N	58	111	10	0,137
	%	52,7	45,3	33,3	

Tabela 8 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o MEEM e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		19 (N=31)	20-23 (N=97)	24 (N=258)	Valor de p
Funções da energia de impulsos	N	19	29	102	0,008
	%	61,3	29,9	39,5	
Funções do sono	N	11	35	91	0,985
	%	35,5	36,1	35,3	
Funções da atenção	N	18	59	109	0,004
	%	58,1	60,8	42,2	
Funções da memória	N	18	29	119	0,005
	%	58,1	29,9	46,1	
Funções emocionais	N	22	56	193	0,008
	%	71	57,7	74,8	
Funções da percepção	N	10	32	116	0,077
	%	32,3	33	45	
Funções da visão	N	18	50	212	0
	%	58,1	51,5	82,2	
Funções auditivas	N	9	34	114	0,117
	%	29	35,1	44,2	
Função vestibular	N	19	49	131	0,554
	%	61,3	50,5	50,8	
Sensação de dor	N	11	54	88	0,001
	%	35,5	55,7	34,1	
Funções da voz	N	11	46	87	0,059
	%	35,5	47,4	33,7	
Funções de defecação	N	11	35	77	0,474
	%	35,5	36,1	29,8	
Funções de manutenção do peso	N	21	59	166	0,761
	%	67,7	60,8	64,3	
Funções urinárias	N	18	77	173	0,026
	%	58,1	79,4	67,1	
Funções relacionadas a mobilidade das articulações	N	19	36	105	0,058
	%	61,3	37,1	40,7	
Funções relacionadas a força muscular	N	18	43	104	0,162
	%	58,1	44,3	40,3	
Funções relacionadas ao tônus muscular	N	18	36	127	0,057
	%	58,1	37,1	49,2	
Funções relacionadas aos movimentos involuntários	N	18	40	121	0,195
	%	60	41,2	46,9	

Tabela 9 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o número de filhos e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		1 (N=147)	2 (N=99)	3 (N=27)	4 (N=55)	5 (N=38)	6 (N=20)	Valor de p
Funções da energia de impulsos	N	58	37	10	23	15	8	0,996
	%	39,2	37,4	37	41,8	39,5	40	
Funções do sono	N	48	37	13	18	13	8	0,688
	%	32,4	37,4	48,1	32,7	34,2	40	
Funções da atenção	N	77	47	15	22	15	10	0,532
	%	52	47,5	55,6	40	39,5	50	
Funções da memória	N	69	45	11	22	13	6	0,585
	%	46,6	45,5	40,7	40	34,2	30	
Funções emocionais	N	103	71	22	37	23	16	0,488
	%	69,6	71,7	81,5	67,3	60,5	80	
Funções da percepção	N	52	44	13	25	16	8	0,59
	%	35,1	44,4	48,1	45,5	42,1	40	
Funções da visão	N	102	78	18	41	29	13	0,484
	%	68,9	78,8	66,7	74,5	76,3	65	
Funções auditivas	N	55	42	14	22	14	10	0,659
	%	37,2	42,4	51,9	40	36,8	50	
Função vestibular	N	71	59	14	32	13	11	0,11
	%	48	59,6	51,9	58,2	34,2	55	
Sensação de dor	N	62	33	10	20	21	7	0,285
	%	41,9	33,3	37	36,4	55,3	35	
Funções da voz	N	58	36	9	17	17	7	0,807
	%	39,2	36,4	33,3	30,9	44,7	35	
Funções de defecação	N	49	29	8	18	10	9	0,766
	%	33,1	29,3	29,6	32,7	26,3	45	
Funções de manutenção do peso	N	98	66	16	29	26	12	0,498
	%	66,2	66,7	59,3	52,7	68,4	60	
Funções urinárias	N	108	60	18	41	26	16	0,29
	%	73	60,6	66,7	74,5	68,4	80	
Funções relacionadas a mobilidade das articulações	N	61	41	11	19	19	9	0,799
	%	41,2	41,4	40,7	34,5	50	45	
Funções relacionadas a força muscular	N	68	45	12	17	14	10	0,404
	%	45,9	45,5	44,4	30,9	36,8	50	
Funções relacionadas ao tônus muscular	N	70	45	12	26	20	9	0,984
	%	47,3	45,5	44,4	47,3	52,6	45	
Funções relacionadas aos movimentos involuntários	N	65	40	14	27	27	7	0,03
	%	43,9	40,8	51,9	49,1	71,1	35	

Tabela 10 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a atividade física preferida e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		Caminha (N=267)	Dança (N=102)	Outros (N=9)	Vôlei (N=8)	Valor de p
Funções da energia de impulsos	N	106	37	3	4	0,822
	%	39,7	36,3	33,3	50	
Funções do sono	N	95	38	3	1	0,628
	%	35,6	37,3	33,3	12,5	
Funções da atenção	N	124	54	5	3	0,617
	%	46,4	52,9	55,6	37,5	
Funções da memória	N	114	44	4	4	0,98
	%	42,7	43,1	44,4	50	
Funções emocionais	N	190	67	8	6	0,469
	%	71,2	65,7	88,9	75	
Funções da percepção	N	98	51	5	4	0,081
	%	36,7	50	55,6	50	
Funções da visão	N	182	85	6	7	0,014
	%	68,2	83,3	66,7	87,5	
Funções auditivas	N	101	47	4	5	0,276
	%	37,8	46,1	44,4	62,5	
Função vestibular	N	134	57	2	6	0,129
	%	50,2	55,9	22,2	75	
Sensação de dor	N	104	42	3	4	0,892
	%	39	41,2	33,3	50	
Funções da voz	N	90	45	5	4	0,135
	%	33,7	44,1	55,6	50	
Funções de defecação	N	83	34	3	3	0,927
	%	31,1	33,3	33,3	37,5	
Funções de manutenção do peso	N	169	63	7	7	0,466
	%	63,3	61,8	77,8	87,5	
Funções urinárias	N	196	61	8	3	0,007
	%	73,4	59,8	88,9	37,5	
Funções relacionadas a mobilidade das articulações	N	112	40	4	4	0,904
	%	41,9	39,2	44,4	50	
Funções relacionadas a força muscular	N	123	34	3	5	0,086
	%	46,1	33,3	33,3	62,5	
Funções relacionadas ao tônus muscular	N	124	48	4	5	0,854
	%	46,4	47,1	44,4	62,5	
Funções relacionadas aos movimentos involuntários	N	121	48	6	4	0,641
	%	45,3	47,5	66,7	50	

Tabela 11 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o meio de locomoção que utiliza para ir ao CCI e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		A pé (N=248)	Bicicleta (N=17)	Carro (N=105)	Ônibus (N=16)	Valor de p
Funções da energia de impulsos	N	93	4	44	8	0,822
	%	37,5	25	41,9	50	
Funções do sono	N	88	5	38	6	0,628
	%	35,5	31,2	36,2	37,5	
Funções da atenção	N	126	8	49	2	0,617
	%	50,8	50	46,7	12,5	
Funções da memória	N	102	6	50	7	0,98
	%	41,1	37,5	47,6	43,8	
Funções emocionais	N	170	13	78	9	0,469
	%	68,5	81,2	74,3	56,2	
Funções da percepção	N	105	9	39	5	0,081
	%	42,3	56,2	37,1	31,2	
Funções da visão	N	181	10	75	13	0,014
	%	73	62,5	71,4	81,2	
Funções auditivas	N	101	7	43	6	0,276
	%	40,7	43,8	41	37,5	
Função vestibular	N	124	7	58	10	0,129
	%	50	43,8	55,2	62,5	
Sensação de dor	N	97	7	44	5	0,892
	%	39,1	43,8	41,9	31,2	
Funções da voz	N	91	5	39	8	0,135
	%	36,7	31,2	37,1	50	
Funções de defecação	N	82	3	37	0	0,927
	%	33,1	18,8	35,2	0	
Funções de manutenção do peso	N	151	10	74	10	0,466
	%	60,9	62,5	70,5	62,5	
Funções urinárias	N	180	12	65	10	0,007
	%	72,6	75	61,9	62,5	
Funções relacionadas a mobilidade das articulações	N	105	6	39	9	0,904
	%	42,3	37,5	37,1	56,2	
Funções relacionadas a força muscular	N	105	8	46	6	0,086
	%	42,3	50	43,8	37,5	
Funções relacionadas ao tônus muscular	N	118	8	47	7	0,854
	%	47,6	50	44,8	43,8	
Funções relacionadas aos movimentos involuntários	N	109	6	53	11	0,641
	%	44,1	37,5	50,5	68,8	

Para atividades relacionadas à execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e participação, capacidade de resolver problemas, aplicar o conhecimento aprendido, pensar, resolver problemas e tomar decisões, foram associadas, entre o item em questão e a variável explicativa, conforme constam nas tabelas a seguir.

Tabela 12 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o sexo e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		Feminino (N=309)	Masculino (N=77)	Valor de p
Observar	N	182	49	0,516
	%	58,9	63,6	
Ouvir	N	198	49	1
	%	64,1	63,6	
Aprender a ler	N	170	43	1
	%	55,4	55,8	
Resolver problemas	N	135	24	0,052
	%	43,7	31,2	
Realizar uma única tarefa	N	170	38	0,375
	%	55	49,4	
Realizar tarefas múltiplas	N	141	43	0,126
	%	45,6	55,8	
Fala	N	135	31	0,609
	%	43,7	40,3	
Produção de mensagens não verbais	N	136	42	0,125
	%	44	54,5	
Conversação	N	161	36	0,445
	%	52,1	46,8	
Levantar e carregar objetos	N	194	45	0,513
	%	62,8	58,4	
Uso fino da mão	N	207	49	0,592
	%	67	63,6	
Andar	N	199	52	0,689
	%	64,4	67,5	
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	N	203	60	0,041
	%	65,7	77,9	
Utilização de transporte	N	206	60	0,073
	%	66,7	77,9	
Dirigir	N	202	50	1
	%	65,4	64,9	

Categoria		Feminino (N=309)	Masculino (N=77)	Valor de p
Dirigir transporte com tração humana	N	151	44	0,205
	%	48,9	57,1	
Dirigir veículos motorizados	N	157	51	0,016
	%	50,8	66,2	
Dirigir veículos com tração animal	N	195	51	0,691
	%	63,1	66,2	
Dirigir, outro especificado	N	180	48	0,605
	%	58,3	62,3	
Lavar-se	N	159	43	0,525
	%	51,5	55,8	
Cuidado das partes do corpo	N	169	39	0,526
	%	54,7	50,6	
Cuidados relacionados aos processos de excreção	N	177	40	0,442
	%	57,3	51,9	
Vestir-se	N	158	36	0,526
	%	51,1	46,8	
Comer	N	114	22	0,185
	%	36,9	28,6	
Beber	N	165	37	0,445
	%	53,4	48,1	
Cuidar da própria saúde	N	160	37	0,611
	%	51,8	48,1	
Aquisição de bens e serviços	N	138	26	0,094
	%	44,7	33,8	
Preparação de refeições	N	136	32	0,797
	%	44	41,6	
Realização de tarefas domésticas	N	160	41	0,899
	%	51,8	53,2	
Cuidar dos objetos da casa	N	156	42	0,61
	%	50,5	54,5	
Ajudar os outros	N	133	38	0,37
	%	43	49,4	
Interações interpessoais básicas	N	138	41	0,202
	%	44,7	53,2	
Interações interpessoais complexas	N	165	43	0,798
	%	53,4	55,8	

Categoria		Feminino (N=309)	Masculino (N=77)	Valor de p
Relações com estranhos	N	185	40	0,245
	%	59,9	51,9	
Relações formais	N	135	32	0,798
	%	43,7	41,6	
Relações sociais informais	N	186	38	0,094
	%	60,2	49,4	
Relações familiares	N	181	44	0,897
	%	58,6	57,1	
Relações íntimas	N	175	45	0,798
	%	56,6	58,4	
Relações românticas	N	135	41	0,159
	%	43,7	53,2	
Relações maritais	N	159	40	1
	%	51,5	51,9	
Relações sexuais	N	205	51	1
	%	66,3	66,2	
Educação informal	N	165	44	0,61
	%	53,4	57,1	
Educação escolar	N	199	60	0,03
	%	64,4	77,9	
Educação superior	N	171	48	0,304
	%	55,3	62,3	
Trabalho remunerado	N	153	45	0,202
	%	49,5	58,4	
Transações econômicas básicas	N	154	36	0,703
	%	49,8	46,8	
Auto-suficiência econômica	N	181	43	0,7
	%	58,6	55,8	
Vida comunitária	N	147	31	0,307
	%	47,6	40,3	
Recreação e lazer	N	140	31	0,444
	%	45,3	40,3	
Religião e espiritualidade	N	190	50	0,602
	%	61,5	64,9	
Direitos humanos	N	179	42	0,608
	%	57,9	54,5	
Vida política e cidadania	N	159	38	0,799
	%	51,5	49,4	

Tabela 13 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a idade e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		(60, 70] (N=168)	(70, 80] (N=167)	(80, 90] (N=51)	Valor de p
Observar	N	96	103	30	0,711
	%	57,8	62,4	60	
Ouvir	N	99	119	25	0,006
	%	59,6	72,1	50	
Aprender a ler	N	91	91	26	0,979
	%	55,2	55,2	53,1	
Resolver problemas	N	64	79	15	0,048
	%	38,6	47,9	30	
Realizar uma única tarefa	N	87	87	31	0,471
	%	52,4	52,7	62	
Realizar tarefas múltiplas	N	89	69	23	0,097
	%	53,6	41,8	46	
Fala	N	72	68	25	0,548
	%	43,4	41,2	50	
Produção de mensagens não verbais	N	79	79	19	0,442
	%	47,6	47,9	38	
Conversação	N	88	82	24	0,768
	%	53	49,7	48	
Levantar e carregar objetos	N	106	102	27	0,453
	%	63,9	61,8	54	
Uso fino da mão	N	112	115	25	0,037
	%	67,5	69,7	50	
Andar	N	111	104	31	0,7
	%	66,9	63	62	
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	N	117	112	29	0,262
	%	70,5	67,9	58	
Utilização de transporte	N	120	106	37	0,218
	%	72,3	64,2	74	
Dirigir	N	112	104	33	0,697
	%	67,5	63	66	

Categoria		(60, 70] (N=168)	(70, 80] (N=167)	(80, 90] (N=51)	Valor de p
Dirigir transporte com tração humana	N	82	81	29	0,525
	%	49,4	49,1	58	
Dirigir veículos motorizados	N	93	86	27	0,767
	%	56	52,1	54	
Dirigir veículos com tração animal	N	104	105	32	0,989
	%	62,7	63,6	64	
Dirigir, outro especificado	N	98	98	28	0,917
	%	59	59,4	56	
Lavar-se	N	86	82	30	0,443
	%	51,8	49,7	60	
Cuidado das partes do corpo	N	90	81	34	0,063
	%	54,2	49,1	68	
Cuidados relacionados aos processos de excreção	N	95	91	29	0,908
	%	57,2	55,2	58	
Vestir-se	N	86	80	25	0,845
	%	51,8	48,5	50	
Comer	N	57	61	17	0,871
	%	34,3	37	34	
Beber	N	89	79	30	0,275
	%	53,6	47,9	60	
Cuidar da própria saúde	N	84	86	25	0,949
	%	50,6	52,1	50	
Aquisição de bens e serviços	N	69	69	25	0,541
	%	41,6	41,8	50	
Preparação de refeições	N	75	70	21	0,861
	%	45,2	42,4	42	
Realização de tarefas domésticas	N	82	94	21	0,132
	%	49,4	57	42	
Cuidar dos objetos da casa	N	84	81	30	0,407
	%	50,6	49,1	60	
Ajudar os outros	N	78	63	27	0,086
	%	47	38,2	54	
Interações interpessoais básicas	N	79	81	16	0,092
	%	47,6	49,1	32	
Interações interpessoais complexas	N	91	84	30	0,518
	%	54,8	50,9	60	

Categoria		(60, 70] (N=168)	(70, 80] (N=167)	(80, 90] (N=51)	Valor de p
Relações com estranhos	N	95	96	32	0,699
	%	57,2	58,2	64	
Relações formais	N	77	69	18	0,413
	%	46,4	41,8	36	
Relações sociais informais	N	98	99	24	0,31
	%	59	60	48	
Relações familiares	N	99	106	18	0,002
	%	59,6	64,2	36	
Relações íntimas	N	98	90	27	0,665
	%	59	54,5	54	
Relações românticas	N	73	78	22	0,826
	%	44	47,3	44	
Relações maritais	N	88	85	22	0,537
	%	53	51,5	44	
Relações sexuais	N	108	107	37	0,481
	%	65,1	64,8	74	
Educação informal	N	97	86	21	0,112
	%	58,4	52,1	42	
Educação escolar	N	109	109	37	0,551
	%	65,7	66,1	74	
Educação superior	N	95	92	28	0,958
	%	57,2	55,8	56	
Trabalho remunerado	N	85	78	31	0,188
	%	51,2	47,3	62	
Transações econômicas básicas	N	79	79	29	0,416
	%	47,6	47,9	58	
Auto-suficiência econômica	N	96	97	27	0,842
	%	57,8	58,8	54	
Vida comunitária	N	74	76	24	0,909
	%	44,6	46,1	48	
Recreação e lazer	N	75	74	22	1
	%	45,2	44,8	44	
Religião e espiritualidade	N	112	93	32	0,112
	%	67,5	56,4	64	
Direitos humanos	N	94	95	29	0,989
	%	56,6	57,6	58	
Vida política e cidadania	N	83	81	32	0,163
	%	50	49,1	64	

Tabela 14 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo anos de educação e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		1 a 5 anos (N=110)	5 a 10 anos (N=246)	10 a 15 anos (N=30)	Valor de p
Observar	N	69	147	15	0,442
	%	62,7	59,8	50	
Ouvir	N	74	156	17	0,526
	%	67,3	63,4	56,7	
Aprender a ler	N	53	142	18	0,192
	%	48,2	58,2	60	
Resolver problemas	N	41	109	9	0,212
	%	37,3	44,3	30	
Realizar uma única tarefa	N	62	131	15	0,791
	%	56,4	53,3	50	
Realizar tarefas múltiplas	N	50	119	15	0,86
	%	45,5	48,4	50	
Fala	N	46	106	14	0,882
	%	41,8	43,1	46,7	
Produção de mensagens não verbais	N	52	107	19	0,113
	%	47,3	43,5	63,3	
Conversação	N	57	121	19	0,336
	%	51,8	49,2	63,3	
Levantar e carregar objetos	N	75	141	23	0,034
	%	68,2	57,3	76,7	
Uso fino da mão	N	79	155	22	0,196
	%	71,8	63	73,3	
Andar	N	75	155	21	0,555
	%	68,2	63	70	
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	N	75	166	22	0,854
	%	68,2	67,5	73,3	
Utilização de transporte	N	79	167	20	0,738
	%	71,8	67,9	66,7	
Dirigir	N	64	166	22	0,148
	%	58,2	67,5	73,3	

Categoria		1 a 5 anos (N=110)	5 a 10 anos (N=246)	10 a 15 anos (N=30)	Valor de p
Dirigir transporte com tração humana	N	56	122	17	0,781
	%	50,9	49,6	56,7	
Dirigir veículos motorizados	N	57	135	16	0,883
	%	51,8	54,9	53,3	
Dirigir veículos com tração animal	N	65	160	21	0,421
	%	59,1	65	70	
Dirigir, outro especificado	N	66	150	12	0,091
	%	60	61	40	
Lavar-se	N	54	134	14	0,515
	%	49,1	54,5	46,7	
Cuidado das partes do corpo	N	52	141	15	0,199
	%	47,3	57,3	50	
Cuidados relacionados aos processos de excreção	N	71	134	12	0,036
	%	64,5	54,5	40	
Vestir-se	N	55	126	13	0,72
	%	50	51,2	43,3	
Comer	N	41	90	5	0,076
	%	37,3	36,6	16,7	
Beber	N	53	135	14	0,407
	%	48,2	54,9	46,7	
Cuidar da própria saúde	N	57	127	13	0,699
	%	51,8	51,6	43,3	
Aquisição de bens e serviços	N	36	118	10	0,015
	%	32,7	48	33,3	
Preparação de refeições	N	52	106	10	0,385
	%	47,3	43,1	33,3	
Realização de tarefas domésticas	N	59	129	13	0,609
	%	53,6	52,4	43,3	
Cuidar dos objetos da casa	N	52	130	16	0,61
	%	47,3	52,8	53,3	
Ajudar os outros	N	45	116	10	0,257
	%	40,9	47,2	33,3	
Interações interpessoais básicas	N	42	118	19	0,035
	%	38,2	48	63,3	
Interações interpessoais complexas	N	65	126	17	0,384
	%	59,1	51,2	56,7	

Categoria		1 a 5 anos (N=110)	5 a 10 anos (N=246)	10 a 15 anos (N=30)	Valor de p
Relações com estranhos	N	64	140	21	0,422
	%	58,2	56,9	70	
Relações formais	N	43	107	17	0,225
	%	39,1	43,5	56,7	
Relações sociais informais	N	66	138	20	0,493
	%	60	56,1	66,7	
Relações familiares	N	65	141	19	0,821
	%	59,1	57,3	63,3	
Relações íntimas	N	66	137	17	0,756
	%	60	55,7	56,7	
Relações românticas	N	46	119	11	0,324
	%	41,8	48,4	36,7	
Relações maritais	N	57	128	14	0,884
	%	51,8	52	46,7	
Relações sexuais	N	59	177	20	0,003
	%	53,6	72	66,7	
Educação informal	N	59	135	15	0,883
	%	53,6	54,9	50	
Educação escolar	N	67	172	20	0,234
	%	60,9	69,9	66,7	
Educação superior	N	60	144	15	0,579
	%	54,5	58,5	50	
Trabalho remunerado	N	49	135	14	0,167
	%	44,5	54,9	46,7	
Transações econômicas básicas	N	43	133	14	0,031
	%	39,1	54,1	46,7	
Auto-suficiência econômica	N	62	149	13	0,182
	%	56,4	60,6	43,3	
Vida comunitária	N	47	116	15	0,669
	%	42,7	47,2	50	
Recreação e lazer	N	47	116	8	0,095
	%	42,7	47,2	26,7	
Religião e espiritualidade	N	68	156	16	0,541
	%	61,8	63,4	53,3	
Direitos humanos	N	59	145	17	0,629
	%	53,6	58,9	56,7	
Vida política e cidadania	N	46	139	12	0,017
	%	41,8	56,5	40	

Tabela 15 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o MEEM e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		19 (N=31)	20-23 (N=97)	24 (N=258)	Valor de p
Observar	N	10	54	167	0,002
	%	32,3	55,7	64,7	
Ouvir	N	19	61	167	0,886
	%	61,3	62,9	64,7	
Aprender a ler	N	16	54	143	0,958
	%	53,3	56,2	55,4	
Resolver problemas	N	7	39	113	0,071
	%	22,6	40,2	43,8	
Realizar uma única tarefa	N	19	61	128	0,058
	%	61,3	62,9	49,6	
Realizar tarefas múltiplas	N	20	59	105	<0,001
	%	64,5	60,8	40,7	
Fala	N	23	47	96	<0,001
	%	74,2	48,5	37,2	
Produção de mensagens não verbais	N	17	60	101	<0,001
	%	54,8	61,9	39,1	
Conversação	N	17	47	133	0,81
	%	54,8	48,5	51,6	
Levantar e carregar objetos	N	21	44	174	0,001
	%	67,7	45,4	67,4	
Uso fino da mão	N	20	48	188	<0,001
	%	64,5	49,5	72,9	
Andar	N	9	53	189	<0,001
	%	29	54,6	73,3	
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	N	9	59	195	<0,001
	%	29	60,8	75,6	
Utilização de transporte	N	18	62	186	0,128
	%	58,1	63,9	72,1	
Dirigir	N	19	74	159	0,029
	%	61,3	76,3	61,6	

Categoria		19 (N=31)	20-23 (N=97)	24 (N=258)	Valor de p
Dirigir transporte com tração humana	N	24	56	115	0,001
	%	77,4	57,7	44,6	
Dirigir veículos motorizados	N	23	56	129	0,025
	%	74,2	57,7	50	
Dirigir veículos com tração animal	N	22	57	167	0,4
	%	71	58,8	64,7	
Dirigir, outro especificado	N	20	58	150	0,781
	%	64,5	59,8	58,1	
Lavar-se	N	9	66	127	<0,001
	%	29	68	49,2	
Cuidado das partes do corpo	N	11	62	135	0,014
	%	35,5	63,9	52,3	
Cuidados relacionados aos processos de excreção	N	10	67	140	0,001
	%	32,3	69,1	54,3	
Vestir-se	N	9	67	118	<0,001
	%	29	69,1	45,7	
Comer	N	11	34	91	1
	%	35,5	35,1	35,3	
Beber	N	9	45	148	0,004
	%	29	46,4	57,4	
Cuidar da própria saúde	N	9	44	144	0,008
	%	29	45,4	55,8	
Aquisição de bens e serviços	N	9	41	114	0,285
	%	29	42,3	44,2	
Preparação de refeições	N	8	40	120	0,076
	%	25,8	41,2	46,5	
Realização de tarefas domésticas	N	11	50	140	0,141
	%	35,5	51,5	54,3	
Cuidar dos objetos da casa	N	13	54	131	0,411
	%	41,9	55,7	50,8	
Ajudar os outros	N	11	51	109	0,128
	%	35,5	52,6	42,2	
Interações interpessoais básicas	N	12	38	129	0,132
	%	38,7	39,2	50	
Interações interpessoais complexas	N	19	38	151	0,003
	%	61,3	39,2	58,5	

Categoria		19 (N=31)	20-23 (N=97)	24 (N=258)	Valor de p
Relações com estranhos	N	15	47	163	0,021
	%	48,4	48,5	63,2	
Relações formais	N	8	33	126	0,005
	%	25,8	34	48,8	
Relações sociais informais	N	15	50	159	0,116
	%	48,4	51,5	61,6	
Relações familiares	N	19	58	148	0,865
	%	61,3	59,8	57,4	
Relações íntimas	N	19	59	142	0,555
	%	61,3	60,8	55	
Relações românticas	N	24	40	112	0,001
	%	77,4	41,2	43,4	
Relações maritais	N	23	47	129	0,028
	%	74,2	48,5	50	
Relações sexuais	N	22	61	173	0,685
	%	71	62,9	67,1	
Educação informal	N	9	61	139	0,004
	%	29	62,9	53,9	
Educação escolar	N	12	74	173	0,001
	%	38,7	76,3	67,1	
Educação superior	N	19	62	138	0,18
	%	61,3	63,9	53,5	
Trabalho remunerado	N	9	60	129	0,005
	%	29	61,9	50	
Transações econômicas básicas	N	11	72	107	<0,001
	%	35,5	74,2	41,5	
Auto-suficiência econômica	N	21	85	118	<0,001
	%	67,7	87,6	45,7	
Vida comunitária	N	10	62	106	<0,001
	%	32,3	63,9	41,1	
Recreação e lazer	N	9	58	104	0,001
	%	29	59,8	40,3	
Religião e espiritualidade	N	10	73	157	<0,001
	%	32,3	75,3	60,9	
Direitos humanos	N	11	52	158	0,017
	%	35,5	53,6	61,2	
Vida política e cidadania	N	11	59	127	0,03
	%	35,5	60,8	49,2	

Tabela 16 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o número de filhos e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		1 (N=147)	2 (N=99)	3 (N=27)	4 (N=55)	5 (N=38)	6 (N=20)	Valor de p
Observar	N	88	65	13	32	22	12	0,684
	%	59,5	65,7	48,1	58,2	57,9	60	
Ouvir	N	90	60	18	39	28	13	0,574
	%	60,8	60,6	66,7	70,9	73,7	65	
Aprender a ler	N	82	47	17	29	25	13	0,343
	%	56,2	47,5	63	52,7	65,8	65	
Resolver problemas	N	58	45	9	28	13	7	0,445
	%	39,2	45,5	33,3	50,9	34,2	35	
Realizar uma única tarefa	N	77	55	15	32	19	11	0,964
	%	52	55,6	55,6	58,2	50	55	
Realizar tarefas múltiplas	N	75	42	18	24	18	7	0,212
	%	50,7	42,4	66,7	43,6	47,4	35	
Fala	N	66	41	14	17	18	11	0,313
	%	44,6	41,4	51,9	30,9	47,4	55	
Produção de mensagens não verbais	N	69	45	14	23	15	13	0,511
	%	46,6	45,5	51,9	41,8	39,5	65	
Conversação	N	82	53	9	25	23	5	0,032
	%	55,4	53,5	33,3	45,5	60,5	25	
Levantar e carregar objetos	N	91	56	15	40	25	12	0,45
	%	61,5	56,6	55,6	72,7	65,8	60	
Uso fino da mão	N	96	62	21	37	26	14	0,793
	%	64,9	62,6	77,8	67,3	68,4	70	
Andar	N	90	74	17	35	22	14	0,25
	%	60,8	74,7	63	63,6	57,9	70	
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	N	92	70	16	38	30	18	0,07
	%	62,2	70,7	59,3	69,1	78,9	90	
Utilização de transporte	N	99	72	19	32	28	17	0,255
	%	66,9	72,7	70,4	58,2	73,7	85	
Dirigir	N	100	59	20	41	20	13	0,195
	%	67,6	59,6	74,1	74,5	52,6	65	

Categoria		1 (N=147)	2 (N=99)	3 (N=27)	4 (N=55)	5 (N=38)	6 (N=20)	Valor de p
Dirigir transporte com tração humana	N	71	52	12	27	23	10	0,777
	%	48	52,5	44,4	49,1	60,5	50	
Dirigir veículos motorizados	N	74	51	12	36	24	11	0,271
	%	50	51,5	44,4	65,5	63,2	55	
Dirigir veículos com tração animal	N	94	66	18	29	25	14	0,608
	%	63,5	66,7	66,7	52,7	65,8	70	
Dirigir, outro especificado	N	82	64	15	34	22	11	0,762
	%	55,4	64,6	55,6	61,8	57,9	55	
Lavar-se	N	84	52	13	24	18	11	0,63
	%	56,8	52,5	48,1	43,6	47,4	55	
Cuidado das partes do corpo	N	80	55	14	29	20	10	0,997
	%	54,1	55,6	51,9	52,7	52,6	50	
Cuidados relacionados aos processos de excreção	N	86	57	16	30	19	9	0,84
	%	58,1	57,6	59,3	54,5	50	45	
Vestir-se	N	73	44	15	30	20	12	0,713
	%	49,3	44,4	55,6	54,5	52,6	60	
Comer	N	55	35	11	16	15	4	0,578
	%	37,2	35,4	40,7	29,1	39,5	20	
Beber	N	76	55	14	27	15	15	0,197
	%	51,4	55,6	51,9	49,1	39,5	75	
Cuidar da própria saúde	N	69	54	17	26	24	7	0,173
	%	46,6	54,5	63	47,3	63,2	35	
Aquisição de bens e serviços	N	58	43	9	24	19	11	0,58
	%	39,2	43,4	33,3	43,6	50	55	
Preparação de refeições	N	66	42	16	20	16	8	0,542
	%	44,6	42,4	59,3	36,4	42,1	40	
Realização de tarefas domésticas	N	76	57	15	29	15	10	0,576
	%	51,4	57,6	55,6	52,7	39,5	50	
Cuidar dos objetos da casa	N	66	50	19	25	27	12	0,016
	%	44,6	50,5	70,4	45,5	71,1	60	
Ajudar os outros	N	66	41	16	23	16	10	0,665
	%	44,6	41,4	59,3	41,8	42,1	50	
Interações interpessoais básicas	N	71	47	13	25	15	9	0,965
	%	48	47,5	48,1	45,5	39,5	45	
Interações interpessoais complexas	N	85	55	16	26	17	10	0,618
	%	57,4	55,6	59,3	47,3	44,7	50	

Categoria		1 (N=147)	2 (N=99)	3 (N=27)	4 (N=55)	5 (N=38)	6 (N=20)	Valor de p
Relações com estranhos	N	98	50	21	29	17	11	0,015
	%	66,2	50,5	77,8	52,7	44,7	55	
Relações formais	N	64	44	14	23	17	6	0,804
	%	43,2	44,4	51,9	41,8	44,7	30	
Relações sociais informais	N	88	57	16	34	21	9	0,852
	%	59,5	57,6	59,3	61,8	55,3	45	
Relações familiares	N	84	56	17	29	26	14	0,574
	%	56,8	56,6	63	52,7	68,4	70	
Relações íntimas	N	91	55	13	29	19	13	0,571
	%	61,5	55,6	48,1	52,7	50	65	
Relações românticas	N	75	37	13	21	19	11	0,254
	%	50,7	37,4	48,1	38,2	50	55	
Relações maritais	N	81	53	13	24	19	10	0,803
	%	54,7	53,5	48,1	43,6	50	50	
Relações sexuais	N	99	63	19	34	27	14	0,922
	%	66,9	63,6	70,4	61,8	71,1	70	
Educação informal	N	77	53	12	30	24	13	0,635
	%	52	53,5	44,4	54,5	63,2	65	
Educação escolar	N	103	70	20	31	23	13	0,39
	%	69,6	70,7	74,1	56,4	60,5	65	
Educação superior	N	86	51	20	29	22	11	0,423
	%	58,1	51,5	74,1	52,7	57,9	55	
Trabalho remunerado	N	79	51	15	25	14	14	0,211
	%	53,4	51,5	55,6	45,5	36,8	70	
Transações econômicas básicas	N	66	57	13	28	17	9	0,471
	%	44,6	57,6	48,1	50,9	44,7	45	
Auto-suficiência econômica	N	89	54	20	29	23	9	0,333
	%	60,1	54,5	74,1	52,7	60,5	45	
Vida comunitária	N	64	45	14	28	19	8	0,863
	%	43,2	45,5	51,9	50,9	50	40	
Recreação e lazer	N	65	52	8	25	16	5	0,149
	%	43,9	52,5	29,6	45,5	42,1	25	
Religião e espiritualidade	N	91	68	15	36	15	15	0,031
	%	61,5	68,7	55,6	65,5	39,5	75	
Direitos humanos	N	83	59	18	30	21	10	0,861
	%	56,1	59,6	66,7	54,5	55,3	50	
Vida política e cidadania	N	70	53	11	27	23	13	0,396
	%	47,3	53,5	40,7	49,1	60,5	65	

Tabela 17 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a atividade física preferida e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		Caminha (N=267)	Dança (N=102)	Outros (N=9)	Vôlei (N=8)	Valor de p
Observar	N	160	60	4	7	0,34
	%	59,9	58,8	44,4	87,5	
Ouvir	N	172	67	5	3	0,404
	%	64,4	65,7	55,6	37,5	
Aprender a ler	N	148	57	5	3	0,785
	%	55,6	56,4	55,6	37,5	
Resolver problemas	N	116	35	4	4	0,388
	%	43,4	34,3	44,4	50	
Realizar uma única tarefa	N	152	46	6	4	0,179
	%	56,9	45,1	66,7	50	
Realizar tarefas múltiplas	N	129	51	2	2	0,256
	%	48,3	50	22,2	25	
Fala	N	117	42	4	3	0,968
	%	43,8	41,2	44,4	37,5	
Produção de mensagens não verbais	N	129	42	4	3	0,622
	%	48,3	41,2	44,4	37,5	
Conversação	N	132	55	4	6	0,48
	%	49,4	53,9	44,4	75	
Levantar e carregar objetos	N	153	74	6	6	0,042
	%	57,3	72,5	66,7	75	
Uso fino da mão	N	170	72	6	8	0,112
	%	63,7	70,6	66,7	100	
Andar	N	170	68	7	6	0,781
	%	63,7	66,7	77,8	75	
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	N	182	67	8	6	0,585
	%	68,2	65,7	88,9	75	
Utilização de transporte	N	186	68	5	7	0,521
	%	69,7	66,7	55,6	87,5	
Dirigir	N	178	63	6	5	0,82
	%	66,7	61,8	66,7	62,5	

Categoria		Caminha (N=267)	Dança (N=102)	Outros (N=9)	Vôlei (N=8)	Valor de p
Dirigir transporte com tração humana	N	142	46	5	2	0,246
	%	53,2	45,1	55,6	25	
Dirigir veículos motorizados	N	147	53	5	3	0,768
	%	55,1	52	55,6	37,5	
Dirigir veículos com tração animal	N	168	67	6	5	0,978
	%	62,9	65,7	66,7	62,5	
Dirigir, outro especificado	N	163	53	5	7	0,149
	%	61	52	55,6	87,5	
Lavar-se	N	138	55	6	3	0,684
	%	51,7	53,9	66,7	37,5	
Cuidado das partes do corpo	N	145	56	3	4	0,661
	%	54,3	54,9	33,3	50	
Cuidados relacionados aos processos de excreção	N	149	57	6	5	0,944
	%	55,8	55,9	66,7	62,5	
Vestir-se	N	134	54	2	4	0,388
	%	50,2	52,9	22,2	50	
Comer	N	98	33	3	2	0,832
	%	36,7	32,4	33,3	25	
Beber	N	142	50	4	6	0,521
	%	53,2	49	44,4	75	
Cuidar da própria saúde	N	139	49	3	6	0,342
	%	52,1	48	33,3	75	
Aquisição de bens e serviços	N	116	40	3	5	0,551
	%	43,4	39,2	33,3	62,5	
Preparação de refeições	N	112	46	6	4	0,481
	%	41,9	45,1	66,7	50	
Realização de tarefas domésticas	N	136	56	5	4	0,924
	%	50,9	54,9	55,6	50	
Cuidar dos objetos da casa	N	139	51	4	4	0,957
	%	52,1	50	44,4	50	
Ajudar os outros	N	112	51	5	3	0,462
	%	41,9	50	55,6	37,5	
Interações interpessoais básicas	N	126	42	6	5	0,325
	%	47,2	41,2	66,7	62,5	
Interações interpessoais complexas	N	143	53	7	5	0,503
	%	53,6	52	77,8	62,5	

Categoria		Caminha (N=267)	Dança (N=102)	Outros (N=9)	Vôlei (N=8)	Valor de p
Relações com estranhos	N	151	61	8	5	0,265
	%	56,6	59,8	88,9	62,5	
Relações formais	N	116	44	3	4	0,928
	%	43,4	43,1	33,3	50	
Relações sociais informais	N	150	63	6	5	0,747
	%	56,2	61,8	66,7	62,5	
Relações familiares	N	150	65	2	8	0,004
	%	56,2	63,7	22,2	100	
Relações íntimas	N	148	61	5	6	0,682
	%	55,4	59,8	55,6	75	
Relações românticas	N	133	40	2	1	0,027
	%	49,8	39,2	22,2	12,5	
Relações maritais	N	140	55	2	2	0,138
	%	52,4	53,9	22,2	25	
Relações sexuais	N	181	68	3	4	0,136
	%	67,8	66,7	33,3	50	
Educação informal	N	146	53	4	6	0,602
	%	54,7	52	44,4	75	
Educação escolar	N	183	65	5	6	0,665
	%	68,5	63,7	55,6	75	
Educação superior	N	155	51	7	6	0,207
	%	58,1	50	77,8	75	
Trabalho remunerado	N	145	45	4	4	0,331
	%	54,3	44,1	44,4	50	
Transações econômicas básicas	N	132	51	2	5	0,378
	%	49,4	50	22,2	62,5	
Auto-suficiência econômica	N	156	55	8	5	0,228
	%	58,4	53,9	88,9	62,5	
Vida comunitária	N	121	51	1	5	0,108
	%	45,3	50	11,1	62,5	
Recreação e lazer	N	123	43	2	3	0,499
	%	46,1	42,2	22,2	37,5	
Religião e espiritualidade	N	169	59	5	7	0,366
	%	63,3	57,8	55,6	87,5	
Direitos humanos	N	158	53	4	6	0,369
	%	59,2	52	44,4	75	
Vida política e cidadania	N	142	49	2	4	0,275
	%	53,2	48	22,2	50	

Tabela 18 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o meio de locomoção que utiliza para ir ao CCI e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		A pé (N=248)	Bicicleta (N=17)	Carro (N=105)	Ônibus (N=16)	Valor de p
Observar	N	147	6	64	13	0,34
	%	59,3	37,5	61	81,2	
Ouvir	N	160	10	66	10	0,404
	%	64,5	62,5	62,9	62,5	
Aprender a ler	N	129	10	64	10	0,785
	%	52,4	62,5	61	62,5	
Resolver problemas	N	110	8	36	4	0,388
	%	44,4	50	34,3	25	
Realizar uma única tarefa	N	135	10	56	7	0,179
	%	54,4	62,5	53,3	43,8	
Realizar tarefas múltiplas	N	114	7	50	12	0,256
	%	46	43,8	47,6	75	
Fala	N	109	5	43	9	0,968
	%	44	31,2	41	56,2	
Produção de mensagens não verbais	N	115	8	49	6	0,622
	%	46,4	50	46,7	37,5	
Conversação	N	126	9	54	7	0,48
	%	50,8	56,2	51,4	43,8	
Levantar e carregar objetos	N	153	7	71	7	0,042
	%	61,7	43,8	67,6	43,8	
Uso fino da mão	N	157	9	76	13	0,112
	%	63,3	56,2	72,4	81,2	
Andar	N	162	9	71	8	0,781
	%	65,3	56,2	67,6	50	
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	N	167	11	75	10	0,585
	%	67,3	68,8	71,4	62,5	
Utilização de transporte	N	169	12	73	11	0,521
	%	68,1	75	69,5	68,8	
Dirigir	N	162	7	73	9	0,82
	%	65,3	43,8	69,5	56,2	

Categoria		A pé (N=248)	Bicicleta (N=17)	Carro (N=105)	Ônibus (N=16)	Valor de p
Dirigir transporte com tração humana	N	130	8	47	10	0,246
	%	52,4	50	44,8	62,5	
Dirigir veículos motorizados	N	142	9	50	7	0,768
	%	57,3	56,2	47,6	43,8	
Dirigir veículos com tração animal	N	166	8	61	10	0,978
	%	66,9	50	58,1	62,5	
Dirigir, outro especificado	N	150	10	60	7	0,149
	%	60,5	62,5	57,1	43,8	
Lavar-se	N	134	9	52	6	0,684
	%	54	56,2	49,5	37,5	
Cuidado das partes do corpo	N	142	8	49	9	0,661
	%	57,3	50	46,7	56,2	
Cuidados relacionados aos processos de excreção	N	146	8	54	9	0,944
	%	58,9	50	51,4	56,2	
Vestir-se	N	128	10	48	7	0,388
	%	51,6	62,5	45,7	43,8	
Comer	N	92	4	36	4	0,832
	%	37,1	25	34,3	25	
Beber	N	133	10	52	6	0,521
	%	53,6	62,5	49,5	37,5	
Cuidar da própria saúde	N	132	12	45	8	0,342
	%	53,2	75	42,9	50	
Aquisição de bens e serviços	N	100	9	49	5	0,551
	%	40,3	56,2	46,7	31,2	
Preparação de refeições	N	104	7	53	4	0,481
	%	41,9	43,8	50,5	25	
Realização de tarefas domésticas	N	136	8	47	9	0,924
	%	54,8	50	44,8	56,2	
Cuidar dos objetos da casa	N	131	9	50	7	0,957
	%	52,8	56,2	47,6	43,8	
Ajudar os outros	N	111	6	48	5	0,462
	%	44,8	37,5	45,7	31,2	
Interações interpessoais básicas	N	117	8	46	8	0,325
	%	47,2	50	43,8	50	
Interações interpessoais complexas	N	131	9	59	8	0,503
	%	52,8	56,2	56,2	50	

Categoria		A pé (N=248)	Bicicleta (N=17)	Carro (N=105)	Ônibus (N=16)	Valor de p
Relações com estranhos	N	142	9	62	11	0,265
	%	57,3	56,2	59	68,8	
Relações formais	N	108	8	45	5	0,928
	%	43,5	50	42,9	31,2	
Relações sociais informais	N	143	3	66	11	0,747
	%	57,7	18,8	62,9	68,8	
Relações familiares	N	135	8	68	13	0,004
	%	54,4	50	64,8	81,2	
Relações íntimas	N	139	9	62	9	0,682
	%	56	56,2	59	56,2	
Relações românticas	N	113	8	48	7	0,027
	%	45,6	50	45,7	43,8	
Relações maritais	N	135	8	50	5	0,138
	%	54,4	50	47,6	31,2	
Relações sexuais	N	170	11	65	9	0,136
	%	68,5	68,8	61,9	56,2	
Educação informal	N	128	6	67	8	0,602
	%	51,6	37,5	63,8	50	
Educação escolar	N	164	7	77	10	0,665
	%	66,1	43,8	73,3	62,5	
Educação superior	N	140	5	64	9	0,207
	%	56,5	31,2	61	56,2	
Trabalho remunerado	N	126	5	60	6	0,331
	%	50,8	31,2	57,1	37,5	
Transações econômicas básicas	N	123	7	54	6	0,378
	%	49,6	43,8	51,4	37,5	
Auto-suficiência econômica	N	148	8	59	9	0,228
	%	59,7	50	56,2	56,2	
Vida comunitária	N	110	7	54	6	0,108
	%	44,4	43,8	51,4	37,5	
Recreação e lazer	N	117	5	44	5	0,499
	%	47,2	31,2	41,9	31,2	
Religião e espiritualidade	N	160	9	62	8	0,366
	%	64,5	56,2	59	50	
Direitos humanos	N	144	11	57	9	0,369
	%	58,1	68,8	54,3	56,2	
Vida política e cidadania	N	127	7	55	7	0,275
	%	51,2	43,8	52,4	43,8	

Os fatores ambientais se constituem em ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida, foram associadas entre o item em questão e a variável explicativa conforme constam nas tabelas a seguir.

Tabela 19 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o sexo e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		Feminino (N=309)	Masculino (N=77)	Valor de p
Produtos ou substâncias para consumo pessoal	N	216	58	0,401
	%	69,9	75,3	
Alimentos	N	147	30	0,202
	%	47,6	39	
Medicamentos	N	126	29	0,697
	%	40,8	37,7	
Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	N	162	47	0,203
	%	52,8	61	
Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária	N	175	43	0,899
	%	56,6	55,8	
Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária	N	148	33	0,446
	%	47,9	42,9	
Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	157	46	0,202
	%	50,8	59,7	
Produtos e tecnologia gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	169	40	0,701
	%	55	51,9	
Produtos e tecnologia de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	153	29	0,074
	%	49,7	37,7	
Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas	N	159	43	0,525
	%	51,5	55,8	
Produtos e tecnologia para a prática religiosa e vida espiritual	N	148	30	0,162
	%	48,1	39	

Categoria		Feminino (N=309)	Masculino (N=77)	Valor de p
Bens	N	169	35	0,161
	%	54,9	45,5	
Geografia física	N	167	38	0,524
	%	54	49,4	
Formas de terreno	N	136	38	0,444
	%	44,2	49,4	
Família imediata	N	160	45	0,31
	%	51,8	58,4	
Amigos	N	188	46	0,897
	%	60,8	59,7	
Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	N	145	41	0,373
	%	46,9	53,2	
Pessoas em posição de autoridade	N	161	46	0,252
	%	52,1	59,7	
Cuidadores e assistentes pessoais	N	173	42	0,898
	%	56	54,5	
Profissionais da saúde	N	188	41	0,244
	%	60,8	53,2	
Outros profissionais	N	146	35	0,8
	%	47,2	45,5	
Atitudes individuais dos profissionais de saúde	N	185	44	0,698
	%	59,9	57,1	
Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	N	179	44	0,898
	%	57,9	57,1	
Serviços, sistemas e políticas da previdência social	N	198	49	1
	%	64,1	63,6	
Serviços, sistemas e políticas de saúde	N	223	60	0,388
	%	72,2	77,9	

Tabela 20 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a idade e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		(60, 70] (N=168)	(70, 80] (N=167)	(80, 90] (N=51)	Valor de p
Produtos ou substâncias para consumo pessoal	N	125	112	31	0,123
	%	75,3	67,9	62	
Alimentos	N	78	80	17	0,188
	%	47	48,5	34	
Medicamentos	N	56	75	20	0,095
	%	33,7	45,5	40	
Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	N	91	88	27	0,969
	%	55,2	53,7	54	
Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária	N	95	91	29	0,908
	%	57,2	55,2	58	
Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária	N	77	79	23	0,958
	%	46,4	47,9	46	
Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	84	92	26	0,634
	%	50,6	55,8	52	
Produtos e tecnologia gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	85	97	24	0,255
	%	51,2	59,1	49	
Produtos e tecnologia de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	84	76	19	0,291
	%	50,6	46,3	38	
Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas	N	88	85	27	0,948
	%	53	51,5	54	
Produtos e tecnologia para a prática religiosa e vida espiritual	N	69	84	22	0,211
	%	41,6	51,2	44	

Categoria		(60, 70] (N=168)	(70, 80] (N=167)	(80, 90] (N=51)	Valor de p
Bens	N	88	83	28	0,776
	%	53	50,6	56	
Geografia física	N	93	89	21	0,217
	%	56	53,9	42	
Formas de terreno	N	74	77	19	0,58
	%	44,8	46,7	38	
Família imediata	N	94	76	31	0,058
	%	56,6	46,1	62	
Amigos	N	103	102	25	0,281
	%	62	61,8	50	
Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	N	90	74	21	0,141
	%	54,2	44,8	42	
Pessoas em posição de autoridade	N	84	97	21	0,084
	%	50,6	58,8	42	
Cuidadores e assistentes pessoais	N	87	95	28	0,632
	%	52,4	57,6	56	
Profissionais da saúde	N	94	99	31	0,746
	%	56,6	60	62	
Outros profissionais	N	84	74	20	0,342
	%	50,6	44,8	40	
Atitudes individuais dos profissionais de saúde	N	92	104	28	0,336
	%	55,4	63	56	
Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	N	94	99	26	0,577
	%	56,6	60	52	
Serviços, sistemas e políticas da previdência social	N	105	106	31	0,956
	%	63,3	64,2	62	
Serviços, sistemas e políticas de saúde	N	116	123	41	0,221
	%	69,9	74,5	82	

Tabela 21 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo anos de educação e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		1 a 5 anos (N=110)	5 a 10 anos (N=246)	10 a 15 anos (N=30)	Valor de p
Produtos ou substâncias para consumo pessoal	N	73	183	18	0,11
	%	66,4	74,4	60	
Alimentos	N	58	106	13	0,232
	%	52,7	43,1	43,3	
Medicamentos	N	44	101	10	0,731
	%	40	41,1	33,3	
Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	N	63	134	12	0,248
	%	57,3	54,9	40	
Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária	N	70	131	17	0,193
	%	63,6	53,3	56,7	
Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária	N	56	113	12	0,516
	%	50,9	45,9	40	
Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	58	130	15	0,96
	%	52,7	52,8	50	
Produtos e tecnologia gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	56	134	19	0,472
	%	50,9	54,9	63,3	
Produtos e tecnologia de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	54	115	13	0,847
	%	49,1	46,9	43,3	
Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas	N	60	127	15	0,86
	%	54,5	51,6	50	
Produtos e tecnologia para a prática religiosa e vida espiritual	N	54	111	13	0,769
	%	49,1	45,3	43,3	

Categoria		1 a 5 anos (N=110)	5 a 10 anos (N=246)	10 a 15 anos (N=30)	Valor de p
Bens	N	60	131	13	0,545
	%	54,5	53,5	43,3	
Geografia física	N	62	130	13	0,436
	%	56,4	52,8	43,3	
Formas de terreno	N	47	116	11	0,471
	%	42,7	47,3	36,7	
Família imediata	N	58	127	20	0,301
	%	52,7	51,6	66,7	
Amigos	N	66	152	16	0,649
	%	60	61,8	53,3	
Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	N	52	122	12	0,577
	%	47,3	49,6	40	
Pessoas em posição de autoridade	N	60	127	20	0,3
	%	54,5	51,6	66,7	
Cuidadores e assistentes pessoais	N	66	132	17	0,534
	%	60	53,7	56,7	
Profissionais da saúde	N	67	139	23	0,095
	%	60,9	56,5	76,7	
Outros profissionais	N	51	114	16	0,791
	%	46,4	46,3	53,3	
Atitudes individuais dos profissionais de saúde	N	71	137	21	0,142
	%	64,5	55,7	70	
Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	N	70	132	21	0,08
	%	63,6	53,7	70	
Serviços, sistemas e políticas da previdência social	N	68	164	15	0,175
	%	61,8	66,7	50	
Serviços, sistemas e políticas de saúde	N	78	180	25	0,408
	%	70,9	73,2	83,3	

Tabela 22 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o MEEM e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		19 (N=31)	20-23 (N=97)	24 (N=258)	Valor de p
Produtos ou substâncias para consumo pessoal	N	27	81	166	<0,001
	%	87,1	83,5	64,3	
Alimentos	N	8	40	129	0,02
	%	25,8	41,2	50	
Medicamentos	N	6	50	99	0,004
	%	19,4	51,5	38,4	
Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	N	22	69	118	<0,001
	%	71	72,6	45,7	
Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária	N	18	67	133	0,011
	%	58,1	69,1	51,6	
Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária	N	12	62	107	0,001
	%	38,7	63,9	41,5	
Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	25	46	132	0,003
	%	80,6	47,4	51,2	
Produtos e tecnologia gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	22	64	123	0,001
	%	73,3	66,7	47,7	
Produtos e tecnologia de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	26	57	99	<0,001
	%	83,9	58,8	38,5	
Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas	N	18	66	118	0,001
	%	58,1	68	45,7	
Produtos e tecnologia para a prática religiosa e vida espiritual	N	20	53	105	0,007
	%	64,5	54,6	40,9	

Categoria		19 (N=31)	20-23 (N=97)	24 (N=258)	Valor de p
Bens	N	24	65	115	<0,001
	%	77,4	67	44,7	
Geografia física	N	17	52	136	0,959
	%	54,8	53,6	52,7	
Formas de terreno	N	10	51	113	0,113
	%	32,3	52,6	44	
Família imediata	N	30	46	129	<0,001
	%	96,8	47,4	50	
Amigos	N	30	70	134	<0,001
	%	96,8	72,2	51,9	
Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	N	30	70	86	<0,001
	%	96,8	72,2	33,3	
Pessoas em posição de autoridade	N	31	57	119	<0,001
	%	100	58,8	46,1	
Cuidadores e assistentes pessoais	N	31	40	144	<0,001
	%	100	41,2	55,8	
Profissionais da saúde	N	30	45	154	<0,001
	%	96,8	46,4	59,7	
Outros profissionais	N	31	39	111	<0,001
	%	100	40,2	43	
Atitudes individuais dos profissionais de saúde	N	30	42	157	<0,001
	%	96,8	43,3	60,9	
Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	N	30	39	154	<0,001
	%	96,8	40,2	59,7	
Serviços, sistemas e políticas da previdência social	N	30	52	165	<0,001
	%	96,8	53,6	64	
Serviços, sistemas e políticas de saúde	N	27	83	173	<0,001
	%	87,1	85,6	67,1	

Tabela 23 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o número de filhos e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		1 (N=147)	2 (N=99)	3 (N=27)	4 (N=55)	5 (N=38)	6 (N=20)	Valor de p
Produtos ou substâncias para consumo pessoal	N	109	70	17	39	26	13	0,848
	%	73,6	70,7	63	70,9	68,4	65	
Alimentos	N	64	42	17	27	19	8	0,442
	%	43,2	42,4	63	49,1	50	40	
Medicamentos	N	60	44	11	13	17	10	0,13
	%	40,5	44,4	40,7	23,6	44,7	50	
Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	N	78	59	12	27	25	8	0,238
	%	53,1	60,2	44,4	49,1	65,8	40	
Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária	N	86	56	16	30	18	12	0,891
	%	58,1	56,6	59,3	54,5	47,4	60	
Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária	N	67	47	14	25	19	9	0,985
	%	45,3	47,5	51,9	45,5	50	45	
Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	86	51	8	28	22	8	0,097
	%	58,1	51,5	29,6	50,9	57,9	40	
Produtos e tecnologia gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	86	50	15	26	22	10	0,709
	%	58,5	51	55,6	47,3	57,9	50	
Produtos e tecnologia de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	72	43	14	21	24	9	0,262
	%	48,6	43,9	51,9	38,2	63,2	45	
Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas	N	72	62	13	28	19	9	0,324
	%	48,6	62,6	48,1	50,9	50	45	
Produtos e tecnologia para a prática religiosa e vida espiritual	N	70	42	15	24	19	8	0,834
	%	47,3	42,9	55,6	43,6	50	40	

Categoria		1 (N=147)	2 (N=99)	3 (N=27)	4 (N=55)	5 (N=38)	6 (N=20)	Valor de p
Bens	N	79	51	13	25	22	14	0,524
	%	53,4	52	48,1	45,5	57,9	70	
Geografia física	N	84	43	15	27	26	10	0,125
	%	56,8	43,4	55,6	49,1	68,4	50	
Formas de terreno	N	68	39	7	26	24	10	0,058
	%	46,3	39,4	25,9	47,3	63,2	50	
Família imediata	N	84	49	14	28	23	7	0,434
	%	56,8	49,5	51,9	50,9	60,5	35	
Amigos	N	92	62	16	37	20	7	0,173
	%	62,2	62,6	59,3	67,3	52,6	35	
Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	N	78	43	17	26	15	7	0,224
	%	52,7	43,4	63	47,3	39,5	35	
Pessoas em posição de autoridade	N	87	51	15	30	16	8	0,378
	%	58,8	51,5	55,6	54,5	42,1	40	
Cuidadores e assistentes pessoais	N	83	50	19	29	22	12	0,577
	%	56,1	50,5	70,4	52,7	57,9	60	
Profissionais da saúde	N	97	48	22	31	22	9	0,012
	%	65,5	48,5	81,5	56,4	57,9	45	
Outros profissionais	N	69	45	16	27	18	6	0,538
	%	46,6	45,5	59,3	49,1	47,4	30	
Atitudes individuais dos profissionais de saúde	N	94	47	17	36	27	8	0,023
	%	63,5	47,5	63	65,5	71,1	40	
Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	N	88	49	14	34	25	13	0,411
	%	59,5	49,5	51,9	61,8	65,8	65	
Serviços, sistemas e políticas da previdência social	N	96	65	13	34	24	15	0,529
	%	64,9	65,7	48,1	61,8	63,2	75	
Serviços, sistemas e políticas de saúde	N	109	70	20	42	26	16	0,922
	%	73,6	70,7	74,1	76,4	68,4	80	

Tabela 24 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo a atividade física preferida e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		Caminhada (N=267)	Dança (N=102)	Outros (N=9)	Vôlei (N=8)	Valor de p
Produtos ou substâncias para consumo pessoal	N	192	70	8	4	0,349
	%	71,9	68,6	88,9	50	
Alimentos	N	124	43	7	3	0,218
	%	46,4	42,2	77,8	37,5	
Medicamentos	N	105	41	4	5	0,596
	%	39,3	40,2	44,4	62,5	
Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	N	155	48	4	2	0,106
	%	58,3	47,1	44,4	28,6	
Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária	N	157	50	6	5	0,341
	%	58,8	49	66,7	62,5	
Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária	N	128	46	3	4	0,831
	%	47,9	45,1	33,3	50	
Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	130	63	6	4	0,114
	%	48,7	61,8	66,7	50	
Produtos e tecnologia gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	149	53	6	1	0,078
	%	56,2	52	66,7	12,5	
Produtos e tecnologia de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	133	42	5	2	0,25
	%	50	41,2	55,6	25	
Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas	N	140	54	3	5	0,674
	%	52,4	52,9	33,3	62,5	
Produtos e tecnologia para a prática religiosa e vida espiritual	N	119	48	7	4	0,267
	%	44,6	47,5	77,8	50	

Categoria		Caminha (N=267)	Dança (N=102)	Outros (N=9)	Vôlei (N=8)	Valor de p
Bens	N	147	48	5	4	0,613
	%	55,1	47,5	55,6	50	
Geografia física	N	139	55	5	6	0,661
	%	52,1	53,9	55,6	75	
Formas de terreno	N	123	42	5	4	0,778
	%	46,1	41,6	55,6	50	
Família imediata	N	142	54	5	4	1
	%	53,2	52,9	55,6	50	
Amigos	N	158	67	6	3	0,368
	%	59,2	65,7	66,7	37,5	
Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	N	127	48	6	5	0,597
	%	47,6	47,1	66,7	62,5	
Pessoas em posição de autoridade	N	146	47	7	7	0,041
	%	54,7	46,1	77,8	87,5	
Cuidadores e assistentes pessoais	N	151	52	6	6	0,47
	%	56,6	51	66,7	75	
Profissionais da saúde	N	153	63	8	5	0,269
	%	57,3	61,8	88,9	62,5	
Outros profissionais	N	126	48	4	3	0,975
	%	47,2	47,1	44,4	37,5	
Atitudes individuais dos profissionais de saúde	N	148	68	8	5	0,064
	%	55,4	66,7	88,9	62,5	
Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	N	152	61	3	7	0,147
	%	56,9	59,8	33,3	87,5	
Serviços, sistemas e políticas da previdência social	N	166	70	6	5	0,701
	%	62,2	68,6	66,7	62,5	
Serviços, sistemas e políticas de saúde	N	193	77	7	6	0,955
	%	72,3	75,5	77,8	75	

Tabela 25 – Distribuição dos idosos praticantes de atividades físicas nos CCIs segundo o meio de locomoção que utiliza para ir ao CCI e categorias da CIF. Vale do Paraíba, São Paulo, 2011.

Categoria		A pé (N=248)	Bicicleta (N=17)	Carro (N=105)	Ônibus (N=16)	Valor de p
Produtos ou substâncias para consumo pessoal	N	178	11	72	13	0,349
	%	71,8	68,8	68,6	81,2	
Alimentos	N	113	6	51	7	0,218
	%	45,6	37,5	48,6	43,8	
Medicamentos	N	103	7	42	3	0,596
	%	41,5	43,8	40	18,8	
Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	N	142	8	49	10	0,106
	%	57,5	50	47,1	62,5	
Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária	N	134	12	61	11	0,341
	%	54	75	58,1	68,8	
Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária	N	118	6	49	8	0,831
	%	47,6	37,5	46,7	50	
Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	123	12	59	8	0,114
	%	49,6	75	56,2	50	
Produtos e tecnologia gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	123	10	66	10	0,078
	%	50	62,5	62,9	62,5	
Produtos e tecnologia de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	N	116	6	50	10	0,25
	%	47	37,5	47,6	62,5	
Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas	N	133	8	53	8	0,674
	%	53,6	50	50,5	50	
Produtos e tecnologia para a prática religiosa e vida espiritual	N	121	6	41	10	0,267
	%	49	37,5	39	62,5	

Categoria		A pé (N=248)	Bicicleta (N=17)	Carro (N=105)	Ônibus (N=16)	Valor de p
Bens	N	137	8	49	10	0,613
	%	55,5	50	46,7	62,5	
Geografia física	N	132	6	58	9	0,661
	%	53,2	37,5	55,2	56,2	
Formas de terreno	N	112	6	49	7	0,778
	%	45,3	37,5	46,7	43,8	
Família imediata	N	135	7	52	10	1
	%	54,4	43,8	49,5	62,5	
Amigos	N	158	9	56	11	0,368
	%	63,7	56,2	53,3	68,8	
Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	N	127	6	47	6	0,597
	%	51,2	37,5	44,8	37,5	
Pessoas em posição de autoridade	N	135	9	53	10	0,041
	%	54,4	56,2	50,5	62,5	
Cuidadores e assistentes pessoais	N	134	10	61	9	0,47
	%	54	62,5	58,1	56,2	
Profissionais da saúde	N	148	11	59	10	0,269
	%	59,7	68,8	56,2	62,5	
Outros profissionais	N	118	9	48	5	0,975
	%	47,6	56,2	45,7	31,2	
Atitudes individuais dos profissionais de saúde	N	149	8	61	10	0,064
	%	60,1	50	58,1	62,5	
Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	N	140	9	61	12	0,147
	%	56,5	56,2	58,1	75	
Serviços, sistemas e políticas da previdência social	N	166	11	60	9	0,701
	%	66,9	68,8	57,1	56,2	
Serviços, sistemas e políticas de saúde	N	187	10	74	11	0,955
	%	75,4	62,5	70,5	68,8	

Possuí associação pelo valor de p (teste exato de Fischer) quanto ao sexo (feminino e masculino) as categorias da CIF de Funções da energia e de impulso, Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, Dirigir veículos motorizados e Educação escolar.

Quanto à idade houve associação pelo valor de p (teste exato de Fischer) para Funções da energia e de impulso, Funções emocionais, Ouvir, Uso fino das mãos, pegar, segurar, Relações familiares e Resolver problemas.

Para idosos com diferentes anos de escolaridade, houve associação pelo valor de p (teste exato de Fischer) para Funções da energia e de impulso, Funções levantar e carregar objetos, Aquisição de bens e serviços, Interações interpessoais básicas, Relações sexuais, Transações econômicas básicas e Vida política e cidadania.

Para o MEEM, houve associação pelo valor de p (teste exato de Fischer) Funções de energia e impulsos, Funções da atenção, Funções da memória, Funções emocionais, Funções da visão, Sensação de dor, Funções urinárias, Observar, Realizar tarefas múltiplas, Comunicação recepção de mensagens orais, Comunicação recepção de mensagens não verbais, Fala, Produção de mensagens não verbais, Levantar e carregar objetos, Uso fino da mão, Andar, Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, Dirigir, Dirigir transporte com tração animal, Dirigir veículos motorizados, Lavar-se, Cuidado das partes do corpo, Cuidados relacionados aos processos de excreção, Vestir-se, Beber, Cuidar da própria saúde, Interações interpessoais complexas, Relações com estranhos, Relações formais, Relações românticas, Relações maritais, Educação informal, Trabalho remunerado, Transações econômicas básicas, Auto suficiência econômica, Vida comunitária, Recreação e lazer, Religião e espiritualidade, Direitos humanos, Vida política e cidadania, Produtos ou substâncias para consumo pessoal, Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária, Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos, Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas, Produtos e tecnologia para a prática religiosa e vida espiritual, Bens, Família imediata, Amigos, Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade, Pessoas em posição de autoridade, Cuidadores e assistentes pessoais, Profissionais da saúde, Outros profissionais, Atitudes individuais dos profissionais de saúde,

Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde, Serviços, sistemas e políticas da Previdência Social, Serviços, sistemas e políticas de saúde.

Apresentou associação pelo valor de p (teste exato de Fischer) para idosos com diferentes números de filhos as categorias Movimentos involuntários, Conversação, Cuidar dos objetos da casa, Relações com estranhos, Religião e espiritualidade, Profissionais da saúde e Atitudes individuais dos profissionais de saúde.

Quanto à atividade física preferida, houve associação pelo valor de p (teste exato de Fischer) para Funções da visão, Funções urinárias, Calcular, Levantar e carregar objetos, Relações familiares, Relações íntimas e Pessoas com posições autoridade.

Para o meio de locomoção que utiliza para ir ao CCI houve associação pelo valor de p (teste exato de Fischer) a Funções da visão, Aquisição de bens, Calcular, Levantar e carregar objetos, Relações familiares, Relações íntimas e Pessoas com posição de autoridade.

5 DISCUSSÃO

Esta é a primeira descrição da funcionalidade e incapacidade por meio das categorias da CIF em idosos em uma amostra brasileira.

O estudo caracterizou-se pelo predomínio de mulheres, idade média de 72 anos, casadas, etnia autodeclarante branca, com 5-10 anos de escolaridade, aposentadas, com média de renda mensal de um salário mínimo, dois filhos, naturalidade da cidade da coleta de dados, reside em casa própria, meio de locomoção que utilizado para ir ao CCI e atividade física preferida é a caminhada, função cognitiva preservada.

No estudo de Hott, Pires (2011) com 184 idosos em um centro de convivência em Minas Gerais houve o predomínio do sexo feminino (88,6%), faixa etária de 60 a 69 anos (58,7%), escolaridade predominou o primeiro grau incompleto (56,5%), no arranjo domiciliar, (78,8%) informou morar acompanhado e quanto à situação ocupacional, a maior parte, (46,7%) pertence ao grupo de aposentados e pensionistas corroboram com o estudo em questão.

Num estudo realizado por Botelho (2002), sobre os níveis de aptidão física de adultos idosos, de ambos os sexos. Verificou-se, que as mulheres, com o avançar da idade, apresentam resultados, significativamente, superiores aos dos homens. Deste modo, a possibilidade de existirem melhorias nas mulheres, com a prática regular de atividade física é menor uma vez que evidenciam valores iniciais de flexibilidade, quando comparadas com os homens.

Neste estudo, as categorias da CIF de Funções da energia e de impulso, Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, Dirigir veículos motorizados e Educação escolar, possui significância para ambos os sexos (feminino e masculino).

Borges et al. (2010) identificaram que o fato de ter a presença maior de idosos entre 60 e 69 anos nos grupos de convivência está associado a sua autonomia e menor participação no mercado de trabalho, com tempo livre para atividades lúdicas, ou a uma fuga do estereótipo de idoso. Por outro lado, a baixa participação de idosos com mais de 80 anos pode decorrer em função do maior grau de comorbidades com o aumento da idade e a dependência. Estes são fatores importantes, pois podem limitar o acesso e a participação nas atividades oferecidas pelo projeto uma vez que esses idosos dependem de outras pessoas para levá-los até o local dos encontros.

Nessa faixa etária, encontramos idosos fora do mercado de trabalho, portanto com mais tempo livre para as atividades dentro do CCI, segundo Acosta (2007), os antigos estereótipos do envelhecimento não são mais adotados pelos idosos. Eles não aceitam mais “ficar em casa cuidando dos netos” ou fazendo crochê, buscam novas atividades que tragam bem-estar.

Quanto à idade, houve significância para Funções da energia e de impulso, Funções emocionais, Ouvir, Uso fino das mãos, pegar, segurar, Relações familiares e Resolver problemas.

Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar de cerca de 5% na faixa etária de 60 anos, para cerca de 50% entre os 90 ou mais anos. Atualmente, as quedas constituem um problema de saúde pública, considerando a alta incidência, mortalidade, morbidade e os custos sociais e econômicos decorrentes delas. Ocorrem frequentemente nas pessoas de idade avançada, sendo provocadas tanto por fatores intrínsecos quanto extrínsecos, e é uma das principais causas de lesões, de incapacidades e mortes nesse grupo da população. A prevenção desse agravo representa um grande desafio para o indivíduo, para a família e para os profissionais de saúde (CARTER; KANNUS; KHAN, 2001).

Em um estudo desenvolvido na Índia por Srinivasan, Vaz, Thomas (2010) mostrou um total de 85% de uma população de 356 idosos

entrevistados com idade média de 75 anos, problemas médicos, comprometimento das funções cognitivas e sensoriais, 27% com incapacidade leve em qualquer domínio de um e os restantes 31% tinham maior nível de deficiência.

Tinetti (2003); Perracini; Ramos (2002) relatam que existe uma incidência maior de quedas em mulheres até os 75 anos, e que, após esta idade, as chances são similares em ambos os sexos. Esse fato permanece ainda pouco esclarecido na literatura, em que se têm sugerido como causas de quedas a maior fragilidade das mulheres em relação aos homens, bem como, maior prevalência de doenças crônicas e maior exposição a atividades domésticas, aumentando assim a possibilidade de quedas.

Para idosos com diferentes anos de escolaridade, houve significância para Funções da energia e de impulso, Funções levantar e carregar objetos, Aquisição de bens e serviços, Interações interpessoais básicas, Relações sexuais, Transações econômicas básicas e Vida política e cidadania.

A baixa escolaridade observada entre os idosos está em consonância com as observações de Pavarini et al. (2008) ao constatarem que a maioria dos idosos (63%) cursou o ensino fundamental incompleto, apresentando entre um a cinco anos de escolaridade. Este percentual evidencia o significativo número de pessoas com pouco ou nenhum grau de escolaridade, fato considerado comum na realidade dos países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente quando se trata de idosos que viveram sua infância em épocas nas quais o ensino não era prioridade.

Dos 230 idosos estudados Centro de Convivência da cidade de Campina Grande-PB, 184 (80,0%) eram mulheres e 46 (20,0%) homens. Apresentaram as seguintes características: a faixa etária variando de 60 e 87 anos, com maior frequência no grupo etário de 71 a 80 anos, 88 (38,4%); sendo maior frequência de viúvos 89 (39,2%); o nível de escolaridade ensino fundamental incompleto foi o mais frequente 110 (48,0%), o analfabetismo aparece ainda em 60 (26,2%) dos idosos. Com relação à renda individual

mensal, foram distribuídos nas faixas de um salário mínimo 23 (10,0%); um a três salários mínimos 180 (78,6%); mais de três salários seis (2,6%); e sem renda 70 (8,7%) (SILVA; CATÃO, 2012).

Um estudo com 1216 idosos rurais no nordeste da Espanha mostrou que 85% dos participantes eram casados ou viúvos, viviam em suas próprias casas com suas famílias e eram de baixa ou média-baixa classe social. O nível de educação da amostra do estudo foi baixo, com média de 7,8 anos de escolaridade (PEDRO-CUESTA et al., 2010).

Neste estudo apresentou significância para idosos com diferentes números de filhos as categorias Movimentos involuntários, Conversação, Cuidar dos objetos da casa, Relações com estranhos, Religião e espiritualidade, Profissionais da saúde e Atitudes individuais dos profissionais de saúde.

No que se referem ao arranjo familiar, os levantamentos realizados pelo Ministério da Saúde, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizado em 2007 mostraram que a consanguinidade é o eixo principal de união das pessoas que vivem juntas: (88,6%) dos arranjos são de pessoas com parentesco. Destes, (48,9%) são do tipo cônjuge com filhos, cuja taxa vem se reduzindo devido, principalmente, à queda da fecundidade (BRASIL, 2008).

Ramos (2003), em um levantamento realizado na cidade de São Paulo, escreveu uma característica semelhante ao encontrado neste estudo, no qual grande parte das pessoas vive em domicílios junto com filhos e netos, e este tipo de arranjo denominado multigeracional parece ser uma característica marcante de países em desenvolvimento como o Brasil.

O crescimento da proporção de pessoas que viviam sozinhas (8,3% para 11,1%) na PNAD é uma tendência que vem sendo verificada nos últimos anos e considerada como fruto da redução das taxas de mortalidade e do aumento da esperança de vida, especialmente para as mulheres. Em 2007, os arranjos familiares unipessoais correspondiam a cerca de 6,7 milhões, sendo

que (40,8%) eram constituídos por pessoas de 60 anos ou mais de idade. A situação ocupacional, respectivamente, na região Sudeste é de cerca de (40,9%) da renda familiar provenientes das aposentadorias dos idosos (BRASIL, 2008).

Nahas (2001) escreve que benefícios da atividade física a partir da meia idade podem ser analisados na perspectiva individual ou social, estabelece as vantagens da seguinte maneira:

- benefícios fisiológicos – controle dos níveis de glicose e hipertensão, maior capacidade aeróbia, melhoria na flexibilidade e equilíbrio;
- benefícios psicológicos - relaxamento, redução na ansiedade e melhoria na saúde e diminuição no risco de depressão;
- benefícios sociais – indivíduos mais seguros, maior integração com a comunidade e funções sociais preservadas.

Quanto à atividade física preferida dos idosos que participam dos CCIs do Vale do Paraíba - SP houve associação pelo valor de p (teste exato de Fischer) para Funções da visão, Funções urinárias, Calcular, Levantar e carregar objetos, Relações familiares, Relações íntimas e Pessoas com posições autoridade.

A prática de atividade física não é só importante para a força física, mas um bem necessário para fugir da depressão e conviver socialmente. O idoso é beneficiado como um todo ao realizar o exercício físico, pois numa sociedade que envelhece rapidamente é fundamental que se redefina o papel do idoso no âmbito social, valorizando assim a contribuição que ele ainda pode trazer (TORRES et al, 2010).

Em um CCI de uma cidade de Vale Paraíba, em São Paulo, com 44 idosos independentes, idade média de 70 anos, (33%) casados e (84,09%) relataram fazer exercícios físicos duas vezes por semana (FERREIRA et al., 2009).

Em uma pesquisa realizada por Matsudo et al. (2004), as pessoas do sexo feminino com mais de 50 anos de idade realizavam atividade física por: indicação médica (38,3%), amigos (33,3%), familiares (10,4%), procura por companhia (10,4%). Pode-se perceber através destes dados a preocupação do idoso com sua saúde ou recuperação em primeiro lugar. Os autores assinalam a importância que os idosos atribuem a sua saúde, preocupados em buscar uma vida com mais qualidade.

O “fazer amigos” também é um dado importante, que é abordado por Geis (2003), quando idoso se torna participante de uma atividade física ele não busca somente a saúde, mas também a socialização. A atividade física pode ser um meio contra o isolamento social e a solidão, auxiliando contra o tédio, podendo compensar a redução das relações sociais e oferecer a substituição do “status” ora determinado pela atividade e posição profissional.

Constatou-se que homens que realizaram trabalhos pesados durante a vida, têm uma vida mais inativa, no tempo de lazer, que aqueles que têm um trabalho considerado mais sedentário. Observou-se, de igual modo, que homens jovens, que realizaram trabalho pesado obtiveram níveis mais altos de aptidão cardio – respiratória, força, resistência muscular; quando comparados a indivíduos com atividades mais leves e paradas (TAMMELIN et al, 2002).

A pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de vida por doenças cardiovasculares e associada a uma dieta adequada é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida (MOTA; PAIVA; SILVA, 1995).

Sabe-se que ao praticar exercícios físicos regularmente e com orientação de um professor capacitado, os efeitos fisiológicos causados pelo processo de envelhecimento podem ser retardados e que, quanto mais cedo se adere a esta prática, mais lentamente estes efeitos são instalados no indivíduo, garantindo, assim, capacidade funcional e autonomia por tempo mais

prolongado (FARINATTI, 2002). Além disso, as mulheres costumam relacionar sua vitalidade e alegria à época em que eram jovens, sendo agregada a elas a importância de cuidarem de sua aparência, pois acreditam que o valor da feminilidade está na juventude (MONTEIRO, 2010).

Nos estudos epidemiológicos, a atividade física vem sendo focada em dois contextos: a atividade física no lazer – que engloba jogos, esportes, caminhadas e exercícios físicos realizados no tempo livre e a atividade física global - que inclui, além das atividades de lazer, aquelas realizadas como meio de locomoção, no trabalho e nas ocupações domésticas (PITANGA; LESSA, 2005).

A maioria dos estudos epidemiológicos analisa em geral a atividade física no contexto de lazer, sendo que evidências de associações entre saúde e atividade física global ainda são escassas e controversas. São raros os artigos que analisam tanto a atividade física no contexto global quanto no de lazer (FLORINDO et al., 2009).

Os resultados obtidos vão ao encontro do que nos dizem Yusuf et al. (2006), quando referem precisamente que a caminhada, a ginástica e a natação constituem as principais atividades físicas das mulheres idosas. Também, a caminhada e a ginástica são as formas de exercício mais populares em idosas finlandesas, onde 2/3 desta população caminha regularmente e 1/3 faz ginástica em casa, apesar de o envolvimento nessas atividades começar a diminuir nas idosas com 80 anos ou mais de idade.

Outro fato que pode explicar a mudança positiva dos indicadores de saúde entre os idosos se refere ao processo de melhoria das condições de vida das camadas mais pobres pela transferência de renda, como a ampliação do programa Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada, cujos idosos que comprovarem renda familiar per capita de até 1/4 do salário-mínimo recebem um salário-mínimo por mês, a aposentadoria rural e o aumento do valor do salário mínimo (NERI; SOARES, 2006).

A ampliação, particularmente nos maiores centros urbanos, de programas específicos para os idosos, como os centros de convivência e o monitoramento de doenças crônicas, já começa a mostrar resultados extremamente positivos (VERAS; CALDAS, 2004).

Na velhice, muitos idosos são levados a procurar ajuda médica diante de quadros irreversíveis de adoecimento, por não terem lançado mão de ações de prevenção ou de tratamento precoce das enfermidades. Portanto ações destinadas a grupos de convivência de idosos devem considerar o universo da terceira idade e suas peculiaridades, ao mesmo tempo em que considerem alternativas que atraiam idosos inativos, favorecendo a integração social, informação, lazer e qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Por meio do instrumento de coleta de dados foi possível observar que a maior parte das categorias da CIF selecionadas era pouco comprometida com dificuldade leve ou sem dificuldade, o que é esperado numa amostra de idosos independentes (100%), praticantes de atividades sociais regulares (100%), caracterizado pelo sexo feminino (80%), casadas (60%), com idade média de 72 anos.

A polêmica discussão sobre as diferenças entre homens e mulheres aumenta quando se observa que em países nos quais a mulher sofre maior dominação masculina é onde se encontram as maiores diferenças de esperança de vida por sexo, ao contrário do que ocorre nos países onde a maior independência feminina é acompanhada por diferenças maiores. Isso se dá provavelmente porque essas mulheres ganharam maior conhecimento de medidas de saúde preventiva (nutrição apropriada e exercícios) e também maior independência propicia a mulher buscar um atendimento médico apropriado (PRATA e YAZAKI, 1991).

As diferenças de mortalidade por estado civil mostram que as pessoas casadas vivem mais que as solteiras. Entre as várias explicações para este fato encontram-se: os casais teriam um suporte social maior para

combater o *stress* e cada conjugue teria o outro para apoiá-lo quando doente, seriam mais saudáveis, pois e como casados tenderiam a um estilo de vida mais regrado, estável e saudável, cumprindo melhor os regimes médicos, bebendo e comendo moderadamente, etc. Entretanto, outros estudos observaram que, entre os casados, são os homens, mais do que as mulheres, os que se beneficiariam dos cuidados. Ou seja, a maior proteção à saúde que o casamento oferece beneficiaria mais os homens do que as mulheres (PRATA e YAZAKI, 1991).

A fase da viuvez no curso da vida das mulheres idosas merece atenção especial pelas diferentes interpretações que tem gerado. A maior proporção de mulheres viúvas e o maior tempo que elas passam nessa condição, comparativamente aos homens resultam tanto das diferenças de longevidade entre os sexos como do costume de as mulheres casarem com homens mais velhos (GOLDANI, 1989).

Estatísticas norte-americanas reforçam este argumento, posto que as mulheres que permanecem solteiras estariam em muito melhores condições de vida que as viúvas ao alcançarem a velhice, também as mulheres que vivem em comunidades religiosas, como as freiras, apresentam uma esperança de seis anos a mais que a média das mulheres norte-americanas (CARSTENSEN, PASUPATHI, 1993).

Viverem mais e só incrementa as probabilidades de as mulheres idosas dependerem de instituições de suporte, uma vez que não teriam alguém para cuidar delas no dia-a-dia. Novamente as mulheres têm mais chances de experimentar estas consequências do que os homens e acabam muito mais em Instituições de Longa Permanência, conventos e hospitais. As condições empobrecidas da maioria das mulheres idosas limitam as opções por serviços privados e na fase aguda da dependência física, restariam mesmo o marido, os filhos e outros parentes (PRATA e YAZAKI, 1991).

O suporte social também tem sido considerado como fator facilitador para o enfrentamento e a recuperação do indivíduo com doenças crônicas e um elemento chave para o bem estar e manutenção da saúde (BORRERO, 2008). A presença de elevado suporte social é ainda associado a baixos níveis de estresse, depressão, incapacidade funcional e maior capacidade de enfrentamento (GREENGLASS; FIKSENBAUM; EATON, 2006).

Segundo pesquisa desenvolvida pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) no município de São Paulo, na qual se investigou a presença de incapacidades funcionais em idosos não-institucionalizados, foi detectada uma prevalência de incapacidades em 30% dos idosos, considerando a população geral. Nos subgrupos, constituídos por idosos com idade avançada ou institucionalizados, foram encontrados percentuais de incapacidade superiores a 50% (PAPALEO NETTO, 2004).

Portanto, a preservação ou a recuperação da capacidade funcional consiste num objetivo prioritário na atenção à saúde do idoso. A capacidade funcional do idoso, no seu significado mais amplo, inclui sua habilidade em executar tarefas físicas, a preservação das atividades mentais, e uma situação adequada de integração social. Por meio da avaliação da capacidade funcional, podem ser definidas estratégias de promoção de saúde dos idosos visando a retardar ou prevenir as incapacidades (LITVOC; BRITO, 2004).

Segundo Shephard (1991), a dependência neuromotora seria o problema que mais afeta a qualidade de vida dos idosos, tanto para realizar as atividades básicas de vida diária (AVD), quanto as atividades instrumentais exigidas por ela (AIVD). Os declínios funcionais motores que se acentuam com a idade são: a redução da agilidade, da coordenação, diminuição do equilíbrio, redução da flexibilidade, redução da mobilidade articular e o aumento da rigidez da cartilagem, dos tendões e dos ligamentos.

Se, por um lado, a assistência à saúde do idoso está pautada em sua funcionalidade, por outro, a CIF nos fornece instrumentos para descrever essa

funcionalidade por meio de um modelo biopsicossocial (DI NUBILA; BUCHALA, 2008).

Estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, no período 1990 a 2002, em que foram identificados 35 programas de promoção da saúde do idoso, foram acessados efetivamente 20 estudos (11 internacionais e nove brasileiros). Um estudo quase experimental predomina na experiência internacional, enquanto no Brasil são comuns os relatos de experiências. Nos programas internacionais, a maioria da população idosa envolvida encontra-se relativamente bem, no sentido de dispor de seguro-saúde, possuir nível educacional alto e estado de saúde e renda acima da média três. A maioria das experiências no Brasil é desenvolvida em serviços públicos de saúde, vinculada à assistência regular, e os idosos possuem baixa escolaridade com grande índice de analfabetismo. De modo geral, os objetivos dos programas convergem no horizonte de melhoria da saúde e qualidade de vida do idoso, com ênfase em dimensões do autocuidado, programas de workshops ou palestras e grupo de caminhada. Contudo, os subgrupos como idosos asilados, área rural e grupos étnicos foram excluídos da avaliação dos programas de promoção da saúde (ASSIS; HARTZ; VALLA, 2004).

Este estudo partiu da seleção de categorias pertencentes ao **checklist** da CIF de forma de torná-lo mais facilmente aplicável aos usuários dos CCI na região do Vale do Paraíba, São Paulo. A aplicação foi realizada pela pesquisadora que observou algumas dificuldades na coleta dos dados como a compreensão teórica da pergunta por parte do respondente, incorporação e aplicação prática da CIF por parte do profissional e manejo ou manuseio dos dados.

A CIF é de grande relevância, como classificação geral, não foi proposta por enfermeiros ou especificamente voltada para elementos do cuidar em enfermagem. Isto pode explicar algumas dificuldades no uso desta classificação que foram identificadas, tanto no âmbito do ensino e pesquisa quanto na esfera assistencial. Para solucionar tal assimetria e avançar no

aprimoramento e adequação da CIF ao conhecimento de enfermagem, os enfermeiros deveriam investir na compreensão de seus elementos essenciais, dimensão social e implicações práticas em seus contextos de ensino, pesquisa e assistência, assim como tornar mais visíveis e participantes em futuras revisões de seu processo constitutivo (HEINEN et al., 2005; PRYOR; FORBES; HALL-PULLIN, 2004).

As funções do corpo mais comprometidas foram Funções do sono (32%) e Funções emocionais (40%) compatível com outros resultados descritos na literatura sobre idosos de baixa escolaridade e funções cognitivas pouco desenvolvidas. Por outro lado, as funções do corpo de Funções relacionadas à mobilidade das articulações e à força muscular (40%), Funções relacionadas ao tônus muscular (46%), Funções relacionadas aos movimentos involuntários (62%) foram as que se apresentavam integralmente preservadas com maior frequência (nenhuma deficiência), o que pode indicar resultado satisfatório decorrente das atividades físicas desenvolvidas no CCI e os propósitos de um envelhecimento ativo e saudável.

Aston-Jones (2005) observou em seu estudo que os distúrbios do sono podem acarretar vários déficits cognitivos, incluindo diminuição da atenção-concentração, da orientação espacial e temporal, do desempenho da memória e comprometimentos das funções psicológicas e social.

Os recursos pessoais e sociais de que o indivíduo dispõe é um caminho na determinação das implicações da incapacidade funcional, por isso, se torna relevante avaliar não apenas o declínio funcional, mas como tais limitações são vivenciadas por cada um (KJEKEN et al., 2005).

A incapacidade funcional reflete a condição de realizar as funções sociais, sendo que alguns resultados indicam que a auto-avaliação positiva de saúde tende a refletir certo esforço do idoso em permanecer ativo, preservar sua identidade intersubjetiva e o seu papel no grupo (FONSECA et al, 2010; ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

Segundo Schuling et al. (1993), a atividade funcional compreende a habilidade de a pessoa desempenhar tarefas no dia-a-dia, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais. Essas atividades revelam a capacidade de a pessoa cuidar de si mesmo, executar seus papéis e suas tarefas básicas e sociais.

Segundo Ratey (2002), o movimento é a base da aprendizagem, porque representa um importante aspecto da experiência em cada momento, e aprender uma competência motora requer o desenvolvimento e a modificação de programas motores cada vez mais exatos, os quais coordenem não apenas movimentos precisos, mas também o conhecimento necessário para executá-los. Assim, podemos pensar o quanto o estado mental e funcional é dependente, podendo um interferir no outro.

Neste estudo o MEEM, houve significância para as Funções de energia e impulsos, Funções da atenção, Funções da memória, Funções emocionais, Funções da visão, Sensação de dor, Funções urinárias, Observar, Realizar tarefas múltiplas, Comunicação recepção de mensagens orais, Comunicação recepção de mensagens não verbais, Fala, Produção de mensagens não verbais, Levantar e carregar objetos, Uso fino da mão, Andar, Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, Dirigir, Dirigir transporte com tração animal, Dirigir veículos motorizados, Lavar-se, Cuidado das partes do corpo, Cuidados relacionados aos processos de excreção, Vestir-se, Beber, Cuidar da própria saúde, Interações interpessoais complexas, Relações com estranhos, Relações formais, Relações românticas, Relações maritais, Educação informal, Trabalho remunerado, Transações econômicas básicas, Auto suficiência econômica, Vida comunitária, Recreação e lazer, Religião e espiritualidade, Direitos humanos, Vida política e cidadania, Produtos ou substâncias para consumo pessoal, Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária, Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos, Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas, Produtos e tecnologia para a pratica religiosa e vida espiritual, Bens, Família imediata, Amigos, Conhecidos, companheiros,

colegas, vizinhos e membros da comunidade, Pessoas em posição de autoridade, Cuidadores e assistentes pessoais, Profissionais da saúde, Outros profissionais, Atitudes individuais dos profissionais de saúde, Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde, Serviços, sistemas e políticas da Previdência Social, Serviços, sistemas e políticas de saúde.

Relações familiares: criar e manter relações de parentesco, como com membros do núcleo familiar, parentes, família adotiva e de criação e parentes não consangüíneos, relações mais distantes como primos de segundo grau, ou tutores legais (d760). Inclui: relações entre pais e filhos e filhos e pais, entre irmãos e com outros membros familiares.

Relações íntimas: criar e manter relações românticas ou íntimas entre indivíduos, como marido e mulher, amantes ou parceiros sexuais (d770). Inclui: relações românticas, conjugais e sexuais.

Relações românticas: criar e manter uma relação baseada na atração emocional e física, que leva potencialmente a relacionamentos íntimos de longo prazo (d7700).

Relações maritais: criar e manter uma relação íntima de natureza legal com outra pessoa, como no casamento legal, incluindo tornar-se ou ser uma esposa ou marido legalmente casado ou um cônjuge não casado (d7701).

Relações sexuais: criar e manter uma relação de natureza sexual, com um cônjuge ou outro parceiro (d7702).

Engelhardt et al. (1997) acreditam que o diagnóstico de comprometimento cognitivo é tarefa complexa e ainda não bem sistematizada na população de idosos. Os quadros leves de comprometimento cognitivo são frequentes, passando muitas vezes despercebidos, e há necessidade de distinguir, o que muitas vezes é difícil, entre manifestações iniciais de algumas doenças e modificações associadas com o processo normal do envelhecimento. De acordo com Capurso (1999), o declínio das funções cognitivas relacionadas com a idade refere-se geralmente deteriorização no desempenho da memória, nas funções executivas e na velocidade do processo cognitivo, sendo este um processo normal do envelhecimento. No entanto,

quando o declínio dessas funções interfere na independência do idoso e em sua vida social, podemos estar lidando com uma situação patológica.

A perda da autonomia para o idoso representa uma morte social que anuncia a morte física do indivíduo e com a qual a sociedade moderna, secularizada e racional, tem enormes dificuldades de lidar (PAVARINI et al., 2006).

Nos países ocidentais, cerca de 30% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos, caem ao menos uma vez ao ano e, aproximadamente metade desse valor sofre duas ou mais quedas. Essa frequência é menor nos países orientais, nos quais cerca de 15% dos idosos caem uma vez ao ano e apenas 7,2% caem de forma recorrente. Esse evento constitui a sexta causa de morte entre pessoas acima de 65 anos, e os resultados não-fatais incluem os danos físicos, medo de cair novamente, incapacidade funcional e institucionalizações. No Brasil, um estudo realizado em São Paulo mostrou que a frequência de quedas foi de 32,7% e de quedas recorrentes em idosos comunitários foi de 13,9% (PERRACINI; RAMOS, 2002).

A maioria das fraturas é resultante de quedas em casa, ocasionadas durante atividades cotidianas como, por exemplo, subir e descer escadas, ir ao banheiro ou trabalhar na cozinha. Cerca de 10 bilhões de dólares são gastos por ano pelo sistema de saúde norte-americano com fraturas de quadril (TINETTI, 2003).

Ainda quanto ao cuidado pessoal, Riberto e cols (2001) afirmam que comer e beber são tarefas com menor grau de complexidade. Deste modo, os idosos obtêm um melhor nível de desempenho nestas tarefas.

Novas estratégias têm sido utilizadas para avaliação do desempenho cognitivo de idosos com o intuito de diagnosticar precocemente as demências ou retardar os sintomas de uma possível alteração neurológica. Esses estudos têm procurado elementos de rastreio que permitam identificar na comunidade casos leves de demência (BUSTAMENTE et al., 2003). A avaliação do estado

mental de idosos é importante para elaboração de planos de reabilitação e de políticas de prevenção de saúde mental (MALLOY-DINIZ; CARVALHO, 2001). Além disso, facilitam o estabelecimento de perfil cognitivo basal antes, durante e depois de tratamentos, bem como colaboram para o diagnóstico diferencial em condições que envolvam prejuízo cognitivo. As baterias neuropsicológicas constituem-se em sequências de testes que avaliam comportamento e cognição.

Dentre os diversos transtornos que afetam os idosos, a saúde mental merece especial atenção. Depressão e demência têm incapacitado idosos em todo o mundo por levarem à perda da independência e quase inevitavelmente, da autonomia. As desordens mentais comprometem 20% da população idosa, entre as quais se destacam a demência e a depressão como prevalentes. No Brasil, aproximadamente 10 milhões de idosos sofrem de depressão (BENEDETTI et. al, 2008). A disfuncionalidade cognitiva constitui uma das maiores reclamações por parte dos idosos. Ela promove diminuição da adaptabilidade social, dependência, e perda da autonomia, sendo por isso um fator determinante no comportamento dessa população, por ser um agente causador de um desempenho menos eficiente (COUTINHO FILHO, 2008).

Capacidade funcional pode ser definida como a condição que o idoso tem de se manter independente, conduzindo sua própria vida, decidindo e atuando, ou seja, utilizando as habilidades que o indivíduo tem para desempenhar suas atividades do dia-a-dia (MONTENEGRO; SILVA, 2007). As atividades normalmente são separadas em atividades básicas da vida diária: comer, vestir-se, banhar-se, alimentar-se e atividades instrumentais da vida diária, como trabalhos domésticos, compras e transportes

Do mesmo modo, o idoso também deve, quando possível, acompanhar o controle de suas finanças, participar de atividades comunitárias, em grupo, sociais e de lazer. As deficiências, mesmo que limitantes, podem ser contornadas a fim de tornar o idoso mais ativo e participante (GOLDSTEIN, 2000).

Com relação às atividades e participações, observamos que as categorias Resolver problemas, Fala e Trabalho remunerado (76%); Produção de mensagens não verbais (82%); Aquisição de um lugar para morar e Aquisição de bens e serviços (90%); Andar, Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, Lavar-se, Cuidado das partes do corpo, Cuidados relacionados aos processos de excreção, Vestir-se, Cuidar da própria saúde, Preparação de refeições, Realização das tarefas domésticas, Cuidar dos objetos da casa, Ajudar os outros, Relações formais, Educação informal, Transações econômicas básicas e Religião e espiritualidade (98%); Comer, Beber, Interações interpessoais básicas, Relação com estranhos, Relações sociais informais, Vida comunitária, Recreação e lazer, Direitos humanos e Vida política e cidadania (100%) foram as menos frequentemente comprometidas, sendo que tais atividades são praticadas em maior frequência proporcionando mais habilidade, já as categorias, Realizar tarefas múltiplas (32%), Comunicação-recepção de mensagens orais (30%), Levantar e carregar objetos (32%) e Auto-suficiência econômica (36%) foram aquelas com maior limitação ou restrição.

De acordo com Rosa et al. (2003), as medidas autoreferidas fornecem informações sobre a limitação funcional de idosos em determinado contexto social, as quais dificilmente podem ser obtidas a partir de medidas diretas do desempenho funcional.

O projeto Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE), que é um estudo multicêntrico realizado em sete cidades da América Latina e Caribe com idosos de 60 anos ou mais, investigou questões importantes sobre funcionalidade e atividades básicas e instrumentais de vida diária. A prevalência de incapacidade funcional para realizar ao menos uma atividade básica de vida diária (ABVD), mensurada a partir do relato da presença de dificuldade foi de 18,6% em Buenos Aires, 13,8% em Bridgetown, 23,7% em São Paulo, 22,3% em Santiago, 20,5% em Havana, 19,4% na Cidade do México e 16,8% em Montevideú. Para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), as prevalências foram de 28,7%, 23,5%, 40,3%, 31,8%, 27,8%,

28,6% e 17,0% respectivamente. As variáveis associadas à incapacidade funcional foram: apresentar maior número de doenças crônicas, apresentar artrose, doença cardiovascular e depressão, ser mulher, ter idade avançada, má autoavaliação do estado de saúde e ter declínio cognitivo. As associações mais fortes foram encontradas em relação às atividades instrumentais (MENÉNDEZ et al, 2009).

Estudo realizado por Jagger et al. (2001) no Reino Unido verificou uma ordem de restrição de atividades, iniciando-se pelo banho, locomoção, vestir-se, higiene e por fim a alimentação. O estudo longitudinal de Dunlop, Hughes e Manheim (1997) realizado nos Estados Unidos com 5151 idosos revelou a diminuição da capacidade funcional principalmente em relação ao banho, higiene, cuidado pessoal, vestir-se e locomoção.

No Brasil, existem estudos que analisam de forma isolada cada grupo de atividades de vida diária. De modo geral, as pesquisas avaliam as tarefas em forma de blocos, fato este que dificulta um aprofundamento da questão. Sabe-se que idosos residentes na comunidade são mais ativos e, por isso, têm um nível funcional acima daqueles residentes em casas geriátricas. Entender o comportamento funcional dentro de cada grupo pode facilitar a compreensão dos aspectos envolvidos no declínio funcional e servir como fonte de informação para as ações específicas para cada situação, pois o tipo de ajuda necessária, as demandas de serviços e os custos decorrentes das incapacidades são muito diferentes (BARBOSA et al., 2005).

As políticas de envelhecimento ativo precisam cruzar-se com projetos mais amplos para reduzir a pobreza em todas as idades. Os pobres de todas as idades apresentam um risco maior de doenças e deficiências, e os idosos estão particularmente vulneráveis. Muitos idosos especialmente as mulheres, vivem sozinhos ou em áreas rurais sem renda certa ou suficiente. Esses fatores afetam seriamente o acesso a alimentos nutritivos, a moradias adequadas e a cuidados de saúde (BATISTA, VIEIRA, SILVA; 2012).

Na verdade, alguns estudos demonstram que idosos com baixa renda tem uma chance de cerca de 30% de apresentar altos níveis funcionais se comparados àqueles que possuem renda alta (Organização Mundial La Salud, 2005). Os idosos de baixa renda executam sozinhos atividades domésticas como cozinhar, varrer, lavar roupas, sobretudo se moram sós ou com filhos, e ainda ajudam a cuidar das crianças. Esse fato ocorre por não terem condições de contratar alguém para executar tais atividades, e em virtude dessas condições continuam por mais tempo ativas, contribuindo de forma positiva na sociedade em que estão inseridas (BATISTA; VIEIRA; SILVA, 2012).

É fundamental o engajamento de toda a sociedade, para que se consiga transformar a realidade dos idosos e humanizar as relações entre viver e envelhecer. Conforme afirma Braga (2005), “Para que o Estatuto do Idoso seja, realmente, uma ferramenta de mudança social, será necessário que todos nós possamos adotá-lo em nossa vida cotidiana, tratando melhor e como cidadãos aos idosos com os quais travamos contato diário e não apenas esperarmos que o governo ou alguma instituição cuide deles. O estatuto regulamenta os direitos dos idosos e define as medidas de proteção para esta população.”

Para os idosos deste estudo que utilizam como meio de locomoção para ir ao CCI, houve significância as Funções da visão, Aquisição de bens, Calcular, Levantar e carregar objetos, Relações familiares, Relações íntimas e Pessoas com posição de autoridade tem significância, pois promove o seu acesso ao transporte.

A Política Nacional Idoso (1998), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), e o Estatuto do Idoso (2003) são dispositivos legais que norteiam ações, sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado na proteção dos mesmos. Porém é sabido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de modo mais saudável

possível. Estado, profissionais da saúde, idoso e sociedade em geral são todos co-responsáveis por esse processo.

Apesar da importância dos aspectos ora explícitos referentes ao Estatuto do Idoso(2003) e Neri (2005), ao analisar as políticas de atendimento aos direitos do idoso expressos nesse marco legal, concluiu que o documento é revelador de uma ideologia negativa da velhice, compatível com o padrão de conhecimentos e atitudes daqueles envolvidos na sua elaboração (políticos, profissionais, grupos organizados de idosos), segundo os quais o envelhecimento é uma fase compreendida por perdas físicas, intelectuais e sociais, negando análise crítica consubstanciada por dados científicos recentes que o apontam, também, como uma ocasião para ganhos, dependendo, principalmente, do estilo de vida e do ambiente ao qual o idoso foi exposto ao longo do seu desenvolvimento e maturidade.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) foi recentemente atualizada, considerando o Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais para consolidação do SUS (2006b) e reafirmando a necessidade de enfrentamento dos desafios impostos por um processo de envelhecimento ora caracterizado por doenças e/ou condições crônicas não-transmissíveis, porém passíveis de prevenção e controle, e por incapacidades que podem ser evitadas ou minimizadas. Dentre tais desafios ressalta-se “a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa”.

Para efetivar tal política, é necessário definir e/ou readequar planos, programas, projetos e atividades da gerontologia, que de modo direto ou indireto se relacionam com o seu objeto. É primordial a articulação entre Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para sua operacionalização. Enfim, para que o mesmo alcance seus objetivos, as suas diretrizes essenciais necessitam ser cumpridas (FERNANDES; SANTOS, 2007).

O Pacto pela Vida, Brasil (2006) é uma das prioridades, articuladas e integradas, assumido pelos gestores do SUS enquanto compromisso público da construção do Pacto pela Saúde. A saúde do idoso é parte desta prioridade, ao buscar a atenção integral e a implementação da PNSPI, em que novamente a preocupação com o preparo dos profissionais da saúde é traduzida em ação estratégica de um programa de educação permanente à distância, com conteúdos destinados ao processo de envelhecimento, à saúde individual e à gestão de serviços de saúde.

No entanto, na prática verifica-se a insuficiência de recursos humanos especializados para cumprir as diretrizes essenciais, quais sejam a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional. Ainda encontramos idosos em longas filas de espera para agendamento de consulta médica especializada, bem como para exames e internação hospitalar. (FERNANDES; SANTOS, 2007).

Apesar disso, essa política pouco vem contribuindo para a construção da cidadania, pois aqueles que se encontram abaixo da linha de pobreza possuem tantas necessidades básicas não atendidas que um salário-mínimo não basta para lhes garantir uma vida digna. Estudos de Sposati (2000), entre outros, demonstram a insuficiência do nosso salário-mínimo que apenas contempla uma cesta básica, configurando a linha da indigência e reduzindo as necessidades humanas à alimentação.

Essa politização dos idosos, especialmente dos mais escolarizados, associado aos ideais dos tempos pós-industriais, trouxe à pauta algumas questões culturais que favorecem um novo modo de pensar e agir no âmbito do envelhecimento que, de algum modo, tem influenciado as políticas públicas e os direitos dos idosos: a primeira foi a quebra da centralidade do trabalho, como valor maior na visão de mundo da sociedade (aspecto dominante na sociedade industrial), o que permitiu ao idoso construir sua identidade numa ótica de não trabalho, mas de utilidade e sentido da vida; a segunda é o pluralismo de idéias, de comportamento e de atividades, como valor,

quebrando estereótipos ideológicos e comportamentais; a terceira é a valorização da subjetividade como um plano importante a ser incluído em todos os níveis da vida, da ciência e das políticas (MINAYO, 2000).

A inclusão dos aspectos relacionados ao desempenho das atividades e da participação social no conceito de saúde funcional é uma clara implicação à CIF, tomada como uma das ferramentas mais importantes para a implantação da Política Nacional de Saúde Funcional. Ao atrelar o exercício da cidadania a definição de saúde funcional nos remete a compreensão da saúde como direito de todos e dever do estado, reforçando o compromisso dos profissionais que atuam ou venham a atuar neste campo em construção com o Sistema Único de Saúde (FRAGA; SOUSA; FERREIRA, 2011).

Nas atividades básicas, ao se considerar a idade como variável contínua encontrou-se que a cada ano que passa aumenta em uma vez a chance do idoso se apresentar como dependente. À medida que ocorre o avanço da idade, as limitações físico-orgânicas levam a repercussões sobre a função física, intelectual e social. Este fato tem explicação pela própria característica do processo de envelhecimento, pois há uma diminuição na qualidade e quantidade das informações necessárias para um controle motor e cognitivo eficaz. Quando um indivíduo envelhece, alguns sistemas orgânicos experimentam um declínio de função, sendo comum associá-lo ao processo de envelhecimento. Embora muitas dessas alterações possuam poucos efeitos na realização das necessidades diárias da maioria da população idosa, agravos à saúde que ocorram nos sistemas sensorial, neurológico e musculoesquelético podem colocar certos indivíduos em risco de ter alguma restrição funcional (STEFFEN; HACKER; MOLLINGER, 2002).

Categorias de diferentes capítulos do componente Atividades e Participações foram descritas como apresentando algum grau de dificuldade, desde atividades de aprendizado até fala, mobilidade entre outras. Isso indica a necessidade de equipes multiprofissionais nos programas de atenção à saúde do idoso e gerontologia.

Os Fatores Ambientais na CIF foram descritos como constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida. A codificação destes fatores contextuais devem ser considerados para cada componente do funcionamento e codificados de acordo com esses componentes. Uma lista de Fatores Ambientais é o primeiro componente dos Fatores Contextuais. Os Fatores Ambientais tem um impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade e são organizados em sequência, do ambiente mais imediato do indivíduo até o ambiente geral (CIF, 2003).

Nesta pesquisa a maior parte das categorias dos fatores ambientais recebeu a classificação como facilitador, indicando que essas mulheres não perceberam muitas barreiras ambientais para as suas atividades diárias. Isso pode decorrer do fato de serem hígdas na sua grande maioria e estarem aptas para usar os bens e serviços que são criados a partir de um modelo tradicional de desenho e planejamento que considera as pessoas sem deficiências como parâmetros. Pode-se propor que se a amostra fosse composta por idosas com deficiência, ou menos ativas, uma percentagem maior de categorias de fatores ambientais seria apontada como barreira.

O envelhecimento bem sucedido, a ampliação do sentimento de auto-suficiência e da habilidade social, bem como a manutenção da capacidade funcional dos idosos e da qualidade de vida de maneira, geral, é possibilitada pela adoção de uma vida ativa, incluindo atividades rotineiras, como participação em grupos religiosos, programas de exercícios físicos, visitaão a locais que permitam lazer, distração e inserção social (ROSA et al., 2003).

A aquisição e o uso do conhecimento acerca do ambiente espacial são fundamentais no funcionamento diário e na qualidade de vida de idosos (KIRASIC, 1991). Segundo Oliveira (2005) os idosos encontram maior dificuldade que os adultos jovens em coordenar múltiplas perspectivas em grandes, uma explicação possível ao declínio da eficiência da memória do

trabalho com o avanço da idade, processo cognitivo básico para o armazenamento e manipulação de informações.

Neste estudo não foi observada a qualificação 8 (não especificado) nos 386 idosos que responderam às 107 categorias da CIF (107 categorias x 386 idosos = 41.302).

Os fatores ambientais devem ser codificados sob a perspectiva da pessoa cuja situação está sendo descrita. Por exemplo, as rampas nas calçadas, ou as guias rebaixadas com piso liso deveriam ser codificadas como um facilitador para o usuário de cadeira de rodas, mas como um obstáculo para uma pessoa cega (CIF, 2003).

Riberto; Saron; Battistella (2008), em um estudo no Brasil com mulheres com fibromialgia, observaram vinte e nove participantes em uma pesquisa e, de todas as respostas possíveis (67 categorias x 29 pacientes = 1943), apenas 14 obtiveram a qualificação 8 (não especificada), o que indica uma boa qualidade do preenchimento dos mesmos, já que os *core sets* foram respondidos quase que integralmente.

Cieza et al. (2005) participou com os membros das comunidades políticas, pesquisa e prática nas áreas de envelhecimento e deficiência em Barcelona – Espanha, na primeira Conferência Internacional sobre a união do conhecimento em cuidados de longo prazo e apoios. No centro da conferência foi o crescente reconhecimento da importância de aproveitar as oportunidades para o conhecimento da ligação entre as duas disciplinas (medidas de funcionalidade e incapacidade com base na CIF) apresentou os resultados do desenvolvimento do núcleo genético exercício conjunto, que cria um conjunto mínimo de categorias da CIF para especificar a saúde e domínios relacionados encontrados em medidas de resultados amplamente utilizados e indicadores de saúde. Tal conjunto de indicadores potencialmente poderia ser usado para facilitar a comparação de informações de saúde entre e através de todas as condições de saúde e de cuidados de saúde. Ela também demonstrou que a

classificação de referência CIF contém categorias que podem ser abordadas e avaliadas a partir de perspectivas diferentes: qualidade de vida e da satisfação e do apoio e perspectiva de dependência (McDAID, 2009).

6 CONCLUSÕES

O estudo caracterizou-se pelo predomínio de mulheres, com idade média de 72 anos, casadas, etnia autodeclarante branca, com 5-10 anos de educação escolar, aposentadas, com média de renda mensal de um salário mínimo, dois filhos, naturalidade da cidade da coleta de dados, reside em casa própria, meio de locomoção que utilizado para ir ao CCI e atividade física preferida é a caminhada, função cognitiva preservada, sem alterações da pressão arterial e respiração.

Por meio do instrumento de coleta de informações foi possível observar que a maior parte das categorias da CIF selecionadas era pouco comprometida com dificuldade leve, ou sem dificuldade, o que é esperado numa amostra de idosos independentes (100%), praticantes de atividades sociais regulares (100%), caracterizado pelo sexo feminino (80%), casadas (60%), com idade média de 72 anos, conforme observado.

As funções do corpo mais comprometidas foram Funções do sono (32%) e Funções emocionais (40%) compatível com outros resultados descritos na literatura sobre idosos de baixa escolaridade e funções cognitivas pouco desenvolvidas. Por outro lado, as funções do corpo de Funções relacionadas à mobilidade das articulações e à força muscular (40%), Funções relacionadas ao tônus muscular (46%), Funções relacionadas aos movimentos involuntários (62%) foram as que se apresentavam integralmente preservadas com maior frequência (nenhuma deficiência), o que pode indicar resultado satisfatório decorrente das atividades físicas desenvolvidas no CCI.

A aplicação do **checklist** da CIF nos idosos independentes em CCIs mostrou uma população praticante de atividades sociais regulares, nenhuma deficiência, ou seja, integralmente preservadas as funções da consciência, orientação e intelectuais, mas as funções do sono, emocionais e cognitivas superiores comprometidas. Para atividades e participações, resolver problemas, falar, andar, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento,

cuidar das partes do corpo, ajudar os outros, educação informal e trabalho remunerado, foram as menos frequentemente comprometidas, enquanto que, realizar tarefas múltiplas, comunicação-recepção de mensagens orais, levantar e carregar objetos e auto-suficiência econômica foram aquelas com maior limitação ou restrição.

Com relação às atividades e participações, observamos que as categorias Resolver problemas, Fala e Trabalho remunerado (76%); Produção de mensagens não verbais (82%); Aquisição de um lugar para morar e Aquisição de bens e serviços (90%); Andar, Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, Lavar-se, Cuidado das partes do corpo, Cuidados relacionados aos processos de excreção, Vestir-se, Cuidar da própria saúde, Preparação de refeições, Realização das tarefas domésticas, Cuidar dos objetos da casa, Ajudar os outros, Relações formais, Educação informal, Transações econômicas básicas e Religião e espiritualidade (98%); Comer, Beber, Interações interpessoais básicas, Relação com estranhos, Relações sociais informais, Vida comunitária, Recreação e lazer, Direitos humanos e Vida política e cidadania (100%) foram as menos frequentemente comprometidas, sendo que tais atividades são praticadas em maior frequência proporcionando mais habilidade, já as categorias Aprender a ler (30%), Aprender a calcular (32%), Realizar tarefas múltiplas (32%), Comunicação-recepção de mensagens orais (30%), Levantar e carregar objetos (32%) e Auto-suficiência econômica (36%) foram aquelas com maior limitação ou restrição.

Neste estudo não foi observada a qualificação 8 (não especificado) nos 387 idosos que responderam às 107 categorias da CIF (107 categorias x 386 idosos = 41.302).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso dos programas para a terceira idade que produzem um discurso empenhado em rever os estereótipos negativos da velhice e abrem espaços para as experiências de envelhecimento bem-sucedidas vividas coletivamente, realizar projetos abandonados em outras etapas da vida, estabelecer relações mais profícuas com o mundo e ao mesmo tempo, abre novos campos para a articulação de demandas políticas e para a constituição de novos mercados de consumo.

Ao abrigarmos a questão da especificidade e singularidade de cada ser humano, assumimos a condição de que políticas sociais e de saúde devem ser propostas para grupos populacionais, porém, considerando as necessidades e experiências de cada sujeito que delas participará. Assim, a velhice deve ser considerada no ciclo da vida não como uma doença, mas como um processo de viver envelhecendo, de conviver com intercorrências, as quais podem ser preveníveis e, em especial, tratáveis (FERNANDES; SANTOS, 2007).

A mudança dos perfis populacionais, no tocante à questão etária, tem feito com que os órgãos oficiais modifiquem e emoldurem seus programas, passando a considerar, a terceira idade uma das populações-alvo de qualquer política oficial (FERNANDES; SANTOS, 2007).

Os programas sociais e de saúde devem buscar responder à necessidade premente de desmistificar os pré conceitos a respeito da velhice, fundamentada na ciência do envelhecimento, para a construção de condições socioculturais propícias para uma velhice digna (FERNANDES; SANTOS, 2007).

Assim, construiremos um país de cidadãos, pessoas incluídas e acolhidas em políticas sociais e de saúde, não importando sua faixa etária (FERNANDES; SANTOS, 2007).

A nova linguagem proposta pela CIF é um passo importante para uma mudança de paradigmas sobre incapacidade, enfatizando o importante papel dos fatores contextuais, que não relevantes em sistemas classificatórios anteriores. Mesmo que suas codificações não sejam ainda de uso corrente em nosso sistema de saúde, a CIF já tem o mérito de apontar um novo rumo na avaliação do impacto das doenças na vida das pessoas e no processo de envelhecimento.

A CIF propõe que a incapacidade funcional resulta não apenas de uma deficiência orgânica, mas de influência mútua entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, como a limitação de suas atividades, restrição da participação social e, em razão de fatores ambientais e pessoais que interferem no seu desempenho em atividades da vida diária, podendo funcionar como barreiras ou facilitadores do estado funcional. Em decorrência disto, condições de vida extremamente desfavoráveis determinam maior comprometimento funcional e pior desempenho social. Os determinantes sociais da saúde impõem também barreiras na funcionalidade (FRAGA; SOUSA; FERREIRA, 2010).

Os limites para a aplicação do **checklist** da CIF, segundo o presente estudo, apontam para a necessidade de treinamento para a aplicação do instrumento da CIF por parte dos profissionais e/ou pesquisadores.

A aplicação do **checklist** da CIF ainda é pouco utilizada nas pesquisas nacionais e para a implantação de políticas públicas na gestão em saúde. Esta, também aponta vantagens como a comparação de resultados com estudos internacionais, bem como descreve, compara e subsidia intervenções na saúde do idoso em países em desenvolvimento, principalmente para a formulação de políticas públicas, o que insere o idoso no processo de globalização com melhores condições de saúde e de participação social.

Embora a CIF possa ser considerada como um grande avanço na concepção e na forma de comunicar com detalhamento as alterações que determinam maior ou menor grau de comprometimento da saúde do indivíduo, na prática tem sido observadas grandes dificuldades no emprego desta forma de classificação das condições de saúde. As evidências científicas produzidas no país, desde a sua publicação, não têm demonstrado sua aplicabilidade na rotina diária dos profissionais de saúde. Os escassos estudos têm sido idealizados para, quando muito, apresentar dados de poucos casos (FRAGA; SOUSA; FERREIRA, 2010).

A produção nacional de estudos que utilizam a CIF para estimar comprometimentos funcionais é bastante reduzida. Na biblioteca virtual Scielo, entre os anos de 2005 a 2011, dos 13 artigos indexados pelos termos incapacidade e funcionalidade, apenas sete são artigos originais, que efetivamente, usam a escala para classificar níveis de participação, funcionalidade e/ou incapacidade, já que os demais abordaram aspectos teóricos conceituais da aplicação da escala. Na base Pubmed, é possível detectar também um grande número de artigos igualmente teóricos conceituais, e em menor número com a aplicação da escala para descrever disfunções, limitações, restrições e barreiras ou fatores de facilitação (FRAGA; SOUSA; FERREIRA, 2010).

Ainda são escassos os estudos nacionais com a aplicação do **checklist** da CIF junto aos idosos, sendo este estudo um pioneiro no Estado de São Paulo e no Brasil.

A utilização de uma referência, por mais complexa que seja a sua formulação, propicia uma comunicação rápida, direta e objetiva de uma informação extremamente útil para o planejamento e gestão de recursos. E a CIF propicia, também, uma comunicação rápida, direta e objetiva. Porque este cenário nacional e mundial de morbidade elevada por doenças crônicas não transmissíveis que repercute em taxas elevadas de deficiências, disfunções e incapacidades e não propiciaram semelhante elevação de produção de dados

utilizando esta escala? Após dez anos de sua publicação a CIF não tem sido, de fato, reconhecida como um instrumento útil na avaliação empírica dos comprometimentos funcionais de pacientes. Há que se refletir. Embora extremamente bem elaborada, de fato sua produção é, operacionalmente, pouco exequível, exigindo a avaliação por parte de vários profissionais para produzir códigos precisos que envolvam vários construtos. Assim como os idiomas não falados, escalas não utilizadas também fenecem (FRAGA; SOUSA; FERREIRA, 2010).

8 REFERÊNCIAS

Acosta, M.A.F. Getting old in the city: a study on groups of physical activities for elderly people in Santa Maria/RS. *Fiep Bulletin*. 77:625-8; 2007.

Alves L.C.; Leite I.C.; Machado C.J. Fatores Associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública* 44: 1-11; 2010.

Aston-Jones G. Brain structures and receptores involved in alertness. *Sleep Med*. 6 (Suppl 1): S3-7, 2005.

Araujo, C.L.O.; Faro, A.C.M.E. . História dos asilos no Brasil. In: II Simpósio Ibero-Americano da História da Enfermagem, 2009, Lisboa. Livro Resumo. v. 1. p. 25-25, 2009.

Araujo, C.L.O.; Souza, L.A.; Faro, A.C.M.E. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *HERE Revista eletrônica história de Enfermagem*, v. 1, p. 250-262, 2010.

Araujo, C.L.O.; Faro, A.C.M.E. . El adulto mayor en un Centro de Atención Comunitaria. In: I Congresso Internacional de Residencias y Servicios para personas mayores, Puerto de Vera Cruz. Resúmenes do Evento, v. 1. p. 18-18, 2010.

Araujo, C.L.O.; Faro, A.C.M.E. O enfermeiro na assistência ao paciente em avaliação por imagens. In: Ana Cristina Mancussi e Faro. (Org.). *Enfermagem em emergências ortopédicas*. ed. São Paulo: Manole, 2011, v. 1, p. 153-175.

Araujo, C.L.O.; Ceolim, M.F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010.

Araújo, L.F.; Carvalho, V.M.L. Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupo de convivência. *Textos Envelhecimento*. 6;10-22, 2004.

Assis, M.; Hartz, Z.M.A.; Valla, V.V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão de literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência Saúde Coletiva*. 9(3): 557-8, 2004.

Barbosa, A.R. et al. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad Saúde Pública*. 21: 177-85, 2005.

Barry, H.C. e Eathorne, S.W. Exercise and aging. Issues for the practitioner. *Medical Clinics North America*, 357-375, 1994.

Batista, N.N.L.A.L.; Vieira, D.J.N.; Silva, G.M.P. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina- PI. *Enfermagem em Foco*. 3 (1): 07-11; 2012.

Battistella, L.R.; Brito, C.M.M. Tendência e Reflexões: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiatr. São Paulo*, v. 9, n. 2, p. 98-101, 2002.

Benedetti, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saúde Pública*; v. 42, n.2, p.302-7, 2008.

Bertachini, L.; Gonçalves, M. de J. Comunicação na terceira idade. *Mundo saúde*. São Paulo, v. 26, n. 4, p. 483-489, Out.-Dez. 2002.

Bertolucci, P.H.F. et al. O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr*, 52: 1-7, 1994.

Borrero, C.L.C. Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. *Hacia La Promoción de la Salud*.13:42-58; 2008.

Borges, P.L.C. et al. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro v.24, n.12, dez. 2010.

Botelho, R. Efeitos da pratica da atividade física sobre a Aptidão física de Adultos idosos. Dissertação apresentada às provas de Mestrado em Ciências do Desporto. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 2002.

Bouchard, C.; Shephard, R. J. Physical activity, fitness, and health: the model and key concepts in Physical Activity, Fitness, and Health: internacional Proceedings and Consensus Statement. Bouchard, Shephard & Stephens Eds, Human Kinetics Publishers, 1994.

Brach, J.S. et al. The association between physical function and lifestyle activity and exercise in 50 the health, aging and body composition study. American Journal Geriatric Society. v.52, p.502-509, 2004.

Braga, P.M.V. Direitos do idoso: de acordo com o Estatuto do Idoso. São Paulo: Quartier Latin; 2005.

Brasil, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, DF, n.19, 2006.

Brasil. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. n. 23. 2008.

Brevidelli, M.M.; Domenico, E.B.L. Trabalho de Conclusão de Curso: Guia Prático para Docentes e Alunos da Área da Saúde. 1ª Ed. São Paulo: Iátria, cap. 2, 2006.

Bustamante, S.E.; Zevallos et al . Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 61, n. 3A, Sept. 2003.

Buchala, C.M.; Laurenti, R. A família de classificações internacionais da Organização Mundial de Saúde. / The World Health Organization Family of International Classifications. Cad.saúde colet. Rio de Janeiro; 18(1), jan-mar. 2010.

Buñuales, M.T.J.; Diego, P.G.; Moreno, J.M.M. La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001. Rev Esp Salud Publica, 76: 271-9, 2002.

Capurso, A. Estudo longitudinal italiano sobre o envelhecimento. 1999. Disponível em <http://europa.eu.int/comm/agriculture/prom/olive/medinf/pt/media/press8.htm>.

Carvalho Filho, E.T.; Papaléo Netto, M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.

Carvalho Filho, E.T. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, p. 60-70, 2006.

Carter, N.D.; Kannus P.; Khan K.M. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. Sports Med. 31(6):427-38; 2001.

Carstensen, L.L.; Pasupathi, M. Women of a certain age. American women in the nineties: today critical issues. Boston: Northeastern, University Press, 1993.

Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Saúde Pública, 31(2): 184-200, 1997.

Classificação Internacional de Funcionalidades – CIF. Comunicado de imprensa da OMS - 15 de Novembro de 2001.

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de

Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003.

Cieza, A. et al. ICF linking rules: an update bases on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Londres, v.37, n.4, p.212-18, 2005.

Costa, F.G; Campos, P.H.F. Práticas Institucionais e Representações da Exclusão na Terceira Idade. In Campos, P. H. F. ; Loureiro, M. C. S. (orgs.). *Representações Sociais e Práticas Educativas*. Goiânia-GO: EdUCG, pp. 187-207, 2003.

Coutinho Filho, R.C. As influências da prática de atividade física nas funções cognitivas em idosos. *Lecturas Educación Física y Deportes*, v.12, n.118, 2008.

Di Nubila, H. B. V.; Buchalla, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 11, n. 2, Jun, 2008 .

Domingos, A.M; Menezes, I.G. Sobre o apoio social em um Centro de Convivência: a percepção dos Idosos. Outubro. 2005.

Dunlop, D.D.; Hughes, S.L.; Manheim, L.M. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *American Journal of Public Health*, Boston, v.87, n.3, p.378-383, mar., 1997.

Estatuto do Idoso. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Engelhardt, E. et al. Idosos velhos ("oldest old"): rastreamento cognitivo com o MMSE. *Rev Bras Neurol*. 33(4):201-6, 1997.

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*, 8 (2), 187-193, 2005.

Farinatti, P.T. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Rev Bras Med Esporte*. 8(4): 129-38, 2002.

Faro, A.C.M.E. et al. Assistência de Enfermagem na reabilitação do binômio criança-família com mobilidade reduzida e deficiência (Prelo). In: Lisabelle Mariano Rossato. (Org.). *Enfermagem Pediátrica - o processo de cuidar da criança, do adolescente e de sua família*. 1ed. São Paulo: Atheneu, 2010a, v. 1.

Faro, A.C.M.E. et al. Família, cultura e saúde (prelo). In: Dulce Maria Rosa Gualda. (Org.). *Antropologia, saúde e enfermagem*. São Paulo: Ícone/Edusp, 2010b, v. 1.

Faro, A.C.M.E.; Araujo, C.L.O. Avaliação física e funcional de enfermagem do sistema locomotor. In: Maria Belén Salazar Posso; Loide Corina Chaves. (Org.). *Avaliação física em enfermagem*. Barueri: Manole, 2012, v. 1, p. 345-69.

Fernandes, M.G.; Santos, S.R. Políticas Públicas e Direitos do Idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. *Achegas. net – Revista de Ciência Política* n.34, mar/abr p. 49-60, 2007.

Ferreira, K.S. et al. Perception of the elderly toward sex in old age. *Gereiatria & Gerontologia*. 3(4): 182-188, 2009.

Ferreira, O.G.L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista Esc. Enfermagem. USP*, vol. 44, n. 4, pp. 1065-9, 2010.

Florindo, A.A. et al. Epidemiology of leisure, transportation, occupational and household physical activity: prevalence and associated factors. *Journal of Physical Activity & Health Leisure*. 6: 625-32, 2009.

Fonseca, M.G.U.P. et al. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública* 44: 159-65, 2010.

Fraga, M.H.; Sousa, C.S.; Ferreira, K.G.. Os debates ancestrais e atuais acerca do que é saúde e a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: contradições para compreensão das possibilidades de uma política nacional de saúde funcional. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, vol. 1. n.1 (1) p.1-11, 2011.

Geis, P.P. Atividade física e saúde na 3ª Idade. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Greenglass, E.; Fiksenbaum L.; Eaton, J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping*.19:15-31, 2006.

Goldstein, L.L. No comando da própria vida: a importância de crenças e comportamentos de controle para o bem-estar na velhice. In: Neri, A.L.; Freire, S. A. E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus, p. 55-67, 2000.

Goldani, A.M. Wome´s transations. The intersection of female life course, family and demographic transation in the twerntieth century Brazil. Austin: Universidade do Texas. Tese de doutorado. 1989.

Gordilho, A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.

Hallage, T. Efeitos de 12 semanas de treinamento com dança aeróbica e step de baixo impacto sobre a aptidão funcional de mulheres idosas. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 83 pg. 2008.

Heinen, M.M. et al. Applying ICF in nursing practice: classifying elements of nursing diagnoses. *Int Nurs Rev*. 52(4):304-12, 2005.

Hott, A.M.; Pires, V.A.T.N. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG* - v.4 - n., jul./ago. 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro. 2007.

Inouye, K.; Pedrazzani, E.S.; Pavarini, S.C.I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. Cad. Saúde Publica vol.26 n.5. Rio de Janeiro. 2010.

Jagger, C. et al. Patterns of Onset of Disability in Activities of Daily Living with Age. American Geriatrics Society, New York, v.49, n. 4, p.404-409, 2001.

Jeckel-Neto, E.A.; Cunha, G.L. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: Freitas, Elizabete Viana de, PY, Ligia, Cançado, Flávio Aluizio Xavier, DOLL, Johannes, Gorzoni, Milton Luiz. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p. 13-22, 2006.

Katch, F. I., McArdle, W. D. Nutrição, Exercício e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996.

Kirasic, K.C. Spatial cognition and behavior in young and elderly adults: implications for learning new environments. Psychology and Aging. 6(1), 10-18. 1991.

Kjeken, I. et al. Activity limitations and participation restrictions in women with hand osteoarthritis: patients' descriptions and associations between dimensions of functioning. Ann Rheum Dis.64(11):1633-8; 2005.

Lloyd-Sherlock P. Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. Soc Sci Med; 51:887-95, 2000.

Litvoc J., Brito F.C. Envelhecimento, prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

Machado, F.N. Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais. 129 pg, 2010.

McDaid, D. Bridging knowledge: reflections on crossing the boundaries between long-term care and support. *International Journal of Integrated Care*, 22 June 2009.

Malloy-Diniz, L.F., Carvalho, A.M. O exame neuropsicológico e suas contribuições à psiquiatria. *Psiquiatria Biológica*. v.9, n.2, p.66, 2001.

Matsudo, S.M. et al. Estudo longitudinal-tracking de 4 anos – da aptidão física de mulheres da maioridade fisicamente ativas. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. v.12, n.3, p.47-52, 2004.

Menéndez, J. et al. In: *Fragilidade no Idoso*. Perracini MR, Fló CM. Fisioterapia: teoria e prática clínica. Funcionalidade e Envelhecimento. Editores da série: Celso R. F Carvalho e Clarice Tanaka, Guanabara Koogan, 2009.

Menezes, R.L.; Bachion, M.M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Cienc Saude Coletiva*.13(4):1209-18, 2008.

Minayo, M.C. de S. “A vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós industrial”. *Arquivo de geriatria e gerontologia*, v.4, n.2, p.169-181, 2000.

Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Miranda, R.D. *Atividade física e envelhecimento*. São Paulo:UNIFESP, 2005.

Monteiro, M.L.S. Como vai a senhora? Reflexões sobre as perdas e angústias da mulher madura. *IGT na Rede*. 7(13), 2010.

Moraes, et al. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev. Med. Minas Gerais*, 20(1): 67-73, 2010.

Mota, J.; Paiva, P.; Silva, S. Effects of a 6 month programme of non specific physical activity on physical capacity of aged sedentary women. *Journal of Human Movements Studies*, 243-254, 1995.

Montenegro, S.M.R.; Silva, C.A.B. Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres institucionalizadas. *Revista Geriatria & Gerontologia*, n. 2, v. 10, p. 1-13, 2007.

Nahas, V. M. Atividade, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

Neri, A.L. "As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso". *A Terceira Idade*, v.16, n.34, p.7-24, 2005.

Neri, M.; Soares, W.L. Políticas Sociais, renda e saúde na terceira idade. *Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; Caxambu. Disponível em: <http://www.abep.org.br>. 2006.

Oliveira, C.V. Lugares favoritos de idosos no Distrito Federal. *Série textos de Psicologia Ambiental*, v.17. 2005.

Okawa, Y. et al. Development of criteria for the qualifiers of activity and participation in the "International Classification of Functioning, Disability and Health" based on the accumulated data of population surveys. *Int J Rehabil Res*; 31:97–103, 2008.

Organização Mundial da Saúde; Organização Panamericana de Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP: 328p. 2003.

Papaleo Netto, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004.

Pavarini, S.C.I. et al. Quem irá empurra minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 326- 35. 2006.

Pavarini, S.C.I. et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n.1, p.39-50, 2008.

Pedro-Cuesta, J. et al. ICF-Based Disability Survey in a Rural Population of Adults and Older Adults Living in Cinco Villas, Northeastern Spain: Design, Methods and Population Characteristics. *Neuroepidemiology*. 35:72–82, 2010.

Perracini, M.; Ramos, L.R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 36(6):709-16; 2002.

Perry, A.; et al. Therapy outcome measures for allied health practitioners in Australia: the AusTOMs. *Int J Qual Health Care*.16:285–91, 2004.

Pitanga, F.J.G.; Lessa, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Pública*; 21(3): 870-7; 2005.

Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Prata, L.E.; Yazaki, L.M. A dependência familiar do idoso nas populações de baixa renda. São Paulo: Fundação Seade, 1991.

Pryor, J.; Forbes, R.; Hall-Pullin, L. Is there evidence of the International Classification of Functioning, Disability and Health in undergraduate nursing students' patient assessments? *Int J Nurs Pract*.10(3):134-41, 2004.

Ramos, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública. 19 (3): 793-8, 2003.

Ratey, J.J. O cérebro – um guia para usuário: como aumentar a saúde, agilidade e longevidade de nossos cérebros através das mais recentes descobertas científicas. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

Raty, S. et al. Measurement of physical functioning in comprehensive national health surveys – ICF as a framework. Oakland: National Public Health Institute, 2003.

Riberto, M. e cols. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

_____. et al. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial, Acta Fisiatr. 14(2): 87 – 94, 2007.

Riberto, M.; Saron, T.R.P.; Battistella, L.R. Resultados do core set da CIF de dor crônica generalizada em mulheres com fibromialgia no Brasil. Acta Fisiatr, 15(1): 6 – 12, 2008.

Rosa, T.E.C. et al. Fatores determinantes da Capacidade Funcional entre idosos. Revista Saúde Pública; São Paulo, v.37, n.1, fev. 2003.

Santos, M.L.C.; Andrade, M.C. Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. Rev Baiana Saude Publica.29(1):57-68, 2005.

Secretariado Nacional de Reabilitação, Ministério do Emprego e da Segurança Social. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (*handicaps*). Lisboa, 1989.

Schuling, J. et al. The frenchay activites index: assessment of functional status in stroke patients. Stroke, 24:1173-7, 1993.

Schuntermann, M.F. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *Int J Rehabil Res.* 28:93–102, 2005.

Shephard, R.J. Exercise and the aging process. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v.5, n.4, p.49-56, 1991.

Silva, S.D. A implantação de um Centro de Convivência para pessoas idosas: um manual para profissionais e comunidades. *CRDE UnATI UERJ*, p. 10, 2004.

Silva, A.D.L.; Catão, M.H.C.V. Doenças sistêmicas em idosos não institucionalizados. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 299-303, jul./set. 2012.

Silveira, S.C.; Faro, A.C.M.E.; Araujo, C.L.O. Atividade física, manutenção da capacidade funcional e da autonomia em idosos - revisão da literatura e interfaces do cuidado. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 16, p. 61-77, 2011.

Spiriduso, W.W. *Physical Dimensions of Aging*. Human Kinetics Publishers, Champaign, Illinois, 1995.

Sposati, A. “Pobreza e cidadania no Brasil contemporâneo”. *Revista Serviço social e Sociedade*, n.63, p.131-139, 2000.

Srinivasan K., Vaz M., Thomas T. Prevalence of health related disability among community dwelling urban elderly from middle socioeconomic strata in Bangaluru, India. *Indian J Med Res* 131, April, 515-21, 2010.

Steffen, T.M.; Hacker, T.A.; Mollinger, L. Age-and genderrelated test performance in community-dwelling elderly people: six minute walk test, Berg balance scale, timed up & go test and gait speeds. *Phys Ther*; 82: 129-36, 2002.

Souza, J.N.; Chaves, E.C. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 39(1):13-9, 2005.

Tammelin, T. et al. Occupational physical activity is related to physical fitness in young workers. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 34(1) 158-166, 2002.

Thober, E.; Creutzberg, M.; Viegas, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 58, n. 4, p. 438-443, jul./ago., 2005.

Tinetti, M.E. Clinical practice: preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med*. 348(1):42-9; 2003.

Torres, A.C. et al. Ejercicios de resistencia: beneficios de la práctica sistemática en personas mayores. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, Año 15, Nº 148, Septiembre de 2010.

Veras, R.P.; Caldas, C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Cienc Saude Colet*. 9(2):423-432; 2004.

Vilhena, J.; Novaes, J. V.; Rocha, L. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *Rev. Mal-Estar Subj*. vol.8, n.2, pp. 379-406, 2008.

[WHO] World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization; 2001.

[WHO] World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health - *ICF*. [WHO/EIP/GPE/CAS/01.3] Genebra; 2002.

Yusuf, H. et al. Leisure-time physical activity among older adults. *Arch. Internal Med*. 156 (12)1321-1326; 2006.

9 Apêndices

Apêndice A.

CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO

Guaratinguetá, 29 de outubro de 2009.

Ilmo (a). Sr (a)

Solicitamos a permissão de V.S.^a para a realização de pesquisa para doutorado de enfermagem, intitulada “ Condições de saúde e funcionalidade dos idosos do Vale do Paraíba – SP ”.

O estudo tem o objetivo caracterizar os idosos que participam do Centro de Convivência do Idoso (CCI) quanto ao sexo, idade, ocupação, estado civil, etnia autodeclarada, comorbidades relatadas e tempo de participação no CCI e descrever as condições de saúde e desempenho nas atividades de vida diária dos idosos participantes de CCI segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2003). Desta forma, espera-se contribuir, a médio prazo, para com os CCIs utilizando o conhecimento obtido para orientar ações de políticas públicas e educativas.

Todas as dúvidas relacionadas à pesquisa serão prontamente esclarecidas e os idosos poderão não participar, ou deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo ou sanção. Não haverá ônus financeiro para V. S^a. ou para os participantes da pesquisa. Também não haverá remuneração de qualquer natureza para os voluntários ou para a instituição.

Será mantido caráter confidencial das informações, de forma a manter no anonimato os participantes da pesquisa. Certa de poder contar com sua colaboração aproveito para antecipadamente agradecer e colocar-me à disposição para maiores esclarecimentos, pelos telefones 12 xx 3125 4732/9777-1099. Quaisquer dúvidas também podem ser esclarecidas por V. S^a com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fatea.

Atenciosamente,

Cláudia Lysia de Oliveira Araújo

Ilmo(a)Sr(a)_____

Diretor (a) do CCI : _____

Apêndice B.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

Nome do idoso : _____

Ilmo (a). Senhor (a),

Solicitamos a permissão de V.S. ^a para a realização da pesquisa para doutorado de enfermagem, intitulada “Condições de saúde e funcionalidade dos idosos do Vale do Paraíba – SP”.

O estudo tem o objetivo caracterizar os idosos que participam do Centro de Convivência do Idoso (CCI) quanto ao sexo, idade, ocupação, estado civil, etnia autodeclarada, comorbidades relatadas e tempo de participação no CCI e descrever as condições de saúde e desempenho nas atividades de vida diária dos idosos participantes de CCI segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2003). Desta forma, espera-se contribuir, a médio prazo, para com os CCIs utilizando o conhecimento obtido para orientar ações de políticas públicas e educativas.

Todas as dúvidas relacionadas à pesquisa serão prontamente esclarecidas e os idosos poderão não participar, ou deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo ou sanção. Não haverá ônus financeiro para V. S^a. ou para os participantes da pesquisa. Também não haverá remuneração de qualquer natureza para os voluntários ou para a instituição.

Será mantido caráter confidencial das informações, de forma a manter no anonimato os participantes da pesquisa.

Certa de poder contar com sua colaboração aproveito para antecipadamente agradecer e colocar-me à disposição para maiores esclarecimentos, pelos telefones 12 xx 3125 4732/9777-1099. Quaisquer dúvidas também podem ser esclarecidas por V. S^a com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fatea.

Atenciosamente,

Cláudia Lysia de Oliveira Araújo

Assinatura do (a) participante:

Apêndice C.

Variáveis utilizadas por meio do *Checklist*, foram definidas da seguinte maneira:

- **Sexo:** variável categórica contendo duas categorias: sexo feminino e sexo masculino.
- **Data de nascimento:** variável contínua, obtida por meio do cálculo da idade do idoso na data da entrevista, utilizando-se para tal a data de nascimento.
- **Cor:** variável categórica, obtida pelo relato do idoso sobre sua denominação da cor da pele.
- **Renda:** variável categórica, obtida do relato do idoso sobre número de salários mínimos recebidos.
- **Número de filhos:** variável categórica, obtida do relato do idoso sobre o número de filhos que tem e categorizada em: nenhum, um, dois, três ou mais filhos.
- **Naturalidade:** variável categórica, obtida por meio de relato do idoso.
- **Moradia:** variável categórica, obtida por meio de relato do idoso, onde reside.
- **Transporte:** variável categórica, obtida por meio de relato do idoso sobre o meio de transporte que utiliza.
- **Atividade física:** variável categórica, obtida por meio de relato do idoso qual atividade física tem preferência.
- **Escolaridade:** variável categórica, obtida por meio de relato do idoso e classificada posteriormente em analfabeto, alfabetizado, primeiro grau incompleto, primeiro grau completo e segundo grau completo, de acordo com as respostas obtidas. As categorias analfabeto, alfabetizado e primeiro grau incompleto foram agrupadas para fins de análise estatística.
- **Estado marital:** variável categórica, obtida por meio de relato do idoso, construindo-se as seguintes categorias: solteiro, casado, separado, divorciado, viúvo, coabitação com companheiro (a) e outros.
- **Ocupação atual:** variável categórica, obtida por meio de relato do idoso, construindo-se as seguintes categorias: emprego assalariado, trabalha por

conta própria, não assalariado, voluntário/caridade/solidariedade, estudante, prendas domésticas/dona de casa, aposentado, desempregado (razão de saúde), desempregado (outra razão), outro. As categorias emprego assalariado, trabalha por conta própria foram agrupadas para fins de análise estatística; as categorias não assalariado, voluntário/caridade/solidariedade, estudante, prendas domésticas/dona de casa foram agrupadas para fins de análise estatística.

• **Mini Exame do Estado Mental** (Anexo B) com o objetivo de auxiliar na identificação dos idosos com possíveis déficits cognitivos; traduzido por Bertolucci et al., (1994), é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória de evocação (3 pontos), linguagem (9 pontos). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um máximo de 30 pontos. Nesse estudo, foi utilizado o ponto de corte definido por Brucki et al. (2003): 19 pontos para analfabetos, 23 pontos para até oito anos de escolaridade e 26 pontos para idosos que estudaram acima de oito anos. Este instrumento supre as variáveis b110, b114, b117, b140, b144, b164 e b167

Parte 1a: funções do corpo

- **Funções do Corpo** são as funções fisiológicas dos sistemas corporais (incluindo as funções psicológicas) .
- **Deficiências** são problemas na função ou estrutura do corpo, tais como um desvio ou perda significativa.

Primeiro Qualificador: Qualificador comum com escala negativa para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência.

0 Nenhuma deficiência significa que a pessoa não tem problema

- 1 Deficiência leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.
- 2 Deficiência moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias
- 3 Deficiência grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias.
- 4 Deficiência completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.
- 8 Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.
- 9 Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).

Funções mentais: incluem funções mentais globais como consciência, energia e impulso e funções mentais específicas como memória, linguagem e cálculo (CIF, 2003).

- **Funções da consciência:** funções mentais do estado de alerta e de consciência, incluindo a clareza e continuidade do estado de vigília (b110).
Inclui: funções do estado da consciência, perda de consciência, coma, estados vegetativos, fugas, estados de transe, estados de possessão, alteração da consciência induzida por medicamentos, delírio, estupor.

Exclui: funções da orientação (b114), funções da energia e de impulsos (b130), funções do sono (b134).

- **Funções da orientação:** funções mentais gerais relacionadas ao conhecimento e determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, com o tempo e com o ambiente (b114).

Inclui: funções da orientação em relação ao tempo, lugar e pessoa, orientação em relação a si próprio e aos outros: desorientação em relação a tempo, lugar e pessoa.

Exclui: funções da consciência (b110), funções da atenção (b140), funções da memória (b144).

- **Funções intelectuais:** funções mentais gerais, necessárias para compreender e integrar de forma construtiva as diferentes funções mentais, incluindo todas as funções cognitivas e seu desenvolvimento ao longo da vida (b117).

Inclui: funções de desenvolvimento intelectual, retardo intelectual, retardo mental, demência.

Exclui: funções da memória (b144), funções do pensamento ((b160), funções cognitivas superiores (b164).

- **Funções da energia e de impulsos:** funções mentais gerais de mecanismos fisiológicos e psicológicos que estimulam o indivíduo a agir de modo persistente para satisfazer suas necessidades específicas e seus objetivos (b130).

Inclui: função do nível de energia, motivação, apetite, desejo (incluindo desejo por substância que produzem dependência) e controle de impulsos.

Exclui: funções da consciência (b110); funções do temperamento e da personalidade (b126); funções do sono (b134); funções psicomotoras (b147); funções emocionais (b152).

- **Funções do sono:** funções mentais gerais de desconexão física e mental do ambiente imediato, de caráter periódica, reversível e seletiva, acompanhada por mudanças fisiológicas características (b134).

Inclui: funções da quantidade, início, manutenção e qualidade do sono; funções relacionadas ao ciclo do sono, como insônia, hipersonia e narcolepsia.

Exclui: funções da consciência (b110); funções da energia e de impulsos (b130); funções da atenção (b140); funções psicomotoras (b147).

- **Funções da atenção:** funções mentais específicas de concentração em um estímulo externo ou experiência interna pelo período de tempo necessário (b140).

Inclui: funções da manutenção da atenção, de mudança de atenção, de divisão de atenção, de compartilhar a atenção; concentração; distração.

Exclui: funções da consciência (b110); funções da energia e de impulsos (b130); funções do sono (b134); funções da memória (b144); funções psicomotoras (b147); funções da percepção (b156).

- **Funções da memória:** função mental específica de registro e armazenamento de informações e sua recuperação quando necessário (b144).

Inclui: funções da memória de curto e longo prazos, memória imediata, recente e remota, duração da memória; recuperação da memória, lembrar-se; funções utilizadas na memória e no aprendizado como na amnésia nominal, seletiva e dissociativa.

Exclui: funções da consciência (b110); funções da orientação (b114); funções intelectuais (b117); funções da atenção (b 140); funções da percepção (b156); funções do pensamento (b160); funções cognitivas superiores (b164); funções mentais da linguagem (b167); funções de cálculo (b172).

- **Funções emocionais:** funções mentais específicas relacionadas ao sentimento e aos componentes afetivos dos processos mentais (b152).

Inclui: funções de adequação da emoção, regulação e faixa de emoções, afeto, tristeza, felicidade, amor, medo, raiva, ódio, tensão, ansiedade, alegria, pesar, labilidade emocional, apatia afetiva.

Exclui: funções do temperamento e da personalidade (b126); funções da energia e de impulsos (b130).

- **Funções da percepção:** funções mentais específicas relacionadas com o reconhecimento e a interpretação dos estímulos sensoriais (b156).

Inclui: funções de percepção auditiva, visual, olfativa, gustativa, tátil e visioespacial, como em alucinações ou ilusões.

Exclui: funções da consciência (b110); funções de orientação (b114); funções da atenção (b140); funções da memória (b144); funções mentais da linguagem (b167); visão e funções relacionadas (b210-b229); funções auditivas e vestibulares (b230-b249); funções sensoriais adicionais (b250 - b279).

- **Funções cognitivas superiores:** funções mentais específicas especialmente dependentes dos lobos frontais do cérebro, incluindo comportamentos complexos direcionados para metas, como tomada de decisão, pensamento abstrato, planejamento e execução de planos, flexibilidade mental e decisão sobre quais os comportamentos adequados em circunstâncias específicas; chamadas com frequência funções executivas (b164).

Inclui: função de abstração e organização de idéias; gerenciamento do tempo, auto-conhecimento ('insight') e julgamento; formação de conceito, categorização e flexibilidade cognitiva

Exclui: funções da memória (b144); funções do pensamento (b160); funções da linguagem (b167); funções de cálculo (b172).

- **Funções mentais da linguagem:** funções mentais específicas de reconhecimento e utilização de sinais, símbolos e outros componentes de uma linguagem (b167).

Inclui: funções de recepção e decifração da linguagem oral, escrita ou outras formas de linguagem, como linguagem de sinais; funções de expressão da linguagem oral, escrita e de outras formas de linguagem; funções integrativas da linguagem oral e escrita, como aquelas envolvidas na afasia receptiva, expressiva, afasia de Broca, de Wernicke e de condução.

Exclui: funções da atenção (b140); funções da memória (b144), funções da percepção (b156); funções do pensamento (b160); funções cognitivas de nível superior (b164); funções de cálculo (b172); funções mentais para a seqüenciamento de movimentos complexos (b176); Funções Sensoriais e Dor; Funções da Voz e da Fala.

Funções sensórias e dor: incluem funções dos sentidos como visão, audição, paladar e outros, bem como da sensação de dor (CIF, 2003).

- **Funções da visão:** funções sensoriais relacionadas com a percepção de luz e a forma, tamanho, formato e cor de um estímulo visual (b210).

Inclui: funções da acuidade visual; funções do campo visual; qualidade da visão; funções relacionadas com a percepção da luz e cor, acuidade visual da visão ao distante e próxima, visão monocular e binocular; qualidade da imagem visual; deficiências como, miopia, hipermetropia, astigmatismo, hemianopsia, cegueira para as cores, visão em túnel, escotoma central e periférico, diplopia, cegueira noturna e adaptabilidade à luz.

Exclui: funções da percepção (b156)

- **Funções auditivas:** funções sensoriais que permitem perceber sons e discriminar sua localização, intensidade, ruído e qualidade (b230).

Inclui: funções auditivas, discriminação auditiva, localização da fonte sonora, lateralização do som, discriminação da fala; deficiências como surdez, deficiência auditiva e perda da audição.

Exclui: funções da percepção (b156) e funções mentais da linguagem (b167);

- **Funções vestibular:** funções sensoriais do ouvido interno relacionadas à posição, equilíbrio e movimento (b235).

Inclui: funções de posição e sentido posicional; função de equilíbrio do corpo e do movimento.

Exclui: sensações associadas à audição e à função vestibular (b240).

- **Sensação de dor:** sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo (b280).

Inclui: sensações de dor generalizada ou localizada, em uma ou em mais partes do corpo, dor num dermatomo, dor aguda, dor em queimação, dor imprecisa, dor contínua e localizada; deficiências como mialgia, analgesia e hiperalgesia.

Funções da voz e da fala: trata das funções da produção de sons e da fala. (CIF, 2003).

- **Funções da voz:** funções da produção de vários sons pela passagem de ar através da laringe (b310).

Inclui: funções de produção e qualidade da voz; funções de fonação, tom, volume e outras qualidades da voz; deficiências como afonia, disfonia, rouquidão, hipernasalidade e hiponasalidade.

Exclui: funções mentais da linguagem (b167); funções da articulação (b320).

Funções do sistema digestivo, metabólico e endócrino: trata das funções de ingestão, digestão e eliminação, bem como das funções relacionadas com o metabolismo e as glândulas endócrinas (CIF, 2003).

- **Funções de defecação:** funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos como fezes e funções relacionadas (b525).

Inclui: funções de eliminação, consistência fecal, frequência de defecação; continência fecal, flatulência; deficiências como constipação, diarreia, fezes líquidas e incompetência ou incontinência do esfíncter anal.

Exclui: funções digestivas (b515); funções de assimilação (b520); sensações associadas ao aparelho digestivo (b535).

- **Funções de manutenção do peso:** funções de manutenção do peso apropriado do corpo, incluindo ganho de peso durante o período de desenvolvimento (b530).

Inclui: funções de manutenção do Índice de Massa Corporal (IMC) aceitável; deficiências como baixo peso, caquexia, debilidade, excesso de peso, emaciação e obesidade primária e secundária.

Exclui: funções de assimilação (b520); funções metabólicas gerais (b540); funções das glândulas endócrinas (b555)

Funções geniturinárias e reprodutivas: trata das funções urinárias e reprodutivas, incluindo funções sexuais e de procriação (CIF, 2003).

- **Funções urinárias:** funções de eliminação da urina da bexiga urinária (b620).

Inclui: funções urinárias, frequência de micção continência urinária; deficiências como em situação de estresse ou tensão, urgência, reflexo, fluxo excessivo, incontinência contínua, gotejamento, bexiga automática, poliúria, retenção urinária e urgência urinária.

Exclui: funções relacionadas à excreção urinária (b610); sensações associadas às funções urinárias (b630).

Funções neuromusculoesqueláticas e relacionadas ao movimento: funções relacionadas ao movimento e à mobilidade, incluindo as funções das articulações, ossos, reflexos e músculos (CIF, 2003).

- **Funções relacionadas à mobilidade das articulações:** funções relacionadas à amplitude e facilidade de movimento de uma articulação (b710).

Inclui: funções relacionadas à mobilidade de uma ou várias articulações, vertebral, ombro, cotovelo, cintura, quadril, joelho, tornozelo, pequenas articulações das mãos e pés; mobilidade generalizada das articulações; deficiências como hipermobilidade das articulações, rígidas articular, ombro “congelado”, artrite.

Exclui: funções relacionadas à estabilidade das articulações (b715); funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntário (b760).

- **Funções relacionadas à força muscular:** funções relacionadas à força gerada pela concentração de um músculo ou grupos de músculos (b730).

Inclui: funções associadas com a força de músculos específicos e grupos de musculares, músculos de um membro, de um lado do corpo, da parte inferior do corpo, de todos os membros, do peito e do corpo como um todo; deficiências, tais como, fraqueza dos pequenos músculos dos pés e mãos, paresia muscular, paralisia muscular, monoplegia, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia e mutismo acinético.

Exclui: funções relacionadas ao tônus muscular (b735); funções de resistência muscular (b740); funções das estruturas adjacentes ao olho (b740).

- **Funções relacionadas ao tônus muscular:** funções relacionadas a tensão presente nos músculos em repouso e à resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente (b735).

Inclui: funções associadas à tensão de músculos isolados e grupos de músculos, músculos de um membro, de um lado do corpo e da metade inferior do corpo, músculos de todos os membros, músculos do tronco, e todos os músculos do corpo; deficiências como hipotonia, hipertonia e espasticidade muscular.

Exclui: funções relacionadas à força muscular (b730); funções de resistência muscular (b740).

- **Funções dos movimentos involuntários:** funções de contrações involuntárias, não intencionais ou semi-intencionais de um músculo ou grupo de músculos (b765).

Inclui: contrações involuntárias dos músculos; deficiências como tremores, tiques, maneirismos, estereótipos, perseveração motora, coreia, atetose, tiques vocais, movimentos distônicos e discinésia.

Exclui: funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários (b760); funções relacionadas ao padrão da marcha (b770).

Parte 2: atividades e participação

- **Atividade** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.
- **Participação** é o ato de se envolver em uma situação vital.
- **Limitações de atividade** são dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade.
- **Restrições de participação** são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações vitais.

O qualificador de Desempenho descreve o que um indivíduo faz em seu ambiente habitual. Como o ambiente habitual incorpora um contexto social,

o desempenho como registrado por este qualificador também pode ser entendido como “envolvimento em uma situação vital” ou “a experiência vivida” das pessoas no contexto real em que elas vivem. Esse contexto inclui os fatores ambientais - todos os aspectos do mundo físico, social e de atitude que podem ser codificados utilizando-se os Fatores Ambientais.

O qualificador de Capacidade descreve a habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação. Esse qualificador indica o nível máximo provável de funcionamento que a pessoa pode atingir em um domínio específico em um dado momento. A Capacidade é medida em um ambiente uniforme ou padrão, refletindo assim a habilidade ambientalmente ajustada do indivíduo. O ambiente padronizado pode ser: o atual ambiente geralmente usado para avaliação da capacidade em teste; ou (b) onde isto não é possível, um hipotético ambiente um impacto uniforme.

Primeiro Qualificador: Desempenho Extensão da Restrição à Participação.

Segundo Qualificador: Capacidade (sem assistência) Extensão da limitação de Atividade.

0 nenhuma dificuldade significa que a pessoa não tem problema;

1 dificuldade leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias;

2 dificuldade moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias;

3 dificuldade grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias;

4 dificuldade completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias;

8 não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade;

9 não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).

Aprendizagem e aplicação de conhecimentos: trata da capacidade de aprender, aplicar os conhecimentos adquiridos, pensar, resolver problemas e tomar decisões.

- **Observar:** utilizar intencionalmente o sentido para experimentar estímulos visuais como, assistir a um evento esportivo ou observar crianças brincando (d110).
- **Ouvir:** utilizar intencionalmente o sentido da audição para experimentar estímulos auditivos, como ouvir rádio, música ou aula (d115).
- **Aprender a ler:** desenvolver a capacidade de ler material (incluindo braile) com fluência e precisão, como reconhecer caracteres e alfabetos, vocalizar palavras com a pronúncia correta e compreender palavras e frases (d140).
- **Aprender a escrever:** desenvolver a capacidade de produzir símbolos que representam sons, palavras ou frases de forma que tenham significado (incluindo a escrita braile), como escrever de maneira eficiente e utilizar a gramática correta (d145).

- **Aprender a calcular:** desenvolver a capacidade de manipular números e realizar operações simples e complexas, como utilizar símbolos matemáticos para somar e subtrair e usar a operação matemática apropriada para o problema (d150).
- **Resolver problemas:** encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida, como na resolução de uma disputa entre duas pessoas (d175).

Inclui: resolução de problemas simples e complexos.

Exclui: pensar (d163); tomar decisões (d177).

Tarefas e demandas gerais: trata dos aspectos gerais da execução de uma única ou de várias tarefas, organização de rotinas e superação do estresse. Esses itens podem ser utilizados em conjunto com tarefas ou ações mais específicas para identificar as características existentes, em certas circunstâncias, durante a execução de tarefas.

- **Realizar uma única tarefa:** realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regularizar o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa (d210).

Inclui: realizar uma tarefa simples ou complexa; realizar uma tarefa única de forma independente ou em um grupo.

Exclui: adquirir habilidades (d155); resolver problemas (d175); tomar decisões (d177); realizar tarefas múltiplas (d220).

- **Realizar tarefas múltiplas:** realizar ações simples ou complexas e coordenadas como componentes de tarefas múltiplas, integradas e complexas em seqüência ou simultaneamente (d220).

Inclui: realizar tarefas múltiplas; concluir tarefas múltiplas; realizar tarefas múltiplas de forma independente e em grupo.

Exclui: aquisição de habilidades (d155); resolver problemas (d175); tomar decisões (d177); realizar uma única tarefa (d210).

Comunicação: trata das características gerais e específicas da comunicação por meio da linguagem, sinais e símbolos, incluindo a recepção e a produção de mensagens, manutenção da conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação.

- **Comunicação – recepção de mensagens orais:** compreender os significados literal e implícito das mensagens em linguagem oral, como distinguir se uma frase tem um significado literal ou é uma expressão idiomática (d310).
- **Comunicação – recepção de mensagens não verbais:** compreender os significados literal e implícito das mensagens transmitidas por gestos, símbolos e desenhos, como perceber que uma criança está cansada quando ela esfrega os olhos ou que um alarme significa que há incêndio (d315).

Inclui: comunicação e recepção de gestos corporais, sinais e símbolos gerais, desenhos e fotografias.

- **Fala:** produzir palavras, frases e passagens mais longas em mensagens faladas com significado literal e implícito, como expressar um fato ou contar uma história em linguagem oral (d330).
- **Produção de mensagens não verbais:** usar gestos, símbolos e desenhos para transmitir mensagens, como balançar a cabeça para indicar desacordo ou fazer um desenho ou diagrama para transmitir um fato ou uma idéia complexa (d335).

Inclui: produção de gestos corporais, sinais, símbolos, desenhos e fotografias

- **Conversação:** iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e idéias, realizada por meio da linguagem escrita, oral, de sinais ou de outras formas de linguagem, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas, em ambientes formal ou informal (d350).

Inclui: iniciar, manter e finalizar uma conversa; conversar com uma ou mais pessoas.

Mobilidade: trata do movimento ao mudar o corpo de posição ou de lugar, carregar, mover ou manipular objetos, ao andar, correr ou escalar quando se utilizam várias formas de transporte.

- **Levantar e carregar objetos:** levantar um objeto ou mover algo de um lugar para outro, como levantar uma xícara ou carregar uma criança de um local para outro (d430).

Inclui: levantar objetos, carregar nas mãos ou nos braços ou sobre os ombros, quadril, costas ou cabeça; abaixar objetos.

- **Uso fino da mão:** realizar as ações coordenadas de manusear objetos, levantá-los, manipulá-los e soltá-los utilizando as mãos, dedos e polegar, como necessário para pegar em moedas de uma mesa ou girar um botão ou maçaneta (d440).

Inclui: pegar, segurar, manipular e soltar.

Exclui: levantar e carregar objetos, (d430).

- **Andar:** mover-se sobre uma superfície a pé, passo a passo, de maneira que um pé esteja sempre no solo, como passear, caminhar lentamente, andar para a frente, para trás ou para o lado (d450).

Inclui: andar distâncias curtas ou longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando os obstáculos.

Exclui: transferir a própria posição (d420); deslocar-se (d455).

- **Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento:** mover todo o corpo de um lugar para outro sobre qualquer superfície ou espaço utilizando dispositivos específicos para facilitar a movimentação ou criar outras maneiras de se mover com equipamentos, ou deslocar-se na rua com cadeira de rodas ou andador (d465).

Exclui: transferir a própria posição (d420); andar (d450); deslocar-se (d455); utilização de transporte (d470); dirigir (d475).

- **Utilização de transporte:** utilizar transporte para se deslocar, como passageiro, como ser levado em um automóvel ou um ônibus, carroça, lotação, veículo puxado por tração animal, táxi público ou privado, ônibus, trem, bonde, metrô, barco ou aeronave (d470).

Inclui: usar transporte movido por pessoas; usar transporte motorizado ou público.

Exclui: deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465); dirigir (d475).

- **Dirigir:** controlar e movimentar um veículo ou o animal que o puxa, movendo-se sob a própria direção ou tendo a sua disposição qualquer forma de transporte como um carro, bicicleta, barco ou animal (d475).

Inclui: dirigir transporte com tração humana, veículos motorizados, veículos com tração animal; montar animais.

Exclui: deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465); utilização de transporte (d470).

- **Dirigir transporte com tração humana:** dirigir um veículo com tração humana, como bicicleta, triciclo ou barco a remo (d4750).

- **Dirigir veículos motorizados:** dirigir um veículo a motor, como automóvel, motocicleta, barco a motor ou aeronave (d4751).
- **Dirigir veículos com tração animal:** dirigir um veículo com tração animal, como uma carroça ou carruagem puxada por cavalo (d4752).
- **Dirigir, outro especificado** (d4758).

Cuidado pessoal: trata do cuidado como lavar-se e secar-se, cuidar do corpo e de partes do corpo, vestir-se, comer e beber e cuidar da própria saúde.

- **Lavar-se:** lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e materiais ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, face e cabelo; e secar-se com uma toalha (d510).

Inclui: lavar partes do corpo, todo o corpo; e secar-se.

Exclui: cuidado das partes do corpo (d520); cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)

- **Cuidado das partes do corpo:** cuidar das partes do corpo como pele, face, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar (d520).

Inclui: cuidar da pele, dentes, cabelo, unhas das mãos e dos pés.

Exclui: lavar-se (d510); cuidados relacionados aos processos de excreção (d530).

- **Cuidados relacionados aos processos de excreção:** planejamento e execução da eliminação da excreção (menstruação, micção e defecação) e posterior limpeza (d530).

Inclui: regulação da micção, defecação e dos cuidados menstrual.

Exclui: lavar-se (d510); cuidado das partes do corpo (d520)

- **Vestir-se:** realizar as ações coordenadas e tarefas de vestir e tirar a roupa as roupas e os sapatos em sequência e de acordo com as condições climáticas e sociais, como vestir, ajustar e tirar camisas, blusas, calças, roupa íntima, sáris, quimonos, meias, chapéus, luvas, casacos, botas, sandálias e chinelos (d540).

Inclui: vestir ou tirar roupas e calçados e escolher as roupas apropriadas.

- **Comer:** executar as tarefas e ações coordenados de comer o alimento servido, levá-los à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir o alimento em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios, atividades relacionadas com refeições, banquetes e jantares (d550).

Exclui: beber (d560)

- **Beber:** pegar a bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e verter líquidos para beber, abrir garrafas e latas, beber através de um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; amamentar (d560).

Exclui: comer (d550)

- **Cuidar da própria saúde:** garantir conforto físico, a saúde e o bem estar físico e mental, como manter uma dieta equilibrada, nível apropriado de atividade física, manter uma temperatura corporal adequada, evitar danos à saúde, seguir práticas sexuais seguras, incluindo a utilização de preservativos, seguir o cronograma de imunização e exames físicos regulares (d570).

Inclui: garantir o próprio conforto físico; controlar a alimentação e a forma física; manter a própria saúde.

Vida doméstica: trata da realização das ações e tarefas domésticas e do dia-a-dia. As áreas da vida doméstica incluem obter um lugar para morar, alimento, vestuário e outras necessidades, limpeza e reparos domésticos, cuidar de objetos pessoais e da casa e ajudar os outros.

- **Aquisição de um lugar para morar:** comprar, alugar, mobiliar e arrumar uma casa, apartamento ou outra habitação.

Inclui: comprar ou alugar um lugar para morar e mobiliar um lugar para morar.

Exclui: aquisição de bens e serviços (d620); cuidar dos objetos da casa (d650).

- **Aquisição de bens e serviços:** selecionar, comprar e transportar todos os bens e serviços necessários para a vida diária, como selecionar, comprar, transportar e armazenar alimentos, bebidas, roupas, materiais de limpeza, combustível, artigos para a casa, utensílios, panelas, aparelhos domésticos e ferramentas; adquirir serviços domésticos (d620).

Inclui: comprar e armazenar as necessidades diárias.

Exclui: aquisição de um lugar para morar (d610)

- **Preparação de refeições:** planejar, organizar, cozinhar e servir pratos simples e complexos para si próprio e para outros, como elaborar um cardápio, selecionar alimentos e bebidas, reunir os ingredientes para preparar os pratos com calor e preparar pratos e bebidas frias e servir a comida (d630).

Inclui: preparar refeições simples e complexas.

Exclui: comer (d550); beber (d560); aquisição de bens e serviços (d620); realização das tarefas domésticas (d640); cuidar dos objetos da casa (d650); ajudar os outros (d660).

- **Realização das tarefas domésticas:** administrar a casa: limpar a casa, lavar roupa, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos e remover o lixo, como varrer, passar o pano, lavar mesas, paredes e outras superfícies; coletar e remover o lixo doméstico; arrumar quartos, armários e gavetas; coletar, lavar, secar, dobrar e passar roupas; limpar sapatos; utilizar espanador, vassoura e aspirador de pó; utilizar máquinas de lavar, secadora e ferros de passar (d640).

Inclui: lavar e secar roupas; limpar a cozinha e os utensílios; limpar a casa; utilizar aparelhos domésticos, armazenar as necessidades diárias e remover o lixo.

Exclui: aquisição de um lugar para morar (d610); aquisição de bens e serviços (d620); preparação de refeições (d630); cuidar dos objetos da casa (d650); ajudar dos outros (d660).

- **Cuidar dos objetos da casa:** manter e consertar a casa e outros objetos pessoais, incluindo a casa e o seu conteúdo, roupas, veículos e dispositivos auxiliares, e cuidar de plantas e animais, como pintar ou colocar papel de parede nos quartos, consertar móveis, encanamento, garantir o funcionamento adequado de veículos, aguar as plantas, tratar e alimentar animais de estimação ou domésticos (d650).

Inclui: fazer ou consertar roupas; manter a habitação, móveis e aparelhos domésticos; manter veículos; manter dispositivos de auxílio; cuidar das plantas (internas e externas) e animais.

Exclui: aquisição de um lugar para morar (d610); aquisição de bens e serviços (d620); realizar das tarefas domésticas (d640); ajudar os outros (d660); trabalho remunerado (d850).

- **Ajudar os outros:** auxiliar os membros da casa e outros no seu aprendizado, comunicação, cuidado pessoal, movimento, dentro ou fora da casa; preocupar-se com o bem estar dos membros da casa e outros (d660).

Inclui: ajudar os outros no cuidado pessoal, movimento, comunicação, relações interpessoais, nutrição e manutenção da saúde.

Exclui: emprego remunerado (d850).

Relações e interações e interpessoais: trata da realização de ações e condutas que são necessárias para estabelecer, com outras pessoas (estranhos, amigos, parentes, familiares e amantes) interações básicas e complexas de maneira contextual e socialmente adequada.

- **Interações interpessoais básicas:** interagir com as pessoas de maneira contextual e socialmente adequada, como mostrar consideração e estima quando apropriado ou reagir aos sentimentos dos outros (d710).

Inclui: mostrar respeito, calor, apreciação, e tolerância nos relacionamentos; reagir à crítica e às insinuações sociais nos relacionamentos; e utilizar contato físico apropriado nos relacionamentos.

- **Interações interpessoais complexas:** manter e controlar as interações com outras pessoas, de maneira contextual e socialmente apropriada, como controlar emoções e impulsos, controlar a agressão verbal e física, agir de maneira independente nas interações sociais e agir de acordo com as regras e convenções sociais (d720).

Inclui: iniciar e terminar relações; controlar comportamentos dentro das interações; interagir de acordo com as regras sociais; e manter o espaço social

- **Relações com estranhos:** estabelecer contatos e ligações temporárias com estranhos para fins específicos, como perguntar um caminho ou fazer uma compra (d730).
- **Relações formais:** criar e manter relações específicas em ambientes formais, como com funcionários, profissionais ou prestadores de serviços (d740).

Inclui: relações com autoridades, subordinados e pares.

- **Relações sociais informais:** iniciar relações com outros, como relações casuais com pessoas que vivem na mesma comunidade ou residência, ou com colaboradores, estudantes, companheiros de lazer ou pessoas com formação ou similares à sua (d750).

Inclui: relações informais com amigos, vizinhos, conhecidos, co-residentes e pares.

- **Relações familiares:** criar e manter relações de parentesco, como com membros do núcleo familiar, parentes, família adotiva e de criação e parentes não consangüíneos, relações mais distantes como primos de segundo grau, ou tutores legais (d760).

Inclui: relações entre pais e filhos e filhos e pais, entre irmãos e com outros membros familiares.

- **Relações íntimas:** criar e manter relações românticas ou íntimas entre indivíduos, como marido e mulher, amantes ou parceiros sexuais (d770).

Inclui: relações românticas, conjugais e sexuais.

- **Relações românticas:** criar e manter uma relação baseada na atração emocional e física, que leva potencialmente a relacionamentos íntimos de longo prazo (d7700).

- **Relações maritais:** criar e manter uma relação íntima de natureza legal com outra pessoa, como no casamento legal, incluindo tornar-se ou ser uma esposa ou marido legalmente casado ou um cônjuge não casado (d7701).
- **Relações sexuais:** criar e manter uma relação de natureza sexual, com um cônjuge ou outro parceiro (d7702).

Áreas principais da vida: trata da realização das tarefas e ações necessárias para participar das atividades de educação, do trabalho, no emprego e nas transações econômicas.

- **Educação informal:** aprender em casa ou em outro ambiente não institucional, como aprender trabalhos manuais e outras habilidades com pais ou membros familiares, ou escolarização em casa (d810).
- **Educação escolar:** obter acesso à escola, participar de todas as responsabilidades e privilégios relacionados à escola e aprender o material do curso, matéria e outras exigências curriculares em um programa educacional primário e secundário, incluindo ir à escola regularmente, trabalhar em cooperação com outros alunos, seguir as orientações dos professores, organizar, estudar e concluir as tarefas e projetos designados e progredir para os outros estágios de educação (d820).
- **Educação superior:** participar das atividades dos programas educacionais avançados em universidades, faculdades e escolas profissionalizantes e aprender todos os aspectos do currículo necessários para graduações, diplomas, certificados e outras autorizações, como obter licenciatura ou mestrado, formar-se em faculdade de medicina ou em outra escola profissionalizante (d830).
- **Trabalho remunerado:** participar em todos os aspectos do trabalho, como uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em troca de pagamento, como empregado, em tempo integral ou parcial, ou como autônomo, como procurar trabalho e conseguir um emprego, realizar as tarefas necessárias do trabalho, chegar pontualmente ao trabalho,

supervisionar outros empregados ou ser supervisionado e realizar as tarefas necessárias sozinho ou em grupo (d850).

Inclui: trabalho autônomo, trabalho em tempo integral ou parcial.

- **Transações econômicas básicas:** participar em qualquer forma de transação econômica simples, como utilizar dinheiro para comprar comida ou fazer permutas, trocar mercadorias ou serviços; ou economizar dinheiro (d860).
- **Autosuficiência econômica:** ter controle sobre recursos econômicos, de fontes públicas ou privadas, para garantir segurança econômica para as necessidades atuais e futuras (d870).

Inclui: recursos econômicos pessoais e direitos econômicos públicos.

Vida comunitária, social e cívica: trata das ações e tarefas necessárias para participar da vida social organizada, fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica.

- **Vida comunitária:** participar em todos os aspectos da vida social comunitária, como participar de organizações beneficentes, de clubes de serviços ou de organizações sociais profissionais (d910).

Inclui: associações formais e informais; cerimônias.

Exclui: trabalho não remunerado (d855); recreação e lazer (d920); religião e espiritualidade (d930), vida política e cidadania (d950)

- **Recreação e lazer:** participar de qualquer forma de jogo, atividade recreativa ou de lazer, como jogo ou esportes informais ou organizados, programas de exercício físico, relaxamento, diversão, ir a galerias de arte, museus, cinema ou teatro; participar de trabalhos artesanais ou “hobbies”, ler por prazer, tocar instrumentos musicais, fazer excursões, turismo e viajar por prazer (d920).

Inclui: jogos, esportes, arte e cultura, artesanato, “hobbies” e socialização.

Exclui: religião e espiritualidade (d930); vida política e cidadania (d950); trabalho remunerado e não remunerado (d850 e d855); montar animais para transporte (d480).

- **Religião e espiritualidade:** participar de atividades, organizações ou práticas religiosas ou espirituais, com propósito de satisfação pessoal, para encontrar um significado, um valor religioso ou espiritual e estabelecer conexão com um poder divino, como freqüentar igreja, templo, mesquita ou sinagoga, rezando ou cantando para um propósito religioso e contemplação espiritual (d930).

Inclui: religião e espiritualidade organizadas.

- **Direitos Humanos:** desfrutar de todos os direitos nacional e internacionalmente reconhecidos que são atribuídos às pessoas pelo simples fato da sua condição humana, como os direitos humanos reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas(1948) e as Regras Padronizadas para a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiências (1993); o direito à autodeterminação ou autonomia; e o direito de controlar o próprio destino (d940).

Exclui: vida política e cidadania (d950)

- **Vida política e cidadania:** participar da vida social, política e governamental de um cidadão, ter o status legal de cidadão e desfrutar dos direitos, proteções, privilégios e deveres associados a este papel, como o direito ao voto e à candidatura a um cargo político, a formar associações políticas; desfrutar os direitos e as liberdades associadas à cidadania (e.g. os direito da liberdade de expressão, associação, religião, proteção contra a busca e a apreensão não justificada, o direito a um defensor público, a um julgamento e

outros direitos legais e proteção contra a discriminação); ter posição legal como cidadão (d950).

Exclui: direitos humanos (d940).

Produtos e tecnologia: trata dos produtos naturais ou fabricados pelo homem ou sistemas de produtos, equipamentos e tecnologia no ambiente imediato do indivíduo que são reunidos, criados, produzidos ou manufaturados. A classificação ISO 9999 dos dispositivos técnicos de auxílio define-os como "qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico utilizado por uma pessoa incapacitada, especialmente produzido ou geralmente disponível, que evite, compense, monitorize, alivie ou neutralize a incapacidade". É reconhecido que qualquer produto ou tecnologia pode ser assistência (ver ISO 9999: Auxílios técnicos para pessoas com incapacidade - Classificação (segunda versão); ISO/TC 173/SC 2; ISO/DIS 9999 rev.). No entanto, para os propósitos desta classificação dos fatores ambientais, os produtos e tecnologias de assistência são definidos mais estreitamente como qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptado ou especialmente projetado para melhorar a funcionalidade de uma incapacidade.

Parte 3: fatores ambientais

- Fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.

Qualificador no ambiente: Barreiras ou facilitadores

0 NENHUMA barreira 0 NENHUM facilitador

1 Barreira LEVE +1 Facilitador LEVE

2 Barreira MODERADA +2 Facilitador MODERADO

3 Barreira GRAVE +3 Facilitador CONSIDERÁVEL

4 Barreira COMPLETA +4 Facilitador COMPLETO

- **Produtos ou substâncias para consumo pessoal:** substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturado para ser ingerida (e110).

Inclui: alimentos, bebidas e medicamentos.

- **Alimentos:** substância natural ou produzida pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para serem ingeridas como alimento cru, processado e preparado e líquidos de diferentes consistências, ervas e minerais (vitaminas e outros suplementos) (e1100).
- **Medicamentos:** substância natural feita pelo homem, colhida processada ou manufaturada para propósitos medicinais, como medicação alopática e natural (e1101).
- **Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária:** equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas nas atividades diárias, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetadas, situados na, sobre ou perto da pessoa que os utiliza (e115).

Inclui: produtos e tecnologia gerais e de assistência para uso pessoal.

Exclui: cuidadores e assistentes pessoais (e340)

- **Produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária:** equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas nas atividades diárias como, roupas, tecidos, móveis, aparelhos, produtos de limpeza e ferramentas, não adaptados nem especialmente projetados (e1150).
- **Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária:** equipamentos, produtos e tecnologias adaptados ou especialmente

projetados para auxiliar as pessoas na vida diária, como dispositivos protéticos e ortopédicos, próteses neurais (e.g. dispositivos de estimulação funcional que controlam os intestinos, bexiga, respiração e frequência cardíaca) e unidades de controle ambiental que visam facilitar o controle dos indivíduos sobre os espaços interiores (scanners, sistemas de controle remoto, sistemas controlados por voz, temporizadores) (e1151).

- **Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores:** equipamentos, produtos e tecnologia utilizados pelas pessoas nas atividades de deslocamento dentro e fora de edifícios, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados, situados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza (e120).

Inclui: produtos e tecnologia gerais e de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores.

Exclui: cuidadores e assistentes pessoais (e340)

- **Produtos e tecnologia gerais para mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores:** equipamentos, produtos e tecnologia utilizados pelas pessoas nas atividades de deslocamento dentro e fora de edifícios, como veículos motorizados e não motorizados utilizados para o transporte de pessoas em terra , na água ou no ar (e.g. ônibus, carros, vans, furgões, outros veículos a motor e meios de transporte com tração animal), não adaptados nem especialmente projetados (e1200).
- **Produtos e tecnologia de assistência para mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores:** equipamentos, produtos e tecnologia adaptados ou especialmente projetados para ajudar as pessoas a se deslocarem dentro e fora dos edifícios, como dispositivos para mobilidade pessoal, carros e vans especiais, veículos adaptados, cadeiras de rodas, ciclomotores e dispositivos de transferência (e1201).
- **Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas:** equipamentos, produtos e tecnologia, utilizados para a condução

e o aprimoramento de atividades culturais, recreativas e esportivas, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados (e140).

Inclui: produtos e tecnologias gerais e de apoio para cultura, recreação e desporto.

- **Produtos e tecnologia para a prática religiosa e vida espiritual:** produtos e tecnologia, únicos ou produzidos em série, que têm ou a que se dá um significado simbólico no contexto da prática religiosa ou espiritual, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados (e145).

Inclui: produtos e tecnologia gerais e de assistência para a prática religiosa e espiritual.

Exclui: cuidadores e assistentes sociais (e340).

- **Bens:** produtos ou objetos de intercâmbio econômico, como dinheiro, mercadorias, propriedades e outras coisas valiosas que um indivíduo tem ou que ele ou ela tem direito a usar (e165).

Inclui: produtos e bens materiais e não materiais, patrimônio financeiro.

Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano: trata dos elementos animados e inanimados do ambiente natural ou físico, e dos componentes desse ambiente que foram modificados pelas pessoas, bem como das características das populações humanas desse ambiente.

- **Geografia física:** características dos tipos de terrenos e da hidrografia (e210).

Inclui: características geográficas incluídas na orografia (relevo, qualidade e extensão do solo e tipos de solo, incluindo altitude) e hidrografia (extensões de água como lagos, rios e mares).

- **Formas de terreno:** características das formas dos terrenos como montanhas, colinas, vales e planícies (e2100).

Apoio e relacionamentos: trata das pessoas ou animais que fornecem apoio físico ou emocional, educação, proteção e assistência, e de relacionamentos com outras pessoas, na casa, local de trabalho, escola ou em brincadeiras ou em outros aspectos das suas atividades diárias. Não engloba as atitudes da pessoa ou pessoas que fornecem apoio. O fator ambiental descrito não é a pessoa ou o animal, mas a quantidade de apoio físico e emocional que a pessoa ou animal fornece.

- **Família imediata:** indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outros relacionamentos reconhecidos pela cultura, como família imediata, cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de criação, pais adotivos e avós (e310).

Exclui: outros parentes (e315); cuidadores e assistentes pessoais (e340)

- **Amigos:** indivíduos que são próximos e contínuos em relacionamentos caracterizados pela confiança e apoio mútuos (e320).
- **Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade:** indivíduos que mantêm uma relação de familiaridade entre si, como conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade, no trabalho, escola, recreação, ou outros aspectos da vida, e que partilham características demográficas como idade, sexo, credo ou etnia ou os mesmos interesses (e325).

Exclui: serviços prestados por associações e organizações (e5550).

- **Pessoas em posição de autoridade:** indivíduos que têm responsabilidade de tomar decisões por outros e que têm influência socialmente definida ou

poder com base no seu papel social, econômico, cultural ou religioso na sociedade, como professores, empregadores, supervisores, líderes religiosos, tomadores de decisões, tutores ou curadores (e330).

- **Cuidadores e assistentes pessoais:** indivíduos que fornecem os serviços necessários para dar suporte a outros indivíduos nas suas atividades diárias e na manutenção do desempenho no trabalho, educação ou outra situação da vida, fornecidos por meio de recursos públicos ou privados, ou em base voluntária, como provedores de suporte para construção e manutenção de casas, assistentes pessoais, assistentes de transportes, ajuda paga, babá ou outras que prestam cuidado (e340).

Exclui: família imediata (e310); outros parentes (e315); amigos (e320); serviços de suporte social geral (e5750); profissionais de saúde (e355).

- **Profissionais de saúde:** todos os fornecedores de serviços que trabalham no contexto do sistema de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, audiologistas, protético, assistentes sociais da área médica (e355).

Exclui: outros profissionais (e360).

- **Outros profissionais:** todos os fornecedores de serviços que trabalham fora do sistema de saúde, mas que fornecem serviços relacionados à saúde como assistentes sociais, professores, arquitetos ou projetistas (e360).

Exclui: profissionais de saúde (e355).

Atitudes: trata das atitudes que são as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças fatais e religiosas. Essas atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, dos relacionamentos interpessoais e associações comunitárias às estruturas políticas, econômicas e legais; por exemplo, atitudes individuais ou da sociedade sobre a confiabilidade e valor de um ser humano

que podem motivar práticas positivas e honrosas ou negativas e discriminatórias (e.g. estigmatização, estereotipagem e marginalização ou negligência com a pessoa). As atitudes classificadas são aquelas de pessoas externas à pessoa cuja situação está sendo descrita. Elas não se aplicam à própria pessoa. As atitudes individuais são categorizadas de acordo com os tipos de relacionamentos listados. Valores e crenças não são codificados separadamente das atitudes, pois se pressupõe que eles sejam as forças motrizes das atitudes.

- **Atitudes individuais de profissionais da saúde:** opiniões e crenças gerais ou específicas de profissionais de saúde, sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais (e450).
- **Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde:** opiniões e crenças gerais ou específicas dos profissionais da saúde sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais (e455).

Serviços, sistemas e políticas: trata de:

1. serviços que representam a provisão de benefícios, programas estruturados e operações, em vários setores da sociedade, desenhados para satisfazer as necessidades dos indivíduos (incluindo as pessoas que prestam serviços). Esses serviços podem ser públicos, privados ou voluntários estabelecidos em nível local, comunitário, regional, estatal, nacional ou internacional por parte dos empregadores, associações, organizações, agências ou governos. Os bens proporcionados por esses serviços podem ser tantos gerais como adaptados e especialmente projetados;

2. sistemas que representam o controle administrativo e mecanismos de organização e são estabelecidos por autoridades governamentais ou outras reconhecidas, de nível local, regional, nacional e internacional. Esses sistemas estão programados para organizar, controlar e supervisionar serviços que

proporcionam benefícios, os programas estruturados e em funcionamento em vários setores da sociedade;

3. políticas que englobam as normas, regulamentos e convenções e padrões estabelecidos por governos e outras autoridades reconhecidas, de nível local, nacional e internacional. Essas políticas reagem ou regulam os sistemas que organizam, controlam e supervisionam os serviços, programas estruturados e em funcionamento em vários setores da sociedade.

- **Serviços, sistemas e políticas da previdência social:** serviços, sistemas e políticas voltadas para o fornecimento do suporte econômico às pessoas que, devido à idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, precisam de assistência pública financiada pela receita tributária ou por esquemas de contribuição (e570).

Exclui: serviços, sistemas e políticas econômicas (e565).

- **Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde:** serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável (e580).

Exclui: serviços, sistemas e políticas de apoio social geral (e575).

10 Anexos.

Anexos 1

CHECKLIST DA CIF

1. Ao completar esta checklist, use toda a informação disponível. Por favor, assinale o que será utilizado:

[1] registros escritos [2] respondente primário [3] outros informantes [4] observação direta

Participante N. __ __, __ __, __ __,

A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

1 NOME (opcional) Nome _____ SOBRENOME _____

2 SEXO (1) ☐ Feminino (2) ☐ Masculino

3 DATA DE NASCIMENTO _ / _ / _ (dia/mês/ano) NUMERO FILHOS _____

4 ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL _____ RENDA INDIVIDUAL _____

5 ESTADO MATRIMONIAL ATUAL:

(1) Nunca foi casado ☐ (4) Divorciado ☐

(2) Atualmente casado ☐ (5) Viúvo ☐

(3) separado ☐ (6) Coabitação ☐ (concubinato)

6 OCUPAÇÃO ATUAL

(1) Emprego assalariado ☐ (6) Desempregado (razão de saúde) ☐

(2) Trabalha por conta própria (autônomo) ☐ (7) Desempregado (outra razão) ☐

(3) Não assalariado, voluntário/caridade ☐ (8) Outro ☐

(4) Aposentado ☐

(5) Prendas domésticas/Dona de casa ☐ (por favor especifique) _____

7 ETNIA AUTODECLARANTE _____ NATURALIDADE _____

8 CONDIÇÕES DE MORADIA _____ TRANSPORTE UTILIZA _____

9 ATIVIDADE FÍSICA PREFERIDA _____

b7.FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO	Qualificador (observação)						
	0	1	2	3	4	8	9
b710 Mobilidade das articulações							
b730 Força muscular							
b735 Tônus muscular							
b765 Movimentos involuntários							

PARTE 1a: DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO

- Funções do Corpo são as funções fisiológicas ou psicológicas dos sistemas corporais.
- Deficiências são problemas de função do corpo como um desvio ou perda significativa.

Primeiro Qualificador: Extensão das deficiências

0 Nenhuma deficiência significa que a pessoa não tem problema

1 Deficiência leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.

2 Deficiência moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias

3 Deficiência grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.

4 Deficiência completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.

8 Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.

9 Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).

Lista Resumida das Funções do Corpo**Qualificador**

	0	1	2	3	4	8	9
b1. FUNÇÕES MENTAIS							
b110 Consciência #							
b114 Orientação (<i>tempo, lugar, pessoa</i>) #							
b117 Funções intelectuais (<i>incl demência</i>) #							
b130 Funções da energia e de impulsos							
b134 Sono							
b140 Atenção #							
b144 Memória #							
b152 Funções emocionais							
b156 Funções da percepção							
b164 Funções cognitivas superiores #							
b167 Funções mentais da linguagem #							
# foi utilizado Mini Exame Estado Mental							
b2. FUNÇÕES SENSÓRIAS E DOR							
b210 Visão							
b230 Audição							
b235 Vestibular (<i>incl. Funções de equilíbrio</i>)							
b280 Dor							
b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA							
b310 Voz							
b5. FUNÇÕES DOS SIST DIGESTIVO							
b525 Funções de defecação							
b530 Manutenção do peso							
b6. FUNÇÕES GENITURINÁRIAS							
b620 Funções urinárias							
b7. FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO							
b710 Funções relacionadas à mobilidade das articulações							
b730 Funções relacionadas à força muscular							
b735 Funções relacionadas ao tônus muscular							
b765 Funções relacionadas aos movimentos involuntários							

PARTE 2:LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES E RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO

• Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Participação é o ato de se envolver em uma situação vital

• Limitações de atividade são dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade. Restrições à participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações vitais.

O qualificador de Desempenho descreve o que um indivíduo faz em seu ambiente habitual. Como o ambiente habitual incorpora um contexto social, o desempenho como registrado por este qualificador também pode ser entendido como “envolvimento em uma situação vital” ou “a experiência vivida” das pessoas no contexto real em que elas vivem. Esse contexto inclui os fatores ambientais - todos os aspectos do mundo físico, social e de atitude que podem ser codificados utilizando-se os Fatores Ambientais.

O qualificador de Capacidade descreve a habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação. Esse qualificador indica o nível máximo provável de funcionamento que a pessoa pode atingir em um domínio específico em um dado momento. A Capacidade é medida em um ambiente uniforme ou padrão, refletindo assim a habilidade ambientalmente ajustada do indivíduo. O ambiente padronizado pode ser: o atual ambiente geralmente usado para avaliação da capacidade em teste; ou (b)onde isto não é possível, um hipotético ambiente um impacto uniforme.

Primeiro Qualificador: Desempenho Extensão da Restrição à Participação

Segundo Qualificador: Capacidade (sem assistência) Extensão da limitação de Atividade

0 Nenhuma dificuldade significa que a pessoa não tem problema

1 Dificuldade leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.

2 Dificuldade moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias.

3 Dificuldade grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.

4 Dificuldade completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.

8 Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade.

9 Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).

Lista Reduzida do Ambiente	Qualificador				
	Barreiras/facilitadores				
	0	1	2	3	4
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA					
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal					
e1100 Alimentos					
e1101 Medicamentos					
e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária					
e1150 Produtos e tecnologia gerais para uso pessoal na vida diária					
e1151 Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária					
e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos					
e1200 Produtos e tecnologia gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos					
e1201 Produtos e tecnologia de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos					
e140 Produtos e tecnologia para atividades culturais, recreativas e esportivas					
e145 Produtos e tecnologia para a prática religiosa e vida espiritual					
e165 Bens					
e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO					
e210 Geografia física					
e2100 Formas de terreno					
e3. APOIO E RELACIONAMENTOS					
e310 Família imediata					
e320 Amigos					
e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade					
e330 Pessoas em posição de autoridade					
e340 Cuidadores e assistentes pessoais					
e355 Profissionais da saúde					
e360 Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde					
e4. ATITUDES					
e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde					
e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde					
e5. SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS					
e570 Serviços, sistemas e políticas da previdência social					
e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde					

Anexo 2**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL**

ORIENTAÇÃO	PONTOS
- dia da semana.....	01 / ____
- dia do mês.....	01 / ____
- mês.....	01 / ____
- ano.....	01 / ____
- hora aproximada.....	01 / ____
- local específico (apartamento ou setor)	01 / ____
- instituição (hospital, residência, clínica)	01 / ____
- bairro ou rua aproximada.....	01 / ____
- cidade.....	01 / ____
- estado.....	01 / ____
MEMÓRIA IMEDIATA	
- vaso, carro, tijolo.....	03 / ____
ATENÇÃO E CÁLCULO	
- 100 – 7 sucessivos.....	05 / ____
EVOCAÇÃO	
- recordar as 3 palavras.....	03 / ____
LINGUAGEM	
- nomear um relógio e uma caneta	02 / ____
- repetir: “nem aqui, nem ali, nem lá”	01 / ____
- comando: “pegar papel com mão direita, dobrar ao meio e colocar no chão” ...	03 / ____
- ler e obedecer: “feche os olhos”	01 / ____
- escrever uma frase	01 / ____
ESCORE	____ / ____

Anexo 3 **DECLARAÇÃO**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Av. Dr. Peixoto de Castro, 539 – Vila Zélia
Caixa Postal 95
12.600-580 Lorena –SP
Fone: 12.2124-2852
cep@fatea.br

Parecer Projeto: n.87/2009

Título do projeto: Condições de saúde e funcionalidade de idosos do Vale do Paraíba-SP segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Pesquisador Responsável: Claudia Lysia de Oliveira Araújo

Instituição Responsável: Universidade de São Paulo
Pós Graduação em Enfermagem

Prezado Pesquisador,

Em atenção à solicitação referente à análise do Projeto de Pesquisa, informamos que o mesmo foi considerado **aprovado** em reunião deste Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila, em 09 de dezembro de 2009.

Analizado sob o aspecto ético-legal atende as exigências da Resolução n 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o termino da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/FATEA até **10/12/2013**.

Atenciosamente,

Prof Dr. Rosinei Batista Ribeiro
Comitê de Ética em Pesquisa da Fatea