

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA POLITÉCNICA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

**MARIA ISABEL BARBOZA SILVEIRA**

**IMPACTO DOS FATORES AMBIENTAIS NA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS**

**CURITIBA**

**2021**

**MARIA ISABEL BARBOZA SILVEIRA**

**IMPACTO DOS FATORES AMBIENTAIS NA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. Área de concentração: Avaliação de Tecnologia em Saúde, da Escola Politécnica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Tecnologia em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Auristela Duarte de Lima Moser.

**CURITIBA**

**2021**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central  
Pamela Travassos de Freitas – CRB 9/1960

Silveira, Maria Isabel Barboza

S587i            Impacto dos fatores ambientais na funcionalidade de idosos / Maria Isabel  
2021            Barboza Silveira ; orientadora: Auristela Duarte de Lima Moser. – 2021.  
178 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
Curitiba, 2021

Bibliografias: f. 105-115

1. Idosos. 2. Asilos para idosos. 3. Classificação internacional de  
funcionalidade, incapacidade e saúde. 4. Velhice. I. Moser, Auristela Duarte de  
Lima. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Pós-Graduação em  
Tecnologia em Saúde. III. Título.

CDD 20. ed. – 305.26



Programa de  
**PÓS-GRADUAÇÃO  
EM TECNOLOGIA EM SAÚDE  
PUCPR**

### TERMO DE APROVAÇÃO DE DISSERTAÇÃO Nº 300

A Dissertação de Mestrado intitulada **“IMPACTO DOS FATORES AMBIENTAIS NA FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS”** defendida em sessão pública pelo(a) candidato(a) **Maria Isabel Barboza Silveira**, no dia **26 de agosto de 2021**, foi julgada para a obtenção do grau de Mestre em Tecnologia em Saúde, e aprovada em sua forma final, pelo Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde.

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof. Dr. Auristela Duarte de Lima Moser – (PUCPR)

Prof. Dr. Adriano Akira Ferreira Hino – (PPGTS)

Prof. Dr. Solena Ziemer Kusma – (UFPR)

A via original deste documento encontra-se arquivada na Secretaria do Programa, contendo a assinatura da Coordenação após a entrega da versão corrigida do trabalho.

Curitiba, 03 de fevereiro de 2022

Prof. Dr. Percy Nohama  
Coordenador do Programa de  
Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde  
PUCPR

Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho, CEP 80215-901, Curitiba – PR, Brasil  
Telefone: +55 41 3271-1857  
E-mail: [ppgts@pucpr.br](mailto:ppgts@pucpr.br)

Dedicado a Deus e a todos os idosos que  
colaboraram para que a conclusão  
desta pesquisa fosse possível.  
Em memória de José Gaudencio Silveira e  
Saula Dell'Antonia Silveira.

“Conheça todas as teorias,  
domine todas as técnicas,  
mas ao tocar uma alma humana,  
seja apenas outra alma humana.”  
(Carl Jung)

## RESUMO

**Introdução:** A incapacidade somada ao processo de envelhecimento pode acarretar na institucionalização da pessoa idosa. Os fatores ambientais têm um impacto facilitador ou limitador na funcionalidade do idoso, entretanto são pouco investigados na literatura. Assim, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, baseada no modelo biopsicossocial, visa classificar a saúde e os estados relacionados a ela. Medidas de modificação do ambiente para eliminação das barreiras e inclusão de facilitadores podem contribuir para um envelhecimento saudável, sem limitações das atividades ou restrições nas participações. Determinar quais os fatores ambientais podem influenciar mais na funcionalidade dos idosos, a partir de suas percepções, pode contribuir na elaboração de políticas públicas mais inclusivas e evitar o afastamento social. **Objetivo:** Identificar o impacto dos fatores ambientais na funcionalidade de idosos em instituições de longa permanência e idosos não institucionalizados, sob a perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Método:** Estudo transversal, observacional e analítico com entrevista a 208 idosos não institucionalizados e institucionalizados. A funcionalidade foi avaliada por meio do WHODAS 2.0, 36 itens para entrevistador, e um questionário para fatores ambientais foi validado por *experts* com uma lista de 9 categorias representativas deste componente da CIF no *Brief ICF Core Set Geriatrics* mais 11 categorias do *Comprehensive ICF Core Set Geriatrics* consideradas relevantes ao contexto da pesquisa e estruturadas conforme recomendação da OMS para verificar a associação com a funcionalidade. Os dados foram analisados pelo software IBM SPSS statistics 18. **Resultados:** Os participantes foram 208 idosos, 104 não institucionalizados, de ambos os sexos, sendo nos grupos a maioria feminina 64 (61,53%), com idade de 71(±6,84) não institucionalizados 74,25(±8,98) institucionalizados. Há diferença estatisticamente significativa entre a funcionalidade dos idosos institucionalizados e não institucionalizados. Na mediana os idosos não institucionalizados apresentaram incapacidade leve 4,88 (7,24) já os institucionalizados moderada 21,86 (28,74). Foi possível reconhecer as barreiras e os facilitadores dos Fatores Ambientais sociais, atitudinais e físicos dos idosos. Com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas categorias e140 produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas, e225 clima, e310 família imediata, e425 Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade, e340 Cuidadores e assistentes pessoais e450 Atitudes individuais dos profissionais de saúde, e460 Atitudes sociais, e465 Normas, práticas e ideologias sociais. Os instrumentos indicaram associação significativa entre funcionalidade e a categoria e425 que representada o ambiente atitudinal individual de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade apenas no modelo de regressão logística binária do grupo não institucionalizado. **Conclusão:** O perfil dos participantes institucionalizados mostrou moderada incapacidade e os não institucionalizados uma leve incapacidade, havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Os fatores ambientais têm impacto significativo sobre a funcionalidade dos idosos. Apenas um fator ambiental atitudinal da CIF apresentou significância na incapacidade dos idosos não institucionalizados. No grupo institucionalizado as respostas não evidenciaram um impacto significativo das categorias do ambiente avaliadas na incapacidade dos idosos. Entretanto, observou-se diferenças estatisticamente significativas entre os

grupos e os fatores ambientais que são barreiras, facilitadores ou os que não facilitam ou dificultam a vida dos idosos. Demonstrou-se a importância das variáveis para a funcionalidade dos idosos, porém, sugere-se que futuros estudos investiguem o motivo da institucionalização e as relações dos fatores ambientais atitudinais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade da pessoa idosa, para que seja apurada a influência destes na saúde desta população.

**Palavras-chave:** Idoso. Institucionalização. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF).

## ABSTRACT

**Introduction:** The incapacity added to the aging process can lead to the institutionalization of the elderly person. Environmental factors have a facilitating or limiting impact on the elderly's functionality, however they are little investigated in the literature. Thus, the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), approved by the World Health Organization (WHO) in 2001, based on the biopsychosocial model, aims to classify health and the states related to it. Environmental modification measures to eliminate barriers and inclusion of facilitators can contribute to healthy aging, without activity limitations or participation restrictions. Determining which environmental factors can influence more on the functionality of the elderly, based on their perceptions, can contribute to the development of more inclusive public policies and avoid social distancing. Goal. Identify the impact of environmental factors on the functionality of elderly people in long-stay institutions and non-institutionalized elderly people, from the perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Method:** cross-sectional, observational and analytical study with interviews with 208 non-institutionalized and institutionalized elderly. Functionality was assessed using WHODAS 2.0, 36 interviewer items, and a questionnaire for environmental factors was validated by experts with a list of 9 representative categories of this ICF Component in the brief icf core set geriatrics plus 11 categories in the Comprehensive ICF Core set geriatrics considered relevant to the research context and structured as recommended by the who to verify the association with functionality. Data were analyzed using ibm spss statistics 18 software. **Results:** The participants were 208 elderly, 104 non-institutionalized, of both sexes, with the majority being female 64 (61.53%), aged 71( $\pm 6.84$ ) non-institutionalized 74.25( $\pm 8.98$ ) institutionalized. There is a statistically significant difference between the functionality of institutionalized and non-institutionalized elderly. In the median, non-institutionalized elderly had mild disability 4.88 (7.24) whereas institutionalized elderly had moderate 21.86 (28.74). It was possible to recognize the barriers and facilitators of the social, attitudinal and physical Environmental Factors of the elderly. With statistically significant differences between groups in the categories e140 products and technology for culture, recreation and sport, e225 climate, e310 immediate family, e425 individual attitudes of acquaintances, peers, colleagues, neighbours and community members, e340 personal care providers and personal assistants e450 individual attitudes of health professionals, e460 societal attitudes, e465 social norms, practices and ideologies. The instruments indicated a significant association between functionality and the e425 category, which represented the individual attitudinal environment of acquaintances, peers, colleagues, neighbors

and community members only in the binary logistic regression model of the non-institutionalized group. **Conclusion:** The profile of institutionalized participants showed moderate disability and non-institutionalized participants showed mild disability, with a statistically significant difference between groups. Environmental factors have a significant impact on the functionality of the elderly. Only one attitudinal environmental factor of the icf showed significance in the disability of non-institutionalized elderly. In the institutionalized group, the answers did not show a significant impact of the environmental categories assessed on the elderly's disability. However, there were statistically significant differences between the groups and the environmental factors that are barriers, facilitators or those that do not facilitate or hinder the lives of the elderly. The importance of the variables for the functionality of the elderly was demonstrated, however, it is suggested that future studies investigate the reason for institutionalization and the relationships of attitudinal environmental factors of acquaintances, peers, colleagues, neighbors and members of the community of the elderly, to that the influence of these on the health of this population is investigated.

**Keywords:** Elderly. Institutionalization. Homes for the aged. Classification of Functioning Disability and Health (ICF).

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF .....	19
Quadro 1- Fórmulas para cálculo do percentual de concordância dos experts com a validade do conteúdo, construto e da clareza de cada questão avaliada .....	44
Quadro 2 - Quadro para as notas de validades e clareza .....	45

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Instituições de longa permanência da pesquisa.....	48
Tabela 2 - Pontuação dos experts que avaliaram o questionário.....	52
Tabela 3 - Primeira rodada de avaliações do questionário elaborado pela autora	52
Tabela 4 - Pontuação da segunda rodada de avaliações dos experts para validação do questionário sobre fatores ambientais da CIF .....	55
Tabela 5 - Descrição das características individuais e sociodemográficas da população amostral. Curitiba e Região Metropolitana, Paraná, 2021 (n=208).....	57
Tabela 6 - Teste Qui-quadrado entre os grupos e as variáveis de caracterização da amostra.....	60
Tabela 7 - Resultados do MEEM, EVA, WHODAS 2.0 Cálculo complexo no Excel. WHODAS 2.0 Dicotomizado em sem incapacidade e alguma incapacidade, WHODAS 2.0 Estratificado em sem dificuldade, dificuldade leve, moderado, grave e extrema/completa.....	61
Tabela 8 - Teste <i>Mann Whitney</i> para as variáveis EVA, MEEM, WHODAS 2.0, resultado do cálculo complexo, entre grupos.....	63
Tabela 9 - Funcionalidade no grupo dos idosos Institucionalizados e não institucionalizados de acordo com os dados da caracterização da amostra.....	64
Tabela 10 - Teste <i>Qui-Quadrado</i> para as variáveis EVA estratificada, WHODAS 2.0, resultado dicotomizado, entre grupos.....	65
Tabela 11 – Fatores ambientais considerados barreiras, facilitadores, ou nem facilitadores ou barreiras para os Idosos não institucionalizados e institucionalizados, graduados de .4 a +4.....	66
Tabela 12 – Fatores ambientais considerados barreiras, facilitadores, ou nem facilitadores ou barreiras para os Idosos não institucionalizados, graduados de .4 a +4.....	67
Tabela 13 – Motivos, frequências e possibilidade de alteração das condições limitantes relacionadas aos fatores ambientais considerados barreiras pelos idosos não institucionalizados.....	68
Tabela 14 – Fatores ambientais considerados barreiras, facilitadores, ou nem facilitadores ou barreiras para os Idosos institucionalizados, graduados de .4 a +4.....	69

Tabela 15 - Motivos, frequências e possibilidade de alteração da condição limitante, relacionados aos fatores ambientais considerados barreiras pelos idosos institucionalizados.....	70
Tabela 16 - Teste Qui-quadrado para verificar associação entre as categorias do Questionário dos fatores ambientais da CIF e estar e não estar institucionalizado.....	71
Tabela 17 - Fatores do Ambiente da CIF representados no Questionário elaborado pela autora considerados de forma estratificada em Não facilita ou dificulta (N), barreiras (B) e facilitadores (F).....	71
Tabela 18 - Teste Qui-quadrado para verificar a associação entre as categorias (Qualificadores estratificados) do Questionário dos fatores ambientais da CIF e estar e não estar institucionalizado.....	73
Tabela 19 - Comparação da existência de algum impacto dos fatores ambientais entre idosos não institucionalizados e idosos institucionalizados.....	74
Tabela 20 – Análise de regressão logística binária, univariada, entre os fatores ambientais da CIF e a funcionalidade.....	76
Tabela 21 - Regressão Linear para diagnóstico de colinearidade.....	77
Tabela 22 - Modelos de Regressão Logística Binária, multivariadas.....	78

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	<i>Atención Centrada em la Persona</i>
AI	Amplitude interquartil
AVD	Atividade de vida diária
CAT	Avaliação adaptativa computadorizada
CCI	Centro de Convivência para Idosos
CID	Classificação Internacional de Doença
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICHI	Classificação Internacional de Intervenções de Saúde
ILPI	Instituição de Longa Permanência
LHS	London Handicap Scale
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MIF	Mensuração da Independência Funcional
MS	Ministério da Saúde
SF12	Short-Form Health Status Survey
SF36	Short Form Health Survey-36
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule
WHO-FIC	World Health Organization Family of International Classification
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>19</b>
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
3.1	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF).....	20
3.2	CORE SET DA CIF.....	28
3.3	FUNCIONALIDADE DO IDOSO .....	30
3.4	FATORES AMBIENTAIS QUE INTERFEREM NA FUNCIONALIDADE DO IDOSO.....	35
3.5	CONTEXTOS AMBIENTAIS DO IDOSO.....	37
3.6	FATORES AMBIENTAIS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE INCAPACIDADE E SAÚDE .....	41
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>42</b>
4.1	DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO .....	42
4.1.1	<b>Validação de construto, conteúdo e clareza do Questionário Fatores Ambientais da CIF para idosos</b> .....	<b>45</b>
4.2	INQUÉRITO COM OS IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS E INSTITUCIONALIZADOS.....	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>52</b>
5.1	VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO QUESTIONÁRIO DOS FATORES AMBIENTAIS DA CIF PARA IDOSOS.....	52
5.2	DADOS SOCIODEMOGRAFICOS E EPIDEMIOLOGICOS.....	57
5.3	FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS E INSTITUCIONALIZADOS.....	61
5.4	FATORES AMBIENTAIS CONSIDERADOS BARREIRAS OU FACILITADORES NA FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS E INSTITUCIONALIZADOS.....	65
5.5	IMPACTO DOS FATORES AMBIENTAIS SOBRE A FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS E INSTITUCIONALIZADOS.....	76
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>80</b>

6.1	FATORES AMBIENTAIS CONSIDERADOS BARREIRAS e FACILITADORES NA FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS.....	80
6.2	IMPACTO DOS FATORES AMBIENTAIS SOBRE A FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS.....	88
6.3	FUNCIONALIDADE E A CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS.....	91
	<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>102</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>104</b>
	<b>APÊNDICE A —TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS IDOSOS.....</b>	<b>115</b>
	<b>APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO.....</b>	<b>117</b>
	<b>APÊNDICE C – TCLE – AVALIADORES DO QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>121</b>
	<b>APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PELOS ESPECIALISTAS.....</b>	<b>123</b>
	<b>APÊNDICE E - FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DOS FATORES AMBIENTAIS DA CIF.....</b>	<b>134</b>
	<b>APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO DOS FATORES AMBIENTAIS DA CIF PARA IDOSOS - VERSÃO FINAL.....</b>	<b>143</b>
	<b>ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....</b>	<b>153</b>
	<b>ANEXO B - WORLD HEALTH DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE – SEGUNDA VERSÃO (WHODAS 2.0) – 36 ITENS ENTREVISTA.....</b>	<b>155</b>
	<b>ANEXO C - CORESET DE GERIATRIA RESUMIDO DA CIF.....</b>	<b>165</b>

## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O processo de envelhecimento ocorre mundialmente. Até 2050, a população com 60 anos ou mais deve totalizar 2 bilhões, representando 22% da população mundial, quase o dobro do percentual de idosos registrados no ano de 2015 (12%) (WHO, 2018). Em 2018, havia 125 milhões de pessoas com 80 anos ou mais, os denominados super idosos, ou ainda, na velhice avançada (BALTES e SMITH, 2003). A perspectiva é que até 2050 a população mundial nesta faixa etária ultrapasse a marca de 434 milhões (WHO, 2018).

No Brasil uma criança nascida em 2015 pode esperar viver 20 anos mais que uma criança nascida há 50 anos (OMS, 2015). Em 2012, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões, o Brasil manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos em 5 anos, crescimento de 18%, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, maioria do sexo feminino, com 16,9 milhões (56% dos idosos). Em 2019, o número de idosos no Brasil ultrapassou o de crianças com até 9 anos, chegando à marca de 32,9 milhões, segundo estimativas do IBGE.

Em 2021 o país atingiu uma população de 213,2 milhões, segundo estimativas da evolução etária do IBGE, cerca de 21,6 milhões (10,15%) dessa população possui 65 anos ou mais. Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com projeções que apontam cerca de 11,57% da população brasileira com mais de 65 anos. De acordo com o IBGE, em 2060, 26,75% da população terá 65 anos ou mais. O Estado do Paraná segue o mesmo padrão acelerado de envelhecimento populacional. As projeções da população paranaense em 2021 atingiram uma população de 11,5 milhões de habitantes e o Estado apresenta estimativas de 11,04% de habitantes com mais de 65 anos.

Esta transição demográfica vem ocorrendo em uma velocidade mais lenta nas últimas décadas nos países desenvolvidos que, portanto, acabaram tendo mais tempo para se adaptar a tais mudanças. Já em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, esta transição é mais recente e rápida, o que acresce a necessidade de adaptação rápida a esta nova realidade, visto que até 2050, 80% de todos os idosos viverão em países de baixa e média renda (WHO, 2018).

A Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) reafirmam a necessidade da construção de políticas intersetoriais, capazes de contemplar as necessidades da pessoa idosa e prover o seu pleno bem estar, garantindo o acesso às políticas públicas, mas sobretudo favorecendo a participação ativa em seu contexto social.

O envelhecimento da população, portanto, demanda uma resposta abrangente da saúde pública. Entretanto, ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde em nosso contexto social. O debate tem sido insuficiente e as evidências, do que pode ser feito, são limitadas (OMS, 2015).

Neste novo cenário as doenças infectocontagiosas não são mais as principais causas de morte, mas sim, os agravos de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis têm se tornado as principais causas de morte, em superposição às doenças infectocontagiosas. Essa mudança epidemiológica culmina em maiores limitações funcionais, até mesmo em incapacidade, menor qualidade de vida e maiores gastos econômicos para o país (STUCKI; BICKENBACH, 2017). À vista disso, viver mais nem sempre é garantia de viver melhor, pois o bem-estar na velhice inicial passa pela autonomia na execução e no envolvimento por parte dos idosos nas tarefas de vida diária, assim como, no monitoramento dos indicadores de funcionalidade com ferramentas adequadas, incluindo políticas de saúde que privilegiem o acolhimento e integralidade.

Bem como, para o diagnóstico da incapacidade necessita-se adotar medidas avaliativas do ponto de vista não somente da doença, mas também da dimensão de funcionalidade relacionada às barreiras que são encontradas no dia a dia dos idosos para que possam ser criadas políticas de saúde visando prevenção, promoção e tratamento (BRASIL, 2007), no busca do envelhecimento saudável (WHO, 2016).

O envelhecimento saudável é definido como “o processo de desenvolvimento e manutenção da funcionalidade que permite o bem-estar na velhice” e vem sendo o foco dos trabalhos da OMS, no que tange ao envelhecimento entre 2015 e 2030. Tendo como grande meta para os países membros, criar ambientes e oportunidades que permitam que as pessoas sejam e façam o que elas valorizam ao longo da vida. Considerando que o bem-estar, peça chave do envelhecimento saudável, está muito atrelado à funcionalidade que é influenciada diretamente pelos fatores ambientais do

que a estar livre de doenças. Visto que estas quando bem controladas, têm pouca influência no seu bem-estar (WHO, 2016).

Medidas que avaliem a funcionalidade dos indivíduos, não apenas pela perspectiva de comprometimento nas atividades de vida diária, mas também pelas restrições da participação social são necessárias para a elaboração de estratégias preventivas da incapacidade funcional (FERRER et al., 2019). O conceito incapacidade deve ser entendido como dinâmico, abrangente e multidimensional (FERRER et al., 2019). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma ferramenta baseada no modelo biopsicossocial, com um modelo alfanumérico que é composta por propriedades da saúde humana e por componentes relevantes para saúde relacionados ao bem-estar (OMS, 2013).

A CIF dispõe as informações em duas seções, a primeira se refere à Funcionalidade e Incapacidade, enquanto a segunda cobre os Fatores contextuais. Na CIF a funcionalidade e incapacidade são termos abrangentes que denotam os aspectos positivos e negativos da funcionalidade, a qual contempla os componentes Funções Do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação. A CIF também contempla os componentes fatores ambientais e fatores pessoais que não fazem parte da funcionalidade, mas são considerados fatores contextuais e influenciam a funcionalidade. Sendo assim, a funcionalidade é vista na CIF como uma interação dinâmica entre a condição de saúde de uma pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais (OMS, 2013; OMS, 2015a).

Há, no entanto, pouca evidência para sugerir que as pessoas mais velhas hoje estão experimentando seus últimos anos em melhores condições de saúde do que seus pais. Embora as taxas de incapacidade grave tenham diminuído em países desenvolvidos nos últimos 30 anos, não houve mudança significativa na incapacidade leve, raramente dificulta a funcionalidade (5-24%), à moderada, ocasionalmente dificulta a funcionalidade (25-49%), no mesmo período, tampouco há medidas referentes a isto em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (WHO, 2016).

A saúde precária não precisa dominar a idade mais avançada. A maioria dos problemas de saúde enfrentados por pessoas mais velhas são associados a condições crônicas, principalmente doenças não transmissíveis. Muitas delas podem ser prevenidas ou retardadas envolvendo-se em comportamentos saudáveis. Outros problemas de saúde podem ser controlados de maneira eficaz, principalmente se

forem detectados precocemente. E mesmo para as pessoas com declínios na capacidade, os ambientes de apoio podem garantir que elas vivam vidas dignas e com crescimento pessoal contínuo. Entretanto, o mundo está longe desses ideais. Sabe-se que, assim como os fatores pessoais, entre eles sexo, raça, religião, os fatores ambientais, características do mundo físico, social e de atitudes, podem favorecer a saúde e melhorar a funcionalidade ou serem barreiras, fatores ambientais que limitam a funcionalidade e promovem a incapacidade (OMS, 2013). Da mesma forma, a Organização Mundial de Saúde, em seu relatório de Envelhecimento e Saúde (BEARD et al., 2016), enfatiza a importância do ambiente para o envelhecimento saudável.

A relação entre incapacidade e algumas categorias do componente fatores ambientais da CIF percebidas pelos idosos como limitadores demonstraram que as barreiras ambientais podem explicar uma parte importante da incapacidade gerada em idosos (FERRER; BUCHALLA, 2017). Achados como esse mostram um aspecto dos determinantes da funcionalidade até então pouco considerados no Brasil, ou seja, a influência do ambiente nos componentes da funcionalidade humana.

Cabe ressaltar, que fatores ambientais abrangem não somente questões arquitetônicas e de ambiente natural, mas, também aspectos sociais, de relacionamentos, políticas públicas e serviços, conforme proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2015a), criada para captar indicadores de funcionalidade e expressá-los em uma linguagem padronizada a ser compartilhada por profissionais de saúde, gestores e especialistas no cuidado humano. Neste contexto, com o suporte desta ferramenta de tecnologia leve, foram delimitados os objetivos desse projeto.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Identificar o impacto dos fatores ambientais na funcionalidade de idosos em instituições de longa permanência e em idosos não institucionalizados, sob a perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Descrever a funcionalidade de idosos institucionalizados e de idosos não institucionalizados.
- b) Construir e validar com especialistas um questionário sobre fatores ambientais na temática da gerontologia e da CIF.
- c) Investigar quais são os fatores ambientais considerados barreiras ou facilitadores na funcionalidade destes idosos.
- d) Comparar a influência dos Fatores ambientais entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), ainda em desenvolvimento, juntamente com a Classificação Internacional de Doenças (CID) e a Classificação Internacional de Intervenções de Saúde (ICHI) são as classificações de referência da Família de Classificações Internacionais da OMS conhecida internacionalmente pela sigla WHO-FIC (World Health Organization Family of International Classification), a qual faz parte da Família de Classificações Econômicas e Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU) e é composta por classificações que foram aprovadas pela OMS para descrever vários aspectos de saúde e de sistemas de saúde de uma forma consistente (MADDEN et al., 2012).

A CIF é uma classificação de saúde e domínios relacionados à saúde. Como a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo ocorrem em um contexto, a CIF também inclui uma lista de fatores ambientais. Um padrão internacional para classificar informações sobre a saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados ao bem-estar, essencial para a coleta de dados comparáveis (WHO, 2010).

A CIF foi aprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001, com utilização indicada pelos países membros por meio da Resolução da Assembleia Mundial da Saúde (sigla em inglês WHA) 54.21/2001 (WHO, 2001). No entanto, o interesse pela necessidade de definir e classificar funcionalidade, incapacidade e deficiência surgiram para a WHO-FIC na década de 70 (WHO, 1980), momento em que a Europa já estava no processo de transição epidemiológica com aumento de incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e suas consequências decorrentes do aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população (MADDEN et al., 2012).

Mundialmente aceita como ferramenta de organização e documentação de informações sobre funcionalidade e incapacidade, a CIF tem como objetivo oferecer base científica e conceitual para compreensão, definição e mensuração de incapacidade, domínios de saúde e domínios relacionados à saúde para estabelecer linguagem comum sobre os temas de sua abordagem, a fim de facilitar melhorar a

comunicação e permitir a comparação de dados entre serviços, países membros e longitudinalmente a fim de fornecer informações estatísticas sólidas para apoiar a tomada de decisões em saúde e em gestão de saúde, além de fornecer um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde (OMS, 2015a).

Em consonância com seus objetivos, a OMS indica a utilização dessa classificação: como ferramenta de coleta e registro de dados epidemiológicos; como parâmetro de embasamento de avaliação, acompanhamento da evolução e comparabilidade entre tratamento nas áreas clínica e de pesquisa; para o planejamento dos sistemas de previdência social e projetos e implantação de políticas públicas; na elaboração de programas educativos para aumentar a conscientização e realizar ações sociais e no desenvolvimento de legislações sobre direitos humanos (OMS, 2015a).

O modelo biopsicossocial da CIF (FIGURA 1) advém da integração dos modelos médico e social de incapacidade. Para a CIF, a funcionalidade e incapacidade são termos abrangentes que denotam os aspectos positivos e negativos da funcionalidade, a qual contempla os componentes Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação. Sendo a funcionalidade uma interação dinâmica entre a condição de saúde de uma pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais (OMS, 2013; OMS, 2015a).

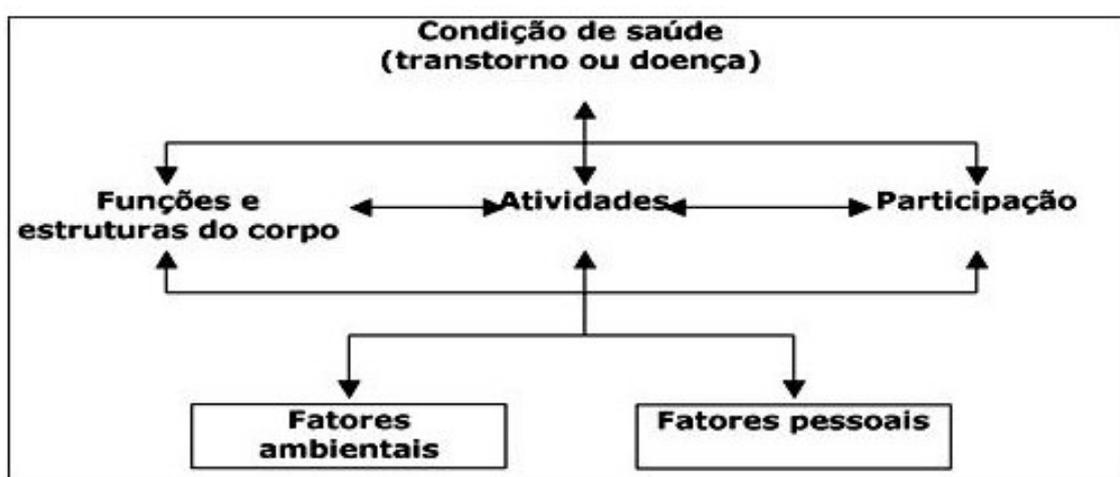


FIGURA 1 - Interação entre os componentes da CIF. Fonte: OMS (2015)

O modelo da CIF é composto por seis componentes: Condições de Saúde; Funções e Estruturas do Corpo; Atividades; Participação; Fatores Ambientais e Fatores Pessoais. O componente “Condições de Saúde” refere-se as doenças,

perturbações ou estados relacionados e é classificável pela CID. Há uma interação dinâmica entre os elementos da funcionalidade e incapacidade de um indivíduo (funções do corpo, estruturas do corpo, atividade e participação), as condições de saúde e os fatores contextuais (fatores pessoais e ambientais). Intervenções em um elemento têm o potencial de modificar um ou mais dos outros elementos. Essas interações são específicas e nem sempre ocorrem em uma relação unívoca previsível (WHO, 2010), elas têm natureza multidirecional, pois cada componente de funcionalidade (funções e estruturas do corpo, atividades e participação) age sobre os demais e sofre a ação deles, sendo todos influenciados pelos fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (USTUN et al., 2003; FARIAS; BUCHALLA, 2005; DI NUBILA ; BUCHALLA, 2008; ARAÚJO; BUCHALLA, 2013; BRASILEIRO et al., 2013; OMS, 2013; OMS, 2015a).

No entanto, é importante coletar dados sobre esses construtos de maneira independente e então, explorar as associações e ligações causais entre eles (OMS, 2015a). Sendo assim, CIF e CID são complementares e devem ser utilizadas em conjunto para fornecer um perfil completo de saúde e estados relacionados à saúde de um indivíduo ou de uma população, por meio dos três indicadores de saúde: mortalidade, morbidade e funcionalidade (STUCKI; BICKENBACH, 2017).

A CIF utiliza um sistema alfanumérico no qual as letras b, s, d e e são utilizadas para indicar Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Essas letras são seguidas por um código numérico que começa com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito cada). As categorias mais amplas são definidas de forma a incluir subcategorias mais detalhadas, por exemplo, o Capítulo 4, da componente Atividades e Participação, sobre Mobilidade, inclui subcategorias separadas como ficar de pé, sentar-se, andar, transportar objetos, entre outros. A versão completa da CIF apresenta quatro níveis.

As informações na CIF são organizadas em duas partes, com dois componentes cada. A parte 1 (Funcionalidade e Incapacidade) consiste dos componentes de Funções do Corpo (b) e Estruturas do Corpo (s) e Atividades e Participação (d). A parte 2 (Fatores Contextuais) é formada pelos Fatores Ambientais (e) e pelos Fatores Pessoais (não classificados pela CIF).

A descrição da funcionalidade envolve a presença de um qualificador que funciona com uma escala genérica de 0 a 4, onde 0 é nenhuma deficiência, ou seja,

integridade funcional e estrutural, nenhuma limitação da atividade ou nenhuma restrição da participação, e 4 uma deficiência completa, completa limitação da atividade ou completa restrição da participação. A descrição dos Fatores Ambientais se dá através dos qualificadores de 0 a 4, porém acrescidos de um ponto quando considerados uma barreira ambiental e acrescidos de um sinal de mais quando considerados facilitadores ambientais (FERRER; BUCHALA, 2017; OMS, 2015a).

Os qualificadores denotam a magnitude ou severidade do problema em questão que pode referir-se à deficiência de estruturas ou funções do corpo; a dificuldade de realizar alguma atividade; a restrição da participação social; ou no caso da classificação de fatores ambientais, o quanto ele é considerado uma barreira ou um facilitador para o desempenho do indivíduo ao executar atividades e participar enquanto membros da sociedade (OMS, 2015a). Entretanto, a CIF também pode ser utilizada para classificar indivíduos sem nenhuma condição de saúde ou mesmo com alteração funcional.

O qualificador do componente Fatores Ambientais indica a extensão na qual um fator é um facilitador ou uma barreira. Há vários motivos pelos quais um fator ambiental pode ser um facilitador ou uma barreira, e em qual extensão. No caso dos facilitadores, o codificador deve ter em mente questões como a acessibilidade de um recurso, se o acesso é seguro ou variável, de boa ou de má qualidade. No caso de barreiras, pode ser relevante saber com que frequência um fator limita a pessoa por sua presença (ex: atitudes negativas com relação a pessoas com incapacidades) ou ausência (não dispor de um serviço necessário), se a dificuldade é grande ou pequena, evitável ou não (WHO, 2010).

A CIF reconhece o papel dos fatores ambientais e das condições de saúde na influência da funcionalidade (USTUN et al., 2003). Os fatores pessoais ainda não são classificáveis na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos, embora a CIF considere os fatores pessoais (raça, sexo, religião e outras características socioeconômicas) influenciadores das limitações nas atividades dos indivíduos em seu ambiente, essas restrições de participação ainda não estão relacionadas à saúde na classificação (WHO, 2010).

Este modelo de entendimento da funcionalidade e da incapacidade é fundamental para o diagnóstico clínico das consequências das condições de saúde, atribuições e gestão das intervenções, além da avaliação dos resultados de

tratamento. Ainda hoje, são escassos os trabalhos na literatura brasileira que utilizam a CIF de maneira quantitativa (RIBEIRO; ROMÃO, 2017).

Diferentemente do modelo biomédico linear que coloca as alterações estruturais e funcionais e a incapacidade como consequência da doença, o modelo biopsicossocial, faz um deslocamento do paradigma do eixo da doença para o eixo da saúde, que permite entender o estado ou a condição de saúde dentro de um contexto específico (NORDENFELT, 2003; DI NUBILA; BUCHALLA, 2008), deixando claro que a funcionalidade (parte central do modelo) não é consequência de uma doença, de forma que, pessoas com a mesma condição de saúde (diagnóstico CID) podem ter níveis e natureza de funcionalidade e incapacidade diferentes ou que pessoas com o mesmo nível e natureza de funcionalidade e incapacidade podem apresentar condições de saúde diferentes ou ainda que o nível e a natureza de funcionalidade e incapacidade de uma pessoa podem mudar ao longo do tempo sem que mude sua condição de saúde ou sem que ela tenha alguma condição de saúde.

Sendo assim, fica claro que a CIF não classifica pessoas, mas sim descreve a situação de uma pessoa em relação a sua saúde ou domínio relacionado à saúde em um determinado momento no tempo (WHO, 2001).

O modelo CIF (FIGURA 1) tem natureza multidirecional, pois cada componente de funcionalidade (funções e estruturas do corpo, atividades e participação) age sobre os demais e sofre a ação deles, sendo todos influenciados pelos fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (USTUN et al., 2003; FARIAS e BUCHALLA, 2005; DI NUBILA e BUCHALLA, 2008; ARAÚJO e BUCHALLA, 2013; BRASILEIRO et al., 2013; OMS, 2013; OMS, 2015a). O modelo é também multidimensional por relacionar a influência entre diferentes dimensões que envolvem um ser humano: biológica - representada por funções e estruturas do corpo; patológica - representada por condições de saúde; ambiental - representada por fatores ambientais; cultural - representada por fatores pessoais e uma dimensão social - representada pela participação (ARAÚJO e BUCHALLA, 2013; SELB, FINGER and MARITZ, 2017; ICF Research Branch, 2017a).

A CIF descreve a funcionalidade e incapacidade quando relacionadas a uma condição de saúde, abordando as atividades diárias que uma pessoa é capaz ou não de realizar por meio das funções das estruturas corporais, órgãos e sistemas, levando em consideração as limitações sociais no meio em que a pessoa vive (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CIF é uma classificação hierárquica, compostos por 1454 categorias representativas de funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participações e fatores ambientais, todas as categorias CIF são descritas de forma neutra, para que quando acrescidas do qualificador, formam códigos representativos da funcionalidade/incapacidade do indivíduo num determinado momento, superando a dicotomia entre funcionalidade/incapacidade propondo uma abordagem em um *continuum* (OMS, 2015a).

A aceitação e a utilização da CIF como base conceitual crescem juntamente com as evidências de sua validade, com o desenvolvimento de consensos mundiais, e com crescentes evidências sobre a sua validade (CIEZA e STUCKI, 2008). Uma revisão sistemática com mais de 672 artigos acerca do uso da CIF evidenciou que ela é responsável por mudanças culturais referentes à conceituação de funcionalidade e incapacidade mundialmente. Ademais, o crescente número de publicações científicas acerca da CIF em todo o mundo desde 2001, evidencia o esforço conjunto no sentido do melhor entendimento e operacionalização da mesma, embora ainda existam muitas lacunas a serem preenchidas (CERNIAUSKAITE et al., 2011).

A grande quantidade de categorias que a CIF engloba a torna uma classificação abrangente com grande poder descritivo. Entretanto, torna a sua aplicação completa inviável (RIBERTO et al., 2011; SELB et al., 2015). Assim, a utilização de toda a classificação, além de requerer conhecimento da codificação também necessitaria de um tempo não compatível com a prática clínica. Visando viabilizar a utilização da CIF na prática, foram desenvolvidas e lançadas pela OMS, diferentes formas de elegibilidade de categorias da CIF para serem classificadas. Entre elas estão à utilização:

- Da ligação de conteúdo dos instrumentos comumente utilizados na prática clínica com a CIF, por meio das regras de ligação estabelecidas especificamente para este fim (*ICF Linking Rules*) (CIEZA et al., 2002; CIEZA et al., 2005; CIEZA et al., 2016), para posterior classificação.
- De um nível limitado de categorias preestabelecidas - similar a usar toda a classificação, mas com um limite no nível de granularidade permitida, tal como usar apenas o segundo ou no máximo o terceiro nível de categorias (OMS, 2013).

- De uma lista resumida de categorias preestabelecidas pelo serviço - uma lista preestabelecida pela equipe de acordo com as necessidades do serviço ou do paciente (OMS, 2013).
- Dos *Check lists* da CIF criados pela OMS - listas resumidas de categorias da CIF representativas de toda a classificação em todos os contextos, idades e condições de saúde, elaboradas e testadas mundialmente (JETTE, 2006; CIEZA e STUCKI, 2008; CASTANEDA e CASTRO, 2013). Exemplo desses são o *set* genérico e o *set* de reabilitação (PRODINGER, REINHARDT, *et al.*, 2016).
- Do World Health Disability Assessment Schedule – segunda versão (WHODAS 2.0), um instrumento proposto pela OMS, com base no modelo biopsicossocial preconizado pela CIF, para a avaliação da saúde e funcionalidade da população geral (WHO, 2010; OMS, 2015b), de forma transcultural (CASTRO *et al.*, 2016).
- Dos *Core Sets* da CIF - conjuntos de códigos para uso específico num determinado contexto (SELB, *et al.*, 2015) como é o caso de *Set* de reabilitação (PRODINGER, CIEZA, *et al.*, 2016; PRODINGER, REINHARDT, *et al.*, 2016; SELB *et al.*, 2017), ou para uma condição de saúde específica, como por exemplo, *Core Set* para lesão medular da coluna vertebral, artrite, diabetes, acidente vascular cerebral, depressão, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, e obesidade. Há 34 core sets em versão abrangente e suas respectivas versões resumidas oficialmente disponibilizados pela OMS, em parceria com o ICF Research Branch em formato de livro e uma ferramenta online (ICF Research Branch, 2017b).

Madden e Bundy (2018) em estudo de revisão que investigou a aplicação da CIF, entre 2001 e 2015, evidenciaram que a CIF vem sendo utilizada em diversas configurações e países para mensurar e gerar dados estatísticos de funcionalidade, sendo, na maioria das vezes, aplicada em acordo com os objetivos, conteúdos e princípios propostos pela própria classificação. Servindo como base para novas pesquisas nacionais; desenvolvimento de sistemas de informação e instrumentos de mensuração de funcionalidade; e esforços internacionais para ampliar os dados sobre

incapacidade. Os autores observaram também que vem crescendo o conhecimento sobre os componentes e interações do modelo CIF sobre os diversos efeitos do ambiente sobre a funcionalidade e sobre o significado e a importância das medidas de participação. No entanto salientam que o campo ainda precisa amadurecer.

Os Fatores Contextuais da CIF, onde se encontram os fatores ambientais, representam o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo e influenciam tanto a funcionalidade (OMS, 2015a) e são pivôs para o envelhecimento saudável (OMS, 2016; MAGASI *et al.*, 2015). Os fatores ambientais constituem o ambiente físico (características físicas e materiais do ambiente e o contato com os outros), social (estruturas sociais formais e informais, regras de conduta ou sistemas que tem impacto sobre o indivíduo), e de atitudes que as pessoas vivem e conduzem suas vidas, estes vão desde microambientes (pessoais ou imediatos, ambiente domiciliar), mesoambientes (comunidade e vizinhança) até macroambientes (de sociedade) que podem influenciar na funcionalidade em todas as fases da vida. Interagem com todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade, e como já explanado anteriormente, a magnitude destes fatores externos é dada pelo impacto que geram como facilitadores (fatores ambientais que melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade do indivíduo) ou barreiras (fatores ambientais que limitam a funcionalidade e provocam a incapacidade) sobre a funcionalidade do indivíduo, principalmente sobre o componente atividades e participação da CIF (FERRER; BUCHALLA, 2017; OMS, 2015a).

Assim, diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo, ou o mesmo ambiente pode ter um impacto distinto sobre indivíduos diferentes ou sobre o mesmo indivíduo em momentos de vida diferentes. Um ambiente com barreiras ou sem facilitadores vai restringir o desempenho do indivíduo; outros ambientes mais facilitadores podem melhorar esse desempenho (OMS, 2015a). Um prédio sem acessibilidade, por exemplo, pode ser uma barreira para a locomoção de um idoso, no entanto este mesmo prédio sem acessibilidade pode não ter representado uma barreira para o desempenho deste idoso em fases anteriores da vida. Nesta mesma linha, a acessibilidade em prédios é um facilitador para o desempenho de idosos. Considerando desempenho, um dos qualificadores do componente “atividades e participação” da CIF que classifica a magnitude da dificuldade do indivíduo em seu ambiente habitual, ou seja, levando em conta os fatores ambientais. Sendo assim, a OMS recomenda que essas características do

ambiente habitual sejam codificadas utilizando-se a classificação dos Fatores Ambientais, de acordo com os preceitos do modelo biopsicossocial.

### 3.2 CORE SET DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE INCAPACIDADE E SAÚDE

Com mais de 1.400 categorias, a CIF aborda, de forma completa, a funcionalidade humana, esgotando os componentes descritos acima, o que a torna uma classificação extremamente abrangente e significa uma grande vantagem da classificação, porque aumenta seu poder descritivo. Contudo, a diversidade de recursos também se traduz na dificuldade de uso completo da mesma. Este é um dos maiores desafios ao seu uso prático, pois todas as categorias deveriam ser avaliadas em todas as pessoas, o que é impraticável (FARIAS; BUCHALLA, 2017; RIBERTO et al., 2011).

Para aumentar a aplicabilidade da classificação, ferramentas embasadas na CIF foram desenvolvidas para as necessidades dos usuários. Uma solução foi o desenvolvimento dos *core sets* da CIF. O termo *core set* é da língua inglesa e pode ser traduzido como “conjunto principal” ou “itens essenciais” e refere-se ao conjunto de categorias da CIF que descreve de forma típica a funcionalidade das pessoas com determinadas condições de saúde ou característica em comum. O objetivo do projeto dos *core sets* da CIF é selecionar as categorias da classificação completa que servem como padrões mínimos para a avaliação e documentação da funcionalidade e saúde em estudos clínicos, encontros clínicos e avaliação multiprofissional abrangente (RIBEIRO; ROMÃO, 2017; FARIAS; BUCHALLA, 2017; RIBERTO et al., 2011). Os primeiros *core sets* da CIF foram desenvolvidos por uma colaboração entre o escritório para a Família de Classificações Internacionais da OMS (OMS-FIC) no Departamento de Medicina Física e Reabilitação da Universidade Ludwig-Maximilian em Munique (<http://www.icf-research-branch.org>) e a OMS.

A experiência de utilizar um *core set* da CIF permite aos profissionais que o aplicam abordarem e refletirem sobre aspectos da saúde que habitualmente não são considerados, especialmente no que se refere aos fatores ambientais (RIBERTO et al., 2011). O *core set* geriátrico abrangente da CIF é o instrumento mais completo no

tocante a avaliação geral do idoso, pois são consideradas todas as funções e estruturas do corpo importantes a serem checadas, as atividades mais significativas e relacionadas à capacidade funcional esperada com o envelhecimento, e ainda, leva em consideração aspectos relevantes do ambiente. Por ele ser bem detalhado e amplo, o indicado será a utilização do mesmo por uma equipe formada por vários profissionais.

Os Core Sets, sobretudo na sua versão mais reduzida (compostos por um número mais reduzido de categorias), facilitam a utilização do modelo biopsicossocial e da Classificação devendo, contudo, manter o número de categorias que permita uma avaliação criteriosa de determinada condição ou estado de saúde (DE ALMEIDA FONTES, 2017).

Os *core sets* da CIF são instrumentos em desenvolvimento, até o momento, eles definem “o que” deve ser avaliado nos pacientes, todavia ainda não está determinada a melhor forma de “como” avaliar cada uma das categorias selecionadas (RIBERTO et al., 2011). Não é diferente para as categorias de fatores ambientais, cuja revisão sistemática (SCHARAN et al., 2021) demonstrou a falta de instrumentos da prática clínica que avaliem fatores ambientais na perspectiva da CIF. Os fatores ambientais têm 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 (WHO, 2010).

No estudo de Biz e colaboradores eles realizaram o levantamento de categorias relevantes na sua prática multiprofissional para a elaboração de um checklist, mas os profissionais evidenciaram que mensurar o ambiente na perspectiva do profissional como um facilitador ou uma barreira foi considerado como fator de difícil medida para a equipe, onde os profissionais apresentaram dificuldades em sua classificação (BIZ et al., 2019).

O *Core set* abrangente da CIF foi elaborado a fim de facilitar e incentivar o uso da CIF na prática clínica e pesquisa. Os conjuntos abrangentes são seleções de toda a lista de categorias da CIF, que emergiu de um processo de consenso que busca identificar esses aspectos do funcionamento mais relevante para pacientes em ambientes específicos, com condições de saúde específicas ou com características específicas, como a velhice. Assim sendo, um conjunto básico da CIF abrangente para pacientes mais velhos não se relaciona com uma condição de saúde específica, mas inclui todas as condições de saúde que podem necessitar de cuidados (GRILL et al.,

2011a). Um conjunto abrangente para pacientes mais velhos em instalações de reabilitação pós-aguda precoce (GRILL et al., 2005) foi desenvolvido em um processo de decisão formal multiprofissional integrando evidências coletadas de estudos preliminares, incluindo grupos focal, revisão sistemática da literatura e um estudo empírico em pacientes.

Definir um conjunto básico da CIF para a geriatria tem a vantagem de fornecer a estrutura potencial para relatórios e medições padronizadas e definir a estrutura ao longo do continuum do cuidado. Porém, a recomendação do uso do *core set* abrangente para uma equipe multiprofissional de saúde, a qual não é a realidade clínica de todos os locais e níveis de atendimento e cuidado ao idoso, fez-se necessário o desenvolvimento do *core set* breve de geriatria com menor número de categorias (GRILL et al., 2011b). Menos categorias facilitam a inclusão do *Core Set* na rotina clínica diária. Se houver categorias faltando neste conjunto menor, o *Core Set* abrangente pode ser facilmente usado para reconfigurar a avaliação (GRILL et al., 2011b).

### 3.3 FUNCIONALIDADE DO IDOSO

A CIF considera funcionalidade um termo que abrange as funções do corpo, as estruturas do corpo, as atividades e a participação social, definição utilizada nesta pesquisa. Funcionalidade denota os aspectos positivos da relação do funcionamento de todos os sistemas do corpo e as suas estruturas, das atividades e participações do indivíduo entre a sua condição de saúde e os fatores contextuais que na CIF englobam os fatores pessoais e ambientais. A incapacidade, por sua vez, refere-se a todos os aspectos negativos desta relação, como deficiências, limitações e restrições (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

A avaliação funcional é a observação e a mensuração da capacidade de realização das tarefas básicas de vida diária. É geralmente usada num sentido mais restrito, para se referir à medida de habilidade de uma pessoa para cumprir com suas responsabilidades diárias e desempenhar as tarefas de autocuidado. De um modo geral a capacidade funcional pode ser classificada em graduações ou níveis, desde o não comprometido ou independente até o mais comprometido ou totalmente dependente, dependendo da avaliação funcional utilizada (NERI et al., 2009).

Para Rodrigues et al. (2016), capacidade funcional é a capacidade de realizar atividades para o próprio bem-estar e por isso envolve os domínios biológico, psicológico e social. A incapacidade funcional é avaliada por meio da inabilidade ou dificuldade de realizar AVDs que são indispensáveis para manter a independência do indivíduo e a participação na comunidade. Identificar os fatores que estão relacionados à incapacidade funcional durante o envelhecimento é importante e traz contribuição nas intervenções e melhora da sobrevida sem incapacidades (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

A manutenção da capacidade funcional dos idosos, dentro da individualidade e especificidade de cada situação, constitui um dos objetivos mais importantes dos profissionais de saúde, familiares e cuidadores. A avaliação funcional dos idosos torna-se, então, essencial para se estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários (NERI et al., 2009).

Históricamente na avaliação de funcionalidade de idosos alguns itens têm sido identificados como preditores de incapacidade, a saber: sexo feminino, aumento progressivo da idade, viuvez, baixa renda, menores índices de relações sociais e doenças crônicas (hipertensão e artrite com incapacidade leve, acidente vascular cerebral e diabetes com incapacidade grave); a escolaridade mais baixa, em que idosos com menos anos de estudo apresentam mais incapacidades em relação aos idosos com maior escolaridade (GIACOMIN *et al.*, 2008). Como a saúde do indivíduo idoso não é definida somente pelas doenças crônicas ou pela integridade física um fator determinante da saúde na velhice é a independência nas suas tarefas habituais, ou seja, a sua funcionalidade. Um idoso é considerado saudável quando não necessita de nenhum tipo de ajuda ou supervisão para realizar seus afazeres diários, ainda que possua uma ou mais doenças crônicas (MACHADO SOARES, 2013). A maior parte das condições crônicas de saúde relacionadas à diminuição de funcionalidade dos indivíduos está ligada as doenças que poderiam ser prevenidas (GIACOMIN *et al.*, 2008). Essa prevenção, no entanto, depende de um conhecimento mais abrangente dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, ancorado em um conceito ampliado de saúde à luz do modelo biopsicossocial.

Outro fator que leva à redução da capacidade funcional dos idosos é a demência, uma condição crônica não transmissível, pois, as alterações decorrentes da idade e o déficit cognitivo podem levar a um declínio na capacidade funcional,

prejudicando atividades como tomar banho, vestir-se ou fazer compras, dentre outras atividades diárias (SANTOS; PAVARINI, 2012), expressados pelo componente “atividades e participação” da CIF.

Também é possível notar que há uma queda na prática de atividade física com o avançar da idade, fator que impacta negativamente a funcionalidade, embora observe-se que em relação à avaliação funcional objetiva, os dados obtidos por autoavaliação tendem a reportar uma condição funcional melhor. Isso pode ocorrer pela aceitação do declínio funcional, levando os idosos a subestimar suas necessidades acreditando não ser algo que necessite de cuidados em saúde (BALTES; SMITH, 2003; RODRIGUES *et al.*, 2016).

A incapacidade funcional pode ainda, acarretar o empobrecimento, pois as despesas médicas, e outras demandas econômicas, necessárias à manutenção de um idoso são altas, gerando, assim, instabilidade econômica, psicológica e social, e tais situações contribuem consideravelmente para a institucionalização (SILVA; FIGUEIREDO, 2012).

Nesse sentido, não é incomum um idoso da comunidade, após a aposentadoria, restringir seu padrão de vida e passar a viver em espaços de vida mais econômicos e desprovidos de características de conforto ambiental e segurança, enfrentando problemas de acessibilidade que vão desde barreiras arquitetônicas até dificuldades de acesso a saúde e suporte social das políticas públicas. Na perspectiva multidimensional da CIF essas perdas podem ser captadas e registradas na terminologia classificatória com componente ambiental.

A alternativa para o idoso em todas as culturas é a Instituição de Longa Permanência (ILPI), sendo que a institucionalização tem sido reportada como fator preditor de incapacidade funcional (PAGOTTO *et al.*, 2016; BERTOLDI, BATISTA e RUZANOWSKY, 2015; TRINDADE *et al.*, 2013). Em um estudo de revisão, Bertoldi, Batista e Ruzanowsky (2015), justificam em seus achados que diversos fatores podem influenciar o déficit cognitivo em idosos institucionalizados, quando comparados com os não institucionalizados, dentre eles, a idade avançada, a baixa escolaridade, o sexo feminino, a falta de atividades físicas e o isolamento social provocado pela própria institucionalização.

Pelos dados obtidos no estudo de Trindade *et al.*, (2013), foi possível concluir que idosos institucionalizados apresentam menor desempenho cognitivo, o que leva ao comprometimento das habilidades funcionais e aumento da depressão em relação

a idosos não institucionalizados que praticam alguma atividade física. Dada a complexidade dos aspectos relacionados à funcionalidade da pessoa idosa a avaliação da funcionalidade deve contemplar não apenas protocolos objetivos, mas, incluir a autopercepção de saúde, funcionalidade, e, sobretudo, as metas estabelecidas pelo indivíduo para sua vida, ou ainda, ajudá-lo a estabelecê-las como forma de participar do seu próprio processo de recuperação ou de adaptação ao novo ciclo de vida (MOSER; SILVA, 2012).

Para avaliação da capacidade funcional pode-se utilizar vários instrumentos. Entre eles, destaca-se o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* WHODAS 2.0, criado pela OMS. Trata-se de um instrumento de avaliação genérico, desenvolvido a partir do componente Atividades e Participação da CIF para medir o impacto de uma dada intervenção no âmbito populacional ou clínico. Foi desenvolvido para avaliar a funcionalidade em seis domínios de vida: cognição (compreensão e comunicação); mobilidade (movimentação e locomoção); autocuidado (higiene pessoal, vestir-se, comer e permanecer sozinho); relações interpessoais; atividades de vida (responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola) e participação social (comunitária e na sociedade) (OMS, 2015b).

O WHODAS 2.0 é apresentado em 3 versões: uma completa com 36 itens, a versão resumida com 12 itens e uma de 12+24 itens, cujo usuário usa 12 itens para rastrear os domínios com alteração funcional e baseado nas respostas positivas dos 12 itens iniciais, os entrevistados podem receber até 24 questões adicionais. Portanto, este é um teste simples e adaptável que tenta captar os 36 itens inteiramente, a cada resposta positiva o entrevistador pergunta quantos dias o entrevistado experimentou aquela dificuldade (nos últimos 30 dias). Nas 3 versões foram mantidos os 6 domínios. As questões dizem respeito às dificuldades enfrentadas pelos entrevistados durante os últimos 30 dias e os indivíduos devem responder sobre o grau de dificuldade experimentado para realizar as atividades. As respostas categóricas em escala do tipo Likert variam de nenhuma dificuldade encontrada, dificuldade leve, moderada, grave até a dificuldade extrema ou incapacidade para realizar (OMS, 2015b).

As diferentes versões (36 ou 12 itens) podem ser aplicadas por um entrevistador leigo, pela própria pessoa ou por um proxy (familiar, cuidador). A versão 12+24 deve ser administrada somente por entrevistador ou em avaliação adaptativa computadorizada (CAT). A versão de 12 itens explica 81% da variância da versão mais detalhada com 36 questões. É indicada para avaliações breves da

funcionalidade geral em inquéritos populacionais, sendo a média de tempo de entrevista de 5 minutos (WHO, 2010; OMS, 2015b).

A versão de 36 itens do WHODAS 2.0 é a mais detalhada. Ela permite aos usuários gerar pontuações para os seis domínios de funcionalidade e calcular uma pontuação de funcionalidade geral. Para cada item que é respondido positivamente, uma pergunta subsequente questiona sobre o número de dias (nos últimos 30 dias) em que o entrevistado experimentou aquela dificuldade em particular. A média de tempo de entrevista para a versão de 36 itens administrada por entrevistador é de 20 minutos. Os usuários que gostariam de obter pontuações dos domínios do WHODAS 2.0 precisam usar a versão completa (por exemplo: 36 itens). As pontuações dos domínios proporcionam informações mais detalhadas que a pontuação resumida. Elas podem ser úteis para comparar indivíduos ou grupos um com o outro ou com padrões populacionais, e ao longo do tempo (WHO, 2010).

A pontuação da versão completa do WHODAS 2.0 leva em conta a situação de trabalho remunerado do respondente, com 32 itens sendo usados se o respondente não estiver trabalhando de forma remunerada. Existem duas opções básicas para calcular as pontuações para as versões resumida e completa do WHODAS 2.0 – simples e complexa. O método mais simples apenas soma os itens de resposta, sem recodificar ou agrupar categorias, já o complexo se chama pontuação baseada na “Teoria Item Resposta” (IRT em inglês); leva em conta níveis múltiplos de dificuldade para cada item do WHODAS 2.0. Esse tipo de pontuação do WHODAS 2.0 permite análises mais refinadas que aproveitam todas as informações das categorias de resposta para a análise comparativa entre populações ou subpopulações. Esse método usa codificação para cada resposta de item como “nenhum”, “leve”, “moderada”, “grave” e “extrema” separadamente e depois usa um computador para determinar o resumo da pontuação por atribuição de pesos separadamente para os itens e para os níveis de severidade. O programa de computador está disponível no site da OMS (WHO, 2010).

O WHODAS 2.0 atualmente não avalia fatores ambientais. A avaliação da funcionalidade de um respondente inclui questionamentos sobre o ambiente atual do respondente, mas a codificação é baseada na funcionalidade e deficiência, não no ambiente. Um módulo poderia ser desenvolvido para avaliação de fatores ambientais que incluísse questionamentos sobre o impacto do ambiente na funcionalidade de uma pessoa. Isso poderia ser alcançado, por exemplo, acrescentando: (1) perguntas

adicionais para investigar sobre os fatores ambientais quando qualquer dificuldade for reportada no WHODAS 2.0 atual; (2) um módulo novo sobre o ambiente como um todo para avaliar o ambiente independentemente dos domínios do WHODAS 2.0 (WHO, 2010).

A validade concorrente do WHODAS 2.0, quando comparado a outros instrumentos de medida de incapacidade ou de qualidade de vida relacionada à saúde (como SF36, SF12, LHS, WHOQOL, MIF) mostra um bom desempenho com coeficiente de correlação entre 0,45 e 0,65, o que indica similaridade de construtos. Embora o WHODAS 2.0 se proponha a avaliar o desempenho na realização de atividades mais do que o bem-estar subjetivo para realizá-las, como o WHOQOL, estes conceitos são intercambiáveis (OMS, 2015b), pois, sendo a funcionalidade a expressão da capacidade funcional, traduz as habilidades do indivíduo na execução daquilo que ele necessita fazer para viver com autonomia.

O monitoramento preciso das mudanças nas taxas de incapacidade é fundamental, pois a incapacidade é considerada “um melhor preditor da necessidade de serviços médicos e sociais do que simples números de prevalência ou incidência de doença” (FULLER THOMSON, 2009). Do mesmo modo, a funcionalidade é um indicador de saúde. Segundo o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticos do Idoso os indicadores de saúde são medidas-sínteses, quantitativas, que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde de uma população.

### 3.4 FATORES AMBIENTAIS QUE INTERFEREM NA FUNCIONALIDADE DO IDOSO

Segundo *Shumway-Cook* e colaboradores (2002), o processo de incapacidade no idoso se inicia quando os fatores pessoais e o estado de saúde do indivíduo não são mais capazes de vencer as dificuldades impostas pelo ambiente. Por isso, o reconhecimento dos facilitadores e das barreiras do ambiente e o quanto eles interferem no desempenho funcional dos idosos é fundamental para as propostas de serviços e remoção das barreiras.

A incapacidade é um processo dinâmico que pode ser influenciada por diversos fatores, esses fatores podem ser dispostos em dois grupos: intrínsecos, que dizem respeito às características inerentes ao indivíduo, como alterações de mobilidade e

equilíbrio decorrentes do envelhecimento, DCNTs e efeitos adversos de medicamentos em uso; e extrínsecos, que incluem perigos ambientais, bem como o tipo de atividade exercida (RIBEIRO; ROMÃO, 2017; SHUMWAY-COOK *et al.*, 2002).

Segundo Ribeiro e Romão (2017), após uma revisão integrativa sobre os métodos mais utilizados na avaliação da funcionalidade dos idosos e sua correlação com a CIF, os autores relatam a importância de uma ferramenta que aborde todos os fatores relacionados com a funcionalidade do idoso. Nas correlações de diversas escalas com o *core set* de geriatria os autores evidenciaram que alguns componentes da escala Escala Ambiental de Risco de Quedas não foram contemplados no componente fatores ambientais. Na CIF, os Fatores Ambientais, são constituídos de ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida, não apenas o ambiente domiciliar. A escala de quedas citada leva em consideração apenas o ambiente físico domiciliar, todavia para que os idosos permaneçam no local de moradia, além dos recursos domiciliares, como adaptações no ambiente, fatores ambientais externos (físicos e sociais) como políticas de apoio social, financeiro e tecnológico também são necessários (FERRER; BUCHALLA, 2017).

Ferrer e Buchala (2017) investigaram o impacto dos fatores ambientais sob a perspectiva da CIF na incapacidade de idosos que residem em conjuntos habitacionais verticais de interesse social que não contam com quesitos de acessibilidade como o elevador. O impacto dos fatores ambientais sobre a incapacidade desses idosos, por meio de regressão linear multivariada, determinou quais fatores aumentaram mais o escore de incapacidade do WHODAS 12. Os fatores ambientais encontrados na CIF como escadas nas entradas de casas, acesso ao transporte público, ruídos, condições climáticas adversas e preconceito, reconhecidos como barreiras, acarretaram o aumento do escore do WHODAS 2.0 BO, o que pode, segundo os autores, impedir os idosos de envelhecerem no próprio domicílio.

Na revisão sistemática com meta-análise de Vaughan *et al.* (2016) analisaram os estudos com características do ambiente associadas à participação comunitária de idosos. A participação da comunidade, ou seja, o envolvimento em atividades que ocorrem fora de casa de natureza complexa, social e não doméstico é um componente essencial do envelhecimento saudável. As características ambientais foram extraídas e agrupadas usando as categorias ambientais da CIF. A meta-análise de categorias ambientais foi conduzida calculando-se as estimativas do tamanho do efeito combinado (ES). Houve ESs aleatórios e significativos, pequenos a moderados, foram

encontrados em seis das sete categorias ambientais: vizinhança (ES = 0,52, intervalo de confiança de 95% [IC] = [0,18, 0,87]), apoio social (ES = 0,38, IC 95% = [0,13, 0,62]), diversidade no uso da terra (ES = 0,29, IC 95% = [0,16, 0,42]), transporte (ES = 0,29, IC 95% = [0,15, 0,43]), proteção civil (por exemplo, segurança; ES = 0,27, IC 95% = [0,0, 0,54]) e conectividade / mobilidade nas ruas (ES = 0,20, IC 95% = [0,15, 0,26]). Os autores, portanto, concluíram que iniciativas comunitárias que abordam características específicas do ambiente social e do ambiente das ruas podem aumentar a participação comunitária de idosos.

A “adequação” entre a pessoa idosa e o ambiente é reconhecida como um elemento chave para minimizar as restrições de incapacidade ou participação (VAUGHAN *et al.*, 2016). Características do ambiente podem representar barreiras à participação, principalmente para as pessoas com mais limitações funcionais, um idoso com artrite que tem dificuldade para caminhar por longas distâncias pode precisar de mais apoio ambiental, como lugares para se sentar, descansar e apoio social, para facilitar sua participação na comunidade, em comparação com um idoso com menos limitações (VAUGHAN *et al.*, 2016).

Nos últimos 15 anos, um número crescente de esforços para promover a inclusão plena de idosos em suas comunidades, muitos dos quais abordam características de adequação pessoa-ambiente, foram adotados por 33 cidades em 22 países em todo mundo, liderado pelo *Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities* (WHO, 2007). Apesar das crescentes iniciativas da comunidade, há evidências empíricas limitadas que vinculam o meio ambiente à participação da comunidade entre os idosos (VAUGHAN *ET AL.*, 2016). Alguns estudos observacionais mostram que aspectos físicos do ambiente como transporte público, condições da calçada, lugares para se sentar e descansar, assim como, aspectos sociais do ambiente, como o apoio social e a segurança, estão associados à participação da comunidade (VAUGHAN *ET AL.*, 2016).

### 3.5 CONTEXTOS AMBIENTAIS DO IDOSO

Entendendo a importância dos fatores ambientais para o envelhecimento, podem ser traçados planos de ações de acordo com o ambiente em que os idosos se encontram inseridos. Uma abordagem aceita e recomendada por estudiosos de renome para idosos da comunidade é embasada na teoria *Aging in place*, definida pela capacidade de continuar a viver em seu próprio domicílio, de forma segura, independente e confortável durante todo o curso da vida, mesmo com o aumento da idade, de incapacidades ou alteração da renda (CHIPPENDALE e BEAR-LEHMAN, 2010; BENEFIELD E HOLTZCLAW, 2014).

Na perspectiva do cuidado humanizado os idosos institucionalizados, devem ser acolhidos considerando um sistema de cuidados de longa permanência que prescrevam a integralidade e atenção centrada no usuário (RODRIGUEZ et. al., 2015).

Este segundo modelo também chamado ACP (*Atención Centrada em la Persona*), busca e prioriza a qualidade de vida dos idosos que necessitam de cuidados. Preconiza uma atenção que prima pela busca da melhor qualidade técnica da assistência, mas tem como ideia central o usuário dos serviços, colocando-o no centro do planejamento dos cuidados, partindo de suas necessidades e respeitando suas preferências e desejos no seu viver cotidiano (RODRIGUEZ et. al., 2015).

Seja na comunidade ou nas ILPIs, o ambiente exerce uma influência mediadora na expressão da funcionalidade humana, sendo que para o idoso essa dimensão se vê ampliada pela necessidade natural de voltar-se ao cotidiano com rotinas mais simplificadas e possibilidades de desfrutar do seu espaço de vida diferentemente da rotina do ciclo de vida anterior que incluía trabalho, cuidados com filhos entre outros desafios. Sendo assim, considerar o ambiente de forma mais abrangente é essencial para o direcionamento de ações e estratégias de implementação de facilitadores e/ou remoção de barreiras, bem como a oferta de serviços, possibilitem o *Aging in place* ou o cuidado integral com base na ACP (WHO, 2016, NOREAU and BOSCHEN, 2010; MAGASI et al., 2015, RODRIGUEZ, 2015).

Estudos têm identificado barreiras ambientais como importante influência negativa na saúde e bem-estar de idosos. Sendo espaços públicos sem acessibilidade e sujos, os problemas relacionados à segurança pública, a infraestrutura deficitária de

transporte e calçadas e dificuldade de acesso aos serviços de saúde identificadas como barreiras no ambiente comunitário e barreiras arquitetônicas dentro da casa e a deterioração do imóvel como barreiras no ambiente domiciliar, todas apontadas como fatores de aumento de incapacidade entre idosos (ANNEAR *et al.*, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2018; PORTEGIJS *et al.*, 2017).

Estes problemas ambientais físicos, associados à baixa renda (também considerada fator ambiental), têm um impacto negativo na funcionalidade, de modo que a incapacidade é mais prevalente nos estratos mais pobres da população (WHO, 2011).

Sendo assim, para viabilizar a permanência do indivíduo no mesmo local de moradia durante a velhice depende, além das adequações do ambiente domiciliar às funcionalidades do idoso, de um ambiente comunitário que propicie o envelhecimento saudável, como: acesso ao transporte público, presença de ambiente externo amigável para atividades de lazer e distância viável da moradia dos filhos (BENEFIELD e HOLTZCLAW, 2014).

O declínio da aptidão física e da capacidade funcional decorrente do processo de envelhecimento, que se agrava devido ao sedentarismo, torna os idosos dependentes de cuidados e por isso algumas famílias optam por institucionalizá-los, por várias razões financeiras, psicológicas e de disponibilidade familiar, mesmo que o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013) preconize que o indivíduo permaneça em seu ambiente de origem nesse momento de vida.

Essas instituições promovem moradia, cuidados de saúde, condições de higiene e alimentação aos idosos. No entanto, a institucionalização pode desencadear a depressão, devido ao isolamento social, perda de identidade e de autoestima. Essa pode ser uma explicação para a prevalência de doenças mentais em asilos com impacto negativo na qualidade de vida e na funcionalidade (LIMA, LIMA e RIBEIRO, 2012).

A incapacidade funcional também é mais prevalente em idosos institucionalizados, pois, desde a admissão nos lares, o idoso que necessita de um cuidado regular, é propenso a maior dependência. Somado a isto, dentro do lar, eles recebem ajuda dos cuidadores para realizar suas AVDs, e podem muitas vezes não serem estimulados a superarem as suas dificuldades, o que culmina em um maior nível de dependência (PAGOTTO *et al.*, 2016). Isso também levanta a hipótese de a institucionalização ocorrer devido ao aumento da dependência, questionando-se se

seria um fator desencadeante do motivo de institucionalização. Por outro lado, para Camarano (2010), viver em uma instituição pode se apresentar como uma alternativa de apoio, proteção e segurança. Para tanto, é importante que haja uma mudança de percepção com relação à moradia e esforços para que a instituição seja um espaço de vida e não só de prestação de serviços. Os esforços empreendidos nesse sentido têm resultado em uma evolução da denominação de “asilos” para lares, ILPIs, em alguns casos residências para idosos.

As garantias de direitos a um envelhecimento saudável vieram de conquistas da própria categoria dos idosos que, junto à Constituição de 1988 (chamada Constituição Cidadã), tiveram voz para desencadear diversas leis e políticas exclusivas para essa população, inclusive na garantia da qualidade dos serviços prestados nas Instituições de Longa Permanência. Dentre essas importantes leis, vale ressaltar o Estatuto do Idoso (Brasil, 2013) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que tem por finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2006).

Embora se observem os avanços que as legislações propiciaram na fiscalização das condições de existência das instituições de longa permanência, a oferta desses serviços ainda se encontram aquém do estimado (CAVALCANTI, 2013). Desse modo, percebe-se a necessidade de conhecer o efeito do ambiente de idosos na sua funcionalidade considerando os dois ambientes-contextos em que se desenvolve este ciclo de vida: comunidade e ILPIs. A relevância de se pesquisar este aspecto da funcionalidade está relacionada à incipiência de estudos comparativos desses dois grupos no que se refere ao entorno ambiental, e também ao conceito reducionista de funcionalidade adotado nos estudos já desenvolvidos. Esse reducionismo tem sido expresso pelas ferramentas utilizadas para avaliação da capacidade funcional, que em sua maioria abordam a funcionalidade de um ponto de vista voltado aos aspectos físicos ou cognitivos ou sensoriais, em detrimento da dimensão biopsicossocial, na qual os fatores ambientais são determinantes.

Diante deste cenário formulam-se as seguintes questões norteadoras: Qual é o impacto dos fatores ambientais na funcionalidade de idosos institucionalizados e da comunidade? Como a funcionalidade se expressa nesses dois contextos de vida? O

impacto de fatores ambientais na funcionalidade de idosos seria mais significativo na comunidade ou nas ILPIs?

### 3.6 FATORES AMBIENTAIS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE INCAPACIDADE E SAÚDE

Na CIF o ambiente físico, social e atitudinal pode ser classificado por meio do componente Fatores ambientais que tem como domínio as influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade (WHO, 2001). O componente tem como construtos o impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal.

Esse componente é dividido em 5 capítulos: (1) Produtos e tecnologia: qualquer produto, instrumento, equipamento e tecnologia de assistência adaptados ou projetados para melhorar a funcionalidade. Exemplos de produtos e tecnologias na CIF são os medicamentos, os alimentos, equipamento para comunicação, locomoção; (2) Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano: abrange elementos animados e inanimados do ambiente natural ou físico, dos componentes modificáveis pelo Homem e das características das populações desse ambiente. Neste capítulo os exemplos de categorias são o clima, mudanças relacionadas ao tempo, som, vibração, qualidade do ar; (3) Apoio e relacionamentos: trata da quantidade de apoio físico ou emocional que as pessoas ou os animais fornecem. Este capítulo possui categorias como família imediata, amigos, vizinhos, cuidadores, assistentes pessoais, estranhos, animais domésticos, profissionais da saúde, entre outros; (4) Atitudes: este capítulo trata das atitudes que são as consequências observáveis das normas, valores, costumes, práticas, ideologias, crenças fatuais ou religiosas; (5) Serviços, sistemas e políticas: neste capítulo os serviços representam a provisão de benefícios, programas estruturados e operações para satisfazer as necessidades dos indivíduos, os sistemas representam o controle administrativo e mecanismos de organização e são estabelecidos por autoridades governamentais ou outras reconhecidas, e as políticas são as normas, regulamentos, convenções e padrões estabelecidos por governos e outras autoridades reconhecidas. As políticas regem os sistemas que por sua vez organizam, controlam e supervisionam os serviços (WHO, 2001).

A funcionalidade é influenciada substancialmente pelo ambiente em que os indivíduos estão inseridos. Se as influências são positivas (facilitadores) o desempenho ficará acima da capacidade esperada, mas se as influências forem negativas (barreiras), o desempenho do indivíduo ficará abaixo da sua capacidade. Quando um fator ambiental melhora o desempenho, ele é codificado como um facilitador, quando ele reduz o nível de desempenho, ou é inacessível, ele é codificado como uma barreira. Além do ambiente na CIF ser classificado como facilitador ou barreira o entrevistador pode registrar o grau em que ele facilita ou dificulta o desempenho da pessoa (OMS, 2013).

O contexto sociocultural em que um indivíduo vive deve ser considerado na codificação da ausência de um fator ambiental como sendo uma barreira. Mas isso requer um julgamento sobre o que é razoável esperar, exemplo, não é razoável esperar que a falta de óculos prejudique um indivíduo que não tem dificuldade de visual. Há três opções para codificar os fatores Ambientais: (1) Relacionados à pessoa no geral, (2) A cada componente da CIF (Funções do corpo, Estruturas do corpo, Atividades e Participação) ou (3) Ao desempenho e a capacidade - a capacidade é a execução de tarefas num ambiente "padronizado", o desempenho é a execução de tarefas no ambiente habitual (OMS, 2013). Para avaliar a capacidade plena do indivíduo, é necessário ter um ambiente "padronizado" para neutralizar o impacto variável dos diferentes ambientes sobre a capacidade do indivíduo. Esse ambiente padronizado pode ser: (1) um ambiente real, utilizado, geralmente, para avaliação da capacidade em situações de teste; ou (2) nos casos em que isto não é possível, um ambiente que possa ser considerado como tendo um impacto uniforme. A diferença entre a capacidade e o desempenho reflete a diferença entre os impactos do ambiente atual e os do ambiente uniforme, proporcionando assim uma orientação útil sobre o que pode ser feito no ambiente do indivíduo para melhorar o seu desempenho (OMS, 2010).

Os fatores ambientais podem ser codificados como uma lista separada e, nesse caso, o peso da sua influência deve ser comparado com o efeito que eles têm na funcionalidade do indivíduo como um todo. Os fatores ambientais também podem ser codificados em paralelo na categoria sobre a qual eles exercem seu efeito. Nesse caso, o qualificador deve considerar o efeito que o fator tem sobre o item específico (OMS, 2013).

A descrição dos Fatores Ambientais se dá através dos qualificadores, cujos valores de 1 a 4 quando acrescidos de um ponto (ex: .1; .2; .3; .4) representam barreiras leves (5-24%), moderadas (25-49%), graves (50-95%) ou completas (96-100%). Quando considerados facilitadores ambientais os qualificadores recebem um sinal positivo (ex: +1; +2; +3; +4) e representam facilitadores leves (5-24%), moderados (25-49%), consideráveis (50-95%) ou completos (96-100%). O qualificador 0 representa nenhuma barreira ou facilitador (0-4%), 8 não especificado e 9 não aplicável (FERRER; BUCHALA, 2017; OMS, 2015a). No caso de um facilitador, o codificador deverá considerar questões como a disponibilidade de um recurso e se o acesso é seguro ou variável, de boa ou má qualidade. No caso de obstáculos, além da dimensão é relevante saber com que frequência um fator constitui uma barreira, se esse fator é evitável ou não e se ele é considerado um obstáculo por sua presença ou ausência.

Os facilitadores e as barreiras devem ser codificados com referência à influência que eles têm na funcionalidade do indivíduo, e o qualificador deve ser aplicado para descrever a extensão em que um fator ambiental influencia a funcionalidade. A perspectiva do indivíduo cuja funcionalidade está sendo avaliada ou descrita representa informações importantes e deve ser incluída na avaliação dos fatores ambientais sempre que possível. Não é raro que um fator ambiental atue tanto como um facilitador quanto como uma barreira, exemplos são os medicamentos que aliviam alguns sintomas, mas causam efeitos colaterais adversos; serviços de transporte especializados que facilitam o uso do transporte, mas são uma barreira porque sua disponibilidade é limitada e eles impedem que os serviços de transporte público se tornem totalmente acessíveis (OMS, 2013).

Os fatores ambientais podem afetar atividades e participação além de funções e estruturas do corpo. Embora auxílios e equipamentos sejam os fatores ambientais mais comuns a considerar no uso da CIF, outros merecem igual consideração mesmo se eles forem menos óbvios. A presença de assistência pode resultar erroneamente em um perfil homogêneo de desempenho entre indivíduos que, de outro modo, teriam uma diferença significativa na capacidade ou no desempenho. Por isso, a classificação deve ser feita no ambiente habitual, onde o indivíduo passa a maior parte do tempo. No entanto, os fatores ambientais ou seu impacto podem não estar continuamente presentes e ser relevantes. As informações da pessoa que fornece

assistência e suporte devem ser consideradas em conjunto com as informações fornecidas diretamente pela pessoa sempre que possível, além de com as informações obtidas através de observação clínica.

Na descrição de todos os fatores ambientais, os seguintes pontos devem ser considerados: contexto usual, tempo, presença ou ausência de um fator esperado, fonte de informações. No entanto, há casos em que a diferença entre desempenho e capacidade não são explicadas pelos fatores ambientais codificados. Por exemplo, uma pessoa ter a capacidade, entretanto não estar trabalhando devido a uma falta de experiência correspondente às exigências do mercado de trabalho. Nesses casos, a descrição dos fatores pessoais se torna importante (OMS, 2013).

#### **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Estudo observacional, transversal, analítico e não probabilístico. Para atender os objetivos e responder as questões de pesquisa, os procedimentos foram aplicados em 2 etapas: (1) Elaboração do questionário de Fatores Ambientais da CIF e Validação desse questionário por especialistas na temática CIF ou no modelo biopsicossocial; (2) Avaliações dos idosos do CCI e dos idosos de ILPIs, em datas e horários estipulados pelas instituições, por meio de videochamadas.

##### **4.1 DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO**

O questionário elaborado pela autora foi baseado nas 9 categorias do Componente Fatores Ambientais do *Core set* Resumido de Geriatria da CIF mais 11 categorias selecionadas deste Componente da CIF consideradas relevantes para o contexto desta pesquisa, e que estão presentes no *core set* abrangente de geriatria.

Na construção do questionário uma lista de 9 categorias dos fatores ambientais da CIF representativas deste componente do *Brief ICF Core Set Geriatrics* (GRILL et al., 2005; GRILL et al., 2011a; GRILL et al., 2011b) mais 11 categorias do *Comprehensive ICF Core Set Geriatrics* consideradas relevantes ao contexto da

pesquisa e estruturadas conforme recomendação da OMS (OMS, 2013), de forma a questionar os idosos quanto a sua percepção de quanto cada um dos fatores ambientais contemplados nas 20 categorias deveria ser considerado barreira ou facilitador de suas atividades rotineiras e sua participação comunitária (Anexo C).

A estrutura do formulário no Apêndice E foi retirada do site *ICF Research Branch* ([www.icf-core-sets.org](http://www.icf-core-sets.org)) do grupo parceiro de cooperação do Centro Colaborador da OMS para a família de Classificações Internacionais na Alemanha. Embora ajam recomendações na própria CIF de como abordar o componente fatores ambientais, ainda não há uma forma padrão para aplicar as categorias dos fatores ambientais da Classificação que apresentam caráter neutro. Por isso, baseada nas orientações desta ferramenta e no referencial teórico a pesquisadora elaborou um questionário com 20 perguntas correspondentes as categorias selecionadas na CIF para a validação de construto, conteúdo e clareza por *experts*.

#### **4.1.1 Validação de construto, conteúdo e clareza do Questionário Fatores Ambientais da CIF para idosos**

Questionário passou pela validação de conteúdo, e os *experts* foram selecionados seguindo os critérios de Fehring (1987), com adaptações (MELO et al., 2011). Cada critério descrito apresenta uma pontuação, sendo que, para serem considerados avaliadores necessitam obter o mínimo de cinco pontos. Entre os critérios e os pontos: Titulação de mestre: 4; Titulação de mestre com a dissertação direcionada ao conteúdo do modelo biopsicossocial/CIF: 1; Publicação de artigo sobre a CIF em periódicos indexados: 2; Ter pesquisas publicadas sobre a CIF ou conteúdo relevante: 2; Titulação de doutor com tese direcionada ao conteúdo do modelo biopsicossocial/CIF: 2; Experiência clínica de, pelo menos, um ano na temática abordada (modelo biopsicossocial/CIF): 1 e Ter capacitação na prática clínica com o modelo biopsicossocial/CIF: 2. Quanto maior a pontuação dos avaliadores maior é à força de evidência da avaliação, sendo a pontuação máxima possível 14.

Há controversas na literatura sobre o número de avaliadores, porém segundo Coluci, Alexandre e Milani (2015) são necessários 5 a 10 *experts* na temática abordada para a validação de conteúdo, portanto foram convidados para o processo de avaliação 7 *experts*, mas, destes, apenas 5 participaram, 2 recusaram o convite devido à sobrecarga laboral. Os avaliadores são profissionais da saúde que dominam

a CIF, de nacionalidade brasileira, possuem no mínimo titulação acadêmica de mestrado, trabalham com o modelo biopsicossocial, ensino e/ou pesquisa.

Os *experts* foram convidados via endereço eletrônico para avaliarem construto, conteúdo e clareza das questões através do instrumento anexado (APÊNDICE D). As notas dos avaliadores foram categorizadas de 0 a 4 como inválidas, de 5 a 7 como pouco válidas e de 8 a 10 como válidas. Para a clareza, notas de 0 a 4 foram categorizadas como confusas, de 5 a 7 como pouco claras e de 8 a 10 como claras. Com as notas categorizadas, foi calculado o percentual de concordância dos avaliadores com a validade do conteúdo, construto e da clareza de cada questão (COLUCI *et al.*, 2015). A porcentagem de concordância é a medida mais simples de concordância Inter observadores, sendo a fórmula utilizada:

<p>% Concordância com a validade do conteúdo =</p>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de avaliadores que consideraram Válido (nota de 8 a 10)}}{\text{N}^\circ \text{ total de avaliadores}} \times 100$
<p>% Concordância com a validade do construto =</p>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de avaliadores que consideraram Válido (nota de 8 a 10)}}{\text{N}^\circ \text{ total de avaliadores}} \times 100$
<p>% Concordância com a validade da clareza =</p>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de avaliadores que consideraram Válido (nota de 8 a 10)}}{\text{N}^\circ \text{ total de avaliadores}} \times 100$

Quadro 1: Fórmulas para cálculo do percentual de concordância dos experts com a validade do conteúdo, construto e da clareza de cada questão avaliada. Adaptada de Alexandre e Coluci (2011).

Neste trabalho também foi solicitada a avaliação do construto, pois as questões elaboradas a partir das categorias dos fatores ambientais devem abranger o construto proposto pela CIF que é verificar o impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal (OMS 2015a).

Os 5 *experts* assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). A todos foi enviado um instrumento denominado “Instrumento para

processo de validação de conteúdo pelos especialistas” (APÊNDICE D). Tal instrumento continha:

- ✓ Um texto introdutório apresentando os objetivos da pesquisa e esclarecendo a metodologia proposta para o julgamento das questões;
- ✓ Uma breve definição de validade de conteúdo, construto e clareza;
- ✓ As questões que foram julgadas, apresentadas em quadros estruturados, onde a categoria da CIF, seguida pela sua explicação, ficou em cima da pergunta correspondente. Escolheu-se por apresentar as questões que foram julgadas de forma contextualizada, a fim de evitar dúvidas por parte dos *experts* e subsidiá-los melhor com o propósito do instrumento;
- ✓ Abaixo de cada questão a ser avaliada, um quadro (QUADRO 2) para que o *expert* desse a nota de 0 a 10, separadamente, para a validade do conteúdo, construto e a avaliação da clareza.
- ✓ Foi pedido aos avaliadores que, para todas as questões classificadas entre 0 e 7, fossem adicionadas sugestões e outros apontamentos no campo “observações”.

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

Quadro 2: Quadro para as notas de validades e clareza. Fonte: a autora (2021).

Para a validação de cada questão foi considerado um percentual de concordância mínimo de 80% (AKINS; TOLSON; COLE, 2005), ou seja, se 80% dos *experts* classificaram a questão como válida e clara, a mesma não necessitou de correções, enquanto as questões com percentual menor que 80% seriam submetidas a correções e, posteriormente, a nova rodada de avaliação seguindo com o processo até a validação do conteúdo, construto e da clareza de todas as questões.

## 4.2 INQUÉRITO COM OS IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS E INSTITUCIONALIZADOS

Foram realizadas avaliações da funcionalidade e dos fatores ambientais que facilitam ou dificultam a vida funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados. Por meio de entrevista estruturada com o WHODAS 2.0, 36 itens para entrevistador, e o questionário elaborada pela autora.

A pesquisa foi realizada na cidade de Curitiba e Região Metropolitana, com dois grupos de idosos, 60 anos ou mais (BRASIL, 2013), amostra por conveniência, com voluntários de ambos os sexos. Um grupo composto por residentes de ILPIs, e o outro composto por idosos não institucionalizados de um CCI. Compuseram os grupos e foram elegíveis a pesquisa todos os idosos que apresentaram capacidade cognitiva para compreensão do teor das questões dos instrumentos utilizados na pesquisa de acordo com a pontuação na avaliação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A).

O MEEM além de ser um instrumento validado (LOURENÇO; VERAS, 2006; LOURENÇO; VERAS; RIBEIRO, 2008), amplamente utilizado para a avaliação do estado cognitivo, e com pontos de corte bem definidos na literatura, ele ainda é o instrumento protocolarmente utilizado por algumas das ILPIs. O instrumento gera uma pontuação de 0-30. Foram considerados com capacidade cognitiva para compreensão do teor das questões que compõem os instrumentos utilizados na pesquisa os idosos analfabetos com escore do MEEM  $\geq 19$  e  $\geq 23$  para idosos com 5 ou mais anos de formação escolar (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Esperava-se, com base nos critérios para execução da regressão logística binária (HAIR et al., 2009; LEE, 1994), método direto (inserir), uma amostra de 200 idosos em cada grupo, devido ao número de variáveis independentes, porém no período de coleta e pandemia foi possível entrevistar no total 208 idosos por telefone. Os participantes foram elegíveis pela avaliação cognitiva e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Foram realizadas entrevistas por vídeo chamadas e chamadas telefônicas, onde buscou-se preservar a intimidade dos idosos e estes estavam sozinhos no momento da avaliação, entretanto os idosos institucionalizados que apresentavam dificuldade com o manuseio da tecnologia ou algum grau de dificuldade auditiva estavam acompanhados de uma profissional de saúde da ILPI.

Foram recrutados idosos registrados e que frequentavam o CCI que autorizou a execução da pesquisa, já as duas primeiras ILPIs incluídas nesta pesquisa foram as conveniadas com a Prefeitura da Cidade de Curitiba que aceitaram participar. Posteriormente, com a dificuldade em atingir a amostra necessária para a pesquisa, a amostragem em bola de neve foi adotada. A amostragem em bola de neve utiliza-se das ligações entre os membros de uma população para conseguir obter uma amostra dessa ligação (COSTA, 2018). As demais ILPIs participantes estavam localizadas na Cidade de Curitiba e Região metropolitana.

O recrutamento e a inclusão dos idosos não institucionalizados que aceitaram participar do estudo foi realizado por telefone e de forma consecutiva, ou seja, consistiu em recrutar cada participante na lista com 308 idosos disponibilizada pelo CCI que preenchiam os critérios de seleção dentro do intervalo de tempo de coleta desta pesquisa, agosto de 2020 a maio de 2021, e de acordo com o número de participantes (LUNA, 1998), a fim de minimizar o risco de viés de seleção.

A lista disponibilizada pela CCI apresentava 308 idosos, porém 29 (9,4%) destes não apresentavam número telefônico. Dos 279 idosos com números telefônicos, 229 (82%) eram mulheres. As ligações foram realizadas na sequência da lista, em ordem alfabética, foram realizadas no mínimo 4 tentativas com cada número. Desses idosos, 10 (3,6%) se recusaram a responder as perguntas, 8 (80%) mulheres; 2 (0,7%) idosos desistiram durante a entrevista, sendo um homem e uma mulher; 163 (58,4%) telefones não atenderam a ligação, por motivos diversos, apenas chamar, caixa postal, número inexistente, sempre ocupado, telefone errado. No final da lista a coleta do grupo não institucionalizados totalizou 104 idosos, portanto, esse passou a ser o objetivo da amostra no grupo de institucionalizados.

Assim que a coleta dos idosos não institucionalizados chegou ao final, os idosos institucionalizados passaram a ser entrevistados e foram incluídos de acordo com a sequência disponibilizada pela ILPI. Quando uma instituição não apresentava mais idosos elegíveis a pesquisa, ela recomendava outras ILPIs, o projeto e o Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa eram encaminhados, caso a resposta fosse positiva o responsável técnico pela ILPIs assinava o termo de consentimento, assim, sucessivamente, até o número de participantes deste grupo ser atingido. As informações das ILPIs que autorizaram a execução da pesquisa estão listadas na Tabela 1.

Tabela 1: Instituições de longa permanência da pesquisa

ILPI	Total de idosos	Participantes elegíveis para a pesquisa	Cognitivamente aptos que aceitaram (n=104)
1	89 Homens	35 Homens	35 (33,7%)
2	150 Mulheres 17 Elegíveis 1 Desistência 2 Não aceitaram	17 Mulheres	14 (13,5%)
3	86 Idosos 77 Homens 11 Elegíveis 2 Não aceitaram	2 Homens 9 Mulheres	9 (8,7%)
4	24 Idosos 17 Homens 7 Mulheres	3 Homens 1 Mulher	4 (3,8%)
5	9 Idosos 6 Mulheres 1 Elegível	1 Mulher	1 (1%)
6	20 Mulheres 8 Elegíveis 1 Não aceitou	8 Mulheres	7 (6,7%)
7	106 Idosos 69 Mulheres 10 Elegíveis 1 Não aceitou	10 Mulheres	9 (8,7%)
8	18 Idosos 13 Mulheres 7 Elegíveis	7 Mulheres	7 (6,7%)
9	20 Mulheres 5 Elegíveis	5 Mulheres	5 (4,8%)
10	30 Idosos 7 Mulheres 1 Elegível	1 Mulher	1 (1%)
11	14 Mulheres 6 Elegíveis 1 Não aceitou 1 Desistiu 3 Deficiência auditiva	6 Mulheres	2 (1,9%)
12	16 Idosos 12 Mulheres 4 Elegíveis	4 Mulheres	4 (3,8%)
13	21 Idosos 13 Mulheres 6 Elegíveis	6 Mulheres	6 (5,8%)

Fonte: a autora, 2021.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Pontifícia universidade Católica do Paraná com o parecer nº 3.963.383. No primeiro momento, os participantes receberam informações sobre o termo de esclarecimento livre e esclarecido (TCLE) e orientações sobre as etapas da pesquisa. A seguir, uma única pesquisadora realizou todas as entrevistas avaliativas, individuais com cada idoso, composta por:

- Questões sobre os dados pessoais como idade, sexo, renda, estado conjugal, tempo de permanência onde reside, escolaridade e atividade ocupacional;
- Questões sobre a presença de doenças e outras condições de saúde, nível de dor, por meio do instrumento EVA (Escala visual analógica, de dor). autopercepção de saúde, nível de atividade física, tratamentos de saúde, uso de medicamentos, presença da polifarmácia; Segundo Paula Junior et al. (2013), a polifarmácia pode ser categorizada como pequena, quando de dois a três fármacos; moderado, quando de quatro a cinco; e grande, quando acima de cinco fármacos.
- Versão de 36 itens administrada por entrevistador do WHODAS 2.0. (ANEXO B) sendo considerado para a análise deste estudo os escores gerados para os 6 domínios que o compõem (Cognição; Mobilidade; Autocuidado; Relações interpessoais; Atividades de vida; e Participação), e o escore total, todos com valores percentuais, do cálculo complexo no Excel disponível no site <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule> (OMS, 2015b). Esse instrumento foi aplicado conforme as orientações do manual do *WHO Disability Assessment Schedule* ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514\\_por.pdf?sequence=19](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf?sequence=19));
- Questionário elaborado pelas autoras (APÊNDICE E) e validado por especialistas para avaliar o impacto dos fatores ambientais na funcionalidade dos idosos, na perspectiva da CIF (APÊNDICE F).

Após a finalização da coleta os dados foram revisados, codificados e digitados em um banco e posteriormente submetidos à análise estatística em diferentes níveis mediante abordagens descritiva e analítica. Os resultados das variáveis categóricas foram descritos em frequências absolutas e relativas e das variáveis quantitativas descritos por medidas de tendência central e de dispersão média e desvio padrão, mediana e amplitude interquartil. As variáveis não apresentaram distribuição normal ao teste de Komolgorov-Smirnov.

Para a comparação de variáveis categóricas entre os grupos de idosos institucionalizados e não institucionalizados foi utilizado o teste de Qui-quadrado e para as variáveis que não atingiram o pressuposto do teste, frequência mínima de 5 em cada célula, foi realizado o teste exato de Fisher. No teste Qui-quadrado para as associações 2 por 3 foram analisados os valores dos resíduos ajustados para evidenciar quais categorias apresentaram a significância estatística. As células consideradas com diferenças estatisticamente significativas obtiveram valores críticos de resíduos padronizados ajustados, segundo Bonferroni, maiores que 2,64 e menores que -2,64. Para a comparação de variáveis quantitativas entre os grupos foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney e Kruskal Wallis, como Post-Hoc foi aplicado o Way Anova com comparações Pairwise.

Cada item da WHODAS 2.0 avaliou a quantidade de dificuldade que um participante apresentou, no período de 30 dias, para realizar suas atividades. Para análise dos dados foi utilizada a pontuação complexa que após recodificação recomendada no Manual do WHODAS converteu os resultados em uma métrica variando de 0 a 100, onde, 0= nenhuma incapacidade e 100= incapacidade completa.

Para verificar o impacto dos fatores ambientais (variáveis independentes) na funcionalidade dos idosos (variável dependente), derivada do escore do WHODAS 2.0, foram realizadas análises de regressão logística binária uni e multivariada. A regressão logística binária foi processada para verificar a associação entre os possíveis fatores de risco dos ambientes e a presença de alguma incapacidade nos idosos no período de agosto de 2020 a maio de 2021.

A regressão logística é uma metodologia de modelagem estatística amplamente utilizada para expressar a relação entre uma única variável dependente e diversas variáveis independentes, cuja medida de associação que expressa o risco de incapacidade é a razão de chances (RC) (HAIR et al., 2009; LEE, 1994). As associações foram calculadas pelo método direto (*inserir*) para estimar as razões de chance brutas e ajustadas e os respectivos intervalos de confiança de 95.0% (IC 95.0%). Apenas as variáveis independentes que apresentaram nível de significância inferior ou igual a 0.05 nas análises brutas foram incluídas na análise multivariada. Dessa forma, variáveis não significativas na análise preliminar foram removidas e o modelo foi ajustado. O nível de significância de 0.05 foi o critério adotado para permanência da variável no modelo logístico final.

Os três requisitos para a execução da regressão logística binária são: (1) As variáveis independentes não apresentarem multicolinearidade; (2) ausência de *outliers*; (3) N mínimo de 10 para cada variável independente incluída no modelo (FERNANDES et al., 2021). Na primeira etapa foi realizada a Regressão logística binária, entrada univariada, entre as variáveis independentes, categorias do Questionário dos fatores ambientais da CIF para idosos, e a variável dependente, a funcionalidade (WHODAS 2.0). Na segunda etapa foi realizado o teste de regressão linear para testar a multicolinearidade das variáveis independentes que apresentaram  $p < 0,05$  na primeira etapa. Os valores de Tolerância ficaram acima de 0,1 e os de VIF inferiores a 10, portanto não houve multicolinearidade, ou seja, não houve alta correlação entre as variáveis independentes. Na terceira e última etapa as variáveis independentes foram inseridas no modelo de Regressão Logística Binária Multivariada. A qualidade do ajuste do modelo foi avaliada pela estatística de *Hosmer e Lemeshow* (HOSMER; LEMESHOW; STURDIVANT, 2013). Todas as análises estatísticas foram executadas utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 18.0.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO QUESTIONÁRIO DOS FATORES AMBIENTAIS DA CIF PARA IDOSOS

A pontuação média dos critérios de seleção dos avaliadores foi de 12,8 ( $\pm 0,8$ ) pontos, e a mediana e amplitude interquartil 13(1,5) (TABELA 2).

Tabela 2: Pontuação dos experts que avaliaram o questionário

<i>Experts</i>	Critério1	Critério2	Critério3	Critério4	Critério5	Critério6	Critério7	Total
1º	4	1	2	2	0	1	2	12
2º	4	1	2	2	2	1	2	14
3º	4	0	2	2	2	1	2	13
4º	4	0	2	2	1	1	2	13
5º	4	1	2	2	0	1	2	12

Critérios e pontos: (1) Titulação de mestre: 4; (2) Titulação de mestre com a dissertação direcionada ao conteúdo do modelo biopsicossocial/CIF: 1; (3) Publicação de artigo sobre a CIF em periódicos indexados: 2; (4) Ter pesquisas publicadas sobre a CIF ou conteúdo relevante: 2; (5) Titulação de doutor com tese direcionada ao conteúdo do modelo biopsicossocial/CIF: 2; (6) Experiência clínica de, pelo menos, um ano na temática abordada (modelo biopsicossocial/CIF): 1; e (7) Ter capacitação na prática clínica com o modelo biopsicossocial/CIF: 2.

Fonte: a autora, 2021.

Foram necessárias duas rodadas de avaliações do questionário de Fatores Ambientais da CIF para haver concordância de todas as questões. Na primeira apenas a pergunta referente a categoria e110, Produtos ou substâncias para consumo pessoal, não recebeu no mínimo 80% entre os avaliadores/experts (TABELA 3). Para a segunda rodada (TABELA 4) das avaliações as sugestões realizadas pelos avaliadores nas perguntas com 80% também foram consideradas.

Tabela 3: Primeira rodada de avaliações do questionário elaborado pela autora.

Validação	Avaliação dos <i>Experts</i> – Primeira Rodada					Concordância Interobservadores
	1º	2º	3º	4º	5º	
<b>e110</b>						
Conteúdo	9	8	7	8	7	60%
Construto	9	10	7	8	7	60%
Clareza	9	9	8	4	7	60%
<b>e120</b>						

Conteúdo	10	10	10	9	7	80%
Construto	10	10	10	9	10	100%
Clareza	9	10	10	9	8	100%
e125						
Conteúdo	10	10	10	9	9	100%
Construto	10	10	10	9	10	100%
Clareza	10	10	10	9	9	100%
e140						
Conteúdo	9	9	10	9	10	100%
Construto	9	9	10	9	10	100%
Clareza	8	8	10	9	10	100%
e145						
Conteúdo	9	10	9	9	7	80%
Construto	9	10	9	9	7	80%
Clareza	8	10	10	9	8	100%
e225						
Conteúdo	9	8	9	9	10	100%
Construto	9	8	9	9	10	100%
Clareza	9	8	8	9	10	100%
e240						
Conteúdo	10	8	10	9	10	100%
Construto	10	8	10	9	10	100%
Clareza	10	9	10	9	10	100%
e245						
Conteúdo	10	8	10	10	10	100%
Construto	10	10	10	10	10	100%
Clareza	10	8	8	10	10	100%
e310						
Conteúdo	10	8	10	9	10	100%
Construto	10	8	10	9	10	100%
Clareza	10	8	9	9	7	80%
e320						
Conteúdo	10	8	10	9	10	100%
Construto	10	8	10	9	10	100%
Clareza	10	8	10	9	10	100%
e325						
Conteúdo	9	8	10	9	9	100%
Construto	9	8	10	9	9	100%
Clareza	9	8	10	9	9	100%
e425						

Conteúdo	9	8	9	8	7	80%
Construto	9	8	9	8	7	80%
Clareza	10	9	8	9	7	80%
e330						
Conteúdo	9	9	9	8	10	100%
Construto	9	8	9	8	10	100%
Clareza	8	9	10	8	10	100%
e340						
Conteúdo	9	8	10	9	10	100%
Construto	10	8	10	9	10	100%
Clareza	9	8	9	9	7	80%
e355						
Conteúdo	10	9	10	5	10	80%
Construto	10	8	10	9	10	100%
Clareza	10	9	10	9	9	100%
e450						
Conteúdo	9	8	8	9	7	80%
Construto	9	8	8	9	7	80%
Clareza	9	9	9	9	7	80%
e460						
Conteúdo	8	10	10	8	9	100%
Construto	8	10	10	5	9	80%
Clareza	8	10	10	8	9	100%
e465						
Conteúdo	10	10	10	9	10	100%
Construto	10	10	10	9	10	100%
Clareza	10	8	10	9	7	80%
e570						
Conteúdo	10	9	10	10	10	100%
Construto	10	9	10	10	9	100%
Clareza	10	8	10	10	7	80%
e580						
Conteúdo	10	10	10	9	10	100%
Construto	10	10	10	9	10	100%
Clareza	9	10	9	9	10	100%

---

Fonte: a autora, 2021.

A segunda rodada garantiu a concordância entre os avaliadores de todas as questões. A primeira questão (correspondente a categoria e110) foi reencaminhada para todos os avaliadores novamente por apresentar apenas 60% de concordância.

As sugestões realizadas pelo 4º e 5º Experts nas três e onze questões correspondentes as categorias da CIF assinaladas na Tabela 4 receberam menos de 8 pontos passaram por pequenos ajustes para ficarem de acordo com as sugestões, consideradas pertinentes pelas pesquisadoras.

Tabela 4: Pontuação da segunda rodada de avaliações dos experts para validação do questionário sobre fatores ambientais da CIF.

<b>Avaliação dos Experts – Segunda Rodada (Final)</b>						
<b>Validação</b>	<b>1º</b>	<b>2º</b>	<b>3º</b>	<b>4º</b>	<b>5º</b>	<b>Concordância Interobservadores</b>
<b>e110</b>						
<b>Conteúdo</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
<b>Construto</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
<b>Clareza</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
<b>e120</b>						
Conteúdo	10	10	10	9	10	100%
Construto	10	10	10	9	10	100%
Clareza	9	10	10	9	10	100%
<b>e125</b>						
Conteúdo	10	10	10	9	9	100%
Construto	10	10	10	9	10	100%
Clareza	10	10	10	9	9	100%
<b>e140</b>						
Conteúdo	9	9	10	9	10	100%
Construto	9	9	10	9	10	100%
Clareza	8	8	10	9	10	100%
<b>e145</b>						
Conteúdo	9	10	9	9	10	100%
Construto	9	10	9	9	10	100%
Clareza	8	10	10	9	10	100%
<b>e225</b>						
Conteúdo	9	8	9	9	10	100%
Construto	9	8	9	9	10	100%
Clareza	9	8	8	9	10	100%
<b>e240</b>						
Conteúdo	10	8	10	9	10	100%
Construto	10	8	10	9	10	100%
Clareza	10	9	10	9	10	100%
<b>e245</b>						

Conteúdo	10	8	10	10	10	100%
Construto	10	10	10	10	10	100%
Clareza	10	8	8	10	10	100%
e310						
Conteúdo	10	8	10	9	10	100%
Construto	10	8	10	9	10	100%
Clareza	10	8	9	9	10	100%
e320						
Conteúdo	10	8	10	9	10	100%
Construto	10	8	10	9	10	100%
Clareza	10	8	10	9	10	100%
e325						
Conteúdo	9	8	10	9	9	100%
Construto	9	8	10	9	9	100%
Clareza	9	8	10	9	9	100%
e425						
Conteúdo	9	8	9	8	10	100%
Construto	9	8	9	8	10	100%
Clareza	10	9	8	9	10	100%
e330						
Conteúdo	9	9	9	8	10	100%
Construto	9	8	9	8	10	100%
Clareza	8	9	10	8	10	100%
e340						
Conteúdo	9	8	10	9	10	100%
Construto	10	8	10	9	10	100%
Clareza	9	8	9	9	10	100%
e355						
Conteúdo	10	9	10	10	10	100%
Construto	10	8	10	10	10	100%
Clareza	10	9	10	10	10	100%
e450						
Conteúdo	9	8	8	9	10	100%
Construto	9	8	8	9	10	100%
Clareza	9	9	9	9	10	100%
e460						
Conteúdo	8	10	10	9	10	100%
Construto	8	10	10	9	10	100%
Clareza	8	10	10	9	10	100%
e465						

Conteúdo	10	10	10	9	10	100%
Construto	10	10	10	9	10	100%
Clareza	10	8	10	9	10	100%
e570						
Conteúdo	10	9	10	10	10	100%
Construto	10	9	10	10	10	100%
Clareza	10	8	10	10	10	100%
e580						
Conteúdo	10	10	10	9	10	100%
Construto	10	10	10	9	10	100%
Clareza	9	10	9	9	10	100%

Fonte: a autora, 2021.

Após a segunda etapa de avaliações o questionário versão final aprovado (APÊNDICE F) passou a ser aplicado.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A caracterização da amostra está descrita na Tabela 5.

Tabela 5: Descrição das características individuais e sociodemográficas da população amostral. Curitiba e Região Metropolitana, Paraná, 2021 (n=208).

	Total (n=208)	Não Institucionalizados (n=104)	Institucionalizados (n=104)
<b>SEXO FEMININO</b>	128 (61,5%)	64 (61,5%)	64 (61,5%)
<b>IDADE (anos)</b>	72,6(±8,1)	71(±6,8)	74,25(±8,9)
	72,5(12,7)	71(10)	74(15,50)
Mínimo	60	60	60
Máximo	96	90	96
<b>IDADE ESTRATIFICADA</b>			
60 a 69	81 (38,9%)	45 (43,3%)	36 (34,6%)
70 a 79	88 (42,3%)	48 (46,2%)	40 (38,5%)
Mais de 80	39 (18,8%)	11 (10,6%)	28 (26,9%)
<b>TEMPO NO LAR (meses)</b>	-	-	49,56(±82,21)
			27(40,75)
Mínimo	-	-	1
Máximo	-	-	636
<b>ETNIA</b>			
Branco	157 (75,5%)	79 (76%)	78 (75%)
Pardo	34 (16,3%)	15 (14,4%)	19 (18,3%)
Negro	16 (7,7%)	10 (9,6%)	6 (5,8%)
Amarelo	1 (0,5%)	0 (0%)	1 (1%)
<b>PESO (Kg)</b>	70(16,75)	73,92(±11,34)	69,83(±14,54)
	72,01(±13,14)	71,50(16)	67,50(15,25)

	Mínimo	45	47	45
	Máximo	120	106	120
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>		27,15(±4,66)	28,17(±4,12)	26,13(±4,96)
		26,74 (6,5)	27,37(5,06)	25,11(6,02)
<b>IMC (n%)</b>				
Baixo		2 (1,0%)	0 (0%)	2 (1,92%)
Normal		70 (33,6%)	21 (20,19%)	49 (47,11%)
Sobrepeso		82 (39,4%)	52 (50%)	30 (28,84%)
Obesidade		54 (26,0%)	31 (29,8%)	23 (22,1%)
<b>EXERCÍCIO FÍSICO</b>		151 (72,59%)	84 (80,8%)	67 (64,4%)
Dias da semana		2,4 (±1,92)	2,89 (±1,85)	1,91(±1,88)
		2(4)	3(3)	2(3)
0		57 (27,4%)	20 (19,2%)	37 (35,6%)
1		11 (5,3%)	1 (1%)	10 (9,6%)
2		43 (20,7%)	20 (19,2%)	23 (22,1%)
3		39 (18,8%)	25 (24%)	14 (13,5%)
4		13 (6,3%)	11 (10,6%)	2 (1,9%)
5		39 (18,8%)	23 (22,1%)	16 (15,4%)
6		3 (1,4%)	2 (1,9%)	1 (1%)
7		3 (1,4%)	2 (1,9%)	1 (1%)
Quantas atividades				
1		103 (49,5%)	44 (42,3%)	59 (56,7%)
2		33 (15,8%)	25 (24%)	8 (7,7%)
3 ou mais		15 (7,2%)	15 (14,4%)	0 (0%)
<b>ESCOLARIDADE</b>				
Analfabeto		21 (10,1%)	8 (7,7%)	13 (12,5%)
1 a 4 anos		110 (52,9%)	57 (54,8%)	53 (51%)
5 a 8 anos		14 (6,7%)	10 (9,6%)	4 (3,8%)
9 a 11 anos		38 (18,3%)	17 (16,3%)	21 (20,2%)
12 ou mais		25 (12%)	12 (11,5%)	13 (12,5%)
<b>ESCOLARIDADE ESTRATIFICADA</b>				
Menos de 5 anos		131 (63%)	65 (62,5%)	66 (63,5%)
5 Anos ou mais		77 (37%)	39 (37,5%)	38 (36,5%)
<b>OCUPAÇÃO</b>				
Aposentado		136 (65,38%)	67 (64,4%)	69 (66,3%)
Pensionista		20 (9,61%)	10 (9,6%)	10 (9,6%)
Trabalho Informal		4 (1,92%)	3 (2,9%)	1 (1%)
Trabalho formal		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Do lar		7 (3,36%)	7 (6,7%)	0 (0%)
Empreendedor		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Desempregado		1 (0,48%)	1 (1%)	0 (0%)
Auxílio do governo		18 (8,65%)	1 (1%)	17 (16,3%)
Sem renda/Não lembra		6 (2,88%)	0 (0%)	6 (5,8%)
Aposentado e Pensionista		3 (1,44%)	2 (1,9%)	1 (1%)
Aposentado e trabalho informal		10 (4,80%)	10 (9,6%)	0 (0%)
Aposentado e empreendedor		3 (1,44%)	3 (2,9%)	0 (0%)
<b>RENDA PESSOAL</b>				
Zero		13 (6,3%)	7 (6,7%)	6 (5,8%)
Menos de 1 Salário		17 (8,2%)	1 (1%)	16 (15,4%)
1 a 2 Salários		134 (64,4%)	67 (64,4%)	67 (64,4%)
3 a 4 Salários		28 (13,5%)	22 (21,2%)	6 (5,8%)
5 ou mais		16 (7,7%)	7 (6,7%)	9 (8,7%)
<b>RENDA FAMILIAR</b>				
Não tem acesso		103 (49,5%)	0 (0%)	103 (99%)
1 a 2 Salários		47 (22,6%)	47 (45,2%)	0 (0%)

3 a 4 Salários	43 (20,7%)	43 (41,3%)	0 (0%)
5 ou mais	15 (7,2%)	14 (13,5%)	1 (1%)
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Solteiro	52 (25%)	9 (8,7%)	43 (41,3%)
Casado/União Estável	54 (26%)	54 (51,9%)	0 (0%)
Divorciado	35 (16,8%)	8 (7,7%)	27 (26%)
Viúvo	67 (32,2%)	33 (31,7%)	34 (32,7%)
<b>Estratificado</b>			
Com companheiro	54 (26%)	54 (51,9%)	0 (0%)
Sem companheiro	154 (74%)	50	104 (100%)
<b>RELIGIÃO</b>			
Católico	150 (72,1%)	83 (79,8%)	67 (64,4%)
Evangélico	35 (16,8%)	17 (16,3%)	18 (17,3%)
Espírita	8 (3,8%)	3 (2,9%)	5 (4,8%)
Outros	6 (2,9%)	1 (1%)	5 (4,8%)
Não tem	9 (4,3%)	0 (0%)	9 (8,7%)
<b>MORA SÓ</b>			
Não	181 (87%)	77 (74%)	104 (100%)
Sim	27 (13%)	27 (26%)	0 (0%)
Quantos na casa	-	2,23 (±1,27)	-
		2 (1)	
<b>FILHOS</b>	2,19 (±1,7)	2,94 (±1,6)	1,44 (±1,5)
	2 (2)	3 (2)	1 (2)
Mínimo	0	0	0
Máximo	9	9	7
<b>FILHOS Estratificado</b>			
Não tem filhos	42 (20,2%)	4 (3,8%)	38 (36,5%)
Com filhos	166 (79,8%)	100 (96,1%)	66 (63,5%)
<b>LAZER</b>	183 (88%)	94 (90,4%)	89 (85,6%)
<b>DOR</b>	107(51,4%)	44 (42,3%)	63 (60,5%)
Localização			
Lombar	34 (16,3%)	20 (45,4%)	14 (13,4%)
Joelho	18 (8,6%)	8 (7,6%)	10 (9,6%)
Quadril	11 (5,2%)	3 (2,8%)	8 (7,6%)
Pé/Tornozelo	9 (4,3%)	3 (2,8%)	6 (5,7%)
Pernas	9 (4,3%)	2 (1,9%)	7 (6,7%)
Ombro	7 (3,3%)	4 (3,8%)	3 (2,8%)
Mão/Punho	6 (2,8%)	0 (0%)	6 (5,7%)
Corpo em geral	13 (6,2%)	4 (3,8%)	9 (8,6%)
<b>DOENÇAS</b>			
<b>ASSOCIADAS</b>	200 (96,15%)	99 (95,2%)	101 (97,1%)
Uma	24 (11,5%)	14 (13,4%)	10 (9,6%)
Duas	36 (17,3%)	15 (14,4%)	22 (21,2%)
Três	22 (10,5%)	14 (13,4%)	8 (7,7%)
Quatro ou mais	118 (56,7%)	56 (53,8%)	61 (58,7%)
<b>DOENÇAS</b>			
HAS	143 (68,8%)	70 (67,3%)	73 (70,2%)
Diabetes	51 (24,5%)	29 (27,9%)	22 (21,2%)
Hipotireoidismo	22 (10,5%)	14 (13,5%)	8 (7,7%)
Hipertireoidismo	7 (3,4%)	7 (6,7%)	0 (0%)
Artrose	71 (34,1%)	38 (36,5%)	33 (31,7%)
<b>TRATAMENTO</b>			
<b>MEDICAMENTOSO</b>	198 (95,2%)	97 (93,3%)	101 (97,1%)
Mínimo	0	0	0
Máximo	15	10	15
<b>Quantidade</b>			
Não soube dizer	13 (6,2%)	0 (0%)	13 (12,5%)
1 Medicamento	26 (12,5%)	20 (19,2%)	6 (5,8%)
<b>POLIFARMÁCIA</b>			
Pequeno (2 a 3)	59 (28,3%)	35 (33,6%)	24 (23,1%)

Moderado (4 a 5)	51 (24,5%)	27 (25,9%)	24 (23,1%)
Grande (>5)	49 (23,5%)	15 (14,4%)	34 (32,7%)
<b>TABAGISTA</b>			
Sim	26 (12,6%)	3 (2,9%)	23 (22,1%)
Não	133 (64,6%)	80 (76,9%)	54 (51,9%)
Ex	47 (22,8%)	21 (20,2%)	27 (26,0%)
<b>ETILISTA</b>			
Sim	1 (0,5%)	0 (0%)	1 (1%)
Não	194 (93,3%)	102 (98,1%)	92 (88,5%)
Ex	13 (6,3%)	2 (1,9%)	11 (10,6%)
<b>ACESSO A SAÚDE</b>			
Plano de saúde	59 (21,8%)	36 (34,6%)	23 (22,1%)
SUS	133 (49,1%)	62 (59,6%)	71 (68,3%)
Particular	8 (3%)	5 (4,8%)	3 (2,9%)
SUS e Particular	8 (3%)	1 (0,9%)	7 (6,7%)
<b>AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE</b>			
Muito boa/ Excelente	50 (24%)	29 (27,8%)	21 (20,2%)
Boa	88 (42,3%)	49 (47,1%)	39 (37,5%)
Regular	55 (26,4%)	24 (23,1%)	31 (29,8%)
Ruim	15 (7,2%)	2 (1,9%)	13 (12,5%)
<b>PROCEDÊNCIA</b>			
Curitiba	92 (44,2%)	8 (7,6%)	84 (80,8%)
Pinhais	93 (44,7%)	93 (89,4%)	0 (0%)
Piraquara	2 (1%)	2 (1,9%)	0 (0%)
SJP	20 (9,6%)	1 (1%)	19 (18,3%)
Araucária	1 (0,5%)	0 (0%)	1 (1%)

Fonte: a autora, 2021.

Nota: Os dados categóricos são apresentados com números absolutos e porcentagens e as variáveis contínuas são relatadas com medianas e I e III quartis, e médias e desvios padrões.

O teste Mann Whitney apontou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis quantitativas Idade e o índice de massa corpórea (IMC) entre os grupos, com  $p < 0,005$ .

O teste Qui-quadrado ou o de Fisher foram executados (TABELA 6) para verificar a associação das variáveis qualitativas e ser ou não institucionalizado. Na tabela 6 foram expostas apenas as variáveis com  $p < 0,05$ .

Tabela 6: Teste Qui-quadrado entre os grupos e as variáveis de caracterização da amostra.

Qui-Quadrado	X <sup>2</sup>	p-valor	Fisher	Post-Hoc
<b>Idade estratificada 80 mais</b>	<b>9,12</b>	<b>0,01</b>	-	<b>-3,0</b>
<b>IMC-Risco de Comorbidades**</b>	<b>21,08</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	
Normal- Moderado				<b>-4,1</b>
Sobrepeso-Aumentado				<b>3,1</b>
<b>Exercício Físico</b>	<b>6,98</b>	<b>0,008</b>	-	-
<b>Quantas atividades</b>	<b>31,01</b>	<b>&lt;0,0001</b>		
<b>Estado civil</b>	<b>72,93</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	
Solteiro				<b>-5,4</b>

Casado				8,5
Divorciado				-3,5
<b>Filhos**</b>	<b>34,48</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	-
<b>Religião**</b>	<b>9,40</b>	<b>0,002</b>	<b>0,003</b>	-
<b>Renda pessoal**</b>	<b>22,7</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	
Menos de 1 salário				-3,8
3 a 4 Salários				3,3
<b>Quantidade de medicamentos</b>	<b>31,59</b>	<b>&lt;0,0001</b>		
Não soube dizer				-3,7
1 Medicamento				2,9
<b>Tabagismo**</b>	<b>21,38</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	
Sim				3,8
Não				-4,2
Hipertireoidismo**	7,24	0,007	0,01	-

Fonte: a autora, 2021.

\*\*Os itens não atingiram o pressuposto do Teste Qui-Quadrado, ou seja, não há a frequência mínimo de 5 esperada em cada célula, portanto o Teste de Fisher foi realizado.

### 5.3 FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS E INSTITUCIONALIZADOS

Na Tabela 7 estão descritos os estados de funcionalidade dos idosos de acordo com o WHODAS 2.0, o nível de dor pela EVA e o estado cognitivo por meio do MEEM.

Tabela 7: Resultados do MEEM, EVA, WHODAS 2.0 Cálculo complexo no Excel. WHODAS 2.0 Dicotomizado em sem incapacidade e alguma incapacidade, WHODAS 2.0 Estratificado em sem dificuldade, dificuldade leve, moderado, grave e extrema/completa.

Instrumentos	Total (n=208)	Não Institucionalizados (n=104)	Institucionalizados (n=104)
<b>MEEM</b>	25,53(±3,28) 26(10,79)	26,46(±2,78) 27(4)	24,60(±3,49) 25(6)
<b>EVA</b>	3,07(±3,49) 1(12,18)	2,18(±2,94) 0(5)	3,95(±3,77) 4(8)
<b>EVA</b> Estratificada			
Sem dor	101 (48,6%)	60 (57,6%)	41 (39,4%)
Dor Leve	12 (5,8%)	5 (4,8%)	7 (6,7%)
Dor Moderada	58 (27,9%)	30 (28,8%)	28 (26,9%)
Dor Intensa	37 (17,8%)	9 (8,6%)	28 (26,9%)
<b>WHODAS 2.0</b>	16,19(±16,47)	6,83(±7,43)	25,23(±17,70)
Cálculo Complexo	9,30 (271,36)	4,88(7,24)	21,86(28,74)
Mínimo	0%	0%	0%
Máximo	80,94%	43,44%	80,94%
<b>DOMÍNIOS DO WHODAS</b>			
<b>Cognição</b>	13,70(±15,12) 8,33(228,84)	12,10(±12,12) 8,33(20,83)	15,16(17,57) 8,33(20,83)

	Mínimo	0%	0%	0%
	Máximo	87,50%	50%	87,50%
<b>Mobilidade</b>		21,35(±27,79)	9,38(±15,47)	32,70(±31,92)
		10(772,33)	0(10)	25(60)
	Mínimo	0%	0%	0%
	Máximo	100%	75%	100%
<b>Autocuidado</b>		13,85(±	2,34(±5,85)	24,69(±25,14)
			0 (0)	18,75(43,75)
	Mínimo	0%	0%	0%
	Máximo	93,75%	31,25%	93,75%
<b>Relações</b>			6,01(±9,31)	17,55(±16,84)
<b>Interpessoais</b>			0(10)	20(25)
	Mínimo	0%	0%	0%
	Máximo	85%	45%	85%
<b>Atividades De Vida</b>			3,22(±6,24)	43,90(±32,18)
			0(5,47)	50(37,50)
	Mínimo	0%	0%	0%
	Máximo	100%	31,25%	100%
<b>Participação</b>			7,96(±13,80)	17,37(±16,77)
			3,13(12,50)	15,63(25,78)
	Mínimo	0%	0%	0%
	Máximo	96,88%	96,88%	68,75%
<b>WHODAS 2.0</b>				
	Dicotômico			
Nenhuma dificuldade		69 (33,2%)	53 (51%)	16 (15,4%)
Alguma dificuldade		139 (66,8%)	51 (49%)	88 (84,6%)
<b>Cognição</b>				
Nenhuma dificuldade		77 (37%)	40 (38,5%)	37 (35,6%)
Alguma dificuldade		131 (63%)	64 (61,5%)	67 (64,4%)
<b>Mobilidade</b>				
Nenhuma dificuldade		86 (41,3%)	54 (51,9%)	32 (30,8%)
Alguma dificuldade		122 (58,7%)	50 (48,1%)	72 (69,2%)
<b>Autocuidado</b>				
Nenhuma dificuldade		120 (57,7%)	85 (81,7%)	35 (33,7%)
Alguma dificuldade		88 (42,3%)	19 (18,3%)	69 (66,3%)
<b>Relações</b>				
<b>Interpessoais</b>				
Nenhuma dificuldade		91(43,8%)	60 (57,7%)	31 (29,8%)
Alguma dificuldade		117(56,3%)	44 (42,3%)	73 (70,2%)
<b>Atividades De Vida</b>				
Nenhuma dificuldade		100(48,1%)	78 (75%)	22 (21,2%)
Alguma dificuldade		108(51,9%)	26 (25%)	82 (78,8%)
<b>Participação</b>				
Nenhuma dificuldade		91(43,8%)	60 (57,7%)	31 (29,8%)
Alguma dificuldade		117(56,3%)	44 (42,3%)	73 (70,2%)
<b>WHODAS 2.0</b>				
	Estratificado			
Nenhuma dificuldade		69(33,2%)	53 (51%)	16 (15,4%)
Leve		86(41,3%)	48 (46,2%)	38 (36,5%)
Moderada		44(21,2%)	3 (2,9%)	41 (39,4%)
Grave		9(4,3%)	0 (0%)	9 (8,7%)
Extrema/Completa		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Cognição</b>				

Nenhuma dificuldade	77 (37%)	40 (38,5%)	37 (35,6%)
Leve	91 (43,8%)	47 (45,2%)	44 (42,3%)
Moderada	31 (14,9%)	16 (15,4%)	15 (14,4%)
Grave	9 (4,3%)	1 (1%)	8 (7,7%)
Extrema/Completa	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Mobilidade</b>			
Nenhuma dificuldade	86 (41,3%)	54 (51,9%)	32 (30,8%)
Leve	55 (26,4%)	37 (35,6%)	18 (17,3%)
Moderada	23 (11,1%)	8 (7,7%)	15 (14,4%)
Grave	39 (18,8%)	5 (4,8%)	34 (32,7%)
Extrema/Completa	5 (2,4%)	0 (0%)	5 (4,8%)
<b>Autocuidado</b>			
Nenhuma dificuldade	120 (57,7%)	85 (81,7%)	35 (33,7%)
Leve	33 (15,9%)	16 (15,4%)	17 (16,3%)
Moderada	31 (14,9%)	3 (2,9%)	28 (26,9%)
Grave	24 (11,5%)	0 (0%)	24 (23,1%)
Extrema/Completa	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Relações</b>			
<b>Interpessoais</b>			
Nenhuma dificuldade	91 (43,8 %)	60 (57,7%)	31 (29,8%)
Leve	79 (38%)	36 (34,6%)	43 (41,3%)
Moderada	33(15,9%)	8 (7,7%)	25 (24%)
Grave	5(2,4%)	0 (0%)	5 (4,8%)
Extrema/Completa	0(0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Atividades De Vida</b>			
Nenhuma dificuldade	100(48,1%)	78 (75%)	22 (21,2%)
Leve	29(13,9%)	23 (22,1%)	6 (5,8%)
Moderada	14(6,7%)	3 (2,9%)	11 (10,6%)
Grave	50(24%)	0 (0%)	50 (48,1%)
Extrema/Completa	15(7,2%)	0 (0%)	15 (14,4%)
<b>Participação</b>			
Nenhuma dificuldade	91 (43,8%)	60 (57,7%)	31 (29,8%)
Leve	77 (37%)	35 (33,7%)	42 (40,4%)
Moderada	31 (14,9%)	6 (5,8%)	25 (24%)
Grave	8 (3,8%)	2 (1,9%)	6 (5,8%)
Extrema/Completa	1 (0,5%)	1 (1%)	0 (0%)

Fonte: A autora 2021. Cálculo complexo do WHODAS 2.0 disponível no site <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>.

O teste de Mann Whitney evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de idosos para as variáveis EVA, MEEM e WHODAS 2.0 total (cálculo complexo), entre os 6 domínios do WHODAS 2.0 apenas o domínio Cognição não apresentou diferença estatisticamente significativa (TABELA 8).

Tabela 8: Teste *Mann Whitney* para as variáveis EVA, MEEM, WHODAS 2.0, resultado do cálculo complexo, entre grupos.

<b>Mann Whitney</b>	<b>p</b>
EVA	0,008
MEEM	0,005
WHODAS 2.0	<0,0001
Participação	<0,0001
Atividades de Vida	<0,0001

Autocuidado	<0,0001
Cognição	0,722
Mobilidade	<0,0001
Relações Interpessoais	<0,0001

Fonte: a autora, 2021.

Na tabela 9 estão expostas as variáveis de caracterização da amostra que apresentaram diferenças estatisticamente significativas na funcionalidade dos dois grupos de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Tabela 9: Funcionalidade no grupo dos idosos Institucionalizados e não institucionalizados de acordo com os dados da caracterização da amostra.

<b>Mann Whitney/ Kruskal-Wallis</b>	Whodas 2.0 Institucionalizados (Mediana e AI)	p-valor	Post-Hoc p-valor	Whodas 2.0 Não Institucionalizados (Mediana e AI)	p-valor	Post- Hoc p-valor
<b>Idade (anos)</b>						
1. 60 a 69	15,69 (22,91)			6,49 (7,59)		
2. 70 a 79	21,85 (25)	0,003	1 e 3 0,002	3,33 (6,26)	0,08	
3. 80 mais	39,89 (28,57)			4,17 (11,74)		
<b>Sexo</b>						
Masculino	15,22 (25,80)	0,002		3,71 (7,84)	0,66	
Feminino	31,42 (24,62)			5,21 (6,96)		
<b>IMC</b>						
Normal	17,92 (27,66)	0,02		3,13 (7,24)	0,18	
Alterado	33,68 (28,64)			5,28 (6,56)		
<b>Filhos</b>						
Sem	28,61 (26,57)	0,04		10,45 (20,05)	0,53	
Com	16,91 (31,78)			4,88 (7,14)		
<b>Lazer</b>						
Não	47,81 (18,51)	<0,001		6,74 (12,07)	0,20	
Sim	19,79 (28,75)			4,70 (7,31)		
<b>Medicamentos</b>						
Não	1,39 (0)	0,007		2,71 (6,53)	0,21	
Sim	22,81 (28,05)			5,14 (7,22)		
<b>Polifarmácia</b>						
Não faz uso	7,92 (16,01)	0,01	0,006	2,74 (5,14)	0,06	
Grande (>5)	31,98 (22,78)			7,53 (8,99)		
<b>Autoavaliação</b>						
1 Muito boa	7,12 (17,41)	<0,001	1 e 3 <0,001	4,27 (6,01)		1 e 3
2 Boa	17,92 (25,80)		1 e 4 0,002	4,17 (7,39)	0,01	0,05
3 Regular	37,12 (20,56)		2 e 4 0,04	7,70 (13,97)		
4 Ruim	34,93 (57,80)		2 e 3 0,008	15,45 (0)		

Fonte: a autora, 2021. Nota: Amplitude Interquartil (AI).

O teste de Qui-Quadrado evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de idosos para as variáveis EVA estratificada em sem dor, dor leve, moderada e intensa, WHODAS 2.0 resultados dicotômico, entre os 6 domínios do WHODAS 2.0 apenas o domínio Cognição não apresentou diferença estatisticamente significativa (TABELA 10).

Tabela 10: Teste *Qui-Quadrado* para as variáveis EVA estratificada, WHODAS 2.0, resultado dicotomizado, entre grupos.

<b>Qui-Quadrado</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>	<b>Post Hoc</b>
EVA Estratificada	13,73	0,003	
Dor intensa			-3,4
WHODAS 2.0 Dicotômico	29,69	<0,0001	
Participação	16,43	<0,0001	
Atividades de Vida	60,39	<0,0001	
Autocuidado	49,24	<0,0001	
Cognição	0,186	0,667	
Mobilidade	9,59	0,002	
Relações Interpessoais	16,43	<0,0001	

Fonte: a autora, 2021.

#### 5.4 FATORES AMBIENTAIS CONSIDERADOS BARREIRAS OU FACILITADORES NA FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS E INSTITUCIONALIZADOS

Os qualificadores coletados por meio do Questionário dos fatores ambientais da CIF para idosos estão representados nas Tabelas 11, 12 e 14. Os qualificadores de .4 a +4, começando com o 0 (não facilita e não dificulta), com os dados dos 208 idosos estão na Tabela 11, os dados dos 104 idosos não institucionalizados na Tabela 12 e dos 104 idosos institucionalizados na Tabela 14, representados no formato coletado durante as entrevistas.

Tabela 11: Fatores ambientais considerados barreiras, facilitadores, ou nem barreiras ou facilitadores para os Idosos não institucionalizados e institucionalizados, graduados de .4 a +4.

CATEGORIAS DA CIF		QUALIFICADORES								
		0	.4	.3	.2	.1	+1	+2	+3	+4
e110	Produtos ou substâncias para consumo pessoal	1(0,5)	0(0)	2(1)	5(2,4)	4(1,9)	3(1,4)	38(18,3)	22(10,6)	133(63,9)
e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	2(1)	3(1,4)	6(2,9)	8(3,8)	2(1)	7(3,4)	16(7,7)	18(8,7)	146(70,2)
e125	Produtos e tecnologias para comunicação	2(1)	3(1,4)	3(1,4)	4(1,9)	2(1)	4(1,9)	27(13)	28(13,5)	135(64,9)
e140	Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas	53(25,5)	0(0)	6(2,9)	2(1)	4(1,9)	2(1)	14(6,7)	8(3,8)	119(57,2)
e145	Produtos e tecnologias para a prática religiosa e vida espiritual	21(10,1)	2(1)	9(4,3)	4(1,9)	4(1,9)	0(0)	7(3,4)	9(4,3)	152(73,1)
e225	Clima	41(19,7)	7(3,4)	11(5,3)	26(12,5)	14(6,7)	3(1,4)	30(14,4)	7(3,4)	69(33,2)
e240	Luz	14(6,7)	2(1)	3(1,4)	5(2,4)	4(1,9)	1(0,5)	13(6,3)	3(1,4)	163(78,4)
e245	Mudanças relacionadas ao tempo	128(61,5)	3(1,4)	4(1,9)	6(2,9)	5(2,4)	3(1,4)	6(2,9)	2(1)	51(24,5)
e310	Família Imediata	27(13)	8(3,8)	3(1,4)	4(1,9)	6(2,9)	3(1,4)	20(9,6)	16(7,7)	121(58,2)
e320	Amigos	27(13)	3(1,4)	3(1,4)	2(1)	6(2,9)	10(4,8)	37(17,8)	17(8,2)	103(49,5)
e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	43(20,7)	5(2,4)	4(1,9)	3(1,4)	4(1,9)	11(5,3)	38(18,3)	25(12)	75(36,1)
e425	Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	33(15,9)	9(4,3)	4(1,9)	8(3,8)	3(1,4)	5(2,4)	47(22,6)	21(10,1)	78(37,5)
e330	Pessoas em posição de autoridade	42(20,2)	4(1,9)	3(1,4)	5(2,4)	3(1,4)	11(5,3)	39(18,8)	20(9,6)	81(38,9)
e340	Cuidadores e assistentes pessoais	53(25,5)	1(0,5)	1(0,5)	1(0,5)	0(0)	4(1,9)	14(6,7)	19(9,1)	115(55,3)
e355	Profissionais da saúde	2(1)	2(1)	1(0,5)	2(1)	1(0,5)	9(4,3)	26(12,5)	29(13,9)	136(65,4)
e450	Atitudes individuais dos profissionais de saúde	6(2,9)	1(0,5)	2(1)	5(2,4)	0(0)	2(1)	24(11,5)	29(13,9)	139(66,8)
e460	Atitudes sociais	42(20,2)	4(1,9)	23(11,1)	24(11,5)	6(2,9)	5(2,4)	38(18,3)	20(9,6)	46(22,1)
e465	Normas, práticas e ideologias sociais	52(25)	2(1)	31(14,9)	22(10,6)	2(1)	6(2,9)	27(13)	21(10,1)	45(21,6)
e570	Serviços, sistemas e políticas da previdência social	17(8,2)	11(5,3)	11(5,3)	16(7,7)	3(1,4)	11(5,3)	26(12,5)	17(8,2)	96(46,2)
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde	2(1)	2(1)	1(0,5)	8(3,8)	1(0,5)	2(1)	25(12)	19(9,1)	148(71,2)

Fonte: a autora, 2021.

Tabela 12: Fatores ambientais considerados barreiras, facilitadores, ou nem barreiras ou facilitadores para os Idosos não institucionalizados, graduados de .4 a +4.

CATEGORIAS DA CIF		QUALIFICADORES								
Fatores ambientais		0	.4	.3	.2	.1	+1	+2	+3	+4
e110	Produtos ou substâncias para consumo pessoal	1(1)	0(0)	1(1)	2(1,9)	1(1)	2(1,9)	20(19,2)	9(8,7)	68(65,4)
e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	1(1)	2(1,9)	3(2,9)	2(1,9)	0(0)	5(4,8)	5(4,8)	7(6,7)	79(76)
e125	Produtos e tecnologias para comunicação	1(1)	0(0)	0(0)	1(1)	0(0)	1(1)	15(14,4)	15(14,4)	71(68,3)
e140	Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas	35(33,7)	0(0)	1(1)	1(1)	1(1)	0(0)	7(6,7)	6(5,8)	53(51)
e145	Produtos e tecnologias para a prática religiosa e vida espiritual	8(7,7)	0(0)	1(1)	1(1)	0(0)	0(0)	2(1,9)	3(2,9)	89(85,6)
e225	Clima	27(26)	4(3,8)	4(3,8)	13(12,5)	8(7,7)	0(0)	19(18,3)	5(4,8)	24(23,1)
e240	Luz	9(8,7)	0(0)	2(1,9)	4(3,8)	3(2,9)	0(0)	4(3,8)	2(1,9)	80(76,9)
e245	Mudanças relacionadas ao tempo	61(58,7)	1(1)	1(1)	5(4,8)	2(1,9)	1(1)	4(3,8)	2(1,9)	27(26)
e310	Família Imediata	4(3,8)	1(1)	0(0)	0(0)	1(1)	0(0)	9(8,7)	6(5,8)	83(79,8)
e320	Amigos	11(10,6)	1(1)	1(1)	0(0)	1(1)	2(1,9)	21(20,2)	7(6,7)	60(57,7)
e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	20(19,2)	3(2,9)	1(1)	1(1)	0(0)	4(3,8)	16(15,4)	15(14,4)	44(42,3)
e425	Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	22(21,2)	4(3,8)	2(1,9)	3(2,9)	0(0)	2(1,9)	17(16,3)	11(10,6)	43(41,3)
e330	Pessoas em posição de autoridade	25(24)	0(0)	0(0)	3(2,9)	1(1)	5(4,8)	13(12,5)	8(7,7)	49(47,1)
e340	Cuidadores e assistentes pessoais	50(48,1)	0(0)	0(0)	1(1)	0(0)	2(1,9)	2(1,9)	4(3,8)	45(43,3)
e355	Profissionais da saúde	1(1)	2(1,9)	0(0)	0(0)	1(1)	3(2,9)	11(10,6)	16(15,4)	70(67,3)
e450	Atitudes individuais dos profissionais de saúde	6(5,8)	1(1)	1(1)	2(1,9)	0(0)	1(1)	7(6,7)	16(15,4)	70(67,3)
e460	Atitudes sociais	35(33,7)	2(1,9)	6(5,8)	14(13,5)	4(3,8)	3(2,9)	19(18,3)	10(9,6)	11(10,6)
e465	Normas, práticas e ideologias sociais	39(37,5)	1(1)	16(15,4)	10(9,6)	0(0)	2(1,9)	11(10,6)	10(9,6)	15(14,4)
e570	Serviços, sistemas e políticas da previdência social	11(10,6)	5(4,8)	2(1,9)	4(3,8)	2(1,9)	5(4,8)	9(8,7)	8(7,7)	58(55,8)
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde	2(1,9)	1(1)	0(0)	3(2,9)	0(0)	0(0)	11(10,6)	11(10,6)	76(73,1)

Fonte: a autora, 2021.

Quando considerados barreiras os idosos foram questionados quanto ao motivo, conforme instruções contidas na própria CIF, se a presença ou à ausência do Fator ambiental impactava na sua vida funcional. Assim como, a dimensão dessa

barreira (.4 a +4), qual a frequência (grande ou pequena) com que esse fator dificulta a vida funcional daquela pessoa e se a condição do fator ambiental ser uma barreira poderia ser evitado ou não. Estas informações estão nas tabelas 13 e 15, idosos não institucionalizados e institucionalizados respectivamente (CIF, 2003; pg. 262).

Tabela 13: Motivos, frequências e possibilidade de alteração das condições limitantes relacionadas aos fatores ambientais considerados barreiras pelos idosos não institucionalizados

<b>Categorias</b>	<b>Alguma Barreira</b>	<b>Presença deste fator</b>	<b>Ausência deste fator</b>	<b>Frequência Grande</b>	<b>Frequência Pequena</b>	<b>Evitável</b>	<b>Não Evitável</b>
<b>e110</b>	4 (3,9)	3 (2,9)	1 (1)	3 (2,9)	1 (1)	3 (2,9)	1 (1)
<b>e120</b>	7 (6,7)	3 (2,9)	4 (3,8)	0 (0)	7 (6,7)	6 (5,8)	1 (1)
<b>e125</b>	1 (1)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	0 (0)
<b>e140</b>	2 (1,9)	2 (1,9)	0 (0)	2 (1,9)	0 (0)	0 (0)	2 (1,9)
<b>e145</b>	2 (1,9)	1 (1)	1 (1)	2 (1,9)	0 (0)	1 (1)	1 (1)
<b>e225</b>	29 (27,9)	22 (21,2)	7 (6,7)	12 (11,5)	17 (16,3)	14 (13,5)	15 (14,4)
<b>e240</b>	9 (8,7)	5 (4,8)	4 (3,8)	5 (4,8)	4 (3,8)	7 (6,7)	2 (1,9)
<b>e245</b>	9 (8,7)	9 (8,7)	0 (0)	2 (1,9)	7 (6,7)	6 (5,8)	3 (2,9)
<b>e310</b>	2 (1,9)	0 (0)	2 (1,9)	1 (1)	1 (1)	2 (1,9)	0 (0)
<b>e320</b>	3 (2,9)	0 (0)	3 (2,9)	1 (1)	2 (1,9)	2 (1,9)	1 (1)
<b>e325</b>	5 (4,8)	0 (0)	5 (4,8)	1 (1)	4 (3,8)	3 (2,9)	2 (1,9)
<b>e425</b>	9 (8,7)	2 (1,9)	7 (6,7)	3 (2,9)	6 (5,8)	6 (5,8)	3 (2,9)
<b>e330</b>	4 (3,8)	0 (0)	4 (3,8)	2 (1,9)	2 (1,9)	4 (3,8)	0 (0)
<b>e340</b>	1 (1)	0 (0)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	0 (0)
<b>e355</b>	3 (2,9)	0 (0)	3 (2,9)	2 (1,9)	1 (1)	3 (2,9)	0 (0)
<b>e450</b>	4 (3,8)	1 (1)	3 (2,9)	3 (2,9)	1 (1)	4 (3,8)	0 (0)
<b>e460</b>	26 (25)	13 (12,5)	13 (12,5)	16 (15,4)	10 (9,6)	25 (24)	1 (1)
<b>e465</b>	26 (25)	8 (7,7)	18 (17,3)	23 (22,1)	3 (2,9)	25 (24)	1 (1)
<b>e570</b>	13 (12,5)	2 (1,9)	11 (10,6)	9 (8,7)	4 (3,8)	12 (11,5)	1 (1)
<b>e580</b>	3 (2,9)	1 (1)	2 (1,9)	3 (2,9)	0 (0)	3 (2,9)	0 (0)

Fonte: A autora 2021

Tabela 14: Fatores ambientais considerados barreiras, facilitadores, ou nem barreiras ou facilitadores para os Idosos institucionalizados, graduados de .4 a +4.

CATEGORIAS DA CIF		QUALIFICADORES								
Fatores ambientais		0	.4	.3	.2	.1	+1	+2	+3	+4
e110	Produtos ou substâncias para consumo pessoal	0(0)	0(0)	1(1)	3(2,9)	3(2,9)	1(1)	18(17,3)	13(12,5)	65(62,5)
e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	1(1)	1(1)	3(2,9)	6(5,8)	2(1,9)	2(1,9)	11(10,6)	11(10,6)	67(64,4)
e125	Produtos e tecnologias para comunicação	1(1)	3(2,9)	3(2,9)	3(2,9)	2(1,9)	3(2,9)	12(11,5)	13(12,5)	64(61,5)
e140	Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas	18(17,3)	0(0)	5(4,8)	1(1)	3(2,9)	2(1,9)	7(6,7)	2(1,9)	66(63,5)
e145	Produtos e tecnologias para a prática religiosa e vida espiritual	13(12,5)	2(1,9)	8(7,7)	3(2,9)	4(3,8)	0(0)	5(4,8)	6(5,8)	63(60,6)
e225	Clima	14(13,5)	3(2,9)	7(6,7)	13(12,5)	6(5,8)	3(2,9)	11(10,6)	2(1,9)	45(43,3)
e240	Luz	5(4,8)	2(1,9)	1(1)	1(1)	1(1)	1(1)	9(8,7)	1(1)	83(79,8)
e245	Mudanças relacionadas ao tempo	67(64,4)	2(1,9)	3(2,9)	1(1)	3(2,9)	2(1,9)	2(1,9)	0(0)	24(23,1)
e310	Família Imediata	23(22,1)	7(6,7)	3(2,9)	4(3,8)	5(4,8)	3(2,9)	11(10,6)	10(9,6)	38(36,5)
e320	Amigos	16(15,4)	2(1,9)	2(1,9)	2(1,9)	5(4,8)	8(7,7)	16(15,4)	10(9,6)	43(41,3)
e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	23(22,1)	2(1,9)	3(2,9)	2(1,9)	4(3,8)	7(6,7)	22(21,2)	10(9,6)	31(29,8)
e425	Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	11(10,6)	5(4,8)	2(1,9)	5(4,8)	3(2,9)	3(2,9)	30(28,8)	10(9,6)	35(33,7)
e330	Pessoas em posição de autoridade	17(16,3)	4(3,8)	3(2,9)	2(1,9)	2(1,9)	6(5,8)	26(25)	12(11,5)	32(30,8)
e340	Cuidadores e assistentes pessoais	3(2,9)	1(1)	1(1)	0(0)	0(0)	2(1,9)	12(11,5)	15(14,4)	70(67,3)
e355	Profissionais da saúde	1(1)	0(0)	1(1)	2(1,9)	0(0)	6(5,8)	15(14,4)	13(12,5)	66(63,5)
e450	Atitudes individuais dos profissionais de saúde	0(0)	0(0)	1(1)	3(2,9)	0(0)	1(1)	17(16,3)	13(12,5)	69(66,3)
e460	Atitudes sociais	7(6,7)	2(1,9)	17(16,3)	10(9,6)	2(1,9)	2(1,9)	19(18,3)	10(9,6)	35(33,7)
e465	Normas, práticas e ideologias sociais	13(12,5)	1(1)	15(14,4)	12(11,5)	2(1,9)	4(3,8)	16(15,4)	11(10,6)	30(28,8)
e570	Serviços, sistemas e políticas da previdência social	6(5,8)	6(5,8)	9(8,7)	12(11,5)	1(1)	6(5,8)	17(16,3)	9(8,7)	38(36,5)
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde	0(0)	1(1)	1(1)	5(4,8)	1(1)	2(1,9)	14(13,5)	8(7,7)	72(69,2)

Tabela 15: Motivos, frequências e possibilidade de alteração da condição limitante, relacionados aos fatores ambientais considerados barreiras pelos idosos institucionalizados

Categories	Alguma Barreira	Presença deste fator	Ausência deste fator	Frequência Grande	Frequência Pequena	Evitável	Não Evitável
e110	7 (6,7)	5 (4,8)	2 (1,9)	3 (2,9)	4 (3,8)	4 (3,8)	3 (2,9)
e120	12 (11,5)	10 (9,6)	2 (1,9)	8 (7,7)	4 (3,8)	8 (7,7)	4 (3,8)
e125	11 (10,6)	2 (1,9)	9 (8,7)	9 (8,7)	2 (1,9)	8 (7,7)	3 (2,9)
e140	9 (8,7)	4 (3,8)	5 (4,8)	4 (3,8)	5 (4,8)	7 (6,7)	2 (1,9)
e145	17 (16,3)	5 (4,8)	12 (11,5)	11 (10,6)	6 (5,8)	13 (12,5)	4 (3,8)
e225	29 (27,9)	28 (26,9)	1 (1)	16 (15,4)	13 (12,5)	13 (12,5)	16 (15,4)
e240	6 (5,8)	4 (3,8)	2 (1,9)	5 (4,8)	1(1)	5 (4,8)	1 (1)
e245	9 (8,7)	8 (7,7)	1 (1)	5 (4,8)	4 (3,8)	2 (1,9)	7 (6,7)
e310	19 (18,3)	0 (0)	19 (18,3)	11 (10,6)	8 (7,7)	13 (12,5)	6 (5,8)
e320	11 (10,6)	0 (0)	11 (10,6)	4 (3,8)	7 (6,7)	7 (6,7)	4 (3,8)
e325	11 (10,6)	0 (0)	11 (10,6)	6 (5,8)	5 (4,8)	6 (5,8)	5 (4,8)
e425	15 (14,4)	10 (9,6)	5 (4,8)	5 (4,8)	10 (9,6)	6 (5,8)	9 (8,7)
e330	11 (10,6)	0 (0)	11 (10,6)	7 (6,7)	4 (3,8)	10 (9,6)	1 (1)
e340	2 (1,9)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)
e355	3 (2,9)	0 (0)	3 (2,9)	3 (2,9)	0 (0)	3 (2,9)	0 (0)
e450	3 (2,9)	0 (0)	3 (2,9)	1 (1)	2 (1,9)	3 (2,9)	0 (0)
e460	31 (29,8)	18 (17,3)	13 (12,5)	23 (22,1)	8 (7,7)	25 (24)	6 (5,8)
e465	30 (28,9)	9 (8,7)	21 (20,2)	25 (24)	5 (4,8)	25 (24)	5 (4,8)
e570	28 (27)	14 (13,5)	14 (13,5)	22 (21,2)	6 (5,8)	21 (20,2)	7 (6,7)
e580	8 (7,7)	1 (1)	7 (6,7)	7 (6,7)	1 (1)	6	2 (1,9)

Fonte: A autora, 2021.

Como nenhuma das variáveis acima apresenta o pressuposto do teste Qui-Quadrado, ou seja, não há a frequência mínima de 5 esperada em cada célula, o teste de Fisher, cujo pressuposto é nenhuma célula deve apresentar frequência esperada inferior a 1 e no máximo 20% das células devem apresentar frequência esperada entre 1 e 5 (COCHRAN, 1954).

Tabela 16: Teste Qui-quadrado para verificar associação entre as categorias do Questionário dos fatores ambientais da CIF e estar e não estar institucionalizado.

Categorias da CIF	X <sup>2</sup>	Qui-quadrado (p)	Fisher (p)
e110	3,43	0,84**	0,89
e120	9,74	0,28**	0,26
e125	10,83	0,21**	0,22
<b>e140</b>	<b>14,54</b>	<b>0,04**</b>	<b>0,02</b>
<b>e145</b>	<b>20,36</b>	<b>0,005**</b>	<b>0,002</b>
<b>e225</b>	<b>18,17</b>	<b>0,02**</b>	<b>0,01</b>
e240	9,58	0,29**	0,30
e245	7,65	0,46**	0,52
<b>e310</b>	<b>48,47</b>	<b>&lt;0,0001**</b>	<b>&lt;0,0001</b>
e320	18,87	0,08**	0,07
e325	10,76	0,21**	0,21
e425	11,94	0,15**	0,14
<b>e330</b>	<b>17,84</b>	<b>0,02**</b>	<b>0,01</b>
<b>e340</b>	<b>63,62</b>	<b>&lt;0,0001**</b>	<b>&lt;0,0001</b>
e355	8,04	0,42**	0,48
e450	11,68	0,11**	0,04
<b>e460</b>	<b>37,98</b>	<b>&lt;0,0001**</b>	<b>&lt;0,0001</b>
<b>e465</b>	<b>21,85</b>	<b>0,005**</b>	<b>0,002</b>
<b>e570</b>	<b>17,12</b>	<b>0,02**</b>	<b>0,02</b>
e580	7,44	0,49**	0,58

Fonte: a autora, 2021.

\*\*Para os itens que não atingem o pressuposto do teste Qui-Quadrado, por isso foi realizado o teste de Fisher.

Nas tabelas 17 e 18 estão expostos os qualificadores do Questionário dos fatores ambientais da CIF para idosos de maneira estratificada em Não facilita ou dificulta, barreiras e facilitadores.

Tabela 17: Fatores do Ambiente da CIF representados no Questionário elaborado pela autora considerados de forma estratificada em Não facilita ou dificulta (N), barreiras (B) e facilitadores (F).

CIF	Estratificado	Total (n=208)	Institucionalizados (n=104)	
			Não	Institucionalizados
e110	N	1 (0,5%)	1 (1%)	0 (0%)
	B	11 (5,3%)	4 (3,8%)	7 (6,7%)
	F	196 (94,2%)	99 (95,2%)	97 (93,3%)
e120	N	2 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
	B	19 (9,1%)	7 (6,7%)	12 (11,5%)
	F	187 (89,9%)	96 (92,3%)	91 (87,5%)
e125	N	2 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
	B	12 (5,8%)	1 (1%)	11 (10,6%)
	F	194 (93,3%)	102 (98,1%)	92 (88,5%)
e140	N	53 (25,5%)	35 (33,7%)	18 (17,3%)
	B	11 (5,3%)	2 (1,9%)	9 (8,7%)
	F	144 (69,2%)	67 (64,4%)	77 (74%)
e145	N	21 (10,1%)	8 (7,7%)	13 (12,5%)
	B	19 (9,1%)	2 (1,9%)	17 (16,3%)
	F	168 (80,8%)	94 (90,4%)	74 (71,2%)
e225	N	41 (19,7%)	27 (26%)	14 (13,5%)
	B	58 (27,9%)	29 (27,9%)	29 (27,9%)

e240	F	109 (52,4%)	48 (46,2%)	61 (58,7%)
	N	14 (6,7%)	9 (8,7%)	5 (4,8%)
	B	14 (6,7%)	9 (8,7%)	5 (4,8%)
e245	F	180 (86,5%)	86 (82,7%)	94 (90,4%)
	N	128 (61,5%)	61 (58,7%)	67 (64,4%)
	B	18 (8,7%)	9 (8,7%)	9 (8,7%)
e310	F	62 (29,8%)	34 (32,7%)	28 (26,9%)
	N	27 (13%)	4 (3,8%)	23 (22,1%)
	B	21 (10,1%)	2 (1,9%)	19 (18,3%)
e320	F	160 (76,9%)	98 (94,2%)	62 (59,6%)
	N	27 (13%)	11 (10,6%)	16 (15,4%)
	B	14 (6,7%)	3 (2,9%)	11 (10,6%)
e325	F	167 (80,3%)	90 (86,5%)	77 (74%)
	N	43 (20,7%)	20 (19,2%)	23 (22,1%)
	B	16 (7,7%)	5 (4,8%)	11 (10,6%)
e425	F	149 (71,6%)	79 (76%)	70 (67,3%)
	N	33 (15,9%)	22 (21,2%)	11 (10,6%)
	B	24 (11,5%)	9 (8,7%)	15 (14,4%)
e330	F	151 (72,6%)	73 (70,2%)	78 (75%)
	N	42 (20,2%)	25 (24%)	17 (16,3%)
	B	15 (7,2%)	4 (3,8%)	11 (10,6%)
e340	F	151 (72,6%)	75 (72,1%)	76 (73,1%)
	N	53 (25,5%)	50 (48,1%)	3 (2,9%)
	B	3 (1,4%)	1 (1%)	2 (1,9%)
e355	F	152 (73,1%)	53 (51%)	99 (95,2%)
	N	2 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
	B	6 (2,9%)	3 (2,9%)	3 (2,9%)
e450	F	200 (96,2%)	100 (96,2%)	100 (96,2%)
	N	6 (2,9%)	6 (5,8%)	0 (0%)
	B	8 (3,8%)	4 (3,8%)	4 (3,8%)
e460	F	194 (93,3%)	94 (90,4%)	100 (96,2%)
	N	42 (20,2%)	35 (33,7%)	7 (6,7%)
	B	57 (27,4%)	26 (25%)	31 (29,8%)
e465	F	109 (52,4%)	43 (41,3%)	66 (63,5%)
	N	52 (25%)	39 (37,5%)	13 (12,5%)
	B	57 (27,4%)	27 (26%)	30 (28,8%)
e570	F	99 (47,6%)	38 (36,5%)	61 (58,7%)
	N	17 (8,2%)	11 (10,6%)	6 (5,8%)
	B	41 (19,7%)	13 (12,5%)	28 (26,9%)
e580	F	150 (72,1%)	80 (76,9%)	70 (67,3%)
	N	2 (1%)	2 (1,9%)	0 (0%)
	B	12 (5,8%)	4 (3,8%)	8 (7,7%)
	F	194 (93,3%)	98 (94,2%)	96 (92,3%)

Fonte: a autora 2021. \*Nas respostas das categorias de fatores ambientais da CIF os qualificadores foram estratificados em Facilitadores(F), Barreiras(B) e quando não foram considerados nem facilitadores ou barreiras (N) para a funcionalidade dos idosos.

Entre os dois grupos apenas 7 das 20 categorias com qualificadores estratificados em Facilitadores (F), Barreiras (B), e não facilitadores e barreiras (N) do questionário dos Fatores ambientais da CIF para idosos apresentaram diferenças estatisticamente significativas no teste Qui-quadrado entre os grupos (TABELA 18).

Tabela 18: Teste Qui-quadrado para verificar a associação entre as categorias (Qualificadores estratificados) do Questionário dos fatores ambientais da CIF e estar e não estar institucionalizado.

Testes	X <sup>2</sup>	Qui-Quadrado (p)	Fisher (p)	Post-Hoc (Institucionalizados)
e110**	1,83	0,39	0,53	-
e120**	1,44	0,48	0,66	-
<b>e125**</b>	<b>8,84</b>	<b>0,01</b>	<b>0,005</b>	
<b>Barreira</b>				<b>-3,0</b>
<b>Facilitador</b>				<b>2,8</b>
<b>e140</b>	<b>10,6</b>	<b>0,005</b>	-	
<b>Não facilita ou dificulta</b>				<b>2,7</b>
<b>e145</b>	<b>15,41</b>	<b>&lt;0,0001</b>	-	
<b>Barreira</b>				<b>-3,6</b>
<b>Facilitador</b>				<b>3,5</b>
e225	5,67	0,06	-	
e240	2,64	0,26	-	-
e245	0,86	0,65	-	-
<b>e310</b>	<b>35,23</b>	<b>&lt;0,0001</b>	-	
<b>Não facilita ou dificulta</b>				<b>-3,9</b>
<b>Barreira</b>				<b>-3,9</b>
<b>Facilitador</b>				<b>5,9</b>
e320	6,5	0,03	-	
Barreira				-2,2
Facilitador				2,3
e325	3	0,22	-	-
e425	5,33	0,07	-	-
e330	4,79	0,09	-	-
<b>e340**</b>	<b>55,93</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	
<b>Não facilita ou dificulta</b>				<b>7,5</b>
<b>Facilitador</b>				<b>-7,2</b>
e355**	<0,0001	1	1	-
e450**	6,18	0,04	0,04	
Não facilita ou dificulta				2,3
<b>e460</b>	<b>23,95</b>	<b>&lt;0,0001</b>		
<b>Não facilita ou dificulta</b>				<b>4,8</b>
<b>Facilitador</b>				<b>-3,2</b>
<b>e465</b>	<b>18,5</b>	<b>&lt;0,0001</b>		
<b>Não facilita ou dificulta</b>				<b>4,2</b>
<b>Facilitador</b>				<b>-3,2</b>
e570	7,62	0,02		
Barreira				-2,6
<b>e580**</b>	<b>3,35</b>	<b>0,18</b>	<b>0,25</b>	-

Fonte: a autora, 2021.

\*\*Para os itens que não atingem o pressuposto do teste Qui-Quadrado, por isso foi realizado o teste de Fisher.

Como as propriedades de todos os qualificadores ainda não foram suficientemente avaliados na literatura, no estudo de Grill e Stucki (2011a) os autores

optaram em graduar as categorias do componente Fatores Ambientais com 0 para "sem barreira / facilitador" e 1 para "barreira / facilitador". Este formato foi adotado (TABELA 19) para a análise do impacto dos fatores ambientais sobre a funcionalidade dos idosos com modelos de Regressão Logística Binária.

Tabela 19: Comparação da existência de algum impacto dos fatores ambientais entre idosos não institucionalizados e idosos institucionalizados.

<b>CIF</b>	<b>Fatores Ambientais</b>	<b>Não Institucionalizados (n%)</b>	<b>Institucionalizados (n%)</b>	<b>p-valor<sup>a</sup></b>
<b>e110</b>	Produtos ou substâncias para consumo pessoal			
	Não	1 (1)	0 (0)	0.3
	Sim	103 (99)	104 (100)	
<b>e120</b>	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos			
	Não	1 (1)	1 (1)	1.0
	Sim	103 (99)	103 (99)	
<b>e125</b>	Produtos e tecnologias para comunicação			
	Não	1 (1)	1 (1)	1.0
	Sim	103 (99)	103 (99)	
<b>e140</b>	Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas			
	Não	35 (33.7)	18 (17.3)	<b>0.007</b>
	Sim	69 (66.3)	86 (82.7)	
<b>e145</b>	Produtos e tecnologias para a prática religiosa e vida espiritual			
	Não	8 (7.7)	13 (12.5)	0.2
	Sim	96 (92.3)	91 (87.5)	
<b>e225</b>	Clima			
	Não	27 (26)	14 (13.5)	<b>0.02</b>
	Sim	77 (74.1)	90 (86.6)	
<b>e240</b>	Luz			
	Não	9 (8.7)	5 (4.8)	0.2
	Sim	95 (91.4)	99 (95.2)	
<b>e245</b>	Mudanças relacionadas ao tempo			
	Não	61 (58.7)	67 (64.4)	0.3
	Sim	43 (41.3)	37 (35.6)	
<b>e310</b>	Família Imediata			
	Não	4 (3.8)	23 (22.1)	<b>0.0001</b>
	Sim	100 (96.2)	81 (77.9)	
<b>e320</b>	Amigos			
	Não	11 (10.6)	16 (15.4)	0.3
	Sim	93 (89.4)	88 (84.6)	
<b>e325</b>	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade			

Não	20 (19.2)	23 (22.1)	
Sim	84 (80.8)	81 (77.9)	0.6
<b>e425</b> Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade			
Não	22 (21.2)	11 (10.6)	
Sim	82 (78.8)	93 (89.4)	<b>0.03</b>
<b>e330</b> Pessoas em posição de autoridade			
Não	25 (24)	17 (16.3)	
Sim	79 (76)	87 (83.7)	0.1
<b>e340</b> Cuidadores e assistentes pessoais			
Não	50 (48)	3 (2.9)	
Sim	54 (52)	101 (97.1)	<b>0.0001</b>
<b>e355</b> Profissionais da saúde			
Não	1 (1)	1 (1)	
Sim	103 (99)	103 (99)	1.0
<b>e450</b> Atitudes individuais dos profissionais de saúde			
Não	6 (5.8)	0 (0)	
Sim	98 (94.2)	104 (100)	<b>0.01</b>
<b>e460</b> Atitudes sociais			
Não	35 (33.7)	7 (6.7)	
Sim	69 (66.3)	97 (93.3)	<b>0.001</b>
<b>e465</b> Normas, práticas e ideologias sociais			
Não	39 (37.5)	13 (12.5)	
Sim	65 (62.5)	91 (87.5)	<b>0.001</b>
<b>e570</b> Serviços, sistemas e políticas da previdência social			
Não	11 (10.6)	6 (5.8)	
Sim	93 (89.4)	98 (94.2)	0.2
<b>e580</b> Serviços, sistemas e políticas de saúde			
Não	2 (1.9)	0 (0)	
Sim	102 (98.1)	104 (100)	0.1

<sup>a</sup>Teste Mann–Whitney.

Os fatores do Ambiente da CIF representados no Questionário elaborado pela autora, qualificadores dicotomizados em Não igual a Não facilita ou dificulta (N) e Sim impacta como Barreira ou Facilitador (B/F).

Fonte: a autora 2021.

Entre os dois grupos, 8 das 20 categorias com qualificadores, dicotomizados em Impacta sim ou não os Fatores Ambientais, apresentaram diferenças estatisticamente significativas no teste Mann-Whitney entre os grupos (TABELA 18).

## 5.5 IMPACTO DOS FATORES AMBIENTAIS NA FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Os resultados da primeira etapa da Regressão logística binária, entrada univariada, entre as variáveis independentes, categorias do Questionário dos fatores ambientais da CIF para idosos, e a variável dependente, a funcionalidade (WHODAS 2.0), está na tabela 20.

Tabela 20 – Análise de regressão logística binária, univariada, entre os fatores ambientais da CIF e a funcionalidade.

Regressão Logística Binária Univariada		
Variável Dependente – WHODAS 2.0		
Variáveis independentes	Não Institucionalizados OR bruto (IC 95%) p-valor	Institucionalizados OR bruto (IC 95%) p-valor
<b>e425 Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade</b>		
N	1	1
B/F	<b>6.07 (1.44-25.61) 0.01</b>	2.30 (0.54-9.84) 0.25
<b>Idade (anos)</b>		
60-69	1	1
70-79	<b>0.36 (0.15-0.84) 0.01</b>	0.94 (0.28-3.12) 0.92
Mais de 80	0.50 (0.13-1.91) 0.31	1.66 (0.37-7.35) 0.50
<b>IMC</b>		
Baixo	-	1
Normal	1	3.45 (0.19-59.83) 0.39
Pré-obesidade/Sobrepeso	1.71 (0.59-4.49) 0.31	14.00 (0.61-317.37) 0.09
Obesidade	<b>3.63 (1.31-11.69) 0.03</b>	10.50 (0.46-239.78) 0.14
<b>Dor</b>		
Não	1	1
Sim	<b>3.98 (1.74-9.09) 0.001</b>	<b>9.28 (2.44-35.21) 0.001</b>
<b>Doenças associadas</b>		
Não	1	1
Sim	1.72E+09 (0.00-0.00) 0.99	<b>12.42 (1.05-146.33) 0.04</b>
<b>Quantidade de medicações</b>		
< 5	1	1
≥ 5	1.38 (0.60-3.16) 0.44	<b>4.63 (1.19-17.95) 0.02</b>

Não soube dizer	-	1.77 (0.34-9.29) 0.49
<b>Autoavaliação de saúde</b>		
Boa ou muito boa	<b>1</b>	1
regular	<b>2.72 (1.04-7.12) 0.04</b>	5.87E+08 (0.00-0.00) 0.99
ruim ou muito ruim	2.20E+09 (0.00-0.00) 0.99	5.87E+08 (0.00-0.00) 0.99

Somente variáveis com resultados significativos foram apresentadas.

\* Variáveis independentes que apresentaram  $p \leq 0.05$  como critério de entrada no processo de modelagem – destacadas em negrito.

\*\* Variáveis estatisticamente significativas ( $p \leq 0.05$ ).

\* Categoria e425: Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade.

Fonte: A autora, 2021

Na tabela 21 as variáveis independentes atendem o pré-requisito de não haver multicolinearidade, portanto na segunda etapa do processo de Regressão os valores de Tolerância acima de 0,1 e os de VIF inferiores a 10, não demonstram alta correlação entre as variáveis independentes.

Tabela 21: Regressão Linear para diagnóstico de colinearidade

Variáveis	Não			
	Institucionalizados		Institucionalizados	
	TOLERÂNCIA	VIF	TOLERÂNCIA	VIF
e425	0,97	1,03	-	-
Idade estratificada	0,89	1,11	-	-
IMC - Risco de comorbidades	0,95	1,04	-	-
Dor	0,80	1,23	0,99	1,01
Doenças associadas	-	-	0,95	1,04
Quantos remédios	-	-	0,96	1,03
Autoavaliação de saúde	0,86	1,16	-	-

Fonte: a autora 2021.

Apenas as variáveis independentes que apresentaram nível de significância inferior ou igual a 0,05, nas análises brutas, foram incluídas nas análises multivariadas, método *enter* (inserir). Dessa forma, variáveis não significativas na análise preliminar foram removidas e o modelo foi ajustado. O nível de significância de 0,05 foi o critério adotado para permanência da variável no modelo logístico final.

Tabela 22- Modelos de Regressão Logística Binária, multivariadas.

Regressão Logística Binária Multivariada				
Variável Dependente (WHODAS 2.0)				
Variáveis independentes	Idosos não institucionalizados	Idosos institucionalizados	OR ajustado (IC 95%) p - Não institucionalizados	OR ajustado (IC 95%) p-Institucionalizados
<b>e425 Atitudes individuais de conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade</b>				
N			1	
B/F	22 (21,2%)	11 (10,6%)	<b>5.13 (1.42-18.46) 0.01</b>	
	82 (78,8%)	93 (89,4%)		
<b>Idade (anos)</b>				
60-69	45 (43,3%)	36 (34,6%)	1	
70-79	48 (46,2%)	40 (38,5%)	0.40 (0.15-1.08) 0.07	-
Mais de 80	11 (10,6%)	28 (26,9%)	0.51 (0.11-2.29) 0.37	
<b>IMC</b>				
Baixo	0 (0%)	2 (1,92%)	-	
Normal	21 (20,19%)	49 (47,11%)	1	
Sobrepeso	52 (50%)	30 (28,84%)	1.97 (0.58-6.64) 0.27	-
Obesidade	31 (29,8%)	23 (22,1%)	<b>5.89 (1.44-24.01) 0.01</b>	
<b>Dor</b>				
Não	60 (57,6%)	41 (39,4%)	1	1
Sim	44 (42,2%)	63 (60,5%)	<b>3.65 (1.41-9.43) 0.008</b>	<b>10.06 (2.47-40.93) 0.001</b>
<b>Doenças associadas</b>				
Não	5 (4,8)	3 (2,9%)	-	1
Sim	99 (95,2%)	101 (97,1%)		6.29 (0.34-114.30) 0.21
<b>Quantas medicações</b>				
< 5	71 (68,3%)	45 (43,2%)	-	1
≥ 5	33 (31,7%)	46 (44,23%)		<b>4.59 (1.05-20.05) 0.04</b>
Não soube dizer	0 (0%)	13 (12,5%)		1.96 (0.32-12.04) 0.46
<b>Autoavaliação de saúde</b>				
Boa ou muito boa	78 (74,9%)	60 (57,7%)	1	
regular	24 (23,1%)	31 (29,8%)	0.66 (0.23-1.91) 0.45	-
ruim ou muito ruim	2 (1,9%)	13 (12,5%)	0.50 (0.12-2.08) 0.34	

Resumo do modelo não Institucionalizados:  $X^2(9) = 28,12$ ,  $p < 0,001$ , Nagelkerke  $R^2 = 0,31$ , Cox & Snell  $R^2 = 0,23$ , Verossimilhança  $R^2 = 116$ . Teste de Hosmer  $p = 0,10$ . O modelo não apresentou resíduos, pois nenhum valor discrepante foi encontrado.

Resumo do modelo institucionalizados:  $X^2(4) = 21,91$ ,  $p < 0,001$ , Nagelkerke  $R^2 = 0,33$ , Cox & Snell  $R^2 = 0,19$ , Verossimilhança  $R^2 = 67,38$ . Teste de Hosmer  $p = 0,79$ . O modelo apresentou Resíduos abaixo de 3,55.

\* *Odds ratio* ajustado para as outras covariáveis da tabela por meio da regressão logística múltipla; OR ajustado = 1: categoria de referência; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

\* Categoria e425: Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade.

Entre as cinco variáveis independentes que entraram no modelo dos idosos não institucionalizados, apenas três apresentaram significância estatística: Categoria e425 (Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade), IMC (Obesidade) e a presença de dor. Ou seja, os idosos não institucionalizados cuja resposta que o fator atitudinal dos conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos ou membros da comunidade impactam, positiva ou negativamente, na sua vida diária, apresentam 5,13 razão de chance de apresentar incapacidade em comparação aos idosos que não relataram impacto da categoria e425 e ao grupo de institucionalizados, cuja variável não foi significativa estatisticamente para o segundo modelo.

Os idosos não institucionalizados com obesidade apresentam risco aumentado em 5,89 vezes de apresentar incapacidade quando comparados com o modelo dos idosos institucionalizados, idosos não institucionalizados e os institucionalizados apresentam 3,65 e 10,06 razões de chances de apresentar incapacidade quando relatam dor.

No modelo de regressão logística binária dos idosos institucionalizados três variáveis independentes foram atribuídas ao modelo e duas delas apresentaram significância estatística: Presença de Dor e Quantidade de medicações, mais de cinco remédios, conceito definido como polifarmácia. Portanto, os idosos institucionalizados que apresentem dor tem 10,06 de chances de ter uma redução na funcionalidade, assim como, os que fazem uso de 5 ou mais medicações por dia apresentam 4,59 dessa mesma chance.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 FATORES AMBIENTAIS CONSIDERADOS BARREIRAS E FACILITADORES NA FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS

Foi possível construir um instrumento de avaliação dos fatores ambientais para idosos baseado no core set de geriatria da CIF a partir de buscas, definições de construtos e formulação de perguntas pertinentes aos contextos das categorias da CIF. O processo de construção do instrumento iniciou-se com a pesquisa, pois verificou-se na literatura a ausência de instrumentos voltados a avaliação do impacto do ambiente sobre a capacidade funcional dos idosos. Em uma revisão sistemática realizada por Scharan et al. (2021) verificou-se a abrangência do conteúdo dos instrumentos de avaliação da prática clínica com versão em português que usaram a CIF como referência. Dos 61 artigos incluídos na revisão apenas 2 estão no contexto da Gerontologia e dos 5 instrumentos utilizados nestes estudos apenas um (*EASY-Care: Elderly Assessment System; Sistema de Avaliação de Idosos*) foi ligado as categorias dos fatores ambientais da CIF (MARQUES et al., 2014; SCHARAN et al., 2021). Dos 65 itens deste instrumento apenas 12 (20%) foram ligados ao ambiente. Todos os capítulos do Componente Fatores ambientais foram contemplados por pelo menos uma categoria, assim como neste estudo, porém os autores não realizaram a classificação destas categorias. As subcategorias da categoria e160 (produtos e tecnologia relacionados ao uso e a exploração do solo) e 1650 (Bens financeiros) não foram contempladas no presente estudo, pois não estão presentes no *core set* resumido ou abrangente da gerontologia, no entanto as demais coincidem. Devido a pequena presença de fatores ambientais na perspectiva da CIF nos instrumentos de avaliação do idoso, busca-se verificar os fatores do ambiente por meio de um questionário baseado nas categorias do *core set* de geriatria da CIF (GRILL et al., 2011) para investigar quais fatores do ambiente são considerados na autoavaliação dos idosos, institucionalizados ou não, facilitadores, barreiras ou que não são considerados nem facilitadores ou barreiras na saúde funcional.

No presente estudo identifica-se 8 categorias dos Fatores Ambientais sociais, atitudinais e físicos que apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao impactarem, facilitando ou limitando, a funcionalidade dos idosos. As categorias: e140 produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e

esportivas; e225 clima; e310 família imediata; e340 Cuidadores e assistentes pessoais; e425 Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade; e450 Atitudes individuais dos profissionais de saúde; e460 Atitudes sociais; e465 Normas, práticas e ideologias sociais.

A categoria e140 produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas, pertence ao Capítulo 1- Produtos e Tecnologias e representa na CIF “Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados para a condução e o aprimoramento de atividades culturais, recreativas e esportivas, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados. Os exemplos: Brinquedos, esquis, bolas de tênis, instrumentos musicais não adaptados. Assim como, produtos adaptados dispositivos de mobilidade modificados para o esporte, adaptações para tocar música ou para realizar atividades artísticas. Inclui: produtos e tecnologia gerais e de assistência para cultura, recreação e esporte”. A maioria dos idosos respondeu que impacta positivamente a funcionalidade, porém os 9 (8,7%) idosos institucionalizados que relataram esse fator como barreira, 5 (4,8%) devido à ausência deste. Diante destes achados, que ferem o estatuto do idoso, no Título II Dos Direitos Fundamentais, Capítulo II Do direito a liberdade, ao respeito e à Dignidade, no Artigo 10, 1º Parágrafo, item IV é direito do idoso a prática de esportes e de diversões.

Santos e colaboradores (2013) justificam no estudo qualitativo, após entrevistas com a equipe multiprofissional de uma ILPI, que os trabalhadores se dedicam para desenvolver atividades lúdicas e de lazer com as idosas, para que elas fiquem mais alegres, entretanto, independente da abordagem eles continuaram tristes. Segundo a visão dos trabalhadores este fato está relacionado a impossibilidade da família (e340) de se fazer mais presente.

A categoria e225 clima, pertence ao capítulo 2 Ambiente natural e mudanças ambientais, e refere-se as “características e eventos meteorológicos, como o tempo. Inclui: Temperatura, umidade, pressão atmosférica, precipitação, vento e variações sazonais”. Embora que, a maioria dos idosos consideram o clima um fator positivo ou que não interfere na funcionalidade, a categoria clima foi a maior barreira do grupo não institucionalizados (29-27,9%), 22 (21,2%) dizem que é decorrente da presença de frio ou calor excessivos, 17 (16,3%) relatam que a frequência com que esse evento acontece é pequena, e a maioria 15 (14,4%) considera que esse problema com o clima não pode ser evitado. E a terceira maior barreira no grupo dos institucionalizados (29-27,9%), 28 (26,9%) dizem que é decorrente da presença de frio ou calor

excessivos, porém este grupo, 16 (15,4%) relatam que a frequência com que esse evento acontece é grande, e a maioria 16 (15,4%) também considera que esse problema com o clima não pode ser evitado.

Ferrer et al., (2019), encontraram barreiras com a falta de conforto climático (e225) foram associadas ao aumento da incapacidade. O estudo transversal com 96 idosos entrevistados em domicílios, teve como objetivo identificar as barreiras ambientais na incapacidade de idosos de um conjunto habitacional vertical, no interior de São Paulo, por meio do WHODAS 2.0 BO e da CIF. Os autores citam que as coletas foram realizadas no verão do sudeste brasileiro, onde predomina a chuva, a umidade e o calor. Todavia, eles não conseguiram identificar o fator climático mais citado pela população. No presente estudo, realizado na região Sul do Brasil, mais específico na cidade de Curitiba, a capital mais fria do Brasil, que apresenta um clima subtropical úmido. O frio excessivo foi o fator mais citado entre os 22 e 28 idosos que relataram a presença do clima como uma barreira.

Um estudo transversal realizado entre os anos 1998 e 2014, com o objetivo de comparar a taxa de mortalidade junto às variáveis climáticas, contemplou idosos do município de Paranavaí, Paraná, com dados coletados a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (FERNANDES, DE LIMA LEITE; 2018). Os autores encontraram relação inversamente proporcional nas taxas de mortalidade das doenças cerebrovasculares em relação às temperaturas médias e à pluviosidade, essa relação se manteve semelhante para as doenças isquêmicas e hipertensivas. Sendo assim, entre os fatores que levam ao agravo e à mortalidade por estas doenças, alguns fatores climáticos podem estar intimamente relacionados (FERNANDES, DE LIMA LEITE; 2018). O clima e os diferentes tipos de tempo, períodos de calor ou frio intenso, variações súbitas das temperaturas, são entendidos na CIF como um fator ambiental físico que influencia as funções e estruturas do corpo, não com um caráter determinista, mas como um elemento que pode contribuir de maneira positiva ou negativa para a funcionalidade do idoso.

Duas categorias são do capítulo 3 Apoio e relacionamentos da CIF. A categoria e310- Família imediata que contempla “Indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outros relacionamentos reconhecidos pela cultura como família imediata, cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de criação, pais adotivos e avós.”, e exclui família extensa (e315) e prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340). A categoria e340- Cuidadores e assistentes pessoais

inclui “indivíduos que fornecem os serviços necessários para dar suporte a outros indivíduos nas suas atividades diárias e na manutenção do desempenho no trabalho, educação ou outra situação da vida, fornecidos por meio de recursos públicos ou privados, ou em base voluntária, como provedores de suporte para construção e manutenção de casas, assistentes pessoais, assistentes de transporte, ajuda paga, babá ou outros que prestem cuidado”.

A maioria dos idosos, em ambos os grupos, reconhece esses fatores do capítulo 3 como facilitadores. Todavia, 19 (18,3%) dos idosos institucionalizados relata a ausência do apoio familiar como sendo uma barreira a funcionalidade, 13 (12,5%) destes consideram que esse problema poderia ser resolvido. Dos institucionalizados 99 (95,2%) relatam o apoio dos cuidadores como fatores facilitadores, já dos idosos não institucionalizados 50 (48,1%) dizem não precisar de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, portanto o apoio destes não interferem na funcionalidade diária.

Os motivos descritos no estudo de Araújo e colaboradores (2016), apontados pelos grupos de idosos institucionalizados e em fila de espera de uma ILPI como fatores associados a institucionalização, foram a falta de cuidador ( $p < 0,001$ ) e a solicitação da família ( $p = 0,01$ ). No presente estudo estes fatores ambientais que estão presentes na CIF, no capítulo 3 - Apoio e relacionamentos, como a categoria Família imediata (e310) e a categoria Cuidadores e assistentes pessoais (e340), na perspectiva dos idosos, apresentaram impacto distintos entre os grupos.

Em uma pesquisa qualitativa e exploratória, onde os autores entrevistaram 16 trabalhadores da equipe multidisciplinar de uma ILPI com o objetivo de analisar as perspectivas deles sobre as famílias dos idosos institucionalizados (SANTOS et al, 2013). Os trabalhadores consideraram que o principal papel da família seria a responsabilidade permanente para com o idoso, mesmo após sua institucionalização, porém eles visualizaram que a família vai pouco a instituição, e consideraram as datas comemorativas como sendo as principais ocasiões em que a família participa. Compreenderam que há abandono da família e que tentar suprir esse papel é um desafio.

A instituição de longa permanência para idosos como espaço de construção de uma nova família, aponta que o papel da instituição na relação com os idosos institucionalizados cria a possibilidade de constituição de uma nova família na ILPI. Os autores concluíram que com a presença das famílias as idosas ficam melhores em

termos de saúde, adaptação e participação nas atividades propostas pelos trabalhadores (SANTO et al., 2013). Ou seja, o fator ambiental apoio familiar (e310) positivo contribui para uma melhor funcionalidade.

O capítulo que mais apresentou categorias foi o 4- Atitudes. Demonstrando ter impacto relevante na funcionalidade dos idosos. A categoria e425, “Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade”, representa na CIF as atitudes decorrentes das “opiniões ou crenças gerais ou específicas de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade sobre a pessoa ou sobre outras questões (exemplo: questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais do outro”. Esta categoria obteve na maioria das vezes resposta sim para interferem ou impactam na vida funcional dos idosos. O impacto relatado na maioria das entrevistas foi facilitador, porém aqueles que dizem que não facilita e não dificulta (qualificador 0) relatam a falta de atitudes positivas, porém não nomeiam este fator ambiental como uma barreira. Já os 15 (14,4%) idosos institucionalizados que nomeiam barreiras 9 (8,7%) acreditam que este fator não pode ser evitado, e os 9 (8,7%) não institucionalizados 6 (5,8%) acreditam que essa barreira pode ser evitada.

Faltam estudos na literatura que apontem as atitudes de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade (Capítulo 4 da CIF) com os idosos institucionalizados e não institucionalizados. Apenas encontra-se na literatura estudos que relatam sobre o apoio social (Capítulo 3 da CIF) aos idosos.

No estudo de Faquinello e Marcon (2011) que fala sobre o apoio dos vizinhos (e325), o objetivo foi compreender a atuação da rede representada pelos amigos e vizinhos na vida de adultos e idosos hipertensos. Com abordagem qualitativa, os autores entrevistaram 20 indivíduos de idade entre 50 e 80 anos, em Maringá, Paraná. Os resultados demonstraram que o tempo de moradia interfere no vínculo do indivíduo com os seus vizinhos. Embora, no presente estudo a categoria e320- Apoio de amigos e e325- Apoio de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade não sejam estatisticamente significativas para a sua funcionalidade. Os autores concluíram que as amizades (e320) com os vizinhos (e325) são importantes fontes de apoio, podendo este vínculo ser mais forte que os laços consanguíneos. A rede familiar (e310) é fundamental na vida dos indivíduos, mas quando ela é ineficiente, os amigos desempenham um papel essencial no apoio físico e mental aos indivíduos (FAQUINELLO; MARCON, 2011).

Na CIF o capítulo 3- Apoio e relacionamentos trata das pessoas ou animais que fornecem apoio físico ou emocional, educação, proteção e assistência, e de relacionamentos com outras pessoas, na casa, local de trabalho, escola ou em brincadeiras ou em outros aspectos das suas atividades diárias. Ou seja, esse fator ambiental descrito não é a pessoa ou o animal, mas a quantidade de apoio físico e emocional que eles fornecem, e o capítulo não engloba as atitudes das pessoas que fornecem o apoio (WHO, 2001). No presente estudo, as diferenças nas categorias do Capítulo 4- Atitudes entre os grupos foram as mais frequentes.

A categoria e450- Atitudes individuais dos profissionais de saúde contempla “Opiniões e crenças gerais ou específicas dos profissionais de saúde, sobre a pessoa ou sobre outras questões (questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais”. Os idosos não apresentam dificuldades com a compreensão desta pergunta e a maioria relata que as atitudes dos profissionais da saúde é um facilitador para a sua vida funcional. Todos os idosos institucionalizados disseram que as atitudes dos profissionais da saúde interferem na sua vida funcional, destes, 100 (96,2%) dizem ser atitudes facilitadoras. Dos idosos não institucionalizados, 98 (94,2%) disseram que sim impacta a funcionalidade e a maioria 94 (90,4%) também qualificaram essa categoria como um fator ambiental facilitador. Os idosos disseram que na maioria das vezes são bem atendidos.

Pinto e colaboradores (2012), numa tese, estudo transversal, descritivo, de natureza quantitativa e analítica, no qual participaram 80 profissionais de saúde de um Centro Hospitalar, avaliaram os conhecimentos e as atitudes (e450) dos profissionais de saúde face aos idosos. Para avaliarem as atitudes dos profissionais da saúde optaram pelo uso da escala OP – *Attitude Toward Old People Scale*, que foi construída por Kogan em 1961. Os dados revelaram que os valores da escala de conhecimentos oscilam entre um mínimo de 1,65 (atitude positiva) e um máximo de 3,83 (ou seja, uma atitude neutra), com uma média de 2,78 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,408.

Os autores identificaram que a maioria dos profissionais não tinham formação em gerontologia, possuíam fracos conhecimentos sobre os idosos, mas apresentavam atitudes positivas face aos mesmos. As evidências encontradas neste estudo sugerem a elaboração e reflexão sobre novas estratégias que facilitem o desenho de programas de formação na área de gerontologia dos profissionais de saúde, promovendo a adoção e incrementação de atitudes positivas destes aos idosos

(PINTO et al.,2012). O presente estudo corrobora com Pinto e outros, pois as atitudes dos profissionais de saúde, na maior parte das vezes, são consideradas positivas, na perspectiva dos idosos.

A categoria e460- Atitudes sociais engloba as “Opiniões e crenças gerais ou específicas mantidas em geral pelas pessoas de uma cultura, sociedade, grupo subcultural ou outro grupo social sobre outros indivíduos ou sobre outras questões sociais, políticas e econômicas que influenciam o comportamento e as ações do indivíduo ou do grupo”. Entre os 69 (66,2%) idosos não institucionalizados que dizem que as atitudes sociais impactam a sua vida funcional, 43 (41,3%) responderam de forma positiva, porém foi ela é a segunda categoria (26-25%), junto com a categoria e465 (26-25%), consideradas barreiras funcionais pelos idosos. Um número significativo dos idosos institucionalizados 97 (93,3%) relataram que as atitudes sociais impactam nas suas funcionalidades, destes, 66 (58,7%) como facilitador, mas 31 (29,8%) como barreira. Tornando essa categoria (e460) a principal barreira entre as categorias avaliadas, sendo seguida, pela segunda maior barreira 30 (28,8%) a categoria e465.

Os idosos apresentam muita dificuldade em responder sobre as atitudes da sociedade (e460). Principalmente, os idosos institucionalizados demonstram um desapontamento com as atitudes negativas, como as atitudes preconceituosas com a pessoa idosa. Tal que, dos 31 idosos, 23 (22,1%) consideram as atitudes negativas um problema com grande frequência, entretanto 25 (24%) destes consideram esse problema evitável.

Ferrer et al., (2019), encontraram o preconceito ou discriminação (e4- Capítulo 4- Atitudes) como uma das principais barreiras que aumentaram a incapacidade. Estas crenças sociais negativas acerca do envelhecimento e dos idosos, baseadas fundamentalmente em estereótipos, influenciam não só a forma como as pessoas idosas são vistas e tratadas pelos mais novos e a forma como a sociedade em geral se relaciona com elas, mas também a forma como os idosos se comportam. Pois, os idosos integram as imagens resultantes das representações sociais e das expectativas que existem a seu respeito, o que pode originar percepções pessimistas relativas à experiência de envelhecer e levando os mais velhos a adotarem os comportamentos que deles tipicamente são esperados (NELSON, 2009).

Ainda segundo o mesmo autor quanto mais a pessoa idosa estiver exposta a comentários ou concepções negativas a seu respeito mais ela irá desenvolver uma

visão negativa do seu próprio envelhecimento. Tal visão pode refletir na postura assumida perante a vida, fazendo o idoso comportar-se não de acordo com o que a sua idade funcional lhe permite, mas sim em função do que estas crenças negativas estabelecem como normativo e esperado para a sua idade cronológica. Sensibilizações e campanhas educativas que facilitem o entendimento sobre o envelhecimento, podem ajudar a reduzir os mitos sobre esse processo.

Algo similar ocorreu com a categoria e465- Normas, práticas e ideologias sociais, ela inclui “Costumes, práticas, regras e sistemas abstratos de valores e crenças normativas (exemplo: ideologias, visões normativas do mundo, filosofias morais) que surgem dentro dos contextos sociais e que afetam ou criam práticas e comportamentos sociais e individuais, como normas sociais de moral, etiqueta e comportamento religioso, doutrina religiosa e normas e práticas resultantes, normas que governam rituais ou eventos sociais”. Entre as categorias ela é a mais complexa para o entendimento dos idosos. Possivelmente, pela sua extensão, mas também devido ao seu conteúdo. Pois, segundo alguns idosos os valores, a moral e as normas sociais estão piores do que no passado. Durante as entrevistas quase todos os idosos solicitaram o exemplo para responder essa categoria, ainda assim, os idosos necessitam de reforço da questão para não desviarem o foco da pergunta. Especialmente nesta categoria, porém nas demais questões também, diversas vezes, o conceito barreira e facilitador não era bem compreendido pelos idosos, logo o termo negativo e positivo eram usados como opções de respostas, como recomendado na CIF (WHO, 2001).

Essa barreira com relação as normas, práticas e ideologias sociais pode estar associada ao envelhecimento, em um sentido tanto biológico quanto emocional, pode ser definido como uma diminuição na probabilidade de adaptação ao novo. No campo da saúde física, essa rigidez resulta também na ameaça à sobrevivência e, no campo emocional, em conflito com a moral, em isolamento, em amargura. A descrição de uma postura emocional conservadora de “perda de adaptabilidade emocional do idoso” foi o tema do estudo De Freitas Xavier (2004). O autor descreveu que certos idosos, emocionalmente, mostram-se rígidos perante a mudança. Não toleram que o pano de prato da cozinha seja levado para a mesa, são amigos das rotinas, dos horários, criam um apego às situações que podem dominar. Normalmente, só admitem uma norma. Da mesma forma como acontece no campo biológico, no nível emocional, essa rigidez deixa o idoso com menos margem de manobra, há uma perda

da possibilidade de adaptação (DE FREITAS XAVIER, 2004). As relações intergeracionais podem contribuir para combater essa inflexibilidade quanto as novas ideologias, normas, práticas sociais.

Não há outros estudos que analisem o impacto dos fatores do ambiente, no construto da CIF, sobre a incapacidade funcional dos idosos institucionalizados e não institucionalizados. Os estudos que mais consideraram o ambiente do idoso foram aqueles que avaliaram o risco de quedas (ARAÚJO; DO VALE TAVARES; NUNES, 2021; COELHO; COUTO, 2021; OLIVEIRA et al., 2021), porém para que um ambiente seja dito saudável e permita a funcionalidade completa da pessoa idosa, e um envelhecimento em domicílio e socialmente ativo, vai além dos fatores ambientais físicos, como luz, sons, textura do solo, barreiras arquitetônicas. Assim como, o modelo biopsicossocial busca focar nas soluções, nos aspectos positivos da funcionalidade, diferente de focar no problema, na barreira, na queda.

Todavia, infelizmente, o ambiente é citado de maneira discreta, não sendo o foco, nos estudos que utilizam o método para ligar informações existentes nos instrumentos da prática clínica com a CIF (CIEZA et al., 2016). Durante as entrevistas foi possível identificar de forma qualitativa a falta de percepção e reflexão dos idosos sobre o ambiente em que estão inseridos, a cada pergunta era visto que muitos idosos jamais haviam respondido sobre os fatores ambientais físicos, sociais e atitudinais e o quanto eles facilitam ou dificultam a sua vida funcional.

## 6.2 IMPACTO DOS FATORES AMBIENTAIS SOBRE A FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS

O único fator do ambiente estatisticamente significativo para a incapacidade está presente apenas no modelo de regressão logística binário dos idosos não institucionalizados. O fator ambiental atitudinal foi o correspondente a categoria e425-As atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade. Nesta pergunta os idosos tinham que dizer se as opiniões e as atitudes, baseadas nas crenças, dos seus conhecidos, colegas, vizinhos, companheiros e membros da comunidade sobre a pessoa ou sobre outras questões (sociais, políticas e econômicas) tinham um impacto facilitador ou dificultador (barreira) sobre a saúde funcional deles. Apenas 9 (8,6%) dos idosos não

institucionalizados disseram que esse fator é uma barreira, porém entre eles 7 (77,7%) apresentaram alguma incapacidade no WHODAS 2.0, enquanto no grupo com 104 idosos a minoria 51 (49,03%) apresentou alguma incapacidade, 38 (52%) dos 73 idosos que viram essa categoria como facilitador apresentaram alguma incapacidade. Apenas 6 (27,2%) dos 22 idosos que relataram não ser um facilitador ou uma barreira (Qualificador 0) apresentam incapacidade.

Entre os idosos que relataram o fator atitudinal dos conhecidos, colegas, vizinhos, companheiros, uma barreira funcional, 7 (77,7%) dizem que o motivo é à ausência de atitudes positivas no seu ambiente, 6 (66,6%) consideram que a frequência com que isso seria um problema é pequena e 6 (66,6%) relatam que essa barreira poderia ser evitável. Entre os idosos que relatam que as atitudes dos vizinhos, conhecidos, colegas, membros da comunidade não interferem nas suas vidas funcionais nem como barreira e nem como facilitador pode-se perceber nas justificativas que à ausência de atitudes positivas dos conhecidos e o baixo envolvimento social com a vizinhança foram as principais causas desta resposta no questionário. Já aqueles que relatam que as atitudes dos vizinhos, colegas, conhecidos, como facilitadores os idosos acreditam que se em algum momento precisarem de atitudes positivas, seriam sim beneficiados por elas.

Na revisão de Levasseur e outros (2015), com escopo metodológico rigoroso foi usada para pesquisar 9 bancos de dados de diferentes campos com 51 palavras-chave. Os dados, da revisão, foram analisados, organizados e sintetizados de acordo com CIF por dois assistentes de pesquisa seguindo as diretrizes do PRISMA, e os resultados foram validados com usuários do conhecimento. Os autores investigaram a importância da proximidade de recursos, suporte social, transporte e segurança do bairro para mobilidade e participação social dos idosos, esses itens contemplam o construto de funcionalidade da CIF.

A maioria dos 50 artigos selecionados nesta revisão relataram resultados de estudos transversais (29-58%), principalmente realizados nos Estados Unidos (24-48%) e Canadá (15-30%). Os estudos concentraram-se, principalmente, em associações ambientais de vizinhança com mobilidade (39-78%), participação social (19-38%) e, ocasionalmente, ambas (11-22%). Entre os vários fatores analisados, a mobilidade e a participação social foram ambas associadas positivamente a (1) proximidade de recursos e instalações recreativas, (2) apoio social (Capítulo 3 da CIF), (3) ter um carro ou carteira de motorista, (4) transporte público e Segurança do bairro,

e negativamente associadas a: (1) fraca convivialidade do ambiente de caminhada e (2) insegurança da vizinhança. Os atributos do ambiente de vizinhança não cobertos por pesquisas anteriores sobre mobilidade e participação social diziam respeito, principalmente, a: (1) “Atitudes” (Capítulo 4 da CIF) e (2) “Serviços, sistemas e políticas” (Capítulo 5 da CIF). O presente estudo encontrou como único fator ambiental significativo no modelo de incapacidade uma categoria do Capítulo 4, e as duas categorias investigadas do Capítulo 5 da CIF não apresentaram significância estatística, por isso novas investigações com amostras maiores são recomendadas.

Na revisão sistemática com meta-análise, Vaughan e colaboradores (2016) analisaram os estudos com características do ambiente associadas à participação comunitária de idosos. A participação da comunidade, ou seja, o envolvimento em atividades que ocorrem fora de casa de natureza complexa, social e não doméstico é um componente essencial do envelhecimento saudável (VAUGHAN et al., 2016). As características ambientais foram extraídas e agrupadas usando as categorias ambientais da CIF. A meta-análise de categorias ambientais foi conduzida calculando-se as estimativas do tamanho do efeito combinado. Houve tamanhos de efeitos pequenos a moderados, em seis das sete categorias ambientais: vizinhança, apoio social, diversidade no uso da terra, transporte, proteção civil (por exemplo, segurança) e conectividade ou mobilidade nas ruas. Os autores, portanto, concluíram que iniciativas comunitárias que abordam características específicas do ambiente social e do ambiente das ruas podem aumentar a participação comunitária de idosos.

Há diversos estudos na literatura sobre o impacto do ambiente físico e social com a vizinhança no nível de atividade física e participação social da pessoa idosa (CERIN et al., 2017; RICHARD et al., 2013). As pesquisas mostram que os níveis de atividade física da população idosa variam de acordo com o que a cidade permite ou incentiva em termos de deslocamentos. Entretanto, essas revisões sistemáticas associam mais os fatores ambientais físicos e os aspectos pessoais a participação social dos idosos, sem foco na influência do ambiente atitudinal dos conhecidos, colegas, vizinhos, companheiros. Sabe-se que o construto participação na CIF é parte importante da funcionalidade, ou seja, o presente estudo aponta um achado que pode dar margem a novas investigações no âmbito do Ambiente Atitudinal e da funcionalidade dos idosos.

A categoria e425 está presente no capítulo 4 – Atitudes, da CIF. Este capítulo trata das atitudes que são as consequências observáveis dos costumes, práticas,

ideologias, valores, normas, crenças religiosas e outras. Essas atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, dos relacionamentos interpessoais e associações comunitárias às estruturas políticas, económicas e legais como, por exemplo, atitudes individuais ou da sociedade sobre a confiança, merecimento e valor de um ser humano que podem motivar práticas positivas e honrosas ou negativas e discriminatórias, por exemplo, estigmatização, estereotipia e marginalização ou negligência para com os indivíduos. As atitudes classificadas são as dos indivíduos relativamente à pessoa cuja situação está sendo descrita. Elas não se aplicam à própria pessoa. Para a CIF os valores e crenças não são codificados separadamente das atitudes, pois pressupõe-se que eles sejam as forças motrizes das atitudes.

O fato de apenas uma categoria ambiental ter sido significativa no modelo dos idosos, pode demonstrar a inabilidade de alguns idosos em reconhecerem quais fatores contribuem mais positivamente ou negativamente para a sua funcionalidade. Demonstrando assim, uma possível dificuldade para determinar fatores do ambiente e o quanto eles influenciam nos seus cenários atuais

### 6.3 FUNCIONALIDADE E A CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Os fatores pessoais, entre eles IMC no modelo dos idosos não institucionalizados, e a quantidade de medicações para os idosos institucionalizados, são considerados pela CIF, porém não são classificados por ela. Estes dois fatores apresentam um impacto importante no modelo de incapacidade. Os fatores pessoais ainda não são classificáveis na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos, embora a CIF considere os fatores pessoais (raça, sexo, religião e outras características socioeconômicas) influenciadores das limitações nas atividades dos indivíduos em seu ambiente, essas restrições de participação ainda não estão relacionadas à saúde na classificação (WHO, 2010).

A maioria dos idosos 136 (65,3%) apresentam sobrepeso ou obesidade com uma mediana de 26,74 (6,5), corroborando com outros achados (SILVA et al., 2013; TINOCO et al., 2019), 82 (39,4%) estão na faixa do sobrepeso e 54 (25,9%) apresentam Obesidade, por outro lado apenas 2 (1%) idosos estão abaixo do peso

(magreza), ambos institucionalizados (SILVA et al., 2021). Entre os grupos há diferença estatisticamente significativa nas medianas, o grupo não institucionalizado apresenta maior mediana 27,37 (5,06) comparado aos institucionalizados 25,11(6,02), ambos estão na classificação de sobrepeso. Apresentam-se dentro dos parâmetros de normalidade 70 (33,7%) idosos, e destes a maioria 49 (47,11%) são institucionalizados. Fato que pode ser explicado no presente estudo pela presença de profissionais nutricionistas nas instituições, assim como, o acompanhamento do cardápio do idoso por terceiros. Para o monitoramento do estado nutricional e da obesidade, o IMC tem sido amplamente usado nos estudos de base populacional no Brasil por apresentar fácil aplicação e baixo custo, todavia apresenta limitações quanto à diferenciação entre massa magra e gordura corporal, bem como à segmentação dessa gordura (SILVA et al., 2021).

Embora os idosos não relatem barreiras significativas com o fator ambiental e110- Produtos ou substâncias para consumo pessoal: Qualquer substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para ser ingerida, que inclui os medicamentos. O uso de medicação provocou uma redução de funcionalidade estatisticamente significativa nos idosos institucionalizados quando comparado com aqueles que não fazem uso de medicação. Nos idosos não institucionalizados também há uma redução de funcionalidade, entretanto sem significância estatística.

Na literatura a polifarmácia está recebendo cada vez mais atenção como um problema potencial para a população idosa (HSU et al., 2021). Há diferentes revisões sistemáticas sobre o impacto da polifarmácia nos idosos (PALAPINYO; METHANEETHORN; LEELAKANOK, 2021; HSU et al., 2021; CHEN et al., 2021). Na revisão sistemática de Hsu e colaboradores (2021), dez estudos foram considerados de qualidade adequada e aceitáveis para serem revisados, eles foram realizados em ambulatórios ou em ambientes comunitários. Compreenderam nove estudos transversais e um estudo de coorte. A polifarmácia foi definida como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos. A prevalência de polifarmácia variou entre 7% e 45%. O presente estudo apresentou valores dentro desta porcentagem para os idosos não institucionalizados 33 (31,7%), assim como, para os institucionalizados 45 (44,3%). Idade avançada, comorbidade, autopercepção do estado de saúde ruim, limitações na atividade física, história de quedas, depressão e dor foram associados positivamente à polifarmácia. Os autores concluíram que a

forma como a polifarmácia se desenvolve ao longo do tempo precisa ser investigada em estudos longitudinais a fim de formular estratégias para a redução da polifarmácia.

Durante as entrevistas, ficou clara a falta de domínio dos idosos institucionalizados em reconhecer quantas e quais medicações fazem uso, tal que 13 (12,5%) destes não souberam responder quantas medicações fazem uso, sendo de suma importância a educação funcional em saúde desse aspecto do ambiente do idoso. Pois, é dever dos profissionais da saúde, na prática da prevenção quaternária, intervir na polifarmácia.

A dor foi uma variável associada a incapacidade nos dois modelos. O fato de a dor ter sido significativa nos dois modelos demonstra como ela é um fator bastante limitante na vida de um idoso, seja ele institucionalizado ou não. Este fato também pode estar associado a um fator do ambiente, segundo a própria CIF. Por exemplo, um assistente pessoal ou um cuidador (e340 dos fatores ambientais) podem estar presentes apenas parte do dia de um idoso, ou um medicamento pode fazer efeito por algumas horas. Assim, é importante usar um intervalo de tempo longo o suficiente para avaliar essas variações (OMS, 2003).

Há diferença estatisticamente significativa no nível médio de dor entre os grupos, entretanto não há diferenças significativas na funcionalidade entre os idosos que relatam dor, apenas quando os idosos relatam dor intensa. Os idosos institucionalizados apresentaram uma redução importante da funcionalidade nesta categoria. Assim como, o local da dor mais frequente nos dois grupos foi a coluna lombar.

Silva e colaboradores (2013) validaram a versão portuguesa do WHODAS 2.0 em pacientes com dor músculo esquelética, logo encontraram boa consistência interna e confiabilidade interavaliadores. O WHODAS 2.0 mostrou-se confiável e válido quando utilizado em pacientes com dor associada às patologias musculoesqueléticas, e em detectar diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com diferentes números de locais com dor e indicar que maior incapacidade está associada à maior intensidade da dor (SILVA et al., 2013).

No presente estudo, o nível de dor foi avaliado dentro do mês da entrevista. Entretanto, sabe-se que a dor lombar crônica é o principal quadro que leva a incapacidade e afastamento das atividades laborais mundialmente (SALVETTI et al., 2012). Ela atinge todas as faixas etárias e os estudos realizados com a população

brasileira também mostraram ser uma condição prevalente (ZANUTO et al., 2015; DELLAROZA et al., 2013). No estudo de Dellaroza e colaboradores, multicêntrico, coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde, com idosos da comunidade de sete cidades na América Latina, a dor crônica foi aquela com duração mínima de seis meses e ela ocorreu em 29,7% dos idosos de São Paulo; os locais mais frequentes foram a região lombar (25,4%) e os membros inferiores (21,9%) e foi moderada em 45,8% das vezes e intensa em 46% dos idosos. A dor crônica moderada a intensa foi associada à maior dependência e pior mobilidade (DELLAROZA et al., 2013).

Dor crônica é aquela associada a processos patológicos crônicos, que se prolongam por meses ou anos e, em muitos desses quadros, a dor é a principal queixa e causa de limitações funcionais. Estudos brasileiros observaram alta prevalência de dor crônica nos indivíduos acima de 60 anos residentes na comunidade variando entre 51% e 67%, especialmente dores musculoesqueléticas (LIMA et al., 2009; SANTOS et al., 2010). Weiner et al. (2006), em estudo caso controle com 323 idosos, comprovaram que a incapacidade provocada pela dor lombar em idosos residentes na comunidade é mediada por alterações neuropsicológicas que foram correlacionadas a intensidade da dor e ao desempenho físico do idoso. Entre as alterações detectadas, foi significativo o impacto no desempenho em tarefas de atenção, habilidades visuoespaciais, flexibilidade mental e destreza manual que foram associadas ao aumento da intensidade da dor, avaliadas por vários testes.

A incapacidade resultante da dor é multideterminada, assim, localizações algicas diversas e intensidades diferentes, entre outras características dolorosas, parecem estar associadas ao maior ou menor grau de incapacidade. Ter a dor controlada é um direito da pessoa idosa, cada vez mais reconhecido por profissionais e esperado pela sociedade (DELLAROZA et al., 2013). O controle da dor ou a diminuição de sua intensidade podem ser estratégias para melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos portadores de dores. A gravidade da queixa algica e sua interferência na funcionalidade demonstrados alertam que o controle da dor precisa ser incluído como um dos objetivos principais em programas de envelhecimento ativo dos idosos.

Há diferenças estatisticamente significativas entre a funcionalidade dos idosos institucionalizados e não institucionalizados. Na mediana os idosos do CCI apresentaram incapacidade leve 4,88 (AI 7,24) já os da ILPIs moderada 21,86 (AI

28,74). Enquanto a minoria dos idosos não institucionalizados apresentou alguma dificuldade 51 (49%), entre esses 48 (94,1%) relataram uma incapacidade leve, a maioria dos idosos institucionalizados 88 (84,6%) relataram alguma dificuldade, e desses, 41 (46,5%) relataram incapacidade moderada.

Os valores encontrados neste estudo corroboram com a literatura de Grou e colaboradores (2021) ao verificarem as propriedades de medida de confiabilidade, consistência interna e validade de critério da versão brasileira do WHODAS 2.0 em 100 idosos institucionalizados com diferentes condições de saúde, ambos os sexos, 54 homens, encontraram um total de 30,3 ( $\pm 19,7$ ). O estudo de Ferrer et al. (2019) com 350 idosos com 60 anos ou mais, homens e mulheres, atendidos em um centro de referência secundário para consultas médicas ou de reabilitação, 276 (76%) participantes eram mulheres, a idade média foi de 71,8 ( $\pm 6,7$ ) anos. O escore médio do WHODAS 2.0-BO foi de 4,3 ( $\pm 5,2$ ) pontos, sendo o maior valor encontrado 33%, no presente estudo o valor máximo foi 43,4%. Possivelmente, os valores de funcionalidade dos idosos não institucionalizados diferem de uma parte dos estudos com idosos da literatura, pois os idosos desta pesquisa são frequentadores de um Centro de Convivência que promove bem-estar por meio de atividades físicas, culturais, de lazer.

No estudo de Wichmann e colaboradores (2013) eles buscaram evidenciar o grau de satisfação dos idosos que participavam de centros de convivência no Brasil e na Espanha. Na busca de novas aprendizagens promovidas pela educação formal e ou informal os grupos/centros de convivências são recursos para manter a funcionalidade, a flexibilidade e a possibilidade de adaptação dos idosos. Da mesma forma, a prática de exercícios físicos, as oficinas culturais e as palestras educativas ajudam os idosos a se manterem fortalecidos no enfrentamento das atividades diárias. Segundo os autores, para os idosos, participar não significa somente usufruir das atividades, mas também trabalhar coletivamente, incluir-se nas discussões e proposições de alternativas, no planejamento de ações, na concretização de planos, no controle e na avaliação das atividades. O envolvimento comunitário pode ser um fator significativo para melhorar a percepção da confiança pessoal e da saúde (WICHMANN et al., 2013). Fatos estes que podem explicar a boa autoavaliação da funcionalidade deste grupo.

Grou e outros (2021) explicam que a capacidade funcional e o bem-estar são conceitos especialmente importantes para a saúde do idoso. O envelhecimento

biológico traz consequências ao sistema psicomotor, não raras são as perdas ou limitações das atividades mais básicas as mais complexas. Conhecer o estado funcional dos idosos de uma população é estratégico para organização de serviços e ações de saúde. Porém, são escassos na literatura os instrumentos que avaliam esse componente conforme o modelo biopsicossocial (GROU et al., 2021).

Neste estudo apenas o domínio cognição do WHODAS 2.0 não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, os demais domínios, Mobilidade, Relações Interpessoais, Autocuidado, Atividades de vida, Participação. Resultado este que poderia ser esperado, pois o critério de elegibilidade para pesquisa era apresentar o estado cognitivo mínimo para compreensão das perguntas dos instrumentos aplicados. Todavia, há diferenças estatisticamente significativas no MEEM entre os grupos, fato relacionado a mediana mais baixa encontrada entre os idosos institucionalizados deste estudo, ainda que dentro da nota de corte.

O MEEM mais baixo nos idosos institucionalizados corrobora com a literatura (COSTA et al., 2021; GUIMARÃES et al., 2019), assim como os baixos níveis de escolaridade. Costa e colaboradores (2021) encontraram uma relação positiva entre o número de anos de educação com o valor do MEEM. No estudo de Grou e colaboradores (2021) os participantes eram predominantemente do sexo masculino (54%) com idade média acima dos 70 anos (74,7). Em relação à escolaridade: 20 eram analfabetos (MEEM=20,05), 37 tinham escolaridade de um a três anos (MEEM=23,62), 31 com escolaridade de quatro a sete anos (MEEM=24,7), 10 tinham escolaridade de oito a 10 anos (MEEM=26,4) e dois idosos com escolaridade de mais de 11 anos (MEEM=29), ou seja, quanto maior a escolaridade maior foi o MEEM (GROU et al., 2021). Há, neste estudo, a dificuldade de encontrar idosos cognitivamente aptas a responderem os questionários. Segundo o Ministério da Saúde (MS), cerca de 50% dos residentes das ILPI são portadores de algum problema psiquiátrico, sendo os quadros demenciais e de depressão os mais comuns (COSTA et al., 2021). Os fatores associados à institucionalização de idosos podem comprometer a funcionalidade dessa população (GROU et al., 2021).

No presente estudo a mobilidade que envolve atividades como ficar em pé, se movimentar dentro de casa e caminhar por longas distâncias foi o segundo domínio com maior comprometimento nos idosos institucionalizados comparado aos idosos não institucionalizados. Resultado similar, Grou e colaboradores (2021) encontraram a mobilidade como domínio mais comprometido nos idosos institucionalizados com

diferentes condições de saúde, mesmo não sendo objetivo do estudo deles, quando compararam os domínios, a mobilidade apresentou escore mais elevado, indicativo de maior dificuldade apresentada por essa população, o que converge com o presente estudo e outros estudos envolvendo idosos institucionalizados e que revelam o prejuízo na locomoção e o alto risco de quedas como as alterações mais presentes nesses idosos (REIS et al., 2019). Ferrer e colaboradores (2019) também evidenciaram o aumento do escore total do WHODAS 2.0-BO com a presença de alterações no teste de mobilidade. Problemas de mobilidade são frequentemente mencionados como os primeiros sinais de deficiência, fragilidade e quedas na pessoa idosa (BERGLAND et al., 2017).

No estudo observacional transversal de Araújo et al. (2016), em João Pessoa na Paraíba, quando os idosos foram questionados com relação as dificuldades para sair de casa, 58% relataram ter dificuldade devido à falta de companhia, seguido de 46% relatando dificuldades de locomoção, e neste item houve diferença significativa quando se comparou os idosos institucionalizados com os da comunidade geral (ARAÚJO et al., 2016).

A mobilidade medida pela velocidade da marcha é considerada o sexto sinal vital na avaliação de idosos. Ela pode servir como uma variável preditora, pois a limitação da mobilidade compromete a independência e aumenta o risco de quedas, perda funcional, hospitalização e mortalidade (BERGLAND et al., 2017). Neste estudo a mobilidade dos idosos do CCI foi o segundo domínio com maior comprometimento, perdendo apenas para o domínio cognição no WHODAS 2.0. Assim como, o grupo institucionalizado apresenta o segundo maior comprometimento no domínio mobilidade, perdendo apenas para Atividade de vida. Mesmo ambos apresentando essa posição do domínio mobilidade há uma diferença estatisticamente significativa entre o nível de funcionalidade deste domínio e no escore total de funcionalidade entre os grupos. Fato este que difere de Araújo e colaboradores (2016) cuja funcionalidade dos idosos institucionalizados, em fila de espera e não residentes em ILPIs, foi avaliada por meio da Escala de Katz, na qual a independência para desenvolver as AVDs representou a maioria das pessoas idosas do grupo residente e em quase todos os participantes dos grupos em espera e não residentes, não existindo diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Todavia, no estudo de Marinho e colaboradores (2013) dos 125 idosos institucionalizados, em 3 ILPIs, apresentaram dependência parcial 15,2% e dependência total 43,2% no índice KATZ.

A maioria dos idosos entrevistados dizem que o fator ambiental e120- Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos - é um facilitador. Portanto, possivelmente eles vivenciem outras dificuldades do ambiente, como relatado por alguns idosos a própria institucionalização, e até mesmo dificuldades nas suas capacidades físicas, como a sarcopenia, e psicológicas, como a depressão, que contribuem para a redução de mobilidade e que não foram investigadas neste estudo.

O domínio atividades de vida, que inclui questões sobre dificuldades nas atividades cotidianas domésticas e atividades de trabalho ou escolares, apresentou a maior diferença entre os grupos. Reis e colaboradores (2019), num estudo qualitativo, com idosos institucionalizados, ambos os sexos, idade média foi de 79,6 anos, numa faixa etária que variou entre 61 e 93 anos, desvelaram que, devido a condições crônicas de saúde, com o passar do tempo os idosos deixam de realizar atividades rotineiras de prazer e ocupação, como cozinhar, costurar e ir ao banco, bem como decisões sobre o que fazer em seus momentos sozinhos. Os familiares passam a comparar o que os idosos costumavam fazer com o que eles não podem mais fazer, acarretando, em alguns casos, na institucionalização. No presente estudo é possível identificar que as pessoas idosas que residem em ILPIs experienciam situações que durante a juventude ou fase adulta não imaginaram enfrentar, como a dependência para a realização das atividades básicas de vida diária, a partir de imposições de normas, rotinas e horários estabelecidos pelos profissionais.

Com o avançar da idade no grupo institucionalizado houve redução da funcionalidade com significância estatística, entre os idosos da faixa dos 60 aos 69 e os idosos 80 mais, enquanto os idosos não institucionalizados essa redução não ocorreu. Isto pode ter ocorrido devido a diferença, entre os grupos, no número de idosos com mais de 80 anos, mas também a perceptível desenvoltura motora e cognitiva dos idosos longevos não institucionalizados que não aparentavam apresentar a idade cronológica relatada. Foi possível perceber nestes idosos um alto nível de apoio familiar, com a presença dos filhos nos seus lares.

No estudo de Ferrer e colaboradores (2019), 350 participantes com 60 anos ou mais, 76% (266) eram do sexo feminino, com as seguintes médias: 71,8 ( $\pm 6,7$ ) anos e 5,8 ( $\pm 3,8$ ) anos de estudo, os autores evidenciaram que a pontuação do WHODAS 2.0-BO aumentou com a idade nos idosos atendidos em um centro de referência secundário para consultas médicas ou de reabilitação em São Paulo, indicando

associação com à deficiência. Esse achado corrobora com outros estudos brasileiros que associam o envelhecimento com a funcionalidade (BARBOSA et al., 2014; GIACOMIN et al., 2008; DA SILVA ALEXANDRE et al., 2014).

No entanto, ressalta-se que a maioria desses estudos se baseiam na avaliação da dependência para atividades instrumentais e básicas de vida diária. O estudo de Veiga e colaboradores (2016) realizado num ambulatório hospitalar da Cidade de Curitiba, cuja amostra foi composta por 28 super idosos, sendo 14 homens e 14 mulheres, com média de idade de 86,21 ( $\pm 4,17$ ) anos, cuja maioria dos idosos afirmou ser independente (57,14%), assim como neste estudo.

O fato dos idosos não institucionalizados apresentarem baixos níveis de perda de funcionalidade, pode estar associado, também, a prática de exercícios físicos. A maioria dos idosos nos dois grupos praticam algum exercício físico, porém os idosos não institucionalizados apresentaram maior frequência durante a semana comparado ao grupo das ILPIs, com significância estatística. Cerca de 63 (60,6%) dos idosos do CCI apresentam uma frequência semanal de 3 vezes ou mais. Grupo que se aproxima das recomendações das diretrizes da OMS (2020), cujos idosos devem praticar exercícios físicos multicomponentes, que enfatizem o equilíbrio funcional e o treinamento de força com moderada a vigorosa intensidade, em 3 ou mais dias da semana, para aumentar a capacidade funcional e prevenir quedas. O American College of Sports Medicine define o exercício multicomponente como um programa completo, que inclui resistência, força, coordenação, equilíbrio e exercícios de flexibilidade para manter a forma física. Exercícios esses realizados pela maioria dos idosos que frequentam o CCI que oferta Ginástica Aeróbica e *taekwondo*, no mínimo 2 vezes na semana cada. As recomendações atuais têm reconhecido que a combinação de atividade aeróbica, treino de força e exercícios de flexibilidade são importantes para manter a função física em adultos mais velhos (OMS, 2020).

Entre os idosos institucionalizados apenas 34 (32,7%) realizam 3 dias ou mais de exercícios físicos semanalmente, 33 (31,7%) apenas 1 ou 2 dias, enquanto 37 (35,6%) a maioria relata não fazer nenhum exercício. A falta de companhia e de interesse são apontados como principais barreiras para a inatividade física nessa faixa etária (MACIEL, 2010; RAMALHO, 2011). No entanto, nenhum estudo ainda mapeou a pesquisa do comportamento sedentário em adultos nas fases da estrutura da epidemiologia comportamental, Memon e colaboradores (2021) na revisão de escopo de revisões sistemáticas e meta-análises concluíram que pesquisas devem se

concentrar na medição, prevalência, epidemiologia e determinantes do comportamento sedentário, para melhor informar o desenvolvimento de políticas públicas (MEMON et al., 2021).

Estatísticas da OMS (2020) mostram que um em cada quatro adultos não praticam atividade física suficiente. Estima-se, a nível mundial, que as consequências decorrentes da baixa prática de exercícios geram custos em assistência médica em torno de US\$ 54 bilhões e perdas de produtividade de US\$ 14 bilhões. Recomenda-se para a população idosa exercícios que estimulem equilíbrio, coordenação, bem como no fortalecimento muscular, pois a prática regular auxilia na prevenção e no controle das doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e câncer, reduz os sintomas de depressão, ansiedade, e o declínio cognitivo, aumentando a capacidade de armazenar informações (WHO, 2020).

Consensualmente, o Comportamento Sedentário é definido como qualquer comportamento em vigília caracterizado por um gasto de energia  $\leq 1,5$  equivalentes metabólicos (METs), durante a postura sentada, reclinada ou deitada. Em contrapartida, a inatividade física é determinada pelo nível insuficiente de atividade física para atender as recomendações atuais (<150 minutos para adultos e idosos) (FALCK; DAVIS; LIU-AMBROSE, 2017). Desse modo, é possível inferir que um idoso pode ser fisicamente ativo, mas ao mesmo tempo apresentar elevados níveis de comportamento sedentário, o que é chamado na literatura de “sedentário ativo” (HORACIO; DE AVELAR; DANIELEWICZ, 2021).

Há diferença estatisticamente significativa na funcionalidade entre os sexos apenas no grupo institucionalizados, porém os maiores níveis de deficiência nas mulheres ocorreram em ambos os grupos. Elas representaram maioria da amostra, corroborando com a literatura que aponta uma feminização da velhice (VEIGA et al., 2016). Com relação à funcionalidade, no geral, as mulheres apresentaram maior nível de incapacidade do que os homens. A velhice feminina está associada a maior prevalência de doenças crônicas, a uma condição socioeconômica inferior à dos homens, pois muitas delas apresentam menor escolaridade e não tiveram empregos formais, além disso, as mulheres tendem a viuvez antes dos homens, uma vez que eles procuram menos os serviços de saúde e assumem papéis sociais de maior risco externo de morbidades e mortalidade (NOGUEIRA; DE OLIVEIRA ALCÂNTARA, 2014; AIRES; PASKULIN, 2010).

Neste estudo a autopercepção de saúde dos idosos institucionalizados como ruim foi de 13 (12,5%), fato que difere de Pagotto e colaboradores (2016), os autores observaram nas Casas Lares a prevalência de incapacidade funcional superior nos idosos com autopercepção de saúde ruim (40%). Os dados obtidos por autoavaliação tendem a reportar uma condição funcional melhor, 57,7% dos institucionalizados autoavaliam sua saúde como boa ou muito boa. Isso pode ocorrer pela aceitação do declínio funcional, levando os idosos a subestimar suas necessidades acreditando não ser algo que necessite de cuidados em saúde (BALTES; SMITH, 2003; RODRIGUES *et al.*, 2016). No estudo de Menezes et al. (2018) eles perceberam um certo conformismo sobre o estar idoso o que se identifica como uma resposta positiva em relação ao envelhecimento. Ao contrário dos autores, durante as entrevistas percebe-se que os idosos com pensamentos mais positivos e atitudes positivas refletem esses estados nas respostas sobre as suas funcionalidades, já os idosos com humores negativos, depreciativos, tendem a relatar piores quadros funcionais.

Dos idosos não institucionalizados 78 (74,9%) autorrelatam sua saúde como muito boa ou boa, enquanto apenas 2 (1,9%) como ruim. Menezes et al. (2018) concluíram que a aceitação da idade por meio da conscientização sobre o processo de envelhecer, principalmente em relação às alterações físicas, faz com que os idosos não se abstenham de suas atividades diárias, nem tão pouco do convívio social, tornando-os assim, mais felizes nessa fase da vida.

Quando associada à funcionalidade a autoavaliação de saúde piorou progressivamente com as percepções ruins de saúde. Corrobora com Ferrer e outros (2019) que observaram escores muito altos no WHODAS 2.0-BO nos idosos que perceberam a saúde como muito ruim. Achados estes que reforçam a autoavaliação como um bom predito de incapacidade e mortalidade entre os idosos. A autoavaliação da saúde representa a percepção do indivíduo sobre seus aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde, aspecto que reforça o conceito multidimensional do bem-estar em saúde da OMS.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil dos participantes institucionalizados mostrou moderada incapacidade e os não institucionalizados uma leve incapacidade, havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Os fatores ambientais têm impacto significativo sobre a funcionalidade dos idosos. Apenas um fator ambiental atitudinal da CIF apresentou significância na incapacidade dos idosos não institucionalizados. No grupo institucionalizado as respostas não evidenciaram um impacto significativo das categorias do ambiente avaliadas na incapacidade dos idosos. Nem com relação ao apoio da família e dos amigos, o que poderia ser atribuído à substituição da família e amigos por companheiros e equipe de assistência fortalecendo os vínculos afetivos. Entretanto, observou-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e os fatores ambientais que são barreiras, facilitadores ou os que não facilitam ou dificultam a vida dos idosos.

A CIF pode ajudar a ilustrar aspectos das histórias dos idosos e como a funcionalidade é influenciada por fatores ambientais, como apoio, atitudes ou serviços. Ela pode ser um modelo através do qual é possível considerar, entender e trabalhar através das experiências para conquistar capacidade e desempenho funcional e consecutivamente qualidade de vida.

Tentar conter o envelhecimento humano é algo impossível, mas fazer com que os idosos possam ter um envelhecimento mais saudável é apostar na melhoria da funcionalidade desta população, minimizar suas perdas, e dar-lhes um novo sentido à vida incentivando-os à participação social. Sendo assim, aumentar a autoestima do idoso e o prazer de viver, é um papel que cabe a todos os profissionais da área da saúde, familiares, amigos e membros da sociedade. Por meio do carinho, atenção, toque, honestidade, palavras de afirmação, são algumas atitudes, as quais podem ser usados com o intuito de dar mais valor ao idoso e deste sentir-se mais amado e respeitado, dando novo valor a sua vida.

Dentre os aspectos de interação entre a funcionalidade e o ambiente, a disponibilidade de moradia, direito constitucional, e auxílio de conhecidos, colegas, companheiros, vizinhos ou membros da comunidade à vida diária podem fazer uma diferença substancial na funcionalidade de um idoso.

Estudos como este visam apoiar as melhores práticas, decisões e o desenvolvimento de intervenções de saúde pública inclusivas e inovadoras, incluindo diretrizes claras para a criação de ambientes de apoio à terceira idade.

Os idosos apresentaram dificuldade para refletir sobre o quanto e de qual maneira os fatores externos interferem na funcionalidade, o que demonstra uma falta de experiência e entendimento sobre os fatores do ambiente que atuam como barreiras e facilitadores.

A funcionalidade em idosos e a avaliação dos fatores externos relacionados a ela sofrem os efeitos de numerosos fatores, entre eles os preconceitos das pessoas próximas e dos próprios idosos em relação à velhice. Por isso, o idoso deve ter participação ativa na avaliação do que é melhor e mais significativo para ele, pois o padrão de qualidade de cada vida é um fenômeno pessoal.

Para que os idosos possam lançar mão de algumas estratégias que possibilitem ter uma velhice satisfatória e estejam atentos a cultivarem novos hábitos, como engajamento em atividades produtivas, e até serviços voluntários entre outros, é necessária a mudança das atitudes das pessoas próximas perante esse processo do envelhecer e sobre a pessoa idosa. Portanto, um envelhecimento bem-sucedido depende de como o idoso vai enfrentar os desafios ambientais da vida, lutar pelos seus direitos de cidadão e colocar em prática projetos viáveis dentro das condições pessoais e do meio ambiente em que vive.

Dentre as limitações deste estudo, pode estar o processo de seleção estatística. Devido ao contexto da pandemia de COVID-19, embora tenhamos testado diferentes modelos com métodos estabelecidos, não foi possível alcançar o tamanho da amostra. Outros estudos de tamanho amostral suficiente estabeleceriam com mais firmeza a validade da seleção proposta, e renderia mais percepções sobre as estruturas de associação e atributos de escala potenciais das categorias ambientais. Acreditamos que o fato de as avaliações terem sido realizadas por chamadas de vídeo, com a assistência de terceiros, pode ter interferido na percepção e na resposta as perguntas.

Demonstrou-se a importância das variáveis para a funcionalidade dos idosos, porém, sugere-se que futuros estudos investiguem o motivo da institucionalização e as relações com os fatores ambientais atitudinais dos conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade da pessoa idosa, para que seja apurada a influência destes na saúde desta população.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, Marinês; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; MORAIS, Eliane Pinheiro de. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 11-17, 2010.
- AKINS, R. B.; TOLSON, H.; COLE, B. R. Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. **BMC Medical Research Methodology**, v. 5, n. 37, 2005.
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16: 3061-3068.
- ANNEAR, M. et al. Environmental influences on healthy and active ageing: A systematic review. **Ageing & Society**, v. 34, n. 4, p. 590-622, 2014.
- ARAÚJO, E. S. D.; BUCHALLA, C. M. Utilização da CIF em fisioterapia do trabalho: uma contribuição para coleta de dados sobre funcionalidade. **Acta Fisiátrica**, v. 20, n. 1, p. 1-7, 2013.
- ARAÚJO, M. et al. Diferenças no perfil de pessoas idosas institucionalizadas, em lista de espera e que não desejam institucionalização. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 1, p. 105–118, 2016.
- ARAÚJO, Mayara Priscilla Dantas; DO VALE TAVARES, Zuleika Dantas; NUNES, Vilani Medeiros Araújo. SEGURANÇA DO AMBIENTE DOMICILIAR E OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 2, p. 1-15, 2021.
- BALTES, P. B.; SMITH, J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. **Gerontology**, v. 49, n. 2, p. 123-135, 2003.
- BARBOSA, Bruno Rossi et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3317-3325, 2014.
- BEARD J.R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. HHS Public Access. World Health Organization. **Lancet**. Author manuscript; v. 387, p. 10033, p. 2145–2154, 2016
- BENEFIELD, L. E.; HOLTZCLAW, B. J. Aging in place: Merging desire with reality. **Nursing Clinics of North America**, v. 49, n. 2, p. 125–131, 2014.
- BERGLAND, Astrid et al. Mobility as a predictor of all-cause mortality in older men and women: 11.8 year follow-up in the Tromsø study. **BMC health services research**, v. 17, n. 1, p. 1-7, 2017.

BERTOLDI JT, BATISTA AC, RUZANOWSKY S. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. **CINERGIS**, v. 16, n. 5, p. 1-5, 2015.

BIZ, Maria Cristina Pedro, et al. Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde-CIF em um centro especializado em reabilitação. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 1ª ed. 1ª reimpr. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3ªed. 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 70 p. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. **PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 2006. Acesso em: 22/07/2019. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)

BRASILEIRO, I. C.; MOREIRA, T. M. M.; BUCHALLA, C. M. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e seu uso no Brasil. . **Acta Fisiátrica**, v. 20 n. 1, p. 37-41, 2013.

CASTANEDA, L.; CASTRO, S. S. Publicações brasileiras referentes à Classificação Internacional de Funcionalidade. **Acta Fisiátrica**. v. 20, n. 1, p. 29-36, 2013.

CASTRO S. S., CASTANEDA L., ARAÚJO E. S., BUCHALLA C. M. Aferição de funcionalidade em inquiridos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19 n. 3, p. 679–87, 2016

CAVALCANTI, Alana Diniz. Envelhecimento e institucionalização: uma revisão bibliográfica à luz da promoção da saúde. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 159-174, 2013.

CERNIAUSKAITE, M. et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. **Disability Rehabilitation**, v. 33, n. 4, p. 281-309, 2011.

CHEN, Li-Ju, et al. Systematic review and meta-analysis on the associations of polypharmacy and potentially inappropriate medication with adverse outcomes in older cancer patients. **The Journals of Gerontology: Series A**, 2021, 76.6: 1044-1052.

CHIPPENDALE, T. L.; BEAR-LEHMAN, J. Enabling “Aging in Place” for Urban Dwelling Seniors: An Adaptive or Remedial Approach? **Physical & Occupational Therapy In Geriatrics**, v. 28, n. 1, p. 57–62, 23 fev. 2010.

CHIPPENDALE, T. L.; BEAR-LEHMAN, J. Enabling “Aging in Place” for Urban Dwelling Seniors: An Adaptive or Remedial Approach? **Physical & Occupational Therapy In Geriatrics**, v. 28, n. 1, p. 57–62, 2010.

CIEZA, A. et al. ICF linking rules: an update based on lessons learned. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 37, n. 4, p. 212-218, Jul. 2005.

CIEZA, A. et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 34, n. 5, p. 205-10, 2002.

CIEZA, A. et al. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. **Disability Rehabilitation**, v. 17, p. 1-10, Mar. 2016.

CIEZA, A.; STUCKI, G. The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 44, n. 3, p. 303-313, Sep. 2008.

COELHO, Juliana Lourenço; COUTO, Flávia Molina Toledo. Ambiente domicíliar para idosos: um estudo acerca das normas que regem o design de interior. **ILO**, v. 1, n. 1, 2021.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 925-936, 2015.

COSTA, B. R. L. (2018). Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, 7(1).

COSTA, T. N. M. et al. Análise do Mini Exame do estado mental de Folstein em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 8319-8336, 2021.

DA SILVA ALEXANDRE, Tiago et al. Incapacidade em atividades instrumentais de vida diária em idosos: diferenças de gênero. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 379-389, 2014.

DE ALMEIDA FONTES, A. P. et al. Proposta de um Core Set Abreviado de Avaliação da Funcionalidade em Cuidados Pós-Agudos Geriátricos. **Portuguese Journal of Public Health**, v. 35, n. 2, p. 101-113, 2017.

DE FREITAS XAVIER, Flávio Merino. Perda da adaptabilidade emocional progressiva do idoso: este fenômeno existe?. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 1, n. 1, 2004.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 325-334, 2013.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008.

FAQUINELLO, Paula; MARCON, Sonia Silva. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1345-1352, 2011.

FARIAS, J.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FALCK, Ryan S.; DAVIS, Jennifer C.; LIU-AMBROSE, Teresa. What is the association between sedentary behaviour and cognitive function? A systematic review. **British journal of sports medicine**, v. 51, n. 10, p. 800-811, 2017.

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-9, 1987.

FERNANDES, Antônio Alves Tôres et al. Leia este artigo se você quiser aprender regressão logística. **Revista de Sociologia e Política**, v. 28, 2021.

FERNANDES, Vinicius; DE LIMA LEITE, Maysa. Relação entre variáveis climáticas e mortalidade por doenças do aparelho circulatório em idosos no município de Paranavaí-PR. **Visão Acadêmica**, v. 19, n. 2, 2018.

FERRER, M. L. P.; PERRACINI, M. R.; REBUSTINI, F.; BUCHALLA, C. M. WHODAS 2.0-BO: dados normativos para avaliação de incapacidade em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 19, 2019.

FERRER, M. L. P. e BUCHALLA C. M. (orientadora). **O impacto dos fatores ambientais na incapacidade de idosos: a importância de políticas públicas que valorizem o *Aging in Place***. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 140, 2018.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. and FLETCHER, G. S. **Clinical epidemiology: the essentials**. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

FONTANA, M. B. **Funcionalidade de participantes de um serviço de atenção ao idoso com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Dissertação (Mestrado em Tecnologia em Saúde). Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, p. 84. 2015.

FULLER-THOMSON, Esme et al. Basic ADL disability and functional limitation rates among older Americans from 2000–2005: the end of the decline?. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 64, n. 12, p. 1333-1336, 2009.

GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1260–1270, 2008.

GRILL, Eva et al. Brief ICF Core Set for patients in geriatric post-acute rehabilitation facilities. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 43, n. 2, p. 139-144, 2011b.

GRILL, Eva et al. ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. **Disability and rehabilitation**, v. 27, n. 7-8, p. 361-366, 2005.

GRILL, Eva; STUCKI, Gerold. Criteria for validating comprehensive ICF Core Sets and developing brief ICF Core Set versions. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 43, n. 2, p. 87-91, 2011a.

GROU, Thais Cristina et al. Validação da versão brasileira do World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 em idosos institucionalizados. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, p. 77-87, 2021.

GUIMARÃES, Lara de Andrade et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3275-3282, 2019.

HORACIO, Priscila Resende; DE AVELAR, Núbia Carelli Pereira; DANIELEWICZ, Ana Lúcia. Comportamento sedentário e declínio cognitivo em idosos comunitários. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1-8, 2021.

HSU, Hui - Fen, et al. Polifarmácia e padrão de uso de medicamentos em idosos residentes na comunidade: uma revisão sistemática. *Journal of Clinical Nurses*, 2021, 30.7-8: 918-928.

ICF RESEARCH BRANCH - A cooperation partner within the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (WHO-FIC) in Germany (at DIMDI). **ICF e-Learning Tool**. 2017a. Disponível em: <<https://www.icf-elearning.com>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

ICF RESEARCH BRANCH - A cooperation partner within the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (WHO-FIC) in Germany (at DIMDI). **ICF-based Documentation Tool – ICF Core Set in Clinical Practice**. Published: 2012, last update: May 2017b. Disponível em: <<https://www.icf-core-sets.org/>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. Série de relatórios Metodológicos volume 40, **Projeções da população por sexo e idade Brasil e Unidades da Federação: Revisão 2018**. 2ª edição, Rio de Janeiro, IBGE, 58 p., 2018. ISBN 978-85-240-4464-9

JETTE, A. M. Toward a common language for function, disability, and health. **Physical Therapy**, v. 86, n. 5, p. 726-34, May 2006.

LEE, Justin et al. Deprescribing fall-risk increasing drugs (FRIDs) for the prevention of falls and fall-related complications: a systematic review and meta-analysis. **BMJ open**, v. 11, n. 2, p. e035978, 2021.

LEVASSEUR, Mélanie et al. Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 1-19, 2015.

LIMA, D. L.; LIMA, M. A. V. D. DE; RIBEIRO, C. G. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 7, n. 3, 2012.

LIMA, Margareth Guimarães et al. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, p. 314-321, 2009.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P.; RIBEIRO, P. C. C. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em um população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 1, p. 7-16, 2008.

LUNA, F. Sequência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 71, n. 6, p. 735-740, 1998.

MACHADO, Flávia Nunes; MACHADO, Adriana Nunes; SOARES, Sônia Maria. Comparação entre a capacidade e desempenho: um estudo sobre a funcionalidade de idosos dependentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1321-1329, 2013.

MACIEL, Marcos Gonçalves. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010.

MADDEN, R. H.; BUNDY, A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. **Disability and Rehabilitation**, v. 12, p. 1-13, Feb. 2018.

MADDEN, R.; SYKES, C.; USTUN, T. B. National Centre for Classification in Health, Australia, Australian Institute of Health and Welfare and World Health Organization. **World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose**. Updated version: Feb. 2012. Geneve: World Health Organization, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf?ua=1>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

MAGASI S. et al. Theoretical foundations for the measurement of environmental factors and their impact on participation among people with disabilities. **Arched Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 96, n. 4, p. 569–77, 2015.

MARINHO, Lara Mota et al. Degree of dependence of elderly residents in geriatric long-term care facilities in Montes Claros, MG. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 34, p. 104-110, 2013.

MARQUES, Alda et al. Linking the EASY-care standard to the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Disability and rehabilitation**, v. 36, n. 7, p. 593-599, 2014.

MELO, R. P.; MOREIRA, R. P.; FONTENELE, F. C.; AGUIAR, A. S. C.; JOVENTINO, E. S.; CARVALHO, E. C. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, [cited May 27, 2016]; v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011.

MEMON AR, STANTON R, TO Q, et al. Sedentary behaviour research in adults: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses [published online ahead of print, 2021 May 19]. **J Sports Sci**. 2021;1-13. [doi:10.1080/02640414.2021.1928382](https://doi.org/10.1080/02640414.2021.1928382)

MENEZES, José Nilson Rodrigues et al. A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 8-12, 2018.

MENEZES, Roberta Mendes de; NUNES, Ana Carla Lima; MORALEIDA, Fabianna Resende de Jesus. Validação do instrumento WHODAS 2.0 para dor lombar crônica inespecífica: dados parciais. 2017.

NASCIMENTO, C. F. et al. Individual and neighborhood factors associated with functional mobility and falls in elderly residents of São Paulo, Brazil: A multilevel analysis. **Journal of aging and health**, v. 30, n. 1, p. 118-139, 2018.

NELSON, Todd D. **Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination**. Psychology Press, 2009.

NERI, A.L. et al. (2009). Biomedicalização da Velhice na Pesquisa, no Atendimento aos Idosos e na Vida Social. In: Diogo, M.J.D'É., Neri, A.L. & Cachioni, M. (Orgs.). Saúde e qualidade de vida na velhice, 11-37. Campinas (SP): Alínea

NORDENFELT, L. Action theory, disability and ICF. **Disability and Rehabilitation**, v. 25, n. 18, p. 1075-1079, Sep. 2003.

NOGUEIRA, Ingrid Rochelle Rêgo; DE OLIVEIRA ALCÂNTARA, Adriana. Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando?. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 263-282, 2014.

NOREAU, L.; BOSCHEN, K. Intersection of participation and environmental factors: A complex interactive process. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 91, n. 9 SUPPL., p. S44–S53, 2010.

OLIVEIRA, Samya Regina Nunes et al. Fatores associados a quedas em idosos: inquérito domiciliar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 34, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em português. Org.: BUCHALLA C.M. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 1 ed., 2 reimpr. atual. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão**. Versão em português. Genebra, out. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0**. Tradução para o português. CASTRO S.S., LEITE CF, C OSTERBROCK, SANTOS M.T., ADREY R. (eds.) 2015b.

PAGOTTO, V. et al. Comparação da funcionalidade de idosos residentes em duas modalidades institucionais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, n. 1143, 2016.

PALAPINYO, Sirinoot; METHANEETHORN, Janthima; LEELAKANOK, Nattawut. Association between polypharmacy and depression: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Pharmacy Practice and Research**, 2021.

PINTO, Bruna Filipa Sousa et al. **Conhecimentos e Atitudes dos Profissionais de Saúde face aos Idosos**. 2012. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.

PORTEGIJS, E. et al. Perceived and objective entrance-related environmental barriers and daily out-of-home mobility in community-dwelling older people. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 69, p. 69-76, 2017.

PRODINGER, B.; CIEZA, A. et al. Toward the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Rehabilitation Set: A Minimal Generic Set of Domains for Rehabilitation as a Health Strategy. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 97, n. 6, p. 875-884, Jun. 2016.

PRODINGER, B.; REINHARDT J. et al. Towards system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in routine practice: Developing simple, intuitive descriptions of ICF categories in the ICF Generic and Rehabilitation Set. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 48, n. 6, p. 508-514, Jun. 2016.

RAMALHO, Juciany Rodrigues de Oliveira. Gasto energético com atividades físicas entre idosos: um estudo epidemiológico de base populacional (Projeto Bambuí). 2011.

RICHARD, Lucie et al. Neighborhood resources and social participation among older adults: results from the VoisiNuage study. **Journal of Aging and Health**, v. 25, n. 2, p. 296-318, 2013.

RIBEIRO, Y.H.C.P; ROMÃO, J.F.F. Métodos de avaliação da funcionalidade do idoso e sua correlação com a CIF: revisão integrativa. 2017.

RIBERTO, M. et al. A experiência brasileira com o core set da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para lombalgia. **Coluna/Columna**, v. 10, n. 2, p. 121-126, 2011.

RODRIGUES, R. M. C. et al. Os muito idosos do concelho de Coimbra: avaliação da funcionalidade na área de saúde física. **Revista Portuguesa de Saude Publica**, v. 34, n. 2, p. 163–172, 2016.

RODRÍGUEZ, T. M.; DÍAZ-VEIGA, P.; RODRÍGUEZ, P.; CASTIELLO, M. S. Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. **Informes Envejecimiento en red**, Madrid, v. 12, 2015.

SALVETTI, Marina de Góes et al. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 16-23, 2012.

SANTOS, A. A. DOS; PAVARINI, S. C. I. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1141–1147, 2012.

SANTOS, A. M. Barsante et al. Prevalência de fibromialgia e dor crônica generalizada em idosos comunitários residentes em São Paulo, Brasil. **Maturitas**, v. 67, n. 3, pág. 251-255, 2010.

SANTOS, Naiana Oliveira dos et al. Família de idosos institucionalizados: perspectivas de trabalhadores de uma instituição de longa permanência. 2013.

SCHARAN, K. O. et al. Health assessment instruments in Portuguese version and its comprehensiveness with ICF framework: a systematic review. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 27, p. 236-254, 2021.

SELB M.; FINGER M.; MARITZ R (ICF Trainers). **ICF Workshop - presential course**. Nottwil (Switzerland): ICF Research Branch - a cooperation partner within the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (WHO-FIC) in Germany (at DIMDI). 2-3 Oct. 2017.

SELB, M. et al. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 51, n. 1, p. 105-117, Feb 2015.

SELB, M. et al. Toward an International Classification of Functioning, Disability and Health clinical data collection tool: the Italian experience of developing simple, intuitive

descriptions of the Rehabilitation Set categories. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 53, n. 2, p. 290-298, Apr 2017.

SHUMWAY-COOK et al. Environmental demands associated with community mobility in older adults with and without mobility disabilities. **Physical Therapy**, v. 82, n. 7, p. 670-81, 2002.

SILVA, Carla et al. Adaptation and validation of WHODAS 2.0 in patients with musculoskeletal pain. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 752-758, 2013.

SILVA, Danilla Michelle Costa et al. Estado nutricional e risco metabólico em adultos: associação com a qualidade da dieta medida pela ESQUADA. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

SILVA, M. V.; FIGUEIREDO, M. L. F. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 1, p. 22-24, 2012.

SILVA, T. G.; MOSER, A. D. L. (orientadora). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde aplicada a idosos institucionalizados**. 2017. Dissertação (Mestrado em Tecnologia em Saúde) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 109 p. 2017.

STUCKI, G.; BICKENBACH, J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 53, n. 1, p. 134-138, Feb 2017.

TINOCO, Adelson Luiz Araújo et al. Sobrepeso e obesidade medidos pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura/quadril (RCQ), de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 9, p. 63-74, 2019.

TRINDADE, A. P. N. T.; BARBOZA, M. A.; OLIVEIRA, F. B.; BORGES, A. P. O. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia e Movimento**, v. 26, n. 2, p. 281-89, 2013.

USTUN, T. B. et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. **Disability Rehabilitation**, v. 25, n. 11-12, p. 565-571, Jun 2003.

VAUGHAN, Molly et al. Which features of the environment impact community participation of older adults? A systematic review and meta-analysis. **Journal of Aging and Health**, v. 28, n. 6, p. 957-978, 2016.

VEIGA, Bruna et al. Avaliação de funcionalidade e incapacidade de idosos longevos em acompanhamento ambulatorial utilizando a WHODAS 2.0. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 1015-1021, 2016.

WEINER, Debra K. et al. The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. 2006.

WICHMANN, Francisca Maria Assmann et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, p. 821-832, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance**. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ageing and health report 2018**. Geneve, 5 February 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 22 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Age-Friendly cities material**. The checklists: Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities, 2007. Disponível em: [https://www.who.int/ageing/age\\_friendly\\_cities\\_material/en/](https://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_material/en/). Acesso em: 10 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy and action plan on ageing and health (2016 - 2020) A framework for coordinated global action by the World Health Organization, Member States, and Partners across the Sustainable Development Goals**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>. Acesso em: 26 jul. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps - A manual of classification relating to the consequences of disease**. Geneva: World Health Organization 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**. USTUN, T. B. et al. (ed.), Geneve: World Health Organization, 2010. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1). Acesso em: 26 julho. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Assembly (WHA). **Resolution WHA 54.21: International classification of functioning, disability and health**. Geneve, 2001. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA54/ea54r21.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf?ua=1). Acessado em: 26 fev. 2018.

ZANUTO, Everton Alex Carvalho et al. Prevalência de dor lombar e fatores associados entre adultos de cidade média brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1575-1582, 2015.

## **APÊNDICE A —TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS IDOSOS**

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar do estudo **IMPACTO DOS FATORES AMBIENTAIS NA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS** que tem como objetivo comparar o impacto dos fatores ambientais na funcionalidade (capacidade de executar as tarefas do dia a dia de modo independente), de idosos em instituições de longa permanência e residentes na comunidade. Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque permitirá maior conhecimento desses fatores, podendo auxiliar no desenvolvimento de ações de prevenção e melhoria do bem-estar dos idosos e familiares.

### **PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

A sua participação no referido estudo será de responder questionários de funcionalidade que serão aplicados pela pesquisadora. O tempo gasto estimado será de em torno de 30 minutos, incluindo os esclarecimentos sobre a pesquisa, aplicação do questionário. O local de aplicação será uma sala reservada para fim da aplicação dos questionários, ou um local de sua preferência.

### **RISCOS E BENEFÍCIOS**

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, tais como: melhor entendimento de como o ambiente influencia na sua vida diária e seus pontos positivos ou negativos, e uso dos resultados no planejamento de ações para melhorar sua qualidade de vida tanto na instituição em que você vive, quanto pelas autoridades de saúde da sua cidade. É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos em sua participação, tais como constrangimento ao responder alguma questão do estudo, por exemplo, ao falar de familiares, amigos, ou das suas dificuldades com o ambiente em que vive. Para minimizar tais riscos, nós pesquisadores tomaremos as seguintes medidas: as perguntas serão feitas com calma e tudo será explicado com exemplos, estando os pesquisadores disponíveis para esclarecer qualquer dúvida sobre as perguntas. Porém caso haja necessidade você será acolhido com muito respeito e encaminhado ao serviço de psicologia voluntário prestado pela Psicóloga Jéssica De Sá Moraes CRP 08\21317. Caso você sinta algum desconforto com as perguntas poderá interromper o questionário a qualquer momento.

### **SIGILO E PRIVACIDADE**

Nós pesquisadores garantimos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em segredo. Nós pesquisadores também nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

### **AUTONOMIA**

Nós lhe asseguramos assistência durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer

momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

## RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, bem como de seu acompanhante, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma de depósito em conta corrente ou pagamento em dinheiro de acordo com a sua preferência. De igual maneira, caso ocorra algum prejuízo decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

## CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com esta pesquisa são a Doutora Auristela Duarte de Lima Moser e a Fisioterapeuta Maria Isabel Barboza Silveira, filiadas à Pontifícia Universidade Católica do Paraná, e com elas você poderá manter contato pelos telefones 041 99914-0346 ou 041 99962-6963.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2103 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail [nep@pucpr.br](mailto:nep@pucpr.br).

## DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado (a) sobre tudo que está escrito aqui e compreendido a natureza e o objetivo do estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO

**AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DOS IDOSOS n° \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ ILP? ( )**

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: (1)M (2)F

Raça: (1) Branca (2) Pardo (3) Negro (4) Indígena (5) Outro \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

CLASSIFICAÇÃO	Kg/m <sup>2</sup>	Comorbidades	Quantitativo
Baixo peso	<18,5	Baixo	1
Peso Normal	18,5 a 24,9	Médio	2
Sobrepeso	>= 25	-	3
Pré-obeso	25 a 29,9	Aumentado	4
Obeso 1	30 a 34,9	Moderado	5
Obeso 2	35 a 39,9	Grave	6
Obeso 3	>=40	Muito Grave	7

1. Procedência: \_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_

2. Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

3. **Ocupação:** (1) Aposentado (2) Pensionista (3) Trabalho informal (4) Assalariado (5) outros

4. Quantas horas por dia e qual: \_\_\_\_\_ 5. Tempo no trabalho atual: \_\_\_\_\_

6. Atividade física: ( ) não ( ) sim

7. Quantas vezes por semana: \_\_\_\_\_

10. Estado civil: 1.( ) solteiro 2.( ) casado 3.( ) separado 4.( ) viúvo 5.( ) união estável

11. Religião: 1.( ) católica 2.( ) evangélica 3.( ) espírita 4.( ) outras

12. Mora sozinho: ( ) sim ( ) não. Se sim, com quantas pessoas? \_\_\_\_\_

13. Filhos ou dependentes: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais.

14. Lazer: ( ) não ( ) sim Se sim, qual? \_\_\_\_\_

15. Escolaridade: 1.( ) não sabe escrever e ler 2.( ) 1º grau completo 3.( ) 1º grau incompleto

4.( ) 2º grau completo 5.( ) 2º grau incompleto 6.( ) 3º grau completo 7.( ) 3º grau incompleto

16. Renda pessoal (referência salário mínimo): ( ) 0 ( ) 1 a 2 ( ) 3 a 4 ( ) 5 ou mais

17. Renda familiar (referência salário mínimo): ( ) 0 ( ) 1 a 2 ( ) 3 a 4 ( ) 5 ou mais

18. Dor? \_\_\_\_\_

EVA: ( ) Não Sim 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



19. Doenças associadas? ( ) Não ( ) Sim

20. Quais Doenças? (1) HAS (2) Diabetes (3) Hipotireoidismo (4) Hipertireoidismo (5) Artrite/artrose

(6) outros Quais? \_\_\_\_\_

21. Faz algum tto de saúde? ( ) NÃO ( ) SIM

22. Medicamentos? (1)NÃO (2)SIM

---

23.O que você pode dizer da sua saúde?(1)muito ruim (2)ruim (3)regular (4)boa (5)muito boa (6)excelente

Pq?

---

Saturação DE O2: \_\_\_\_\_

FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

---

---

---

## APÊNDICE C – TCLE – AVALIADORES DO QUESTIONÁRIO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar do estudo **IMPACTO DOS FATORES AMBIENTAIS NA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS** que tem como objetivo identificar o impacto dos fatores ambientais na funcionalidade de idosos em instituições de longa permanência e não institucionalizados, sob a perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque permitirá melhor caracterização e compreensão desses fatores, podendo auxiliar no desenvolvimento de ações de prevenção, melhoria do bem-estar dos idosos e familiares.

#### **PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

A sua participação no referido estudo será no sentido de participar do processo de validação de conteúdo e clareza do questionário que está sendo desenvolvido para a coleta de dados dessa pesquisa. Para a validação desse questionário, você deve julgar a validade de conteúdo e a clareza da pergunta. Sendo que meu julgamento da validade deve avaliar o quanto o conteúdo e construto da questão são importantes para alcançar o objetivo da categoria da CIF. E meu julgamento da clareza deve avaliar o quanto a questão é compreensível. Além disso, sou convidado a escrever sugestões e apontamentos no campo “Observações” de cada questão que julgar necessário. Você receberá o instrumento, que será entregue, assim que assinar esse termo. O tempo gasto para esta atividade é de, em média, 20 minutos.

#### **RISCOS E BENEFÍCIOS**

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, tais como: contribuição indireta para o esclarecimento dos fatores ambientais que facilitam ou dificultam a capacidade funcional dos idosos, estimular e facilitar a aplicação dos fatores ambientais do core set da CIF, no planejamento e desenvolvimento de ações futuras que visem à promoção da saúde e melhora da qualidade de vida dos idosos na sociedade. Porém, você está ciente que não receberá benefícios diretos. Não há, na literatura, relatos de desconforto advindos deste tipo de participação em pesquisa, porém em caso de experimentar alguns desconfortos ao responder e avaliar as questões contidas no instrumento você pode interromper o preenchimento do questionário a qualquer tempo, optando por deixar de responder uma ou mais questões ou até mesmo por desistir de participar da pesquisa, sem nenhum ônus.

#### **SIGILO E PRIVACIDADE**

Nós pesquisadores garantimos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

#### **AUTONOMIA**

Nós lhe asseguramos assistência durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo.

## RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, bem como de seu acompanhante, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma de depósito em conta corrente ou pagamento em dinheiro de acordo com a sua preferência. De igual maneira, caso ocorra algum prejuízo decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

## CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Doutora Auristela Duarte de Lima Moser, Fisioterapeuta Maria Isabel Barboza Silveira, filiadas à Pontifícia Universidade Católica do Paraná, e com eles poderei manter contato pelo telefone 041 99914-0346 ou 041 99962-6963.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2103 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail [nep@pucpr.br](mailto:nep@pucpr.br).

## DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PELOS ESPECIALISTAS

Prezado(a) Avaliador,

O objetivo deste instrumento é verificar a validade de conteúdo, considerando os componentes de construto e clareza do questionário abaixo. As perguntas foram elaboradas para orientar a aplicação das categorias do componente Fatores Ambientais do Core set de Geriatria Breve da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) e outras categorias desse componente que foram selecionadas por nós, considerando o público idoso. Sua aplicação possibilitará avaliar o quanto um fator ambiental facilita ou limita a vida funcional dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, uma vez que também será aplicado o WHODAS 2.0 para acessar a funcionalidade. Como avaliador do conteúdo do presente instrumento, você deve verificar cada uma das perguntas abaixo e escolher a opção que melhor quantifica o grau de validade do conteúdo, construto e clareza.

1. O julgamento da validade do conteúdo deve avaliar quanto à pergunta cobre a explicação da categoria da CIF.
2. A validade do construto avalia quanto à pergunta representa o significado teórico da categoria.
3. A clareza avalia quanto à pergunta é compreensível.

Ambos, a validade e a clareza do conteúdo devem refletir a descrição da categoria da CIF. Por exemplo, a pergunta **"A seu ver, os alimentos, as bebidas e os medicamentos que você utiliza facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?"** permite obter uma resposta que representa o significado da categoria e110 (**Produtos ou substâncias para consumo pessoal: Qualquer substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para ser ingerida. Inclui: alimentos, bebidas e medicamentos**).

Considerando os aspectos expostos, gostaria de convidá-lo (a) a participar desse processo. Nos quadros abaixo estão expostos o título e a descrição da categoria da CIF referente à pergunta que compõem o questionário desenvolvido. No caso de verificar uma resposta menor ou igual a 7, eu gostaria que você sugerisse ou

comentasse escrevendo na caixa “Observações”. Não é necessário responder as questões, o(a) senhor(a) apenas deve pontuar a validade de conteúdo, construto e clareza da pergunta que está dentro do quadro e escrever suas observações quando sentir necessidade.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Formação:** \_\_\_\_\_

**Titulação:** ( ) Graduado ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor

1. Titulação de mestre com a dissertação direcionada ao conteúdo do modelo biopsicossocial/CIF:  
Sim ( ) Não ( );
2. Publicação de artigo sobre a CIF em periódicos indexados:  
Sim ( ) Não ( );
3. Ter pesquisas publicadas sobre a CIF ou conteúdo relevante:  
Sim ( ) Não ( );
4. Titulação de doutor com tese direcionada ao conteúdo do modelo biopsicossocial/CIF:  
Sim ( ) Não ( );
5. Experiência clínica de, pelo menos, um ano na temática abordada (modelo biopsicossocial/CIF):  
Sim ( ) Não ( );
6. Ter capacitação na prática clínica com o modelo biopsicossocial/CIF:  
Sim ( ) Não ( ).

<b>e110</b>
<b>Produtos ou substâncias para consumo pessoal</b>
<b>Qualquer substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para ser ingerida.</b>
<i>Inclui: alimentos (leite materno), bebidas e medicamentos.</i>
<b>Pergunta:</b> A seu ver, os alimentos, as bebidas e os medicamentos que você utiliza facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto? Ex: Frutas, verduras, refrigerantes, água, medicamentos de uso diário.

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	CONFUSA	POUCO CLARA	CLARA
<b>OBSERVAÇÕES:</b>			

<b>e245</b>
<b>Mudanças relacionadas ao tempo</b>
<b>Qualquer mudança temporal natural, regular ou previsível.</b> <i>Inclui: ciclos do dia/noite e ciclos lunares</i>
<b>Pergunta:</b> A seu ver, as mudanças do dia para noite, noite para o dia, amanhecer, anoitecer, e as mudanças das fases da lua facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

<b>e330</b>
<b>Pessoas em posição de autoridade</b>
<b>Indivíduos que têm responsabilidade de tomar decisões por outros e que têm influência socialmente definida ou poder com base no seu papel social, econômico, cultural ou religioso na sociedade, como professores, empregados, supervisores, líderes religiosos, tomadores de decisão substitutos, tutores ou curadores.</b>
<b>Pergunta:</b> A seu ver, o apoio que os seus líderes religiosos, professores, chefes e outras autoridades fornecem, facilita, dificulta ou não interfere na sua vida? Se facilitar ou dificultar, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		

<b>OBSERVAÇÕES:</b>
---------------------

<b>e355</b>
<b>Profissionais da saúde</b>
<b>Todos os fornecedores de serviços que trabalham no contexto da saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, audiologistas, protético, assistentes sociais da área médica.</b> <i>Exclui: outros profissionais (e360).</i>
<b>Pergunta:</b> A seu ver, o apoio que os profissionais da saúde como enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, fornecem facilita, dificulta, ou não interfere na sua vida? Se facilitar ou dificultar, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

<b>e425</b>
<b>Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade</b>
<b>Opiniões ou crenças gerais ou específicas de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade sobre a pessoa ou sobre outras questões (ex: questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.</b>
<b>Pergunta:</b> A seu ver, as opiniões e as atitudes dos seus conhecidos, companheiros, vizinhos e membros da comunidade sobre você e questões sociais, políticas e econômicas, facilitam, dificultam ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		

**OBSERVAÇÕES:**

**e450**

**Atitudes individuais dos profissionais de saúde**

**Opiniões e crenças gerais ou específicas dos profissionais de saúde, sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.**

**Pergunta:** A seu ver, as opiniões e as atitudes dos profissionais da saúde, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, sobre você ou sobre outras questões sociais, facilitam, dificultam ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

**e460**

**Atitudes sociais**

**Opiniões e crenças gerais ou específicas mantidas em geral pelas pessoas de uma cultura, sociedade, grupo subcultural ou outro grupo social sobre outros indivíduos ou sobre outras questões sociais, políticas e econômicas que influenciam o comportamento e as ações do indivíduo ou do grupo.**

**Pergunta:** A seu ver, as opiniões e as atitudes da sociedade ou de alguns grupos sobre os outros e sobre outras questões sociais, facilitam, dificultam ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?  
Ex: Opiniões e atitudes da sociedade sobre as pessoas, como por exemplo, os idosos.

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	CONFUSA	POUCO CLARA	CLARA
<b>OBSERVAÇÕES:</b>			

<b>e465</b>
<b>Normas, práticas e ideologias sociais</b>
<b>Costumes, práticas, regras e sistemas abstratos de valores e crenças normativas (ex: ideologias, visões normativas do mundo, filosofias morais) que surgem dentro dos contextos sociais e que afetam ou criam práticas e comportamentos sociais e individuais, como normas sociais de moral, etiqueta e comportamento religioso, doutrina religiosa e normas e práticas resultantes, normas que governam rituais ou eventos sociais.</b>
<b>Pergunta:</b> A seu ver, os costumes, as regras e os valores morais da sociedade, que são a base para rituais ou eventos sociais e religiosos, facilitam, dificultam ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

<b>e570</b>
<b>Serviços, sistemas e políticas da previdência social</b>
<b>Serviços, sistemas e políticas voltadas para o fornecimento econômico às pessoas que, devido à idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, precisam de assistência pública financiada pela receita tributária ou esquemas de contribuição.</b> <i>Exclui: serviços, sistemas e políticas econômicas (e565).</i>
<b>Pergunta:</b> A seu ver, os serviços, os sistemas e as políticas da previdência social facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

<b>e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos</b>
Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados pelas pessoas nas atividades de deslocamento dentro e fora de edifícios, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados, situados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza. <b>Ex: Veículos motorizados e não motorizados, ônibus, carros, vans, furgões, outros veículos a motor e meios de transporte com tração animal, tanto veículos não adaptados como os adaptados. Incluem também, entre os adaptados, cadeiras de rodas, ciclomotores e dispositivos de transferência.</b> Inclui: Produtos e tecnologia gerais e de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos. Exclui: cuidadores e assistentes pessoais (e340).
<b>Pergunta:</b> A seu ver, os veículos motorizados e não motorizados, assim como outros equipamentos que você pode utilizar para se locomover dentro e fora da sua casa, facilitam, dificultam ou não interferem na sua vida diária? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?  Ex: Carros, ônibus, cadeiras de rodas.

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

<b>e125</b>
<b>Produtos e tecnologias para comunicação</b>
Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados pelas pessoas as atividades de transmissão e recepção de informações, incluindo aqueles adaptados de transmissão e recepção de informações, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados, situados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza.

**Ex: Dispositivos ópticos e auditivos, gravadores, televisão, telefones, sistemas de transmissão de som e dispositivos de comunicação não adaptados ou adaptados. Entre os adaptados estão implantes cocleares, aparelhos de surdez, próteses de voz, quadros de comunicação, óculos, lentes de contato.**  
Inclui: produtos e tecnologia gerais e de assistência para comunicação.

**Pergunta:** A seu ver, os produtos que permitem a comunicação com outras pessoas, como os aparelhos de surdez, óculos, telefone e televisão, facilitam, dificultam ou não interferem na sua comunicação diária? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

**e140**

**Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas**

**Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados para a condução e o aprimoramento de atividades culturais, recreativas e esportivas, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados.**

Ex: Brinquedos, esquis, bolas de tênis, instrumentos musicais não adaptados. Assim como, produtos adaptados dispositivos de mobilidade modificados para o esporte, adaptações para tocar música ou para realizar atividades artísticas.

Inclui: produtos e tecnologia gerais e de assistência para cultura, recreação e esporte.

**Pergunta:** A seu ver, os instrumentos musicais, esportivos e para cultura, adaptados ou não, facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida diária? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?

Ex: Bolas, instrumentos musicais, pincéis para pintura, dispositivos de mobilidade modificados para o esporte.

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

<b>e145</b>
<b>Produtos e tecnologias para a prática religiosa e vida espiritual</b>
<b>Produtos e tecnologia, únicos ou produzidos em série, que têm ou a que se dá um significado simbólico no contexto da prática religiosa ou espiritual, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados.</b> <b>Ex: Casas espirituais, crucifixos, livros religiosos em braile, cartas de tarô em braile, proteção especial para as rodas das cadeiras de rodas ao entrar em templos.</b> Inclui: produtos e tecnologia gerais e de assistência para a prática religiosa e espiritual. Exclui: cuidadores e assistentes pessoais (e340).
<b>Pergunta:</b> A seu ver, a igreja ou templo que você frequenta, os livros e outros objetos que você necessita na sua prática religiosa ou espiritual facilitam, dificultam ou não interferem na sua vida diária? Se facilitarem ou dificultarem, quanto? <b>Ex:</b> Telões, autôfalantes, livretos e materiais de acompanhamento da celebração, terços, bíblias, entre outras.

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

<b>e225</b>
<b>Clima</b>
<b>Características e eventos meteorológicos, como o tempo.</b> <b>Inclui: Temperatura, umidade, pressão atmosférica, precipitação, vento e variações sazonais.</b>
<b>Pergunta:</b> A seu ver, o clima e suas variações facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto? <b>Ex:</b> Temperatura, umidade, pressão atmosférica, precipitação, vento e variações sazonais.

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		

<b>OBSERVAÇÕES:</b>
---------------------

<b>e240</b>
<b>Luz</b>
<b>Radiação eletromagnética por meio da qual as coisas se tornam visíveis por luz solar ou iluminação artificial (velas, lâmparas, a óleo ou parafina, fogo e eletricidade) e que pode fornecer informações úteis sobre o mundo ou provocar distrações.</b>
<b>Ex: Intensidade da luz natural ou artificial, qualidade da luz que permitam a visualização de escadas, portas, ou que provoque distração (excesso de imagens visuais)</b>
Inclui: intensidade da luz; qualidade da luz; contraste de cores.
<b>Pergunta:</b> A seu ver, a iluminação natural ou artificial dos ambientes facilita, dificulta, ou não interfere na sua vida diária? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

<b>e310</b>
<b>Família Imediata</b>
<b>Indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outros relacionamentos reconhecidos pela cultura como família imediata, cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de criação, pais adotivos e avós.</b>
Exclusões: família extensa (e315); prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340)
<b>Pergunta:</b> A seu ver, o apoio dos seus familiares mais próximos, como marido/esposa, filhos e irmãos, facilita, dificulta ou não interfere na sua vida? Se facilitar ou dificultar, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	CONFUSA	POUCO CLARA	CLARA
<b>OBSERVAÇÕES:</b>			

<b>e320</b> <b>Amigos</b>
<b>Indivíduos que são próximos e contínuos em relacionamentos caracterizados pela confiança e apoio mútuos</b>
<b>Pergunta:</b> A seu ver, o apoio que os seus amigos costumam oferecer facilita, dificulta ou não interfere na sua vida? Se facilitar ou dificultar, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

<b>e325</b> <b>Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade</b>
<b>Indivíduos que mantêm uma relação de familiaridade entre si, como conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade, no trabalho, escola, recreação, ou outros aspectos da vida, e que compartilham características demográficas como idade, sexo, credo ou etnia ou os mesmos interesses.</b>
Exclui: serviços prestados por associações e organizações.
<b>Pergunta:</b> A seu ver, o apoio que os seus conhecidos, vizinhos, colegas e companheiros de atividades, costumam oferecer facilita, dificulta ou não interfere na sua vida? Se facilitar ou dificultar, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		

<b>OBSERVAÇÕES:</b>
---------------------

<b>e340</b>
<b>Cuidadores e assistentes pessoais</b>
<b>Indivíduos que fornecem os serviços necessários para dar suporte a outros indivíduos nas suas atividades diárias e na manutenção do desempenho no trabalho, educação ou outra situação da vida, fornecidos por meio de recursos públicos ou privados, ou em base voluntária, como provedores de suporte para construção e manutenção de casas, assistentes pessoais, assistentes de transporte, ajuda paga, babá ou outros que prestam cuidados.</b> Exclui: família imediata (e310); outros parentes (e315); amigos (e320); serviços de suporte social geral (e5750); profissionais da saúde (e355).
<b>Pergunta:</b> A seu ver, o apoio que as pessoas que cuidam de você ou lhe ajudam nas atividades do dia a dia facilita, dificulta ou não interfere na sua vida diária? Se facilitar ou dificultar, quanto? Ex: provedores de suporte para construção e manutenção de casas (faxineiras, empregadas domésticas), assistentes pessoais, assistentes de transporte, ajuda paga, babá ou outros que prestem cuidado.

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	CONFUSA					POUCO CLARA			CLARA		
<b>OBSERVAÇÕES:</b>											

<b>e580</b>
<b>Serviços, sistemas e políticas de saúde</b>
<b>Serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável.</b> Exclui: serviços, sistemas e políticas de suporte social geral (e575).
<b>Pergunta:</b> A seu ver, os serviços que existem para prevenção e tratamento de saúde facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?

<b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>VALIDADE DE CONSTRUTO</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	INVÁLIDO					POUCO VÁLIDO			VÁLIDO		
<b>CLAREZA</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	CONFUSA	POUCO CLARA	CLARA
<b>OBSERVAÇÕES:</b>			

Agradeço imensamente a sua colaboração,

---

Maria Isabel Barboza Silveira  
Fisioterapeuta CREFITO 233762-F  
Mestranda do Programa de Tecnologia em Saúde PUC-PR

Assinatura do Avaliador: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DOS FATORES AMBIENTAIS DA CIF PARA IDOSOS

Orientações: As questões serão referentes aos últimos 30 dias e todas receberão a seguinte escala:

<b>0 Não facilita e não dificulta 0-4%</b>
<b>+1 Facilita levemente (Raramente) 5-24%</b>
<b>+2 Facilita moderadamente (Ocasionalmente) 25-49%</b>
<b>+3 Facilita gravemente (Frequentemente) 50-95%</b>
<b>+4 Facilita totalmente (Todos os dias dos 30) 96-100%</b>
<b>+8 Facilitador não especificado</b>
<b>.1 Dificulta Levemente (Dificulta Raramente) 5-24%</b>
<b>.2 Dificulta Moderadamente (Dificulta Ocasionalmente) 25-49%</b>
<b>.3 Dificulta Gravemente (Dificulta Frequentemente) 50-95%</b>
<b>.4 Dificulta Totalmente (Dificulta todos os dias dos 30) 96-100%</b>
<b>.8 Dificulta, mas não sabe especificar</b>
<b>9 Não aplicável (Não ocorre)</b>

Fonte: Qualificadores dos fatores ambientais adaptados da Classificação Internacional de funcionalidade Incapacidade e saúde (WHO, 2010).

A palavra barreira pode ser entendida como um limitador/obstáculo das características do mundo físico, social e de atitude (WHO, 2010). As barreiras ambientais limitam a funcionalidade (funções do corpo, atividades e participação) e provocam a incapacidade (deficiências, limitação de atividades e restrição na participação). Já os facilitadores ambientais melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade do indivíduo (FERRE; BUCHALLA, 2018).

As perguntas foram elaboradas com base nas recomendações presentes no componente fatores ambientais da CIF, do site *ICF Research Branch* ([www.icf-core-sets.org](http://www.icf-core-sets.org)) e do estudo de Fontana (2015).

O qualificador indica a extensão na qual um fator é um facilitador ou uma barreira. Há vários motivos pelos quais um fator ambiental pode ser um facilitador ou uma barreira, e em qual extensão. No caso dos facilitadores, o codificador deve ter em mente questões como a acessibilidade de um recurso, se o acesso é seguro ou variável, de boa ou de má qualidade. No caso de barreiras, pode ser relevante saber com que frequência um fator limita a pessoa por sua presença (ex: atitudes negativas com relação a pessoa idosa) ou ausência (o idoso não dispor de um serviço necessário), se a dificuldade é grande ou pequena, evitável ou não.

<b>FATORES AMBIENTAIS</b>		Constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas conduzem suas vidas.	Não especificado	Facilitador completo	Facilitador considerável	Facilitador moderado	Facilitador leve	Nem facilitador nem barreira	Obstáculo leve	Obstáculo moderado	Obstáculo grave	Obstáculo completo	Não especificado	Não aplicável
Em que intensidade a pessoa experimenta um fator ambiental como barreira ou facilitador como em...														
<b>e110</b>	<b>Produtos ou substâncias para consumo pessoal</b>													
CAP 1 Produtos e tecnologias		<b>Qualquer substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para ser ingerida.</b>												
		<i>Inclui: alimentos (leite materno), bebidas e medicamentos.</i>												
		<b>Pergunta: A seu ver, os alimentos, as bebidas e os medicamentos que você utiliza facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?</b> <b>Ex: Abrir uma embalagem.</b>												
		Facilita: O quanto facilita?  Dificulta: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?												
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica												
		Descrição do problema:												
		+8	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
<b>e245</b>	<b>Mudanças relacionadas ao tempo</b>													
CAP 2 Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano		<b>Qualquer mudança temporal natural, regular ou previsível.</b>												
		<i>Inclui: ciclos do dia/noite e ciclos lunares</i>												
		<b>Pergunta: A seu ver, as mudanças do dia para noite, noite para o dia, como o amanhecer ou anoitecer, e as mudanças das fases da lua facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?</b>												
		Facilita: O quanto facilita? Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?												
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica												
		Descrição do problema:												
		+8	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
<b>e330</b>	<b>Pessoas em posição de autoridade</b>													
CAP 3 Apoio e relacionamentos		<b>Indivíduos que têm responsabilidade de tomar decisões por outros e que têm influência socialmente definida ou poder com base no seu papel social, econômico, cultural ou religioso na sociedade, como professores, empregados, supervisores, líderes religiosos, tomadores de decisão substitutos, tutores ou curadores.</b>												
		<b>Pergunta: A seu ver, os seus líderes religiosos, professores, chefes e outras autoridades facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?</b>												



		<p><b>Pergunta: A seu ver, as opiniões dos profissionais da saúde sobre você, como idoso, facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?</b></p> <p>Facilita: O quanto facilita?          Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental          ( ) Devido a ausência do Fator ambiental          Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9)          Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena?          ( ) Evitável ou ( ) não?</p>													
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica													
		Descrição do problema:													
			+8	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
<b>e460</b>	<b>Atitudes sociais</b>														
CAP 4 Atitudes		<p><b>Opiniões e crenças gerais ou específicas mantidas em geral pelas pessoas de uma cultura, sociedade, grupo subcultural ou outro grupo social sobre outros indivíduos ou sobre outras questões sociais, políticas e econômicas que influenciam o comportamento e as ações do indivíduo ou do grupo.</b></p>													
		<p><b>Pergunta: A seu ver, as opiniões e as crenças das pessoas da sociedade ou de grupos sobre os outros e sobre questões sociais, políticas e econômicas facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?</b></p> <p><b>Ex: Opiniões da sociedade sobre os idosos.</b></p> <p>Facilita: O quanto facilita? (+1 a +8)          Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental          ( ) Devido a ausência do Fator ambiental          Qual é a dimensão dessa barreira? (.1 a .8)          Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena?          ( ) Evitável ou ( ) não?</p>													
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica													
		Descrição do problema:													
			+8	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
<b>e465</b>	<b>Normas, práticas e ideologias sociais</b>														
CAP 4 Atitudes		<p><b>Costumes, práticas, regras e sistemas abstratos de valores e crenças normativas (ex: ideologias, visões normativas do mundo, filosofias morais) que surgem dentro dos contextos sociais e que afetam ou criam práticas e comportamentos sociais e individuais, como normas sociais de moral, etiqueta e comportamento religioso, doutrina religiosa e normas e práticas resultantes, normas que governam rituais ou eventos sociais.</b></p>													
		<p><b>Pergunta: A seu ver, os costumes, as regras, os valores, as normas sociais de moral, etiqueta, comportamento religioso, normas que governam rituais e eventos sociais facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?</b></p> <p>Facilita: O quanto facilita?          Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental          ( ) Devido a ausência do Fator ambiental          Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9)          Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena?          ( ) Evitável ou ( ) não?</p>													
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica													
		Descrição do problema:													
			+8	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	







		Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica
		Descrição do problema:
		+8 +4 +3 +2 +1 0 1 2 3 4 8 9
<b>e310</b>	<b>Família Imediata</b>	
CAP 3 Apoio e relacionamentos		<b>Indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outros relacionamentos reconhecidos pela cultura como família imediata, cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de criação, pais adotivos e avós.</b>  Exclusões: família extensa (e315); prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340).
		<b>Pergunta: A seu ver, os seus familiares próximos facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?</b>  Facilita: O quanto facilita? Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica
		Descrição do problema:
		+8 +4 +3 +2 +1 0 1 2 3 4 8 9
<b>e320</b>	<b>Amigos</b>	
CAP 3 Apoio e relacionamentos		<b>Indivíduos que são próximos e contínuos em relacionamentos caracterizados pela confiança e apoio mútuos.</b>
		<b>Pergunta: A seu ver, os amigos facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?</b>  Facilita: O quanto facilita? Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica
		Descrição do problema:
		+8 +4 +3 +2 +1 0 1 2 3 4 8 9
<b>e325</b>	<b>Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade</b>	
CAP 3 Apoio e relacionamentos		<b>Indivíduos que mantêm uma relação de familiaridade entre si, como conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade, no trabalho, escola, recreação, ou outros aspectos da vida, e que compartilham características demográficas como idade, sexo, credo ou etnia ou os mesmos interesses.</b>  Exclui: serviços prestados por associações e organizações.
		<b>Pergunta: A seu ver, as pessoas conhecidas, os vizinhos, os colegas facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?</b>



## APÊNDICE F- QUESTIONÁRIO DOS FATORES AMBIENTAIS DA CIF PARA IDOSOS – VERSÃO FINAL

Orientações: As questões serão referentes aos últimos 30 dias e todas receberão a seguinte escala:

<b>0 Não facilita e não dificulta 0-4%</b>
<b>+1 Facilita levemente (Raramente) 5-24%</b>
<b>+2 Facilita moderadamente (Ocasionalmente) 25-49%</b>
<b>+3 Facilita gravemente (Frequentemente) 50-95%</b>
<b>+4 Facilita totalmente (Todos os dias dos 30) 96-100%</b>
<b>+8 Facilitador não especificado</b>
<b>.1 Dificulta Levemente (Dificulta Raramente) 5-24%</b>
<b>.2 Dificulta Moderadamente (Dificulta Ocasionalmente) 25-49%</b>
<b>.3 Dificulta Gravemente (Dificulta Frequentemente) 50-95%</b>
<b>.4 Dificulta Totalmente (Dificulta todos os dias dos 30) 96-100%</b>
<b>.8 Dificulta, mas não sabe especificar</b>
<b>9 Não aplicável (Não ocorre)</b>

Fonte: Qualificadores dos fatores ambientais adaptados da Classificação Internacional de funcionalidade Incapacidade e saúde (WHO, 2010).

A palavra barreira pode ser entendida como um limitador/obstáculo das características do mundo físico, social e de atitude (WHO, 2010). As barreiras ambientais limitam a funcionalidade (funções do corpo, atividades e participação) e provocam a incapacidade (deficiências, limitação de atividades e restrição na participação). Já os facilitadores ambientais melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade do indivíduo (FERRE; BUCHALLA, 2018).

As perguntas foram elaboradas com base nas recomendações presentes no componente fatores ambientais da CIF, do site *ICF Research Branch* ([www.icf-core-sets.org](http://www.icf-core-sets.org)) e do estudo de Fontana (2015).

O qualificador indica a extensão na qual um fator é um facilitador ou uma barreira. Há vários motivos pelos quais um fator ambiental pode ser um facilitador ou uma barreira, e em qual extensão. No caso dos facilitadores, o codificador deve ter em mente questões como a acessibilidade de um recurso, se o acesso é seguro ou variável, de boa ou de má qualidade. No caso de barreiras, pode ser relevante saber com que frequência um fator limita a pessoa por sua presença (ex: atitudes negativas



		<p><b>Pergunta:</b> A seu ver, <b>o apoio</b> que os seus líderes religiosos, professores, chefes e outras autoridades fornecem facilita, dificulta ou não interfere na sua vida? Se facilitar ou dificultar, quanto?</p> <p>Facilita: O quanto facilita?</p> <p>Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental</p> <p>Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9)</p> <p>Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?</p>												
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica												
		Descrição do problema:												
			+8	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
<b>e355</b>	<b>Profissionais da saúde</b>													
CAP 3 Apoio e relacionamentos		<p><b>Todos os fornecedores de serviços que trabalham no contexto da saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, audiologistas, protético, assistentes sociais da área médica.</b></p> <p><i>Exclui: outros profissionais (e360).</i></p>												
		<p><b>Pergunta:</b> A seu ver, o <b>apoio</b> dos profissionais da saúde, <b>como enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, farmacêuticos,</b> facilita, dificulta, ou não interfere na sua vida? Se facilitar ou dificultar, quanto?</p> <p>Facilita: O quanto facilita?</p> <p>Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido à ausência do Fator ambiental</p> <p>Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9)</p> <p>Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?</p>												
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica												
		Descrição do problema:												
			+8	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
<b>e425</b>	<b>Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade</b>													
CAP 4 Atitudes		<p><b>Opiniões ou crenças gerais ou específicas de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade sobre a pessoa ou sobre outras questões (ex: questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.</b></p>												
		<p><b>Pergunta:</b> A seu ver, as opiniões e as <b>atitudes</b> dos seus conhecidos, companheiros, vizinhos e membros da comunidade <b>sobre você e sobre questões sociais, políticas e econômicas,</b> facilitam, dificultam ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto??</p> <p>Facilita: O quanto facilita?</p> <p>Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental</p> <p>Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9)</p> <p>Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?</p>												
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica												
		Descrição do problema:												
			+8	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9

e450		Atitudes individuais dos profissionais de saúde												
CAP 4 Atitudes		<b>Opiniões e crenças gerais ou específicas dos profissionais de saúde, sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.</b>												
		<b>Pergunta:</b> A seu ver, as opiniões e as <b>atitudes</b> dos profissionais da saúde, <b>médicos, fisioterapeutas, enfermeiros</b> , sobre você ou <b>sobre outras questões sociais, políticas e econômicas</b> , facilitam, dificultam ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?  Facilita: O quanto facilita? Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?												
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica												
		Descrição do problema:												
		+8	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
e460		Atitudes sociais												
CAP 4 Atitudes		<b>Opiniões e crenças gerais ou específicas mantidas em geral pelas pessoas de uma cultura, sociedade, grupo subcultural ou outro grupo social sobre outros indivíduos ou sobre outras questões sociais, políticas e econômicas que influenciam o comportamento e as ações do indivíduo ou do grupo.</b>												
		<b>Pergunta</b> A seu ver, as opiniões e <b>as atitudes</b> da sociedade ou de alguns grupos sobre os outros e sobre outras questões <b>sociais, políticas e econômicas</b> , facilitam, dificultam ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto? Ex: Opiniões <b>e atitudes</b> da sociedade sobre as pessoas, como por exemplo, os idosos.  Facilita: O quanto facilita? (+1 a +8) Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental Qual é a dimensão dessa barreira? (.1 a .8) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?												
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica												
		Descrição do problema:												
		+8	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
e465		Normas, práticas e ideologias sociais												
CAP 4 Atitudes		<b>Costumes, práticas, regras e sistemas abstratos de valores e crenças normativas (ex: ideologias, visões normativas do mundo, filosofias morais) que surgem dentro dos contextos sociais e que afetam ou criam práticas e comportamentos sociais e individuais, como normas sociais de moral, etiqueta e comportamento religioso, doutrina religiosa e normas e práticas resultantes, normas que governam rituais ou eventos sociais.</b>												
		<b>Pergunta:</b> A seu ver, os costumes, as regras e os valores <b>morais da sociedade</b> , que são a base <b>para a prática</b> de rituais, eventos sociais ou religiosos, facilitam, dificultam ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?  <b>Ex: Valores (certo e errado), Normas (padrões, orientações dos comportamentos)</b>  Facilita: O quanto facilita? Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental												

		Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica
		Descrição do problema:
		+8 +4 +3 +2 +1 0 1 2 3 4 8 9
<b>e570</b>	<b>Serviços, sistemas e políticas da previdência social</b>	
CAP 5 Serviços, Sistemas e políticas		<b>Serviços, sistemas e políticas voltadas para o fornecimento econômico às pessoas que, devido à idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, precisam de assistência pública financiada pela receita tributária ou esquemas de contribuição.</b>  <i>Exclui: serviços, sistemas e políticas econômicas (e565).</i>
		<b>Pergunta:</b> A seu ver, os serviços, os sistemas e as políticas da previdência social facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?  Facilita: O quanto facilita? Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica
		Descrição do problema:
		Descrição do problema:
<b>FATORES AMBIENTAIS</b>		
Constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas conduzem suas vidas.		
<b>Em que intensidade a pessoa experimenta um fator ambiental como barreira ou facilitador como em...</b>		
		Não especificado Facilitador completo Facilitador considerável Facilitador moderado Facilitador leve Nem facilitador nem barreira Obstáculo leve Obstáculo moderado Obstáculo grave Obstáculo completo Não especificado Não aplicável
		+8 +4 +3 +2 +1 0 1 2 3 4 8 9
<b>e120</b>	<b>Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos</b>	
CAP 1 Produtos e tecnologias		<b>Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados pelas pessoas nas atividades de deslocamento dentro e fora de edifícios, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados, situados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza.</b> <b>Ex: Veículos motorizados e não motorizados, ônibus, carros, vans, furgões, outros veículos a motor e meios de transporte com tração animal, tanto veículos não adaptados como os adaptados. Incluem também, entre os adaptados, cadeiras de rodas, ciclomotores e dispositivos de transferência.</b>  Inclui: Produtos e tecnologia gerais e de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos.  Exclui: cuidadores e assistentes pessoais (e340).
		<b>Pergunta:</b> A seu ver, os veículos motorizados e não motorizados, assim como outros equipamentos que você pode utilizar para se locomover dentro e fora da sua casa, facilitam, dificultam ou não interferem na sua vida diária? Se facilitarem ou dificultarem, quanto? Ex: Carros, ônibus, cadeiras de rodas.  Facilita: O quanto facilita?

		Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica
		Descrição do problema:
		+8 +4 +3 +2 +1 0 1 2 3 4 8 9
<b>e125</b>	<b>Produtos e tecnologias para comunicação</b>	
CAP 1 Produtos e tecnologias		<b>Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados pelas pessoas as atividades de transmissão e recepção de informações, incluindo aqueles adaptados de transmissão e recepção de informações, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados, situados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza.</b> Ex: Dispositivos ópticos e auditivos, gravadores, televisão, telefones, sistemas de transmissão de som e dispositivos de comunicação não adaptados ou adaptados. Entre os adaptados estão implantes cocleares, aparelhos de surdez, próteses de voz, quadros de comunicação, óculos, lentes de contato.  Inclui: produtos e tecnologia gerais e de assistência para comunicação.
		<b>Pergunta:</b> A seu ver, os produtos que permitem a comunicação <b>com outras pessoas</b> , como os aparelhos de surdez, óculos, telefone e televisão, facilitam, dificultam ou não interferem na sua comunicação diária? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?  Facilita: O quanto facilita? Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?
		Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica
		Descrição do problema:
		+8 +4 +3 +2 +1 0 1 2 3 4 8 9
<b>e140</b>	<b>Produtos e tecnologias para atividades culturais, recreativas e esportivas</b>	
CAP 1 Produtos e tecnologias		<b>Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados para a condução e o aprimoramento de atividades culturais, recreativas e esportivas, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados.</b> Ex: Brinquedos, esquis, bolas de tênis, instrumentos musicais não adaptados. Assim como, produtos adaptados dispositivos de mobilidade modificados para o esporte, adaptações para tocar música ou para realizar atividades artísticas.  Inclui: produtos e tecnologia gerais e de assistência para cultura, recreação e esporte.
		<b>Pergunta:</b> A seu ver, os instrumentos musicais, esportivos e para cultura, adaptados ou não, facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida diária? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?  <b>Ex: Bolas, instrumentos musicais, pincéis para pintura, dispositivos de mobilidade modificados para o esporte.</b>  Facilita: O quanto facilita? Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9) Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena?







CAP 5 Serviços, Sistemas e políticas		<p><b>Serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável.</b></p> <p>Exclui: serviços, sistemas e políticas de suporte social geral (e575).</p>
		<p><b>Pergunta:</b> A seu ver, os serviços que existem para prevenção e tratamento de saúde facilitam, dificultam, ou não interferem na sua vida? Se facilitarem ou dificultarem, quanto?</p> <p>Facilita: O quanto facilita?</p> <p>Barreira: Motivo? ( ) Devido a presença do Fator ambiental ( ) Devido a ausência do Fator ambiental</p> <p>Qual é a dimensão dessa barreira? (0 a 9)</p> <p>Qual a frequência? _____ ( ) Grande ou ( ) Pequena? ( ) Evitável ou ( ) não?</p>
		<p>Tipo da informação: ( ) História de caso ( ) Questionário respondido pelo paciente ( ) Exame clínico ( ) Investigação técnica</p>
		<p>Descrição do problema:</p>

Fonte: ICF Research Branch ([www.icf-core-sets.org](http://www.icf-core-sets.org)). Adaptado pela autora, 2021.



REPITA.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

SIGA OS COMANDOS.

PEGUE O PAPEL COM A MÃO DIREITA

DOBRE-O AO MEIO

COLOQUE-O NO CHÃO

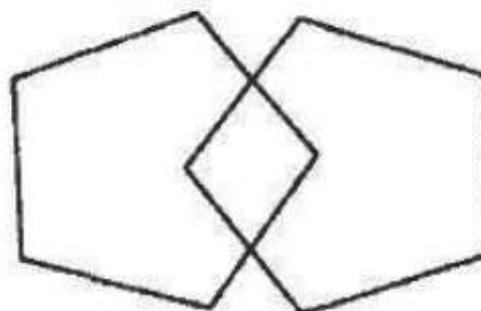
LEIA, EM VOZ BAIXA, E FAÇA O QUE ESTÁ ESCRITO.

FECHÉ OS OLHOS

ESCREVA UMA FRASE (IDEIA, PENSAMENTO, ETC) COMPLETA.

FRASE COMPLETA

COPIE O DESENHO:



## ANEXO B - WORLD HEALTH DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE – SEGUNDA VERSÃO (WHODAS 2.0) – 36 ITENS ENTREVISTA



### WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

#### Versão de 36 itens, administrada por entrevistador

##### Introdução

Este documento foi desenvolvido pela equipe de *Classificação, Terminologia e Padronizações* da OMS, com a estrutura do Projeto Conjunto de Avaliação e Classificação de Incapacidade - OMS/ Institutos Nacionais de Saúde.

Antes de usar este instrumento, os entrevistadores devem ser treinados usando o manual *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* - (WHO 2010), que inclui um guia de entrevista e outros materiais de treinamento.

As versões de entrevistas disponíveis são as que se seguem:

- 36 itens – Administrada por entrevistador<sup>a</sup>
- 36 itens – Auto-administrada
- 36 itens – Administrada ao proxy<sup>b</sup>
- 12 itens – Administrada por entrevistador<sup>a</sup>
- 12 itens – Auto-administrada
- 12 itens – Administrada ao proxy<sup>b</sup>
- 12+24 itens – Administrada por entrevistador
  - \* Uma versão computadorizada da entrevista (*iShell*) está disponível para entrevistas assistidas por computador ou para a entrada de dados.
  - <sup>b</sup> Parentes, amigos ou cuidadores.
  - <sup>c</sup> A versão de 12 itens explica 81% da variância da versão mais detalhada de 36 itens.

Para mais detalhes das versões, por favor, consulte o WHODAS 2.0 manual *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* - (WHO 2010).

Permissões para tradução deste instrumento em qualquer idioma devem ser obtidas da OMS, e todas as traduções devem ser preparadas de acordo com as diretrizes para tradução da OMS, como detalhado no manual de acompanhamento.

Para informações adicionais, por favor, visite [www.who.int/whodas](http://www.who.int/whodas) ou contate:

Dr T Bedirhan Üstün  
Classification, Terminology and Standards  
Health Statistics and Informatics  
World Health Organization (WHO)  
1211 Geneva 27  
Switzerland

Tel: + 41 22 791 3609  
E-mail: [ustunb@who.int](mailto:ustunb@who.int)



# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

Este questionário contém a versão de 36 itens do WHODAS 2.0 aplicado por entrevista.

**Instruções para os entrevistadores estão escritas em negrito e itálico – não leia em voz alta.**

**O texto a ser lido para o entrevistado está escrito**

*em letra padrão azul.*

**Leia este texto em voz alta**

## Seção 1 Folha de rosto

<b>Complete os itens F1-F5 antes de iniciar cada entrevista</b>				
F1	Número da identidade do entrevistado			
F2	Número da identidade do entrevistador			
F3	Momento da avaliação (1, 2, etc.)			
F4	Data da entrevista			
		_____ dia	_____ mês	_____ ano
F5	Condição em que vive no momento da entrevista (marque apenas uma alternativa)	Independente na comunidade		1
		Vive com assistência		2
		Hospitalizado		3



# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

## Seção 2 Informações gerais e demográficas

Esta entrevista foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhor compreender as dificuldades que as pessoas podem ter em decorrência de sua condição de saúde. As informações que você fornecer nessa entrevista são confidenciais e serão usadas exclusivamente para pesquisa. A entrevista terá duração de 15-20 minutos.

**Para respondentes da população em geral (não a população clínica) diga:**

Mesmo se você for saudável e não tiver dificuldades, eu preciso fazer todas as perguntas do questionário para completar a entrevista.

Eu vou começar com algumas perguntas gerais.

A1	Anotar o sexo da pessoa conforme observado	Feminino	1
		Masculino	2
A2	Qual sua idade?	anos	
A3	Quantos anos no total você passou estudando em escola, faculdade ou universidade?	anos	
A4	Qual é o seu estado civil atual? (Escolha a melhor opção)	Nunca se casou	1
		Atualmente casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viúvo(a)	5
		Mora junto	6
A5	Qual opção descreve melhor a situação da sua principal atividade de trabalho? (Escolha a melhor opção)	Trabalho remunerado	1
		Autônomo(a), por exemplo, é dono do próprio negócio ou trabalha na própria terra	2
		Trabalho não remunerado, como trabalho voluntário ou caridade	3
		Estudante	4
		Dona de casa	5
		Aposentado(a)	6
		Desempregado(a) (por problemas de saúde)	7
		Desempregado(a) (outras razões)	8
		Outros (especifique)	9



## WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

### Seção 3 Introdução

**Diga ao(à) respondente:**

A entrevista é sobre as dificuldades que as pessoas têm por causa de suas condições de saúde.

**Dê o cartão resposta nº1 ao(à) respondente e diga:**

Por condições de saúde quero dizer doenças ou enfermidades, ou outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração; lesões; problemas mentais ou emocionais; e problemas com álcool ou drogas.

Lembre-se de considerar todos os seus problemas de saúde enquanto responde às questões. Quando eu perguntar sobre a dificuldade em fazer uma atividade pense em ...

**Aponte para o cartão resposta nº1 e explique que a "dificuldade em fazer uma atividade" significa:**

- Esforço aumentado
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alterações no modo de você fazer a atividade.

**Diga ao(à) respondente:**

Quando responder, gostaria que você pensasse nos últimos 30 dias. Eu gostaria ainda que você respondesse essas perguntas pensando em quanta dificuldade você teve, em média, nos últimos 30 dias, enquanto você fazia suas atividades como você costuma fazer.

**Dê o cartão resposta nº2 ao(à) respondente e diga:**

Use essa escala ao responder.

**Leia a escala em voz alta:**

Nenhuma, leve, moderada, grave, extrema ou não consegue fazer.

**Certifique-se de que o(a) respondente possa ver facilmente os cartões resposta nº1 e nº2 durante toda a entrevista.**



# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

## Seção 4 Revisão dos domínios

### Domínio 1 Cognição

Eu vou fazer agora algumas perguntas sobre [compreensão e comunicação](#).

Mostre os cartões resposta n°1 e n°2 para o(a) respondente

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.1 <a href="#">Concentrar-se</a> para fazer alguma coisa durante <u>dez minutos</u> ?	1	2	3	4	5
D1.2 <a href="#">Lembrar-se</a> de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
D1.3 <a href="#">Analisar e encontrar soluções</a> para problemas do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D1.4 <a href="#">Aprender</a> uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
D1.5 <a href="#">Compreender de forma geral</a> o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
D1.6 <a href="#">Começar e manter uma conversa</a> ?	1	2	3	4	5

### Domínio 2 Mobilidade

Agora vou perguntar para você sobre dificuldades de locomoção e/ou movimentação.

Mostre os cartões resposta n°1 e n°2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.1 <a href="#">Ficar em pé</a> por longos períodos, como <u>30 minutos</u> ?	1	2	3	4	5
D2.2 <a href="#">Levantar-se</a> a partir da posição sentada?	1	2	3	4	5
D2.3 <a href="#">Movimentar-se dentro</a> de sua casa?	1	2	3	4	5
D2.4 <a href="#">Sair da sua casa</a> ?	1	2	3	4	5
D2.5 <a href="#">Andar por longas distâncias</a> como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...



# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

## Domínio 3 Auto-cuidado

Agora eu vou perguntar a você sobre as dificuldades em cuidar de você mesmo(a).

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.1	Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
D3.2	Vestir-se?	1	2	3	4	5
D3.3	Comer?	1	2	3	4	5
D3.4	Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?	1	2	3	4	5

## Domínio 4 Relações interpessoais

Agora eu vou perguntar a você sobre dificuldades nas relações interpessoais. Por favor, lembre-se que eu vou perguntar somente sobre as dificuldades decorrentes de problemas de saúde. Por problemas de saúde eu quero dizer doenças, enfermidades, lesões, problemas emocionais ou mentais e problemas com álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.1	Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
D4.2	Mantiver uma amizade?	1	2	3	4	5
D4.3	Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?	1	2	3	4	5
D4.4	Fazer novas amizades?	1	2	3	4	5
D4.5	Ter atividades sexuais?	1	2	3	4	5

Por favor, continue na próxima página...



# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

## Domínio 5 Atividades de vida

### 5(1) Atividades domésticas

Eu vou perguntar agora sobre atividades envolvidas na manutenção do seu lar e do cuidado com as pessoas com as quais você vive ou que são próximas a você. Essas atividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus pertences.

Mostre os cartões resposta nº1 e nº2

Por causa de sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.1	Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
D6.2	Fazer bem as suas tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
D6.3	Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?	1	2	3	4	5
D6.4	Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária?	1	2	3	4	5

Se qualquer das respostas de D5.2-D5.5 for maior que "nenhuma" (codificada como "1"), pergunte:

D5.01	Nos últimos 30 dias, quantos dias você reduziu ou deixou de fazer as tarefas domésticas por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
-------	---	------------------------------

Se o(a) respondente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.10 na próxima página. Caso contrário, pule para D6.1 na página seguinte.



# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

## 5(2) Atividades escolares ou do trabalho

Agora eu farei algumas perguntas sobre suas atividades escolares ou do trabalho.

Mostre cartões resposta nº1 e nº2

Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.5	Suas atividades diárias do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar <u>bem</u> as atividades mais importantes do trabalho/escola?	1	2	3	4	5
D5.7	Fazer todo o trabalho que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.8	Fazer todo o trabalho na velocidade necessária?	1	2	3	4	5
D5.9	Você já teve que <u>reduzir a intensidade</u> do trabalho por causa de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2
D5.10	Você <u>ganhou menos dinheiro</u> como resultado de uma condição de saúde?				Não	1
					Sim	2

Se qualquer das respostas de D5.5-D5.8 for maior que "nenhuma" (codificada como "1"), pergunte:

D5.02	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você <u>deixou de trabalhar por meio dia ou mais</u> por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
-------	--	------------------------------

Por favor, continue na próxima página...



# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

## Domínio 6 Participação

Agora, eu vou perguntar a você sobre sua participação social e o impacto dos seus problemas de saúde sobre você e sua família. Algumas dessas perguntas podem envolver problemas que ultrapassam 30 dias, entretanto, ao responder, por favor, foque nos últimos 30 dias. De novo, quero lembrar-lhe de responder essas perguntas pensando em problemas de saúde: físico, mental ou emocional, relacionados a álcool ou drogas.

Mostre os cartões resposta n°1 e n°2

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.1	Quanta dificuldade você teve ao <u>participar em atividades comunitárias</u> (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
D6.2	Quanta dificuldade você teve por causa de <u>barreiras ou obstáculos</u> no mundo à sua volta?	1	2	3	4	5
D6.3	Quanta dificuldade você teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das atitudes e ações de outros?	1	2	3	4	5
D6.4	Quanto <u>tempo você</u> gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto <u>você</u> tem sido <u>emocionalmente afetado</u> por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto a sua saúde tem <u>prejudicado financeiramente</u> você ou sua família?	1	2	3	4	5
D6.7	Quanta dificuldade sua <u>família</u> teve por causa da sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para relaxamento ou lazer?	1	2	3	4	5



# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Entrevista

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presentes?	Anote o número de dias _____
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve <u>completamente incapaz</u> de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____

*Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.*

## ANEXO C - CORESET DE GERIATRIA RESUMIDO DA CIF

Formulário de documentação baseado em ICF

Lembrete: As categorias do conjunto genérico são indicadas pela letra (G).

INFORMAÇÃO DO PACIENTE									
FUNÇÕES DO CORPO									
Funções fisiológicas dos sistemas corporais (incluindo funções psicológicas)									
Quanta deficiência a pessoa tem em ...		No impairment	Mild impairment	Moderate impairment	Severe impairment	Complete impairment	Not specified	Not applicable	
		0	0	1	2	3	4	8	9
b134	Funções do sono	<input type="checkbox"/>							
<p><b>Funções mentais gerais de desengajamento físico e mental periódico, reversível e seletivo do ambiente imediato, acompanhado por mudanças fisiológicas características.</b></p> <p>Inclusões: funções da quantidade de sono e início, manutenção e qualidade do sono; funções que envolvem o ciclo do sono, como insônia, hipersonia e narcolepsia</p> <p>Exclusões: funções da consciência (b110); funções de energia e acionamento (b130); funções de atenção (b140); funções psicomotoras (b147)</p> <p><b>Fontes de informação:</b></p> <p><input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p><b>Descrição do problema:</b></p>									
		0	0	1	2	3	4	8	9
b435	Funções do sistema imunológico	<input type="checkbox"/>							
<p><b>Funções do corpo relacionadas à proteção contra substâncias estranhas, incluindo infecções, por respostas imunes específicas e inespecíficas.</b></p> <p>Inclusões: resposta imune (específica e inespecífica); reações de hipersensibilidade; funções dos vasos linfáticos e nós; funções de imunidade mediada por células, imunidade mediada por anticorpos; resposta à</p>									

imunização; comprometimentos como autoimunidade, reações alérgicas, linfadenite e linfedema Exclusão: funções do sistema hematológico (b430)									
<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica									
<b>Descrição do problema:</b> <input type="text"/>									
		0	0	1	2	3	4	8	9
b455	Funções de tolerância ao exercício	<input type="checkbox"/>							
<b>Funções relacionadas à capacidade respiratória e cardiovascular, conforme necessário para o esforço físico duradouro.</b> Inclusões: funções de resistência física, capacidade aeróbica, resistência e fadigabilidade Exclusões: funções do sistema cardiovascular (b410-b429); funções do sistema hematológico (b430); funções de respiração (b440); funções musculares respiratórias (b445); funções respiratórias adicionais (b450)									
<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica									
<b>Descrição do problema:</b> <input type="text"/>									
		0	0	1	2	3	4	8	9
b460	Sensações associadas a funções cardiovasculares e respiratórias	<input type="checkbox"/>							
<b>Sensações como falta de batimentos cardíacos, palpitações e falta de ar.</b> Inclusões: sensação de aperto no peito, sensação de batimento irregular, dispnéia, fome no ar, asfixia, engasgos e chiado no peito Exclusão: sensação de dor (b280)									
<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica									
<b>Descrição do problema:</b> <input type="text"/>									
		0	0	1	2	3	4	8	9
b620	Funções de micção	<input type="checkbox"/>							
<b>Funções de descarga de urina da bexiga urinária.</b> Inclusões: funções de micção, frequência de micção, continência urinária; deficiências como estresse, desejo, reflexo, transbordamento, incontinência contínua, dribble, bexiga automática, poliúria, retenção urinária e urgência urinária Exclusões: funções excretoras urinárias (b610); sensações associadas a funções urinárias (b630)									
<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica									

Descrição do problema:												
		0	0	1	2	3	4	8	9			
b630	Sensações associadas às funções urinárias	<input type="checkbox"/>										
<b>Sensações decorrentes de micção e funções urinárias relacionadas</b> Inclusões: sensações de micção incompleta da urina, sensação de plenitude da bexiga Exclusões: sensações de dor (b280); funções de micção (b620)												
<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica												
Descrição do problema:												
		0	0	1	2	3	4	8	9			
b765	Funções involuntárias de movimento	<input type="checkbox"/>										
<b>Funções de contrações involuntárias involuntárias, não intencionais ou não intencionais de um músculo ou grupo de músculos.</b> Inclusões: contrações involuntárias dos músculos; deficiências como tremores, tiques, maneirismos, estereotípias, perseveração motora, coreia, atetose, tiques vocais, movimentos distônicos e discinesia Exclusões: controle das funções de movimento voluntário (b760); funções do padrão de marcha (b770)												
<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica												
Descrição do problema:												
		0	0	1	2	3	4	8	9			
<b>ESTRUTURAS DO CORPO</b> Partes anatômicas do corpo, como órgãos, membros e seus componentes  <i>Quanta deficiência a pessoa tem em ...</i>		No impairment	Mild impairment	Moderate impairment	Severe impairment	Complete impairment	Not specified	Not applicable				
		0	0	1	2	3	4	8	9			
s110	Estrutura do cérebro	<input type="checkbox"/>										
Extensão		<input type="checkbox"/>										
		0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Natureza*		<input type="checkbox"/>										
Localização**		<input type="checkbox"/>										

		<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica											
		<b>Descrição do problema:</b> <input type="text"/>											
<b>s320</b>	<b>Estrutura da boca</b>	Extensão	0	0	1	2	3	4	8	9			
			<input type="checkbox"/>										
		Natureza*	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
			<input type="checkbox"/>										
		Localização**	<input type="checkbox"/>										
		<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica											
		<b>Descrição do problema:</b> <input type="text"/>											
<b>s430</b>	<b>Estrutura do sistema respiratório</b>	Extensão	0	0	1	2	3	4	8	9			
			<input type="checkbox"/>										
		Natureza*	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
			<input type="checkbox"/>										
		Localização**	<input type="checkbox"/>										
		<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica											
		<b>Descrição do problema:</b> <input type="text"/>											
<b>s610</b>	<b>Estrutura do sistema urinário</b>	Extensão	0	0	1	2	3	4	8	9			
			<input type="checkbox"/>										
		Natureza*	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
			<input type="checkbox"/>										
		Localização**	<input type="checkbox"/>										
		<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica											

Descrição do problema:											
		0 0	1	2	3	4	8	9			
s720	Estrutura da região do ombro	Extensão	<input type="checkbox"/>								
		0 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Natureza*	<input type="checkbox"/>								
		Localização**	<input type="checkbox"/>								
Fontes de informação:		<input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica									
Descrição do problema:											
		0 0	1	2	3	4	8	9			
s750	Estrutura da extremidade inferior	Extensão	<input type="checkbox"/>								
		0 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Natureza*	<input type="checkbox"/>								
		Localização**	<input type="checkbox"/>								
Fontes de informação:		<input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica									
Descrição do problema:											
		0 0	1	2	3	4	8	9			
s770	Estruturas músculo-esqueléticas adicionais relacionadas ao movimento	Extensão	<input type="checkbox"/>								
		0 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Natureza*	<input type="checkbox"/>								
		Localização**	<input type="checkbox"/>								
Fontes de informação:		<input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica									
Descrição do problema:											

\* 0 = nenhuma alteração na estrutura, 1 = ausência total, 2 = ausência parcial, 3 = parte adicional, 4 = dimensão aberrante, 5 = descontinuidade, 6 = posição divergente, 7 = mudanças qualitativas na estrutura, 8 = não especificado, 9 = não aplicável

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO		No difficulty	Mild difficulty	Moderate difficulty	Severe difficulty	Complete difficulty	Not specified	Not applicable
Execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e envolvimento em uma situação de vida		0	1	2	3	4	8	9
Quanta dificuldade a pessoa tem em ... P = desempenho de ... C = capacidade em ...								
d230	Realização da rotina diária (G)	P C	<input type="checkbox"/>					
<p>Realizar ações simples ou complexas e coordenadas para planejar, gerenciar e concluir os requisitos dos procedimentos ou deveres do dia-a-dia, como orçar o tempo e fazer planos para atividades separadas ao longo do dia.</p> <p>Inclusões: gerenciar e completar a rotina diária; gerenciar o próprio nível de atividade</p> <p>Exclusão: executando várias tarefas (d220)</p> <p>Fontes de informação:  <input type="checkbox"/> História de caso   <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente   <input type="checkbox"/> Exame clínico   <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p>Descrição do problema:</p> <input type="text"/>		0	1	2	3	4	8	9
d360	Usando dispositivos e técnicas de comunicação	P C	<input type="checkbox"/>					
<p>Usando dispositivos, técnicas e outros meios para fins de comunicação, como ligar para um amigo no telefone.</p> <p>Inclusões: usando dispositivos de telecomunicações, usando máquinas de escrever e técnicas de comunicação</p> <p>Fontes de informação:  <input type="checkbox"/> História de caso   <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente   <input type="checkbox"/> Exame clínico   <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p>Descrição do problema:</p> <input type="text"/>		0	1	2	3	4	8	9

		0 0	1	2	3	4	8	9
d410	Alterando a posição básica do corpo	P C	<input type="checkbox"/>					
<p><b>Entrando e saindo de uma posição corporal e movendo-se de um local para outro, como levantar-se de uma cadeira para se deitar em uma cama e entrar e sair de posições ajoelhadas ou agachadas.</b>            Inclusões: mudar a posição do corpo de deitado, agachado ou ajoelhado, sentado ou em pé, dobrando e deslocando o centro de gravidade do corpo            Exclusão: transferindo-se (d420)</p> <p><b>Fontes de informação:</b>  <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p><b>Descrição do problema:</b>  <input type="text"/></p>								
d415	Manter uma posição corporal	P C	<input type="checkbox"/>					
<p><b>Permanecer na mesma posição corporal, conforme necessário, como permanecer sentado ou em pé para o trabalho ou a escola.</b>            Inclusões: manutenção da posição deitada, agachada, ajoelhada, sentada e em pé</p> <p><b>Fontes de informação:</b>  <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p><b>Descrição do problema:</b>  <input type="text"/></p>								
d420	Transferindo-se	P C	<input type="checkbox"/>					
<p><b>Movendo-se de uma superfície para outra, como deslizar ao longo de um banco ou mover-se de uma cama para uma cadeira, sem alterar a posição do corpo.</b>            Inclusão: transferir-se sentado ou deitado            Exclusão: alterando a posição básica do corpo (d410)</p> <p><b>Fontes de informação:</b>  <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p><b>Descrição do problema:</b>  <input type="text"/></p>								

		0 0	1	2	3	4	8	9
d450	Caminhada (G)	P <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p><b>Movendo-se ao longo de uma superfície a pé, passo a passo, para que um pé esteja sempre no chão, como ao passear, passear, andar para a frente, para trás ou para os lados.</b>            Inclusões: caminhar distâncias curtas ou longas; andando em superfícies diferentes; andando em torno de obstáculos            Exclusões: transferência de si mesmo (d420); movendo-se (d455)</p> <p><b>Fontes de informação:</b>  <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p><b>Descrição do problema:</b>  <input type="text"/></p>								
		0 0	1	2	3	4	8	9
d460	Movendo-se em diferentes locais	P <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p><b>Caminhar e se movimentar em vários lugares e situações, como caminhar entre os cômodos de uma casa, dentro de um prédio ou na rua de uma cidade.</b>            Inclusões: movimentando-se dentro de casa, rastejando ou subindo dentro de casa; caminhar ou se mover dentro de edifícios que não sejam a casa e fora de casa e outros edifícios            Exclusões: transferência de si mesmo (d420); caminhar (d450); movendo-se (d455); usando transporte (d470); dirigindo (d475)</p> <p><b>Fontes de informação:</b>  <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p><b>Descrição do problema:</b>  <input type="text"/></p>								
		0 0	1	2	3	4	8	9
d465	Movendo-se usando equipamentos	P <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p><b>Movendo o corpo inteiro de um lugar para outro, em qualquer superfície ou espaço, usando dispositivos específicos projetados para facilitar o movimento ou criar outras maneiras de se movimentar, como patins, esquis ou equipamento de mergulho, ou andando pela rua em uma cadeira de rodas ou um caminhante.</b>            Exclusões: transferência de si mesmo (d420); caminhar (d450); movendo-se (d455); usando transporte (d470); dirigindo (d475)</p> <p><b>Fontes de informação:</b>  <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p>								

Descrição do problema:								
		0 0	1	2	3	4	8	9
d510	Lavando-se	P <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>Lavar e secar o corpo inteiro, ou partes do corpo, usando água e materiais ou métodos adequados de limpeza e secagem, como tomar banho, lavar as mãos e os pés, rosto e cabelo e secar com uma toalha.</p> <p>Inclusões: lavar partes do corpo, todo o corpo; e secando-se</p> <p>Exclusões: cuidar de partes do corpo (d520); banheiro (d530)</p> <p>Fontes de informação:</p> <p><input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p>Descrição do problema:</p>								
		0 0	1	2	3	4	8	9
d520	Cuidar de partes do corpo	P <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>Cuidar daquelas partes do corpo, como pele, rosto, dentes, couro cabeludo, unhas e órgãos genitais, que exigem mais do que lavar e secar.</p> <p>Inclusões: cuidar da pele, dentes, cabelos, unhas das mãos e dos pés</p> <p>Exclusões: lavar-se (d510); banheiro (d530)</p> <p>Fontes de informação:</p> <p><input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p>Descrição do problema:</p>								
		0 0	1	2	3	4	8	9
d530	Toalete	P <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>Planejar e executar a eliminação de resíduos humanos (menstruação, micção e defecação) e limpar a si mesmo depois.</p> <p>Inclusões: regulação da micção, defecação e cuidados menstruais</p> <p>Exclusões: lavar-se (d510); cuidar de partes do corpo (d520)</p> <p>Fontes de informação:</p> <p><input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p>								

Descrição do problema:		0 0	1	2	3	4	8	9
d550	Comendo	P <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>Realizar as tarefas e ações coordenadas de comer alimentos que foram servidos, trazê-los à boca e consumi-los de maneiras culturalmente aceitáveis, cortando ou quebrando alimentos em pedaços, abrindo garrafas e latas, usando utensílios para comer, fazendo refeições, banquete ou jantar .</p> <p>Exclusão: beber (d560)</p> <p>Fontes de informação:  <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p>Descrição do problema:</p>								
d570	Cuidar da saúde	P <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>Garantir conforto físico, saúde e bem-estar físico e mental, como manter uma dieta equilibrada e um nível adequado de atividade física, manter-se aquecido ou fresco, evitar danos à saúde, seguir práticas sexuais seguras, incluindo preservativos e imunizações e exames físicos regulares.</p> <p>Inclusões: garantir o conforto físico; gerenciamento de dieta e fitness; mantendo a saúde</p> <p>Fontes de informação:  <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p>Descrição do problema:</p>								
d760	Relações familiares	P <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>Criar e manter relacionamentos de parentesco, como com membros da família nuclear, família extensa, família adotiva e adotada e relações de passos, relacionamentos mais distantes, como primos em segundo grau ou responsáveis legais.</p> <p>Inclusões: relacionamento pai-filho e filho-pai, irmãos e relacionamentos familiares ampliados</p> <p>Fontes de informação:  <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p>								

Descrição do problema:														
		0	0	1	2	3	4	8	9					
d860	Transações econômicas básicas	P	<input type="checkbox"/>											
		C	<input type="checkbox"/>											
<p>Envolver-se em qualquer forma de transação econômica simples, como o uso de dinheiro para comprar alimentos ou trocas, trocar bens ou serviços; ou economizando dinheiro.</p> <p>Fontes de informação:  <input type="checkbox"/> História de caso   <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente   <input type="checkbox"/> Exame clínico   <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p>Descrição do problema:</p>														
<p><b>FATORES AMBIENTAIS</b></p> <p>Compõem o ambiente físico, social e de atitude em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas</p> <p><i>Quanto de um facilitador ou barreira a pessoa experimenta em relação a ...</i></p> <p>Você também pode classificar os fatores ambientais como facilitador e barreira, se aplicável.</p>														
			Complete facilitator	Substantial facilitator	Moderate facilitator	Mild facilitator	No barrier/facilitator	Mild barrier	Moderate barrier	Severe barrier	Complete barrier	Not specified	Not applicable	
			+4	+3	+2	+1	0	0	1	2	3	4	8	9
e110	Produtos ou substâncias para consumo pessoal		<input type="checkbox"/>											
<p>Qualquer objeto ou substância natural ou produzida pelo homem coletada, processada ou fabricada para ingestão.</p> <p>Inclusões: alimentos, bebidas e medicamentos</p> <p>Fontes de informação:  <input type="checkbox"/> História de caso   <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente   <input type="checkbox"/> Exame clínico   <input type="checkbox"/> Investigação técnica</p> <p>Descrição do facilitador / barreira:</p>														
			+4	+3	+2	+1	0	0	1	2	3	4	8	9
e245	Alterações relacionadas ao tempo		<input type="checkbox"/>											
<p>Mudança temporal natural, regular ou previsível.</p> <p>Inclusões: dia / noite e ciclos lunares</p>														

<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica													
<b>Descrição do facilitador / barreira:</b> <input type="text"/>													
		+4	+3	+2	+1	0	0	1	2	3	4	8	9
e330	Pessoas em posições de autoridade	<input type="checkbox"/>											
<b>Indivíduos que têm responsabilidades de tomar decisões por outras pessoas e que possuem influência ou poder socialmente definidos com base em seus papéis sociais, econômicos, culturais ou religiosos na sociedade, como professores, empregadores, supervisores, líderes religiosos, tomadores de decisão substitutos, tutores ou curadores .</b>													
<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica													
<b>Descrição do facilitador / barreira:</b> <input type="text"/>													
		+4	+3	+2	+1	0	0	1	2	3	4	8	9
e355	profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>											
<b>Todos os prestadores de serviços que trabalham no contexto do sistema de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, audiologistas, ortopedistas e protéticos, assistentes sociais médicos.</b> <b>Exclusão: outros profissionais (e360)</b>													
<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica													
<b>Descrição do facilitador / barreira:</b> <input type="text"/>													
		+4	+3	+2	+1	0	0	1	2	3	4	8	9
e425	Atitudes individuais de conhecidos, colegas, colegas, vizinhos e membros da comunidade	<input type="checkbox"/>											
<b>Opiniões e crenças gerais ou específicas de conhecidos, colegas, colegas, vizinhos e membros da comunidade sobre a pessoa ou sobre outros assuntos (por exemplo, questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.</b>													
<b>Fontes de informação:</b> <input type="checkbox"/> História de caso <input type="checkbox"/> Questionário relatado pelo paciente <input type="checkbox"/> Exame clínico <input type="checkbox"/> Investigação técnica													
<b>Descrição do facilitador / barreira:</b> <input type="text"/>													
		+4	+3	+2	+1	0	0	1	2	3	4	8	9

