



CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNVIC



Aline Aparecida Dos Santos
Sara Cristina Dos Santos Tunissi

**ABORDAGEM DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA
FUNCIONALIDADE DE IDOSOS**

Pindamonhangaba - SP

2022



CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNVIC



Aline Aparecida Dos Santos
Sara Cristina Dos Santos Tunissi

**ABORDAGEM DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA
FUNCIONALIDADE DE IDOSOS**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel pelo Curso de Fisioterapia do UniFUNVIC, - Centro Universitário FUNVIC.

Orientadora: Profa. Dra. Vania C. dos Reis Miranda

Pindamonhangaba - SP

2022

Santos, Aline Aparecida; Tunissi, Sara Cristina dos Santos;

Abordagem da classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na funcionalidade de idosos./ Aline Aparecida Dos Santos; Sara Cristina dos Santos Tunissi / Pindamonhangaba-SP: UniFUNVIC Centro Universitário, 2022.

23 f.

Monografia (Graduação em Fisioterapia) UniFUNVIC-SP

Orientadora: Profa. Dra. Vania C. dos R. Miranda.

1 Idoso; 2 CIF; 3 Funcionalidade.



CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNVIC



**ALINE APARECIDA DOS SANTOS
SARA CRISTINA DOS SANTOS TUNISSI**

**ABORDAGEM DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA
FUNCIONALIDADE DE IDOSOS**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para
obtenção do Diploma de Bacharel pelo Curso de
Fisioterapia do UniFUNVIC, - Centro Universitário
FUNVIC

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____ Centro Universitário UniFUNVIC

Assinatura: _____

Prof. _____ Centro Universitário UniFUNVIC

Assinatura: _____

Prof. _____ Centro Universitário UniFUNVIC

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus nos abençoar e nos dar o dom da sabedoria, saúde e determinação para não desanimar e continuarmos persistentes até a conclusão deste trabalho.

Ao Centro Universitário – UniFUNVIC, pela concessão da bolsa de estudos que permitiu que atingíssemos nossos objetivos.

À Profa. Dra. Vania Cristina dos Reis Miranda, pela maneira com que orientou nosso trabalho , por toda paciência e cuidado em cada detalhe.

Aos nossos avaliadores de banca Profa. Dra. Elaine Cristina Martinez Teodoro e Prof. Msc. Márcio Rodrigues Matos por aceitarem nosso convite e prestigiarem nossa apresentação.

Aos familiares de Sara Cristina dos Santos Tunissi: Luis Wanderlei Gonzaga Tunissi, Isabel Cristina dos Santos Tunissi, Alan Silva de Toledo, Maiara Cristina dos Santos Tunissi. E aos familiares de Aline Aparecida dos Santos: Adriana Aparecida Da Conceição, Ailton da Conceição, Adriano Ângelo Pannace, Regina Célia e Lucas Gabriel Pannace.

Ao nosso colega de classe Renan Ultramari Martins, que nos auxiliou na coleta dos dados para análise.

Este trabalho foi escrito na forma de artigo científico a ser submetido à Revista Ciência e Saúde On-line, cujas normas estão em anexo (ANEXO A).

ABORDAGEM DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS

APPROACH TO THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONALITY, DISABILITY AND HEALTH (ICF) IN ELDERLY FUNCTIONALITY

Aline Aparecida dos Santos,¹ Sara Cristina dos Santos Tunissi¹, Vânia Cristina dos Reis Miranda².

1 Discente do curso de fisioterapia do UniFUNVIC, Centro Universitário - FUNVIC, Pindamonhangaba-SP.

2 Doutora, docente do curso de fisioterapia do UniFUNVIC, Centro Universitário - FUNVIC, Pindamonhangaba-SP.

*correspondência: aline.santos1960@outlook.com

Resumo: De acordo com o Estatuto do Idoso a população brasileira está envelhecendo, em decorrência do aumento da expectativa de vida. Contudo, o cuidado com o idoso vem sendo um dos focos na área da saúde. O bem estar do idoso depende de fatores como: mentais, físicos, sociais e ambientais. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde (CIF) tem-se mostrado muito importante no âmbito da geriatria e gerontologia para classificar a funcionalidade, apresenta um modelo biopsicossocial que permite avaliar os pacientes englobando cinco componentes: funções e estruturas corporais, atividades, participação e ambiente. O objetivo deste estudo foi verificar as principais limitações e restrições de atividade e participação para avaliar a capacidade funcional, baseada no modelo da CIF, de idosos atendidos em uma clínica escola. Se trata de um estudo observacional retrospectivo que se deu a partir da análise de prontuários de pacientes idosos atendidos no setor de Fisioterapia do Centro Clínico do UniFUNVIC, entre ano de 2020 a 2021. Os resultados foram obtidos a partir da análise de 52 prontuários, de pacientes do sexo feminino e masculino. Dentre a amostra observou-se que os casos mais recorrentes quanto a Condição de saúde foi o Acidente Vascular Encefálico com 21,1% e o Objetivo de Atividade e Participação mais relatado foi o de melhora da deambulação, com 32,7% dos casos. Conclui-se que o principal objetivo funcional dos pacientes idosos da clínica escola é a melhora da Marcha e a Condição de Saúde mais recorrente é o AVE.

Palavras Chave: Idoso. CIF. Funcionalidade.

Abstract: According to the Elderly Statute, the Brazilian population is aging, due to the increase in life expectancy. However, care for the elderly has been one of the focuses in the health area. The well-being of the elderly depends on factors such as: mental, physical, social and environmental. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) has proved to be very important in the field of geriatrics and gerontology to classify functionality, it presents a biopsychosocial model that allows the evaluation of patients encompassing five components: functions and body structures, activities, participation and environment. The objective of this study was to verify the main limitations and restrictions of activity and participation in order to assess the functional capacity, based on the ICF model, of elderly people treated at a teaching clinic. This is a retrospective observational study that was based on the analysis of medical records of elderly patients treated in the Physiotherapy sector of the Clinical Center of UniFUNVIC, between 2020 and 2021. The results were obtained from the analysis of 52 medical records, of female and male patients. Among the sample, it was observed that the most recurrent cases in terms of health condition was Stroke with 21.1% and the most reported Activity and Participation Objective was to improve ambulation, with 32.7% of cases. It is concluded that the main functional objective of the elderly patients of the school clinic is the improvement of gait and the most recurrent Health Condition is the CVA.

Keywords: Old. CIF. Functionality.

Introdução

De acordo com o Estatuto do Idoso, promovido pelo Ministério da Saúde a população brasileira está envelhecendo, em decorrência do aumento da expectativa de vida no país, devido aos avanços na saúde. Refere ainda que, segundo o IBGE, a população com 60 anos ou mais corresponde a 8,6% da população total (cerca de 14 milhões, dados do Censo de 2000), estimando que esse número poderá ultrapassar, nos próximos 25 anos, 30 milhões.¹

Devido ao crescente número desta população, o cuidado com o idoso vem sendo um dos focos na atenção à saúde. O bem estar do idoso depende de vários fatores como: mentais, físicos, sociais e ambientais. Desta forma, no processo do envelhecimento destaca-se o declínio funcional, portanto, é necessária uma abordagem para adaptar as necessidades desta população dentro de todos estes fatores, e assim manter o estado de saúde dos mesmos.²

Diante do exposto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), tem se mostrado muito importante no âmbito da Gerontologia e Geriatria para classificar a funcionalidade, usado também como referência para realizar os cuidados em saúde e determinar estratégias.^{2,3}

Para chegar nos dias atuais e já se ter a CIF estabelecida, houve anos de estudos e experimentos para avaliar a sua eficiência, tendo início com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID), que é o sistema internacional que classifica o estado de saúde do paciente, porém não permite avaliar o impacto da doença sobre o ser, nem descrever a restrição funcional determinada pela doença. Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou estudos para definir um sistema classificatório e descritivo das alterações funcionais, sendo colocada em prática no ano de 2000. Em outubro de 2001, foi incluída na “família” das classificações desenvolvidas pela OMS a CIF, complementando assim a informação sobre o diagnóstico e a funcionalidade, permitindo que haja uma visão ampla e significativa do estado de saúde do paciente, facilitando, por exemplo, a escolha no tipo de intervenção a ser seguido. O papel mais importante dos sistemas internacionais de classificação é a discussão e a comparação da saúde de uma população em um contexto universal. Portanto as duas classificações, CID e CIF, são complementares.³

A CIF foi desenvolvida para registrar funcionalidade, mas não exclusivamente relacionada à incapacidade física ou sensorial. Seu objetivo é que seja uma abordagem mais ampla, registrando as limitações relacionadas, como por exemplo, aquelas de caráter emocional e social, descrevendo o impacto decorrente das enfermidades, seja ele permanente ou transitório.³

A principal motivação da CIF foi que não se pode medir a importância de um evento em saúde apenas pela mortalidade, pois é preciso considerar os múltiplos aspectos relacionados à morbidade,

como o impacto pessoal e familiar diante da nova situação imposta pela afecção. Desta forma, a CIF apresenta um modelo biopsicossocial que permite avaliar os pacientes englobando cinco componentes: funções e estruturas corporais, atividades, participação e ambiente. A função corporal relaciona-se com funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, já a estrutura do corpo relaciona-se com partes anatômicas, a atividade social consiste numa execução de tarefa, a participação em um envolvimento numa situação de vida, o fator ambiental relaciona-se a um ambiente físico ou social.³

Assim, o “envelhecimento ativo”, termo adotado pela OMS, que se aplica tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, refere-se a um bem-estar físico, social e mental ao longo da vida das pessoas, para que possam participar da sociedade de acordo com a suas necessidades, capacidades e vontades, propiciando ao mesmo tempo segurança, proteção e cuidados adequados quando necessário. O termo “ativo” refere-se a participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais, civis e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte de força de trabalho.⁴

De acordo com essa afirmativa, e sabendo-se do conceito de “saúde”, definido pela OMS, que se refere ao bem-estar físico, mental e social, um projeto de envelhecimento ativo, com políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais, são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde.⁴

Considerando que a fisioterapia pode atribuir a CIF na avaliação, na evolução e na melhora da capacidade funcional de idosos, com qualquer tipo de afecção, apresentando ou não declínio funcional, se faz relevante a temática, uma vez que a fisioterapia atua nos fatores corporais, nas estruturas do corpo, na atividade social, na participação social e ambiente, sendo todos abordados pela CIF.

Assim, o objetivo deste estudo foi verificar as principais limitações e restrições de atividade e participação para avaliar a capacidade funcional, baseada no modelo da CIF, de idosos atendidos em uma clínica escola, a partir da leitura de prontuários entre os anos de 2020 e 2021.

Método

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo a partir da análise de prontuários de pacientes idosos atendidos no setor de Fisioterapia no Centro Clínico do UniFUNVIC entre os anos de 2020 a 2021, no município de Pindamonhangaba-SP.

Como critérios de inclusão, os prontuários selecionados são de indivíduos de ambos os sexos, com a idade igual e superior a 60 anos, atendidos no setor de Fisioterapia da Clínica Escola supracitada entre os períodos de 2020 e 2021, período o qual foi implantada a utilização da CIF para nortear a avaliação e o tratamento dos pacientes. Como critérios de exclusão, indivíduos com menos

de 60 anos, que iniciaram o tratamento de Fisioterapia fora do período de 2020 a 2021, e prontuários com informações incompletas ou inconclusivas, abandono do tratamento ou óbito antes de completar a ficha de avaliação.

Antes do início da pesquisa o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa por intermédio da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o protocolo CAAE 58748522.7.0000.8116.

Foi realizada a seleção dos prontuários dos pacientes a partir dos anos de atendimento (2020 e 2021), posteriormente foram selecionados os prontuários dos pacientes com idade igual e superior a 60 anos.

Em seguida, foi realizada a coleta das variáveis e tabulação dos dados em planilha Excel da Microsoft, sendo avaliadas: idade, sexo, ocupação, condição de saúde, objetivo de atividade e participação, barreiras e facilitadores, o que faz com dificuldade, o que não consegue fazer, e a mudança ou não do objetivo de atividade e participação. Para a análise dos dados foi realizada uma análise textual discursiva, baseada na leitura rigorosa e aprofundada dos textos, interpretando fenômenos e discursos e categorizando-os de acordo com os domínios de Atividade e Participação da CIF, sendo: Aprendizagem e aplicação dos conhecimentos (d1), Tarefas e exigências gerais (d2), Comunicação (d3), Mobilidade (d4), Autocuidado (d5), Vida doméstica (d6), Interações e relacionamentos interpessoais (d7), Principais áreas da vida (d8) e Vida comunitária, social e cívica (d9). Para isso foi realizado o agrupamento de elementos de significação próximos e a categorização, além de reunir os elementos que são semelhantes, também implicou na nomeação e definição das categorias, com maior profundidade e precisão.

A análise dos dados foi realizada por meio de medidas de tendência central e dispersão, frequência absoluta e relativa e gráficos.

Resultados

Na pesquisa foram analisados 52 prontuários de indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 60 a 86 anos, que realizaram atendimento Fisioterapêutico entre os anos de 2020 e 2021 no Centro Clínico do UniFUNVIC da cidade de Pindamonhangaba do Estado de São Paulo.

A média de idade dos indivíduos foi de 69,2 anos (DP= 6,9), e o gênero predominante foi o feminino, com 61,5% (32 indivíduos).

Em relação a ocupação, 55,8% (29 indivíduos) eram aposentados ou pensionistas, 19,2% (10 indivíduos) realizavam serviços domésticos em casa e 25% (13 indivíduos) trabalhavam fora de casa.

Em relação a condição de saúde observou-se que os casos mais recorrentes foram Acidente Vascular Encefálico, com 21,1% dos casos (11 indivíduos), seguido da Artrose, que representou

17,3% dos casos (9 indivíduos). A tabela 1 apresenta a distribuição em frequência dos diagnósticos clínicos encontrados entre os idosos atendidos.

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das condições de saúde dos idosos atendidos no setor de Fisioterapia, Pindamonhangaba-SP (n=52 indivíduos)

Condição de saúde	n [número de indivíduos]	Frequência relativa [%]
AVE	11	21,2
Pós Operatório	4	7,7
Lombalgia	5	9,6
Fratura	4	7,7
Artrose	9	17,3
Pós COVID-19	2	3,8
Doença de Parkinson	2	3,8
Mielite Transversa	1	1,9
Esporão de Calcâneo Esquerdo	1	1,9
Lesão de manguito rotador	1	1,9
Tendinite Calcificante de Ombro	1	1,9
Artrite Reumatoide	1	1,9
Artroplastia total de quadril	1	1,9
Cardiopata	1	1,9
DPOC/Enfisema	1	1,9
Bursite no quadril	1	1,9
Transtorno de discos lombares	1	1,9
Síndrome do impacto do ombro	1	1,9
Escoliose	1	1,9
Epicondilite e tenossinovite	1	1,9
Tendinopatia do supra espinhal	1	1,9
Tenossinovite estenosante digital	1	1,9
Total	52	100,0

Legenda: AVE (Acidente Vascular Encefálico), COVID (Doença do Coronavírus), DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica).

De acordo com o objetivo principal do trabalho, foi observado que o Objetivo de Atividade e Participação mais relatado foi relacionado a melhora da marcha sendo 32,7% (17 indivíduos). De acordo com os domínios de atividade e participação da CIF, o de mobilidade (d4) estava entre os objetivos mais relatados entre os idosos, representando um total de 59,6% (31 indivíduos).

O gráfico 1 apresenta as porcentagens de cada objetivo de atividade relacionado a melhora da mobilidade.

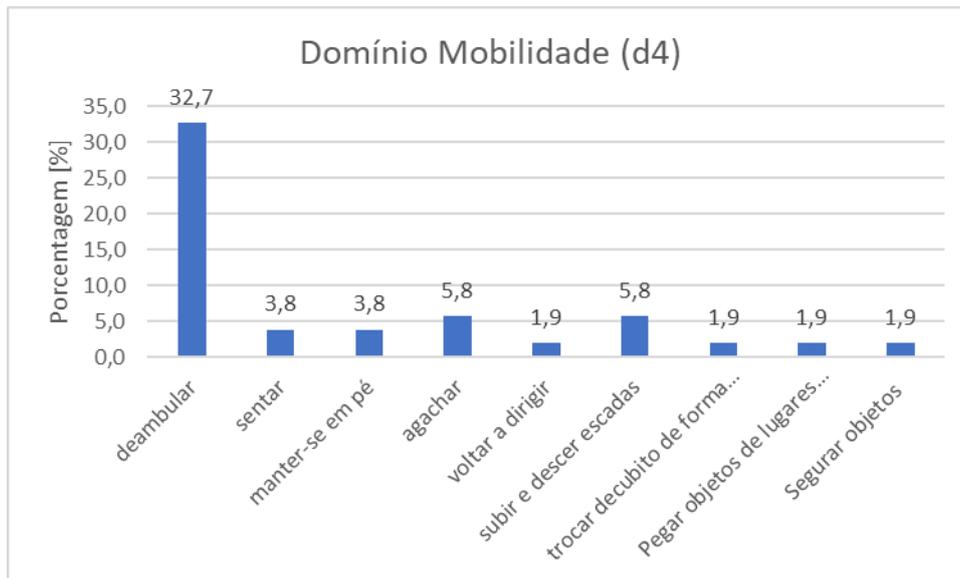


Figura 1 – Gráfico das porcentagens dos objetivos de atividades relacionados a mobilidade (n=31), Pindamonhangaba-SP

Foi observado que os 17 indivíduos com o objetivo de melhorar a marcha no prontuário apresentavam queixa de realizar com dificuldade ou não conseguir realizá-la.

Outros domínios da CIF que foram bastante relatados entre os objetivos de atividade e participação foi o de autocuidado (d5), representando 11,5% (6 indivíduos), e a vida doméstica (d6) com 9,6% (5 indivíduos). A tabela 2 apresenta em número absoluto e porcentagens os objetivos de retorno ou melhora das atividades relacionadas dentro desses domínios.

Tabela 2 - Distribuição de frequência absoluta e relativa dos objetivos de atividade e participação dos idosos atendidos no setor de Fisioterapia dentro dos domínios da CIF de Autocuidado e Vida doméstica, (n=11), Pindamonhangaba-SP

Domínios da CIF de atividade e participação	n [número de indivíduos]	Frequência relativa [%]
Autocuidado (d5)	6	11,5
Usar o vaso sanitário	1	1,9
Vestir roupas nos MMII	1	1,9
Calçar meia e sapato	1	1,9
Amarrar o cabelo	1	1,9
Amarrar os sapatos	1	1,9
Pentear o cabelo	1	1,9
Vida doméstica (d6)	5	9,6
Varrer a casa e colocar roupas no varal	1	1,9
Colocar roupa no varal de forma independente	1	1,9
Torcer roupa ou pano	2	3,8
Limpar a casa sem dor	1	1,9

Legenda: MMII (Membros Inferiores).

Outros objetivos também foram relatados como: melhorar a escrita, fazer crochê e melhorar cansaço e dispneia nas AVDs, cada um representando 1,9% (1 indivíduo).

Porém, 13,5% (7 indivíduos) dos objetivos traçados aos idosos não condiziam com objetivos de atividade e participação e sim de estrutura e função.

Em um comparativo de pacientes que atingiram seus objetivos de funcionalidade, ou seja, de atividade e participação, e não atingiram ou não concluíram a Fisioterapia, 59,6% (31 indivíduos) não atingiram o objetivo, permanecendo com o mesmo objetivo traçado. O gráfico 2 apresenta a porcentagem de indivíduos idosos que tiveram uma mudança no objetivo de atividade e participação e os que não mudaram.



Figura 2 – Gráfico comparativo de objetivos de atividade e participação atingidos ou não (n=52), Pindamonhangaba, SP

Foi observado também que desses 31 idosos que não apresentaram mudança no objetivo de atividade e participação, 64,5% (20 indivíduos) interromperam o tratamento, ou por abandono, afastamento, alta ou mudança de cidade.

Discussão

De acordo com um levantamento feito pelo IBGE, em 2018, a população acima dos 60 anos vem aumentando e tende a aumentar consideravelmente nos próximos anos. Ao ser feita uma projeção da população, de acordo com os grupos etários, do ano de 2010 até 2060, haverá um aumento de 8.682.275 de pessoas com 60 a 64 anos no Brasil, para ambos os sexos. Foi feita a projeção da

população brasileira com 60 a 64 anos de acordo com os sexos, ambos os valores são crescentes, porém a estimativa para o ano de 2060 é que seja composto de 7.420.473 homens e 7.858.543 mulheres nesta faixa etária.⁵

Devido ao aumento exponencial da população idosa vale ao Fisioterapeuta ter um conhecimento amplo dessa população, para que seja realizado o melhor tipo de abordagem na avaliação, no tratamento e nos cuidados com estes pacientes.

O conceito de idade é multidimensional, portanto, só a idade cronológica do indivíduo não o caracteriza como velho ou não. Normalmente, o indivíduo é dito como idoso a partir dos 60 anos, porém o envelhecimento está relacionado com os aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e culturais.⁶ Ou seja, o conceito mais amplo para boa compreensão do indivíduo idoso é aquele que tem uma abordagem biopsicossocial, considerando o maior número de variáveis referentes ao indivíduo.

Após os 40 anos, o indivíduo passa a apresentar declínios fisiológicos, com diminuição da força muscular, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e capacidade respiratória, comprometendo assim a execução das Atividades de Vida Diária (AVD). A consequente diminuição no nível de atividade do idoso pode levá-lo a um quadro de dependência e fragilidade, influenciando de forma negativa na sua qualidade de vida.⁷

Na amostra analisada neste estudo a maior queixa funcional, em relação a objetivos de atividade e participação dos pacientes foi em relação a marcha, com 32,7% dos idosos precisando melhorar esta atividade para assim melhorar sua mobilidade.

Binotto et al.⁸ em uma revisão sistemática com 49 estudos reforçaram a associação de alterações na velocidade da marcha com fragilidade física e outras variáveis indicadoras de saúde desse idoso. É possível afirmar que há um declínio no sistema neuromuscular relacionado à idade que pode afetar a marcha dos idosos,⁹ com mudanças no padrão da marcha¹⁰ que aumentam o risco de quedas e assim levam à restrições em algumas atividades básicas de vida.¹¹

Conforme o indivíduo envelhece, envelhece também seu corpo, suas cartilagens se tornam mais finas, dificultando assim que suas articulações desenvolvam os trabalhos específicos e se tornando menos resistentes e propensas a danos colaterais e lesões, devido ao enrijecimento das articulações como um todo. A partir dos 30 anos de idade o corpo humano começa a diminuir a densidade dos ossos, proporcionando assim um maior número de fraturas e se tornando mais frágeis. Há também perda de massa muscular, que se torna progressiva a partir dos 30 anos, somando para a diminuição da força do corpo humano, assim as quedas se tornam mais comuns, falta de mobilidade e equilíbrio, além de doenças, provindas dos ossos desgastados.¹²

Outra doença crônica que surge devido ao aumento na longevidade é o Acidente Vascular Encefálico (AVE), que leva a sequelas que acarretam em redução da capacidade de realizar suas atividades básicas de vida diária e conseqüentemente um prejuízo na qualidade de vida.¹³

No presente estudo foi observado que a Condição de Saúde mais presente foi o AVE, representando 21,1% dos casos. Este quadro leva a uma série de alterações que aumentam o risco de quedas,¹⁴ associado ao medo de cair, consequência comum nesta doença, que acarreta em redução das atividades.¹⁵

Outras atividades com limitações por parte dos idosos que foram relatadas como objetivos a serem alcançados estavam relacionados ao autocuidado (11,5%) e vida doméstica (9,6%).

No estudo de Bartoszek et al.,¹⁶ eles observaram que as categorias da CIF mais frequentes nos estudos analisados a partir de instrumentos de avaliação de idosos com contraturas, que foram vinculados a CIF, foram andar e movimentar-se, no componente de atividade e participação, com 65% e 53%, respectivamente, e quanto ao domínio de autocuidado, 20% dos idosos apresentaram relatos de limitação da atividade de lavar-se e vestir-se. Já quanto ao domínio de vida doméstica, 13% fazendo serviço de casa.

Outro dos poucos estudos encontrados que avaliou a funcionalidade de idosos da comunidade a partir da CIF apontou que a maior parte dos idosos era independente para as atividades básicas e instrumentais de vida diária, ou seja, não apresentaram limitações para atividades e restrições na participação, porém um pequeno número de idosos já demonstrou a necessidade de um cuidado diferenciado para algumas atividades.¹⁷

A literatura traz uma grande quantidade de instrumentos de avaliação da funcionalidade dos idosos, porém a grande variedade e a falta de uma padronização dos instrumentos escolhidos, somado aos diferentes pontos de corte para análise de resultados, dificultam a interpretação e comparação dos dados coletados.¹⁸

Temos algumas escalas de avaliação das atividades básicas de vida diárias que auxiliam durante a avaliação. Uma delas é o Índice de Barthel, que é uma escala avaliativa que mede a capacidade que cada indivíduo tem de realizar no mínimo 10 de suas atividades de vida diária, analisando sua dependência em cada exercício realizado. Muitos fisioterapeutas utilizam essa escala como meio de reabilitação em pacientes com hemiplegia, após sofrer um AVC, por exemplo. Esse índice avalia a função de cada paciente e consegue nos mostrar a capacidade que um paciente neurológico tem de realizar suas atividades diárias com muito mais facilidade na hora da execução.¹⁹

Assim, o uso da CIF se justifica pela sua organização estrutural lógica, já que agrupa aspectos semelhantes da funcionalidade humana, e define de forma que os termos usados nessa classificação sejam padronizados, usados também no âmbito internacional.²⁰

Porém algumas limitações precisam ser relatadas. O número de prontuários analisados foi pequeno devido o período de implantação do modelo de avaliação baseado na CIF que teve início em 2020. Fato também que explica a presença de algumas informações incoerentes, devido o processo de aprendizado do aluno, por se tratar de uma clínica escola. Além disso, há uma escassez de estudos que abordam o tema, utilizando a CIF na avaliação e classificação das limitações e restrições de atividades e participação do idoso.

Assim torna-se importante a continuidade de mais estudos utilizando a abordagem da CIF, além de um aprofundamento do conhecimento deste instrumento para a padronização da linguagem e facilitação da organização dos dados para se traçar um perfil dos idosos atendidos pela Fisioterapia.

Conclusão

Conclui-se com o presente estudo que a principal limitação de atividade observada nos idosos atendidos em uma clínica escola de Fisioterapia foi relacionada a mobilidade, principalmente o andar. Assim, o principal objetivo de funcionalidade a ser alcançado foi a melhora da deambulação.

Referencias

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso; 2007. 70 p.
2. Rocha TN, Macedo PRS, Silva DR, Magalhães AG, Lima INDF. Utilização da classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na funcionalidade de idosos: levantamento bibliométrico. Revista Brasileira de Desenvolvimento. 2020;6(12):99075-87. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-411>.
3. Battistella LR, Brito CMM. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Tendencias e Reflexões. 2002; 9(2): 98101. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20020003>
4. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: Uma política de saúde; 2005. 59 p.
5. IBGE. Brasil: Projeção da população por sexo e idade, em 1º de julho de 2010/2060; 2010.
6. Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. 2008;25(4):585-93. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0103166X2008000400013>.

7. Oliveira JM, Ferreira SO, Bispo NNC, Concone MHVB. Alterações físicas decorrentes do envelhecimento na perspectiva de idosos institucionalizados. *Revista Kaíros Gerontologia*. 2015;18(4):197-214. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i4p197-214>
8. Binotto MA, Lenardt MH, Rodríguez-Martínez M del C. Fragilidade física e velocidade da marcha em idosos da comunidade: uma revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*. 2018;52: e03392. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028703392>>. Epub 13 Dec 2018. ISSN 1980-220X. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028703392>.
9. Morley JE. Mobility performance: a high-tech test for geriatricians. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(8):712-4. DOI: 10.1093/gerona/58.8.m712. PMID: 12902528.
10. Bohannon RW, Andrews AW, Thomas MW. Walking speed: reference values and correlates for older adults. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1996 Aug;24(2):86-90. DOI: 10.2519/jospt.1996.24.2.86. PMID: 8832471.
11. Masud T, Morris RO. Epidemiology of falls. *Age Ageing*. 2001 Nov;30 Suppl 4:3-7. DOI: 10.1093/ageing/30.suppl_4.3. PMID: 11769786.
12. Besdine RW. Mudanças no corpo com o envelhecimento. Manual MSD; 2019.
13. Souza NR, Oliveira AA, Oliveira MML. Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. *Saúde.Com*. 2005; 1(1): 51-9.
14. Mackintosh SF, Hill KD, Dodd KJ, Goldie PA, Culham EG. O escore de equilíbrio e histórico de quedas no hospital predizem quedas recorrentes nos 6 meses após a reabilitação do AVC. *Arch Phys Med Rehabilitation*. 2006; 87 :1583-9. DOI: 10.1016/j.apmr.2006.09.004.
15. Andersson ÅG, Kamwendo K, Appelros P. Medo de cair em pacientes com acidente vascular cerebral: relação com quedas anteriores e características funcionais. *Int J Reabilitação Res*. 2008;31:261-4. DOI: 10.1097/MRR.0b013e3282fba390.
16. Bartoszek G, Fischer U, Müller M, Strobl R, Grill E, Nadolny S. et al. Outcome measures in older persons with acquired joint contractures: a systematic review and content analysis using the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) as a reference. *BMC Geriatr*. 2016;16(40):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0213-6>
17. Lopes GL, Santos MIP de O. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]. 2015;18(1):71-83. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14013>>. ISSN 1981-2256. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14013>.

18. Domingues MA, Ordonez TN, Lima-Silva TB, Nagai PA, De Barros TC, Torres MJ. Revisão sistemática de instrumentos de avaliação de rede de suporte social para idosos. *Kairós* 2012;156:333-54. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial13p333-354>

19. Acaoavc.org.br [Internet]. Maceió: Ação AVC; c2022 [citado 15 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://www.acaoavc.org.br/profissionais-de-saude/escalas-deavaliacao-em-avc/escalas-de-avaliacao-em-avc-indice-de-barthel>

20. Ruaro JA, Ruaro MBR, Souza DE, Fréz AR, Guerra RO. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil: uma década de história. *Rev Bras Fisioter.* 2012;16(6):454-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000063>

Anexo A - Normas de publicação da Revista Ciência e Saúde On-line:

Diretrizes para Autores

Os trabalhos devem ser redigidos em português, o uso da forma culta correta é de responsabilidade dos autores. Os nomes dos autores, bem como a filiação institucional de cada um, devem ser inseridos nos campos adequados a serem preenchidos durante a submissão. A Revista Ciência e Saúde on-line sugere que o número máximo de autores por artigo seja 6 (seis). Artigos com número superior a 6 (seis) serão considerados exceções e avaliados pelo Conselho Editorial que poderá solicitar a adequação. **Pesquisas feitas com seres humanos e animais devem, obrigatoriamente, citar a aprovação da pesquisa pelo respectivo Comitê de Ética.** O não atendimento de tal proposta pode implicar em recusa de sua publicação. Da mesma forma, o plágio implicará na recusa do trabalho.

Os autores dos artigos aceitos poderão solicitar a tradução do artigo para língua inglesa nos tradutores indicados pela revista e reenviar. Os custos com a tradução serão de responsabilidade dos autores.

O periódico disponibilizará aos leitores o conteúdo digital em ambos os idiomas, português e inglês.

APRESENTAÇÃO DO MATERIAL

Sugere-se um número máximo de 20 páginas, incluindo referências, figuras, tabelas e quadros. Os textos devem ser digitados em **Fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5, justificado, exceto Resumo e Abstract que devem ser em tamanho 11 e ter espaçamento simples.** Devem ser colocadas margens de 2 cm em cada lado.

As Figuras: gráficos, imagens, desenhos e esquemas deverão estar inseridas no texto, apresentar boa qualidade, estar em formato JPEG, com resolução de 300dpi com 15cm x 10cm. O número de figuras deve ser apenas o necessário à compreensão do trabalho. Não serão aceitas imagens digitais artificialmente 'aumentadas' em programas computacionais de edição de imagens. As figuras devem ser numeradas em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem e suas legendas devem estar logo abaixo.

Tabelas e Quadros: deverão ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos e encabeçados pelo título. **As tabelas e os quadros devem estar inseridos no texto.** Não serão admitidas as tabelas e quadros inseridos como Figuras.

Títulos de tabelas e quadro e legendas de figuras deverão ser escritos em tamanho 11 e com espaço simples entre linhas.

Citação no texto: deve-se seguir o sistema numérico de citações, em que as referências são numeradas na ordem em que aparecem no texto e citadas através dos seus números sobrescritos (depois de ponto e de vírgula; antes de ponto e vírgula e dois pontos). Citações de mais de uma referência devem obedecer ordem numérica crescente. Quando no final da frase, os números das referências devem aparecer depois da pontuação. Citações com numerações consecutivas devem ser separadas por hífen (Ex: ³⁻⁶); em caso contrário, deve-se utilizar vírgula (Ex: ^{3,4,9,14}). Toda referência deverá ser citada no texto. Exemplos: Conforme definem Villardi et al.¹, a perda óssea alveolar... O uso de implante de carga imediata tem sido discutido por vários autores.^{1,3,5-8} **Não serão aceitas teses, dissertações e monografias como fonte bibliográfica.**

Grafia de termos científicos, comerciais, unidades de medida e palavras estrangeiras: os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes simbólicos abreviados. Incluem-se nessa categoria os nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula. Para unidades de medida, deve-se utilizar o Sistema Internacional de Unidades. Palavras em outras línguas devem ser evitadas nos textos em português, utilizar preferentemente a sua tradução. Na

impossibilidade, os termos estrangeiros devem ser grafados em itálico. Toda abreviatura ou sigla deve ser escrita por extenso na primeira vez em que aparecer no texto.

ESTRUTURA DO ARTIGO

Independentemente do tipo de artigo, todos deverão ter uma **Página de título** contendo:

Título em português: caixa alta, centrado, negrito, conciso, com um máximo de 25 palavras;

Título em inglês (obrigatório): caixa alta, centrado. Versão do título em português;

Nomes dos autores, sem abreviação, bem como a titulação e a filiação institucional de cada um. O autor de correspondência deve ser identificado com um asterisco após o sobrenome e deve ser fornecido o e-mail para contato, logo abaixo das afiliações.

PESQUISAS ORIGINAIS devem ter no máximo 20 páginas com até 40 citações; organizar da seguinte forma:

Resumo: não estruturado, parágrafo único sem deslocamento, fonte tamanho 11, espaço 1, justificado, contendo entre 150 e 250 palavras. Deve conter a apresentação concisa de cada parte do trabalho, abordando objetivo(s), método, resultados e conclusões. **Deve ser escrito sequencialmente, sem subdivisões.** Não deve conter símbolos e contrações que não sejam de uso corrente nem fórmulas, equações, diagramas;

Palavras-chave: de 3 a 5 palavras-chave, iniciadas por letra maiúscula, separadas e finalizadas por ponto. Deverá ser consultada a lista de Descritores em Ciências da Saúde-DECS, que pode ser encontrada no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/>

Abstract (obrigatório): fonte tamanho 11, espaço 1, justificado, deve ser a tradução literal do resumo;

Keywords: palavras-chave em inglês;

Introdução: deve apresentar o assunto a ser tratado, fornecer ao leitor os antecedentes que justificam o trabalho, incluir informações sobre a natureza e importância do problema, sua relação com outros estudos sobre o mesmo assunto, suas limitações. Essa seção deve representar a essência do pensamento do pesquisador em relação ao assunto estudado e apresentar o que existe de mais significativa na literatura científica. Os objetivos da pesquisa devem figurar como o último parágrafo desse item.

Método: destina-se a expor os meios dos quais o autor se valeu para a execução do trabalho. Pode ser redigido em corpo único ou dividido em subseções. Especificar tipo e origem de produtos e equipamentos utilizados. Citar as fontes que serviram como referência para o método escolhido.

Pesquisas feitas com seres humanos e animais devem, obrigatoriamente, citar a aprovação da pesquisa pelo respectivo Comitê de Ética.

Resultados: Nesta seção o autor irá expor o obtido em suas observações. Os resultados poderão estar expressos em quadros, tabelas, figuras (gráficos e imagens). Os dados expressos não devem ser repetidos em mais de um tipo de ilustração.

Discussão: O autor, ao tempo que justifica os meios que usou para a obtenção dos resultados, deve contrastar esses com os constantes da literatura pertinente; estabelecer relações entre causas e efeitos; apontar as generalizações e os princípios básicos, que tenham comprovações nas observações experimentais; esclarecer as exceções, modificações e contradições das hipóteses, teorias e princípios diretamente relacionados com o trabalho realizado; indicar as aplicações teóricas ou práticas dos resultados obtidos, bem como, suas limitações; elaborar, quando possível, uma teoria para explicar certas observações ou resultados obtidos; sugerir, quando

for o caso, novas pesquisas, tendo em vista a experiência adquirida no desenvolvimento do trabalho e visando a sua complementação.

Conclusões: Devem ter por base os resultados e expressar com lógica e simplicidade o que foi demonstrado com a pesquisa, não se permitindo deduções. Devem responder à proposição.

Agradecimentos (opcionais): O autor deve agradecer às fontes de fomentos e àqueles que contribuíram efetivamente para a realização do trabalho. Agradecimento a suporte técnico deve ser feito em parágrafo separado.

Referências (e não bibliografia): Espaço simples entre linhas e duplo entre uma referência e a próxima. As referências devem ser numeradas na ordem em que aparecem no texto. A lista completa de referências, no final do artigo, deve estar de acordo com o estilo Vancouver (norma completa <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>; norma resumida http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Quando a obra tiver até seis autores, todos devem ser citados. Mais de seis autores, indicar os seis primeiros, seguido de et al. O endereço eletrônico de acesso ao artigo deverá constar da referência somente quando se tratar de publicação não impressa. O número do *Digital Object Identifier* (DOI) deve ser informado sempre para os artigos que o possuem. Alguns exemplos:

Artigo publicado em periódico:

Carvalho C, Fernandes WHC, MoutinhoTBF, Souza DM, Marcucci MC, D’Alpino PHP. Evidence-Based Studies and Perspectives of the Use of Brazilian Green and Red Propolis in Dentistry. *Eur J Dent*. 2019;13:453-63. DOI: 10.1055/s-0039-1700598

Artigo publicado em periódico em formato eletrônico:

Gueiros VA, Borges APB, Silva JCP, Duarte TS, Franco KL. Utilização do adesivo Metil-2-Cianoacrilato e fio de náilon na reparação de feridas cutâneas de cães e gatos [Utilization of the methyl-2-cyanoacrylate adhesive and the nylon suture in surgical skin wounds of dogs and cats]. *Ciência Rural* [Internet]. 2001 Apr [citado em 10 Out 2008];31(2):285-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84782001000200015.

Instituição como autor:

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust*. 1996;164:282-4.

Artigo eletrônico publicado antes da versão impressa

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. *Blood*. 2002 Nov 15;100(10):3828-31. Epub 2002 Jul 5.

Livro (como um todo)

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelshtein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

RELATOS DE CASO CLÍNICO

Artigos predominantemente clínicos, de alta relevância e atualidade. Os relatos de caso devem apresentar a seguinte estrutura: página de título, resumo em português; palavras-chave; abstract; keywords; introdução; relato do caso; discussão; conclusão e referências. Não devem exceder 12 páginas, incluídos os quadros, as tabelas e as figuras, com até 20 citações. Na submissão, o TCLE deve ser adicionado como arquivo suplementar.

ARTIGOS DE REVISÃO

Poderão ser aceitos para submissão, desde que abordem temas de interesse, atualizados. **Somente serão aceitas revisões sistemáticas, integrativas ou metanálise.** Devem ter até 20 páginas, incluindo tabelas, quadros, figuras e referências. As tabelas, quadros e figuras limitadas a 06 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas. As referências bibliográficas devem ser limitadas a 60. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

Devem conter: página de título (em arquivo separado), resumos em português e em inglês (de 150 a 250 palavras), palavras-chave/keywords, introdução, método, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos (caso necessário), referências.

EDITORIAIS

Colaborações solicitadas a especialistas de áreas afins, indicados pelo Conselho Editorial, visando analisar um tema de atualidade. Devem conter: página de título, Palavras-chave, Keywords, Texto em português, Referências (quando necessário). Os trabalhos não devem exceder a 2 páginas.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (DOC ou DOCX).
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto do trabalho deve estar conforme as NORMAS da revista (em espaço 1,5, fonte 12 Time New Roman), Figuras e Tabelas inseridas no texto (logo após o seu chamamento, Figuras em resolução mínima de 300 DPI). Os trabalhos não devem exceder ao número de páginas recomendado, em espaço 1,5. É importante ressaltar que pesquisas feitas com seres humanos e animais devem citar a aprovação da pesquisa pelo respectivo Comitê de Ética. A falta dessa aprovação impede a publicação do artigo. **ATENÇÃO:** trabalhos fora das Diretrizes para Autores não serão aceitos e serão devolvidos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

Declaração de Direito Autoral

Os autores devem revisar o trabalho antes de enviá-lo, autorizando sua publicação na revista Ciência e Saúde on-line.

Os Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito exclusivo de publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença *Creative Commons Attribution* que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

Devem declarar que o trabalho, nem outro substancialmente semelhante em conteúdo, já tenha sido publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico, sob sua autoria e conhecimento. O referido trabalho está sendo submetido à avaliação com a atual filiação dos autores. Os autores ainda concordam que os direitos autorais referentes ao trabalho se tornem propriedade exclusiva da revista Ciência e Saúde on-line desde a data de sua submissão. No caso da publicação não ser aceita, a transferência de direitos autorais será automaticamente revogada.

Todas as afiliações corporativas ou institucionais e todas as fontes de apoio financeiro ao trabalho estão devidamente reconhecidas.

Por conseguinte, os originais submetidos à publicação, deverão estar acompanhados de Declaração de Direitos Autorais, conforme modelo:

DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Nós, abaixo assinados, transferimos todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à revista Ciência e Saúde on-line. Declaramos ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Certificamos que participamos suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública nossa responsabilidade pelo conteúdo. Assumimos total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como pelos aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Data:

Assinaturas

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Autorizo cópia total ou parcial desta obra, apenas para fins de estudo e pesquisa, sendo expressamente vedado qualquer tipo de reprodução para fins comerciais sem prévia autorização específica dos autores. Autorizamos também a divulgação do arquivo no formato PDF no banco de monografias da Biblioteca Institucional.

Aline Aparecida Dos Santos.

Sara Cristina dos Santos Tunissi.

Pindamonhangaba, dezembro de 2022.