CAPÍTULO 06

ADESÃO DE IDOSOS ÀS ORIENTAÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS: ABORDAGEM BIOPSICOSSOCIAL E APLICAÇÃO DA CIF

ADHERENCE OF OLDER ADULTS TO PHYSIOTHERAPEUTIC GUIDELINES: BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH AND APPLICATION OF THE ICF

ADHESIÓN DE PERSONAS MAYORES A LAS ORIENTACIONES FISIOTERAPÉUTICAS: ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL Y APLICACIÓN DE LA CIF

https://doi.org/10.63026/acertte.v1i1.300.6

Angela Mitzi Hayashi Xavier
Adriana Garcia Orfale

RESUMO

O envelhecimento populacional representa um desafio crescente para os sistemas de saúde, especialmente no que se refere à manutenção da funcionalidade e à prevenção de incapacidades. Nesse contexto, a adesão às orientações fisioterapêuticas por idosos não institucionalizados configura-se como fator determinante para a efetividade das intervenções e para a sustentabilidade dos serviços de saúde. Este capítulo tem como objetivo analisar a adesão terapêutica sob a perspectiva biopsicossocial, utilizando como referencial teórico a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), além de discutir sua interface com as políticas públicas de saúde. Trata-se de um estudo teórico-analítico, que integra evidências científicas e propõe uma abordagem metodológica estruturada para intervenção clínica. São discutidos determinantes da não adesão, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais, bem como estratégias de enfrentamento baseadas na avaliação biopsicossocial, no mapeamento de barreiras segundo a CIF e na construção de planos terapêuticos individualizados. Os resultados indicam que a adesão não deve ser compreendida como comportamento isolado, mas como produto da interação entre condições de saúde e fatores contextuais. Conclui-se que a incorporação da CIF na prática clínica e na Atenção Primária à Saúde contribui para intervenções mais efetivas, centradas na pessoa e alinhadas às diretrizes de promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Palavras-chave: Adesão terapêutica. Idosos. Fisioterapia geriátrica. Classificação Internacional de Funcionalidade. Saúde pública

ABSTRACT

Population aging represents a growing challenge for health systems, particularly regarding the maintenance of functionality and the prevention of disabilities. In this context, adherence to physiotherapeutic guidelines by non-institutionalized older adults emerges as a key factor for the effectiveness of interventions and the

sustainability of health services. This chapter aims to analyze therapeutic adherence from a biopsychosocial perspective, using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a theoretical framework, and to discuss its interface with public health policies. This is a theoretical-analytical study that integrates scientific evidence and proposes a structured methodological approach for clinical intervention. Determinants of non-adherence are discussed, including biological, psychological, and social factors, as well as coping strategies based on biopsychosocial assessment, barrier mapping according to the ICF, and the development of individualized therapeutic plans. The findings indicate that adherence should not be understood as an isolated behavior, but as the result of the interaction between health conditions and contextual factors. It is concluded that incorporating the ICF into clinical practice and Primary Health Care contributes to more effective, person-centered interventions aligned with active and healthy aging policies.

Key words: *Therapeutic adherence. Older adults. Geriatric physiotherapy. International Classification of Functioning. Public health.*

RESUMEN

El envejecimiento poblacional representa un desafío creciente para los sistemas de salud, especialmente en lo que respecta al mantenimiento de la funcionalidad y la prevención de discapacidades. En este contexto, la adhesión a las orientaciones fisioterapéuticas por parte de personas mayores no institucionalizadas se configura como un factor determinante para la efectividad de las intervenciones y la sostenibilidad de los servicios de salud. Este capítulo tiene como objetivo analizar la adhesión terapéutica desde una perspectiva biopsicosocial, utilizando como marco teórico la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), así como discutir su interfaz con las políticas públicas de salud. Se trata de un estudio teórico-analítico que integra evidencia científica y propone un enfoque metodológico estructurado para la intervención clínica. Se abordan los determinantes de la no adhesión, incluyendo factores biológicos, psicológicos y sociales, así como estrategias de afrontamiento basadas en la evaluación biopsicosocial, el mapeo de barreras según la CIF y la construcción de planes terapéuticos individualizados. Los resultados indican que la adhesión no debe entenderse como un comportamiento aislado, sino como el resultado de la interacción entre condiciones de salud y factores contextuales. Se concluye que la incorporación de la CIF en la práctica clínica y en la Atención Primaria de Salud contribuye a intervenciones más efectivas, centradas en la persona y alineadas con las políticas de envejecimiento activo y saludable.

Palabras clave: *Adhesión terapéutica. Personas mayores. Fisioterapia geriátrica. Clasificación Internacional del Funcionamiento. Salud pública.*

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global irreversível que impacta profundamente as políticas públicas, os sistemas de saúde e as práticas clínicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) projeta que até 2050 a população mundial com 60 anos ou mais ultrapassará dois bilhões de pessoas, configurando uma transformação demográfica sem precedentes.

O envelhecimento, entretanto, não pode ser compreendido exclusivamente como processo biológico. Ele envolve dimensões psicológicas, sociais, culturais e existenciais, que interagem

continuamente ao longo da vida. A senescência, caracterizada por alterações fisiológicas progressivas, não implica necessariamente incapacidade. Contudo, quando associada a fatores contextuais desfavoráveis, pode resultar em limitação funcional, restrição de participação e perda de autonomia.

No campo da fisioterapia geriátrica, um dos desafios mais recorrentes observados na prática clínica é a baixa adesão às orientações terapêuticas, especialmente às atividades domiciliares. Tal fenômeno compromete a eficácia das intervenções, prolonga o tempo de reabilitação e aumenta o risco de incapacidades evitáveis. (CIEZA, BICKENBACH e CHATTERJI, 2008)

A compreensão da adesão terapêutica exige superação do modelo biomédico tradicional e adoção de abordagem ampliada, fundamentada no modelo biopsicossocial e na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), instrumento estruturante que integra funcionalidade e fatores contextuais.

Sob a perspectiva da Saúde Pública, o envelhecimento populacional impõe desafios estruturais à organização dos sistemas de saúde, especialmente em países com transição demográfica acelerada como o Brasil. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a ampliação da expectativa de vida exige reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado longitudinal e integral.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) estabelece como diretriz central a promoção do envelhecimento ativo e saudável, priorizando a manutenção da capacidade funcional e a prevenção de incapacidades (BRASIL, 2006). Nesse cenário, a adesão às orientações fisioterapêuticas ultrapassa o âmbito individual e passa a constituir variável estratégica para a sustentabilidade do sistema público de saúde, uma vez que a baixa adesão está associada ao aumento de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, maior incidência de quedas, agravamento de doenças crônicas não transmissíveis e elevação de custos assistenciais.

Sob a perspectiva da CIF, a adesão às orientações fisioterapêuticas não deve ser compreendida apenas como comportamento individual, mas como resultado da interação entre condições de saúde, fatores ambientais e características pessoais.

Adicionalmente, as diretrizes internacionais propostas pela OMS no relatório sobre Envelhecimento Ativo enfatizam que a funcionalidade deve ser considerada indicador central de saúde na velhice, deslocando o foco do controle exclusivo de doenças para a manutenção da autonomia e da participação social. Dessa forma, estratégias que promovam adesão terapêutica configuram-se como intervenções de impacto populacional, contribuindo para redução da morbidade evitável e para maior eficiência das políticas públicas.

Observa-se que, embora existam diretrizes voltadas à atenção integral ao idoso, a efetivação dessas políticas ainda enfrenta desafios relacionados à acessibilidade, continuidade do cuidado e adequação das intervenções às realidades individuais.

Diante desse contexto, o presente capítulo tem como objetivo analisar a adesão de idosos não institucionalizados às orientações fisioterapêuticas, sob a perspectiva biopsicossocial da CIF, considerando sua interface com as políticas públicas de saúde.

2. ENVELHECIMENTO: DIMENSÕES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS E SOCIAIS

A expectativa de vida tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas, com aumento médio de 30 anos no mundo ocidental, estimando que em 2050 o número de pessoas acima de 60 anos seja o dobro do atual.

No Brasil, o envelhecimento populacional acompanha o aumento mundial, tendo a transição demográfica, caracterizada pela queda da mortalidade seguida pela diminuição da fecundidade e a transição epidemiológica com a diminuição expressiva da mortalidade infantil, o que leva ao envelhecimento dessa população, aumentando as taxas de doenças crônico-degenerativas, o que impacta no aumento da demanda de utilização dos serviços de saúde e, despertando assim grande interesse em Saúde Coletiva.

Uma das definições sobre envelhecimento foi estabelecida pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS, como sendo (OTTONI e CARDOSO, 2019)

> [...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006, p. 08).

No Brasil, são consideradas idosas as pessoas a partir de 60 anos. Contudo, os declínios advindos da idade são graduais e iniciam-se a partir dos 20 anos, sendo mais perceptíveis a partir dos 40 anos. Entretanto, fatores pessoais e culturais e o próprio aumento da expectativa de vida colocam em discussão essa tentativa de definir um padrão etário. A OMS considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais, para aqueles que residam em países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais, para os residentes dos países desenvolvidos (SATO, 2017; OTTONI e CARDOSO, 2019).

O processo de envelhecimento é complexo e multifatorial, envolvendo transformações biológicas características aos organismos e que ocorrem de maneira gradativa em conjunto com as necessidades evolutivas e diversas teorias, metabólicas e genéticas descrevem os fenômenos diversos levando a um declínio funcional progressivo. Dentre as teorias temos as que envolvem alterações nos: 1) radicais livres, 2) lesão mitocondrial, 3) alteração do colágeno, 4) lesão de membrana, 5) mutação genética e 5) "erro catastrófico" na síntese de proteínas, e as teorias mais amplas como a neuroendócrina e imunológica (MORAES et al. 2020).

O envelhecimento, em seu aspecto epidemiológico, verifica que idosos têm uma prevalência maior de doenças crônicas, podendo em determinados casos ter ao menos cinco doenças crônicas concomitantes.

A independência funcional é de suma importância para uma boa qualidade de vida. Porém, com o envelhecimento, esta capacidade é ameaçada por processos degenerativos associados à própria senescência, somando-se as alterações inerentes às doenças que acumula ao longo da vida. Por isso, estima-se que o número de idosos que irão necessitar de cuidados pela perda de independência funcional será quatro vezes maior em 2050.

2.1 Dimensão biológica

O envelhecimento biológico envolve alterações cumulativas nos sistemas cardiovascular, musculoesquelético, neurológico e metabólico. Entre as mudanças mais relevantes destacam-se: Sarcopenia progressiva; Redução da densidade mineral óssea; Lentificação da condução nervosa; Alterações no equilíbrio e na marcha; Declínio sensorial. (KIM e CHOI, 2013)

Essas alterações podem impactar diretamente a mobilidade, a autonomia nas atividades de vida diária e o risco de quedas.

Contudo, é fundamental distinguir senescência (processo fisiológico natural) de senilidade (processo patológico). A funcionalidade depende não apenas do estado orgânico, mas da interação entre condição de saúde e contexto de vida.

O sistema músculoesquelético, que representa cerca de 40% do peso corporal total, deteriora-se com o envelhecimento, diminuindo o comprimento, a elasticidade e o número de fibras musculares; bem como de perda de massa muscular, diminuição da elasticidade de tendões e ligamentos, e menor viscosidade dos fluidos sinoviais. Essa perda da massa muscular associada à idade é normalmente conhecida como sarcopenia. (ROGER,2011; KIM e CHOI, 2013)

Estudos mostram que essa perda muscular afeta outros tecidos, como por exemplo a diminuição da densidade óssea, a menor sensibilidade à insulina, menor capacidade aeróbia, menor taxa de metabolismo basal, o que leva a menor força muscular e consequentemente a menores níveis de atividades físicas diárias. Quando a força muscular é co-regida pela área transversal do músculo, homens e mulheres apresentam a mesma diminuição da força com a idade. Após os 30 anos, ocorre uma redução na secção transversal do músculo, com maior conteúdo gorduroso intramuscular e colágeno. (SIPARSKY, KIRKENDALL e GARRETT, 2014)

Ao longo dos anos há uma redução de 30% na massa muscular e de 20% na área de secção transversal muscular, principalmente nos grupos musculares dos membros inferiores, onde a área transversal do vasto lateral pode reduzir em até 40%. Esta diminuição torna-se mais evidente a partir da quinta década de vida quando se observa um declínio na massa muscular esquelética em torno de 8% por década até aos 70 anos e de cerca de 15% nas décadas seguintes.

Em contrapartida, o declínio na massa livre de gordura é duas vezes superior nos homens comparado às mulheres e é maior em indivíduos sedentários quando comparado aos fisicamente

ativos. Já a força muscular diminui entre 10 a 15% por década até aos 70 anos, aumentando a cada 10 anos de 25 a 40%.

O ganho de gordura em substituição à perda de massa muscular é recorrente no processo de envelhecimento, isso ocorre devido ao fato de que, durante a meia-idade, ocorre aumento da massa corporal, e na velhice esse ganho se torna constante, à medida que a gordura vai substituindo o tecido magro, levando com isso ao declínio da massa muscular com o envelhecimento leva a uma perda progressiva da força e da resistência aeróbia no idoso. (CALVANI, 2013)

O sistema muscular esquelético é constituído por milhares de fibras, sendo classificadas, de acordo com a sua estrutura e composição molecular, em tipo I (fibras lentas) e tipo II (fibras rápidas). As fibras do tipo I, de contração lenta, têm uma elevada capacidade oxidativa devido à grande quantidade de mitocôndrias e enzimas aeróbias, sendo assim altamente resistentes à fadiga. As fibras do tipo II são fibras de contração rápida, com menor capacidade oxidativa, fadigando rapidamente, estando adaptadas para contrações rápidas e descontínuas. Estas últimas podem ser subdivididas em IIA e IIB, sendo as do tipo IIB mais rápidas e dependentes da glicólise como fonte energética. As fibras do tipo IIA têm um perfil contráctil e metabólico intermédio.

A diminuição da massa muscular com o envelhecimento ocorre devido a diminuição do número de fibras musculares, que afeta igualmente as fibras do tipo I e II. Porém, o diâmetro das fibras musculares é diferentemente afetado, sendo as fibras do tipo II as predominantemente atingidas, sofrendo uma redução de 10% a 40%, enquanto que as fibras do tipo I quase não sofrem alterações.

Para Fleck e Kraemer (1999) e Rossi e Sader (2002), a redução na massa muscular decorre provavelmente de uma diminuição de fibras musculares do tipo II, o que está relacionado com a redução na força de contração. Assim, para Fleck e Kraemer (1999), a perda de força e potência muscular com o envelhecimento está relacionada com a perda tanto da quantidade quanto da qualidade das proteínas nas unidades contráteis do músculo.

Observa-se também diminuição nas dimensões dos fascículos musculares e do ângulo de penação no processo de envelhecimento. A diminuição do comprimento fascicular leva a perda de sarcômeros em série, o que reduz a velocidade do encurtamento muscular, enquanto a diminuição do ângulo de penação favorece uma perda de sarcômeros em paralelo, levando a um decréscimo no potencial de geração de força muscular.

Esta característica morfológica do músculo é um dos principais determinantes da mecânica e da função global do músculo esquelético, levando assim a uma variação considerável na massa e força musculares entre os idosos, podendo ser explicado parcialmente, pela quantidade de massa e força muscular alcançada nos primeiros anos de vida (Figura 1). Dessa forma, baixos picos de massa muscular na juventude estão associados a uma maior probabilidade de desenvolvimento de sarcopenia, fragilidade e incapacidade com o envelhecimento. Com isso, ao se considerar todos os fatores etiológicos da sarcopenia, ao longo

da vida, há uma variedade de intervenções que poderiam prevenir ou retardar o seu desenvolvimento. (ROGER, 2011)

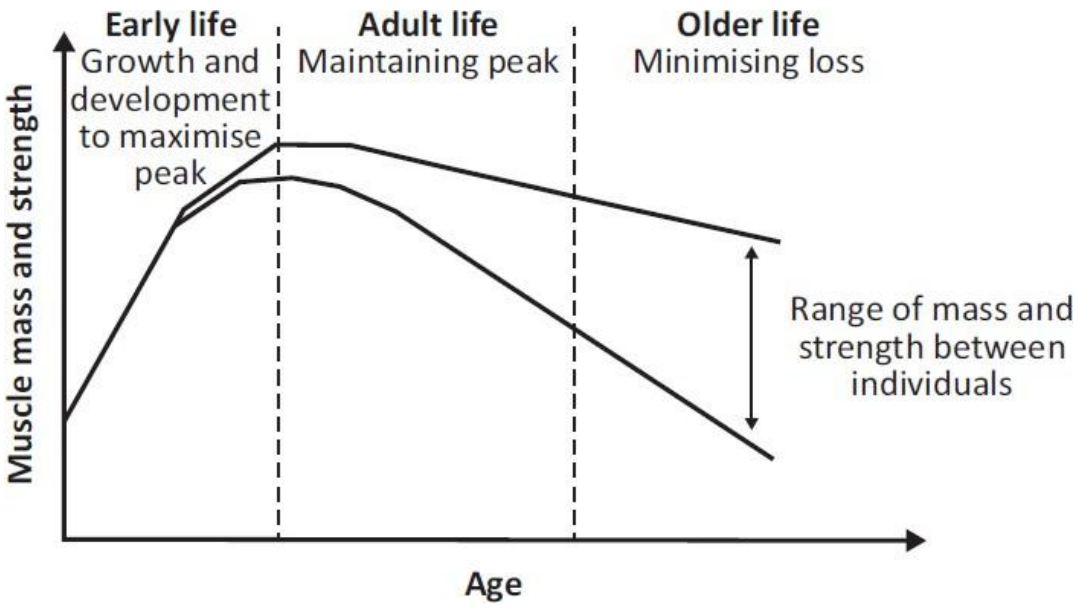

Figura 1 Relação da massa e força muscular com as diferentes fases da vida. Fonte: Dodds e Sayer., 2015. (36)

2.2 Dimensão psicológica

O envelhecimento psicológico envolve reorganização identitária, revisão de trajetória de vida e enfrentamento da finitude. O idoso pode vivenciar: luto antecipatório; medo da dependência; redução da autoestima; sensação de inutilidade; vulnerabilidade emocional.

Esses fatores influenciam diretamente a motivação para o autocuidado e a adesão a tratamentos de longo prazo.

A autopercepção negativa da saúde constitui variável crítica. Quando o idoso internaliza a ideia de que o declínio é inevitável e irreversível, tende a reduzir investimentos em práticas de reabilitação.

2.3 Dimensão social

A aposentadoria, a perda de papéis produtivos e o falecimento de pares podem reduzir a rede de apoio social. O isolamento e a fragilidade das interações interpessoais impactam o engajamento terapêutico.

A participação comunitária, religiosa e familiar funciona como fator protetor, favorecendo adesão e continuidade do cuidado.

Quadro 1 – Dimensões do Envelhecimento e Impactos na Saúde Pública

Dimensão	Principais Alterações	Impacto na Funcionalidade	Repercussão na Saúde Pública
Biológica	Sarcopenia, osteopenia, alterações do equilíbrio	Risco de quedas, dependência funcional	Aumento de internações, custos com reabilitação e cuidados prolongados
Psicológica	Luto, baixa autoestima, medo da dependência	Desmotivação para autocuidado	Maior risco de depressão, uso ampliado de serviços de saúde
Social	Isolamento, fragilidade da rede de apoio	Redução da participação social	Sobrecarga da Atenção Primária e maior demanda por assistência social

O envelhecimento populacional exige reorganização das redes de atenção, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na prevenção de incapacidades e promoção do envelhecimento ativo.

3 ADESÃO TERAPÊUTICA NA FISIOTERAPIA GERIÁTRICA

3.1 Conceito de adesão

Adesão terapêutica refere-se ao grau de correspondência entre o comportamento do paciente e as recomendações do profissional de saúde.

Na fisioterapia, inclui a frequência às sessões, a execução correta dos exercícios, a continuidade domiciliar das orientações e mudança de hábitos comportamentais.

A adesão não é ato passivo, mas processo ativo que envolve compreensão, motivação e suporte contextual.

3.2 Determinantes da não adesão

A análise clínica evidencia que a não adesão em idosos decorre de múltiplos fatores: esquecimento das orientações; falta de compreensão dos objetivos terapêuticos; desmotivação socioemocional; resistência em solicitar ajuda; baixa percepção de risco funcional; e, falta de apoio familiar estruturado. Esses determinantes ultrapassam o campo físico, exigindo abordagem ampliada.

Quadro 2 – Determinantes da Não Adesão e Estratégias no Contexto da Saúde Pública

Determinante	Natureza (CIF)	Estratégia Clínica	Estratégia em Saúde Pública
Esquecimento	Funções mentais	Material ilustrado, reforço verbal	Educação em saúde coletiva
Falta de compreensão	Atividade	Linguagem simplificada	Campanhas educativas
Desmotivação emocional	Fatores pessoais	Escuta ativa	Inserção em grupos terapêuticos comunitários
Ausência de apoio familiar	Fatores ambientais	Envolvimento familiar	Fortalecimento de redes comunitárias
Baixa percepção de risco	Participação	Demonstração prática de evolução	Programas de prevenção de quedas

A baixa adesão contribui para aumento de morbidade evitável, ampliando custos hospitalares e demanda por reabilitação especializada.

4. A CIF COMO REFERENCIAL ESTRUTURANTE

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela OMS, constitui um referencial teórico-conceitual amplamente utilizado para compreender a saúde e a funcionalidade humana de maneira integral. Diferentemente de modelos centrados exclusivamente na doença, a CIF propõe uma abordagem biopsicossocial, integrando aspectos biológicos, individuais e sociais na análise das condições de saúde. Nesse sentido, a CIF se configura como um referencial estruturante para pesquisas, práticas clínicas e formulação de políticas públicas, pois oferece uma linguagem comum e um modelo sistemático para descrever o funcionamento humano.

A estrutura conceitual da CIF está organizada em componentes inter-relacionados que permitem compreender a funcionalidade e a incapacidade de forma multidimensional. Esses componentes incluem: funções e estruturas do corpo, atividades e participação, e fatores contextuais, os quais se subdividem em fatores ambientais e fatores pessoais. A funcionalidade é entendida como resultado da interação dinâmica entre esses elementos e a condição de saúde do indivíduo. Assim, a incapacidade não é vista apenas como consequência de uma alteração corporal, mas como produto da interação entre limitações individuais e barreiras presentes no ambiente social e físico.

Nesse contexto, a CIF representa uma mudança paradigmática em relação aos modelos biomédicos tradicionais, ao deslocar o foco exclusivo da doença para o funcionamento do indivíduo em seu contexto de vida. Essa perspectiva amplia a compreensão do processo saúde-

doença e permite avaliar de maneira mais abrangente as repercussões das condições de saúde na vida cotidiana das pessoas. A partir desse modelo, torna-se possível analisar não apenas déficits ou limitações, mas também potencialidades, níveis de participação social e fatores que favorecem ou dificultam a inclusão e o desempenho funcional.

Como referencial estruturante, a CIF possibilita a organização sistemática de informações sobre saúde e funcionalidade, favorecendo a padronização de dados e a comunicação entre profissionais de diferentes áreas. Além disso, sua aplicação contribui para o planejamento de intervenções centradas na pessoa, uma vez que considera o impacto do ambiente e das condições sociais sobre o desempenho funcional. Dessa forma, o modelo proposto pela CIF tem sido amplamente adotado em contextos como reabilitação, educação, pesquisa científica e formulação de políticas públicas voltadas à inclusão e à promoção da saúde.

Portanto, ao ser utilizada como referencial teórico, a CIF oferece uma base conceitual consistente para a análise da funcionalidade humana, permitindo compreender a complexidade das interações entre indivíduo, ambiente e condição de saúde. Essa abordagem favorece uma visão mais integrada do cuidado e contribui para práticas profissionais e investigações científicas alinhadas com os princípios de integralidade, interdisciplinaridade e promoção da participação social.

A CIF organiza a funcionalidade em dois grandes blocos:

1) Funcionalidade e Incapacidade - Funções do Corpo; Estruturas do Corpo; Atividade; e Participação.

2) Fatores Contextuais - Fatores Ambientais e Fatores Pessoais.

A funcionalidade é compreendida como resultado da interação dinâmica entre condição de saúde e contexto. Esse modelo permite identificar barreiras e facilitadores que influenciam diretamente a adesão fisioterapêutica.

Quadro 3 – Aplicação da CIF na Adesão Fisioterapêutica e Interface com o SUS

Componente da CIF	Exemplo na Fisioterapia Geriátrica	Implicação na Rede de Atenção à Saúde
Funções do Corpo	Déficit de equilíbrio	Prevenção de quedas na APS
Atividade	Dificuldade em realizar exercícios domiciliares	Necessidade de monitoramento longitudinal
Participação	Redução de interação social	Estratégias intersetoriais
Fatores Ambientais	Apoio familiar insuficiente	Integração com assistência social
Fatores Pessoais	Crenças limitantes	Educação permanente em saúde

A utilização da CIF favorece alinhamento com o modelo da Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo cuidado integral.

5. METODOLOGIA DA PROPOSTA INTERVENTIVA

A proposta teórico-metodológica foi estruturada em cinco etapas:

1. Avaliação Biopsicossocial Inicial, que inclui:
   - Anamnese ampliada;
   - Investigação da saúde percebida;
   - Avaliação funcional (TUG, Berg, Barthel);
   - Avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-BREF);
   - Rastreamento emocional (GDS).

2. Mapeamento das Barreiras segundo a CIF, que são classificadas em:
   - Funções mentais (memória, planejamento);
   - Atividade e Participação (cuidado com a própria saúde);
   - Fatores Ambientais (apoio familiar, atitudes);
   - Fatores Pessoais (história de vida, crenças).

3. Construção de Plano Terapêutico Individualizado baseado em:
   - Metas realistas;
   - Linguagem acessível;
   - Demonstração prática;
   - Envolvimento familiar.

4. Estratégias de Monitoramento:
   - Reavaliações periódicas;
   - Registro de adesão domiciliar;
   - Feedback positivo sistemático.

5. Avaliação de Resultados que integra:
   - Medidas objetivas (equilíbrio, marcha, força);
   - Medidas subjetivas (qualidade de vida, autoestima);
   - Percepção de autonomia.

Quadro 4 – Etapas da Intervenção e Correspondência com Níveis de Atenção

Etapa	Objetivo Clínico	Nível de Atenção no SUS	Impacto Sistêmico
Avaliação biopsicossocial	Identificar barreiras	Atenção Primária	Prevenção de agravos
Mapeamento CIF	Classificação estruturada	APS e Atenção Especializada	Padronização assistencial
Plano individualizado	Aumentar adesão	Atenção Especializada	Redução de reabilitação prolongada
Monitoramento	Garantir continuidade	APS	Diminuição de reinternações
Avaliação de resultados	Medir efetividade	Gestão em Saúde	Otimização de recursos

6 ANÁLISE DAS BARREIRAS

6.1 Memória prejudicada

O declínio cognitivo leve pode comprometer retenção de instruções. Estratégias compensatórias incluem:

- Material impresso ilustrado;
- Vídeos curtos;
- Lembretes eletrônicos;
- Repetição sistemática.

6.2 Autopercepção negativa da saúde

Quando o idoso acredita que "não adianta mais", reduz esforço terapêutico. Intervenções devem enfatizar ganhos progressivos e demonstráveis.

6.3 Resistência em solicitar ajuda

Muitos idosos evitam incomodar familiares, associando ajuda à perda de independência. É necessário ressignificar apoio como facilitador de autonomia.

6.4 Desmotivação socioemocional

Atividades devem ser significativas, associadas a interesses pessoais e contexto de vida.

7 PROPOSTA ESTRUTURADA DE INTERVENÇÃO

7.1 Eixo Cognitivo

- Simplificação das orientações;
- Repetição estruturada;
- Supervisão gradual.

7.2 Eixo Emocional

- Escuta ativa;
- Valorização de conquistas;
- Estabelecimento de vínculo terapêutico.

7.3 Eixo Social

- Inclusão da família;
- Estímulo à participação comunitária;
- Atividades intergeracionais.

7.4 Eixo Educativo

- Explicação clara sobre risco de involução;
- Demonstração comparativa de desempenho.

8 IMPACTOS ESPERADOS

A implementação sistematizada do modelo permite: o aumento da adesão domiciliar; a redução de quedas; a melhora no equilíbrio; a ampliação da autonomia; a elevação da qualidade de vida; e o fortalecimento da autoestima.

Quadro 5 – Impacto da Melhoria da Adesão na Saúde Pública

Indicador	Situação com Baixa Adesão	Situação com Alta Adesão
Quedas	Frequentes	Reduzidas
Internações	Elevadas	Reduzidas
Dependência funcional	Progressiva	Estabilizada ou revertida
Custos assistenciais	Crescentes	Controlados
Qualidade de vida	Comprometida	Ampliada

A análise evidencia que a adesão não depende exclusivamente da gravidade da limitação física. Fatores contextuais apresentam peso decisivo.

O modelo biopsicossocial mostra-se superior ao modelo biomédico ao integrar dimensões emocionais e sociais.

A CIF organiza o raciocínio clínico, favorece padronização da avaliação e direciona intervenções centradas na pessoa.

No âmbito da saúde pública, a baixa adesão fisioterapêutica em idosos não institucionalizados representa fator silencioso de ampliação da morbidade evitável. A incorporação sistemática da CIF na Atenção Primária à Saúde permite identificação precoce de barreiras contextuais, promovendo intervenções intersetoriais alinhadas às diretrizes da OMS para envelhecimento ativo. Tal abordagem fortalece o cuidado longitudinal e reduz custos associados a hospitalizações e incapacidades permanentes.

A adesão de idosos não institucionalizados às orientações fisioterapêuticas constitui fenômeno complexo, determinado por múltiplas variáveis interdependentes.

A aplicação estruturada da CIF, associada ao modelo biopsicossocial, permite a identificação sistemática de barreiras; o planejamento individualizado; o monitoramento contínuo; a promoção de autonomia funcional; e a ampliação da participação social.

No âmbito da Saúde Pública, os achados discutidos neste capítulo reforçam que a adesão fisioterapêutica não deve ser compreendida apenas como responsabilidade individual do idoso, mas como resultado da interação entre fatores pessoais, ambientais e estruturais do sistema de saúde. A incorporação sistemática da Classificação Internacional de Funcionalidade na prática da Atenção Primária fortalece o modelo de cuidado centrado na pessoa, favorecendo intervenções interdisciplinares e intersetoriais.

A promoção da adesão contribui diretamente para:

- Redução de hospitalizações por quedas e complicações evitáveis;
- Diminuição da progressão da dependência funcional;
- Redução da sobrecarga familiar e institucional;
- Otimização de recursos públicos em saúde;
- Fortalecimento do cuidado preventivo e comunitário.

Evidencia-se que a adesão não depende exclusivamente da gravidade da limitação física, sendo fortemente influenciada por fatores contextuais. O modelo biopsicossocial mostra-se mais abrangente que o modelo biomédico tradicional ao integrar dimensões emocionais e sociais no cuidado. Nesse sentido, a CIF contribui para a organização do raciocínio clínico, favorecendo a identificação de barreiras e o direcionamento de intervenções centradas na pessoa.

A baixa adesão às orientações fisioterapêuticas em idosos não institucionalizados configura-se como um fator relevante para o agravamento de condições crônicas e aumento da morbidade evitável. Nesse contexto, a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) possibilita a identificação sistemática de barreiras e facilitadores, contribuindo para o planejamento de intervenções mais assertivas e individualizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

CONSIDERAÇÕES

A adesão terapêutica eficaz constitui elemento central para a redução da sobrecarga dos serviços de saúde, o fortalecimento da Atenção Primária e a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

A utilização da CIF permite organizar o raciocínio clínico, identificar barreiras e direcionar intervenções mais assertivas e centradas na pessoa. No âmbito da saúde pública, sua incorporação possibilita maior resolutividade, redução de custos e melhoria da qualidade de vida da população idosa.

A promoção da adesão contribui diretamente para: redução de hospitalizações evitáveis; diminuição da dependência funcional; otimização de recursos em saúde; e fortalecimento do cuidado preventivo.

Nesse sentido, a integração entre o modelo biopsicossocial, a CIF e as políticas públicas de saúde se configura como estratégia essencial para qualificar o cuidado, ampliar a resolutividade e promover melhores desfechos em saúde na população idosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 1 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

CALVANI, R. et al. Current nutritional recommendations and novel dietary strategies to manage sarcopenia. **Journal of Frailty & Aging**, v. 2, n. 1, p. 38–53, 2013.

CASTANEDA, L.; CASTRO, S. S.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): uma revisão sistemática de estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 437–451, 2014.

CIEZA, A.; BICKENBACH, J.; CHATTERJI, S. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of rehabilitation strategy. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 40, n. 4, p. 279–285, 2008.

DE FREITAS LAVOR, S. et al. Dificuldades dos idosos na adesão ao tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, 2024.

DODDS, R. M. et al. The epidemiology of sarcopenia. **Journal of Clinical Densitometry**, v. 18, n. 4, p. 461–466, 2015.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: principais alterações com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v. 1, n. 20, 2012. DOI: http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007

FRONTERA, W. R.; OCHALA, J. Skeletal muscle: a brief review of structure and function. **Calcified Tissue International**, v. 96, n. 3, p. 183–195, 2015.

KIM, T. N.; CHOI, K. M. Sarcopenia: definition, epidemiology, and pathophysiology. **Journal of Bone Metabolism**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2013.

KOSTEK, M. C.; DELMONICO, M. J. Age-related changes in adult muscle morphology. **Current Aging Science**, v. 4, n. 3, p. 221–233, 2011.

MILJKOVIC, N. et al. Aging of skeletal muscle fibers. **Annals of Rehabilitation Medicine**, v. 39, n. 2, p. 155–162, 2015.

MORAES, V. A. et al. Homeopatia na senescência/senilidade: modelo experimental. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 40907–40923, 2020.

NAVEIRA, M. A. M.; RAMOS, L. R.; ANDREONI, S. Sarcopenia: definição, aspectos epidemiológicos e fisiopatológicos. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 14, n. 37, p. 65, 2017.

OGASSAVARA, D. et al. Compreensões interdisciplinares sobre o envelhecimento. **Saber Humano**, 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)**. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)**. São Paulo: EDUSP, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International classification of functioning, disability and health (ICF)**. Geneva: WHO, 2001.

OTTONI, M. A. M.; CARDOSO, A. D. Reflexões sobre a morte e a senescência. **Polêmica**, v. 19, n. 1, p. 53–68, 2019. DOI: 10.12957/polemica.2019.46670

ROBINSON, S.; COOPER, C.; SAYER, A. A. Nutrition and sarcopenia: a review of the evidence and implications for preventive strategies. **Journal of Aging Research**, v. 2012, p. 1–6, 2012.

ROGER, A. et al. Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 12, n. 4, p. 249–256, 2011.

SANTIAGO, M. G.; ANDRADE, V. N. G. Atuação do psicólogo diante do luto na terceira idade. **Psicologias em Movimento**, 2025.

SANTOS, et al. Psicologia em estudo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3–10, 2009.

SATO, A. T. et al. Processo de envelhecimento e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 10, e00140316, 2017.

SIPARSKY, P. N.; KIRKENDALL, D. T.; GARRETT, W. E. Muscle changes in aging. **Sports Health**, v. 6, n. 1, p. 36–40, 2014.

SOBRAL, T. O. et al. Adesão à assistência fisioterapêutica. **Brazilian Journal of Health Review**, 2025.

SOBRE OS AUTORES

Angela Mitzi Hayashi Xavier

https://orcid.org/0000-0002-7773-5369

Graduada em Fisioterapia (UNESP), mestre em Ciências da Saúde (UNISA), especialista em Gestão Estratégica do Ensino Superior e Acupuntura. Pós graduando em Avaliação Biopsicossocial e Classificação Internacional de Funcionalidade. Experiência em docência, pesquisa e extensão acadêmica. Atua como professora e coordenadora na Universidade Brasil e UniSantanna, além de coordenar pós-graduação em Neurociência (Estácio/Phorte).

Adriana Garcia Orfale

https://orcid.org/0000-0003-1675-1565

Graduada em Fisioterapia e Educação Física, especialista em Reumatologia, Piscina Terapêutica e Acupuntura, mestre em Ciências da Saúde pela Unifesp (Reabilitação). Atuou como coordenadora e docente em diversas instituições (Faculdades Guarulhos, Santa Marcelina, UNISA). Atualmente é Coordenadora Corporativa da Universidade Brasil e docente na Universidade São Judas Tadeu.