



CLÍNICA

Condições de saúde e funcionalidade dos idosos do Vale Paraíba, São Paulo, Brasil

Condiciones de salud y funcionalidad de los ancianos del Valle Paraíba, São Paulo, Brasil
Health conditions and functionality of the elderly Valley Paraíba, Sao Paulo, Brazil

***De Oliveira Araújo, Claudia Lysia **Mancussi e Faro, Ana Cristina**

*Doutora em Enfermagem. Professora Titular, Faculdades Integradas Teresa D' Ávila – Lorena, São Paulo E-mail: claudialysia@usp.br **Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Orientadora. Grupo de Pesquisa Reabilitação, funcionalidade e Educação na saúde. Brasil.

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

Palabras clave: Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud; anciano; centros sociales y de ocio; envejecimiento; Enfermería; Gerontología.

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

RESUMO

Os princípios do 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.

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).

Método: Pesquisa do tipo exploratória, descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em CCIs do Vale Paraíba, São Paulo, Brasil. 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.

Conclusões. 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.

RESUMEN

Los principios del envejecimiento con calidad de vida describen al anciano como proactivo, definiendo sus objetivos y esforzándose por alcanzarlos, reuniendo recursos que son útiles en la adaptación a los cambios y participar activamente en el mantenimiento de la salud.

El **objetivo** de esta investigación es caracterizar el perfil de las personas mayores que participan en el Centro Comunitario de Personas Mayores con respecto a sexo, edad, estado civil, origen étnico declarado, educación, ocupación, ingresos personales, número de hijos, nacionalidad, condiciones de vida, medios de transporte que utilizan para ir a la Corte Penal Internacional y actividad física preferida y describir las condiciones de salud y el rendimiento en actividades de la vida diaria de los participantes de mayor edad del Centro Comunitario de Personas Mayores, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF).

Método: La investigación fue de tipo exploratorio, descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, llevado a cabo en los Centros Comunitarios de Personas Mayores Paraíba Valley, São Paulo, Brasil. El estudio incluyó a aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión de edad o mayores de 60 años, participando durante al menos tres meses y un máximo de un año de los Centros Comunitarios de Personas Mayores, que eran el campo de búsqueda. El estudio se caracteriza por el predominio de las mujeres, con una edad media de 72 años, casada, de etnia blanca declarada, con 5-10 años de educación, jubilada, con un ingreso promedio mensual de un salario mínimo.

Conclusiones. A través del instrumento de recolección se observó que la mayoría de las categorías de CIF seleccionadas se vio comprometida tanto con ligera dificultad o ninguna dificultad.

ABSTRACT

The principles of aging and 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.

The **goal** of this research is to characterize the profile of the elderly participating in the Elderly Community Centre 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 Elderly Community Centre and preferred physical activity and describe the health and performance in activities of daily living of the elderly participants from JRC, according to the International Classification of Functioning, Disability and health (CIF).

Method: The research was exploratory, descriptive, cross-sectional quantitative approach carried out in Elderly Community Centre Paraíba Valley, São Paulo, Brazil. 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 Elderly Community Centre, 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.

Conclusions: Through the collection instrument was observed that most of Elderly Community Centre categories selected was somewhat compromised with slight difficulty or no difficulty.

INTRODUÇÃO

Seguindo os padrões observados em outros países ⁽¹⁾, 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⁽²⁻³⁾.

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⁽⁴⁾.

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

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⁽⁵⁾.

O sedentarismo no idoso, advém muitas vezes de imposições sócio culturais, mais do que de uma incapacidade funcional⁽⁶⁾. Os comportamentos atribuídos aos idosos referem-se à passividade e imobilidade, com reduzido nível de atividade física. No entanto sabe-se que muitas das alterações fisiológicas e funcionais observadas nos idosos são resultados da inexistência de estímulos do que alterações atribuídas ao envelhecimento⁽⁷⁾. Estudos têm demonstrado as contribuições positivas de programas de atividade física na melhoria geral da aptidão física e funcional dos idosos⁽⁸⁾.

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⁽⁹⁾.

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⁽⁸⁾.

Os grupos de convivência⁽¹⁰⁾, 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.

Visando a responder às necessidades de se conhecer mais sobre as consequências das doenças e o impacto na vida diária das pessoas, 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) ⁽¹¹⁾.

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 ⁽¹²⁾.

De maneira clara ⁽¹³⁾, conceituaram a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (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 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 ⁽¹⁴⁾.

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 ⁽¹⁵⁾.

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 morbidade associada aos problemas depressivos, que representam atualmente a causa principal de anos de vida perdidos em razão das incapacidades ⁽¹⁵⁾.

OBJETIVOS

Analisar 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 ⁽¹⁵⁾;

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.

MÉTODO

A pesquisa foi exploratória, descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, realizada em Centros de Convivência de Idosos (CCIs) do Vale Paraíba, no Estado de São Paulo, sudeste do Brasil. As sete cidades foram escolhidas por conveniência da pesquisadora.

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⁽¹⁶⁾.

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 Produto Interno Bruto (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⁽³⁾.

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.

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila (FATEA), aprovado sob n.87/2009.

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.

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

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% ($p < 0,05$).

RESULTADOS e 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, com função cognitiva preservada.

No estudo⁽¹⁷⁾ 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.

Sobre os níveis de aptidão física de adultos idosos⁽¹⁸⁾, 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).

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⁽¹⁹⁾, 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⁽¹⁹⁾, 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 estatística para as seguintes categorias da CIF - Funções da energia e de impulso, Funções emocionais, Ouvir, Uso fino das mãos, pegar, segurar, Relações familiares e Resolver problemas.

Em um estudo desenvolvido na Índia⁽²⁰⁾ 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.

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⁽²¹⁻²²⁾. 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.

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: 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%); nível de escolaridade ensino fundamental incompleto foi o mais frequente 110 (48,0%), 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%)⁽²³⁾. O salário mínimo vigente no país é de R\$622,00 (seiscentos e vinte e dois reais).

Um estudo com 1.216 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⁽²⁴⁾.

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.

Em levantamento realizado na cidade de São Paulo⁽²⁵⁾, 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 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 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⁽⁴⁾.

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 as categorias da CIF Funções da visão, Funções urinárias, Calcular, Levantar e carregar objetos, Relações familiares, Relações íntimas e Pessoas com posições autoridade.

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⁽²⁶⁾.

Os resultados obtidos vão ao encontro⁽²⁷⁾, 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.

Foi possível verificar que a maior parte das categorias da CIF estudadas nesta amostra registrou pouco comprometimento da função com dificuldade leve ou sem dificuldade, o que é esperado em 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⁽²⁸⁾.

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⁽²⁹⁾.

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 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 do desenvolvimento e envolvimento dos idosos estudados nas atividades físicas propostas pelo CCI com a finalidade de um envelhecimento ativo e saudável.

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⁽³⁰⁾.

Neste estudo os resultados obtidos do mini exame do estado mental (MEEM) apresentou associação estatisticamente significativa 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 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.

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).

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% ⁽²²⁾.

Ainda quanto ao cuidado pessoal⁽³¹⁾, comer e beber são tarefas com menor grau de complexidade. Deste modo, os idosos obtêm um melhor nível de desempenho nestas tarefas.

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 freqüentemente comprometidas, sendo que tais atividades são praticadas em maior freqüência 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.

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 Montevidéu. 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⁽³²⁾.

Estudo realizado⁽³³⁾ 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⁽³⁴⁾ 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⁽³⁵⁾.

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.

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⁽³⁶⁾ 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.

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⁽¹⁵⁾.

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 híidas 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.

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 respostas).

Em um estudo no Brasil⁽³⁷⁾ 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.

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).

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⁽³⁸⁾.

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⁽³⁸⁾.

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⁽³⁸⁾.

Assim, construiremos um país de cidadãos, pessoas incluídas e acolhidas em políticas sociais e de saúde, não importando sua faixa etária⁽³⁸⁾.

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⁽³⁹⁾.

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⁽³⁹⁾.

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⁽³⁹⁾.

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⁽³⁹⁾.

REFERÊNCIAS

- 1.Lloyd-Sherlock P. Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Soc Sci Med*; 2000, 51:887-95
- 2.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.

3. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro. 2007.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, DF, n.19, 2006.
5. 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 Pública vol.26 n.5. Rio de Janeiro. 2010.
6. Spirduso, W.W. Physical Dimensions of Aging. Human Kinetics Publishers, Champaign, Illinois, 1995.
7. Barry, H.C. e Eathorne, S.W. Exercise and aging. Issues for the practitioner. Medical Clinics North America, 1994, 357-375.
8. 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, 1995, 243-254.
9. 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.
10. 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.
11. Secretariado Nacional de Reabilitação, Ministério do Emprego e da Segurança Social. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (*handicaps*). Lisboa, 1989.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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: látria, cap. 2, 2006.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.

21. Tinetti, M.E. Clinical practice: preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med.* 348(1):42-9; 2003.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Ferreira, K.S. et al. Perception of the elderly toward sex in old age. *Geriatria & Gerontologia.* 3(4): 182-188, 2009.
27. Yusuf, H. et al. Leisure-time physical activity among older adults. *Arch. Internal Med.* 156 (12)1321-1326; 2006.
28. Prata, L.E.; Yazaki, L.M. A dependência familiar do idoso nas populações de baixa renda. São Paulo: Fundação Seade, 1991.
29. 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.
30. Kjekken, 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. Sposati, A. "Pobreza e cidadania no Brasil contemporâneo". *Revista Serviço social e Sociedade*, n.63, p.131-139, 2000.
37. 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.
38. 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.
39. 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.