

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO**

SANDRA REGINA BONIFÁCIO

**QUAL MELHOR ÍNDICE PARA RASTREIO DA VULNERABILIDADE
FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE? ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O VES-13 E O IVCF-20
BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE**

SÃO PAULO, SP

2023

SANDRA REGINA BONIFÁCIO

**QUAL MELHOR ÍNDICE PARA RASTREIO DA VULNERABILIDADE
FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE? ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O VES-13 E O IVCF-20
BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE**

Tese apresentada à Universidade Nove
de Julho para obtenção do título de
Doutora em Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Profa. Dra. Soraia Micaela
Silva

SÃO PAULO, SP

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Bonifácio, Sandra Regina.

Qual melhor índice para rastreio da vulnerabilidade funcional de pessoas idosas usuárias da Atenção Primária à Saúde? Análise comparativa entre o VES-13 e o IVCF-20 baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. / Sandra Regina Bonifácio. 2023.

120 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2023.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Soraia Micaela Silva.

1. Classificação Internacional de Funcionalidade. 2. Incapacidade e saúde. 3. Vulnerable Elders Survey -13. 4. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20.

I. Silva, Soraia Micaela.

II. Título

São Paulo, 04 de dezembro de 2023.

TERMO DE APROVAÇÃO

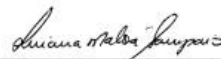
Aluno (a): SANDRA REGINA BONIFÁCIO

Título da Tese: "QUAL MELHOR ÍNDICE PARA RASTREIO DA VULNERABILIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS USUÁRIAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA? ANÁLISE COMPARATIVA BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE"

Presidente: PROFA. DRA. SORAIA MICAELA SILVA



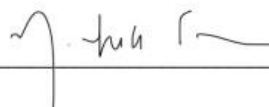
Membro: PROFA. DRA. LUCIANA MARIA MALOSÁ SAMPAIO JORGE



Membro: PROFA. DRA. LÍGIA REGINA DE OLIVEIRA



Membro: PROFA. DRA. MICHELE LACERDA PEREIRA FERRER



Dedico as minhas avós Dolores da
Costa Dias Lage e Tereza Bonifácio, *in
memoriam*. Minhas eternas inspirações.

AGRADECIMENTOS

Nessa caminhada acadêmica que muitas vezes soa uma trajetória solitária, desconheço outra forma de iniciar meus agradecimentos se não os dirigir a todos aqueles que estiveram comigo desde o início e durante a realização desse sonho.

Por isso, agradeço a Deus pela dádiva da vida e por todo seu misericordioso amor e fé que me renova a cada amanhecer, pois sem Ele nada seria possível. “Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas” - Romanos 11:36.

No âmbito acadêmico, agradeço aos Professores Eduardo Storopoli e Maria Cristina Storopoli, fundadores da Universidade Nove de Julho, pela bolsa de estudos concedida e por todo investimento realizado em todos os cursos, ações e projetos sociais mantendo a Universidade no ranking das melhores instituições de ensino privado do país.

A minha orientadora, Professora Dra. Soraia Micaela Silva por me acolher desde o início e por auxiliar meus passos metodológicos inerentes à essa pesquisa acadêmica e por todo incentivo, carinho e principalmente por acreditar em mim.

À Profa. Dra. Michele Ferrer e Profa. Dra. Luciana Malosá pelas valiosas contribuições realizadas nas bancas de qualificação deste trabalho.

À Profa. Dra. Lígia Regina de Oliveira por ter aceitado participar da avaliação final desta pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação em especial a Profa. Dra. Daniela Biasotto. A todo pessoal da secretaria da Universidade Nove de Julho e em especial a Analista de Pesquisa Camila Camarão Esteves.

A todos os colegas de classe que estiveram presentes nessa jornada que não começa nem termina aqui, desejo a todos, muito sucesso!

Aos meus queridos alunos de iniciação científica, em especial os colegas Larissa Sanefugi e Sidney Martins Júnior, por todo empenho, auxílio, companheirismo e incentivo durante essa jornada. Desde sempre compactuamos a ideologia de que não conquistamos nada sozinhos e tê-los

como alunos e sobretudo como verdadeiros parceiros de pesquisa foi um grande presente, jamais esquecerei vocês.

À Universidade Nove de Julho que me concedeu essa e tantas outras oportunidades, desde a primeira pós-graduação, durante a Residência Multiprofissional em Atenção Básica e como colaboradora à época da preceptoria em Saúde Coletiva e na docência, contudo cabe um agradecimento especial aos Professores Dr. Adriano Rodrigues e ao Professor Dr. Cid André pelo apoio na fase da preceptoria e incentivo a continuidade dos estudos e a persistência rumo a prática docente. Acredito ser a vida uma soma de fatores, razões, emoções, sonhos, realidades e muita persistência. Eu sempre gostei de estudar e além do prazer em aprender encontrei em todos os ambientes de ensino que passei, acolhida, atenção e incentivo além da aprendizagem sem contar nas amizades que construí.

Para mim, desde a infância, mas principalmente na adolescência e na juventude, os ambientes escolares foram meu terceiro abrigo, terceiro, pois meu segundo abrigo sempre foi a casa e o abraço da minha avó materna. E abrigo propicia o desenvolvimento de habilidades e sem sombra de dúvidas, todas as unidades de ensino que passei, bem como os professores que me motivaram a chegar até aqui e que sempre serão parte de minhas inspirações merecem meu agradecimento e respeito.

Aos Professores do Ensino Fundamental e Ensino Médio, aos Professores da Graduação, aos Professores da Residência Multiprofissional e aos Professores do Mestrado e Doutorado, obrigado por acreditarem em mim.

Agradeço aos meus colegas de trabalho e aos que se tornaram amigos pelas palavras de incentivo e acolhimento.

A todos os pacientes, que fizeram e fazem parte de minha trajetória profissional, expresso minha gratidão pela permissão do meu toque a vossos corpos.

Aos alunos carinhosamente chamados de pupilos, expresso minha gratidão. Obrigada por acreditarem em mim, obrigada pela partilha de saberes e por todo carinho que recebo.

Finalmente, aos meus pais, principalmente a minha mãe, deixo um agradecimento especial por todas as lições de amor, caridade, respeito,

dedicação e determinação. Mãe, a Sra. viu não somente minha graduação, mas ainda iremos comemorar outras conquistas, pois consciente e inconscientemente tudo o que fiz e faço é pelo seu sorriso. Ao meu irmão Fábio Bonifácio, por ter me ensinado noções de caráter e por ter me presenteado com meu amado sobrinho e afilhado Davi Balbino Bonifácio e ao meu irmão Fernando Bonifácio, *in memoriam* por ter me ensinado o que é alegria mesmo no breve tempo em que tivemos para compartilhar a vida.

Aos meus familiares e aos meus amigos de longa data, não poderia deixar de agradecê-los por todo apoio e paciência, por tolerarem e compreenderem minha ausência em inúmeros momentos.

E especialmente ao meu amado companheiro de vida e jornada por todo incentivo, carinho, ajuda e principalmente por acreditar em mim me ajudando a enfrentar medos e inabilidades, investindo tempo e amor ao compartilhar e viver meus sonhos. Por me acolher e me abraçar quando o desespero, o cansaço e diversas intempéries pelas quais passei ao longo de todos esses anos de estudo me levaram a pensar em desistir. Obrigada por relembrar-se que diariamente os motivos que me fizeram e que me fazem caminhar, por dizer e principalmente por me fazer sentir que estamos juntos em mais essa etapa. Agradeço-lhe pelas inúmeras demonstrações de companheirismo, pelos olhares afetuosos, por toda cumplicidade, pelas observações e contribuições a cada leitura de todos os trabalhos acadêmicos que desenvolvi. Obrigada por ser uma de minhas grandes inspirações. Eu tenho muito orgulho de você. És valoroso! Eu louvo e agradeço a Deus por sua vida.

Agradeço a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta tese.

“Deus não é homem para que minta, nem filho de homem para que se arrependa. Acaso Ele fala e deixa de agir? Acaso Ele promete e deixa de cumprir?” – Números 23:19.

Por fim, expresso minha fé e toda minha gratidão a Deus com a convicção de que: Deus é Deus!

RESUMO

Introdução: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) oferece uma visão do modelo biopsicossocial, orientando a prática clínica integrada e humanizada. Seus códigos e qualificadores padronizam a linguagem e podem facilitar a coleta de dados nos sistemas de informação em saúde, tornando-a relevante para os cuidados das pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Comparar o conteúdo abordado por índices de vulnerabilidade funcional de pessoas idosas em relação aos conceitos contemplados pela CIF. **Métodos:** Dois estudos foram conduzidos. No Estudo 1, investigou-se a relação entre o *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13) e o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) e a CIF. Para isso, realizou-se a análise de conteúdo por meio das regras de vinculação com a CIF, além de analisar a validade convergente entre a VES-13 e o IVCF-20 com medidas desenvolvidas a partir da CIF, como o *World Health Disability Assessment Schedule – Brazilian version for older people* (WHODAS 2.0-B.O) e o core set para saúde física de idosos. No Estudo 2, buscou-se qualificar as categorias da CIF vinculadas ao VES-13 por meio da equivalência do score deste índice com os qualificadores da CIF. **Resultados:** Ambos os índices avaliaram predominantemente o componente de atividades e participação da CIF. No entanto, o IVCF-20 também incorporou conceitos relacionados a funções corporais e fatores ambientais. O VES-13 exibiu validade convergente adequada, demonstrando correlações mais consistentes com medidas baseadas na CIF, enquanto o IVCF-20 apresentou correlações mais fracas com o WHODAS 2.0-B.O. Os resultados do Estudo 2 revelaram que a maioria dos participantes era composta por pessoas idosas vulneráveis, destacando certas atividades, como "Fazer compras de itens pessoais," "Lidar com dinheiro," "Realizar tarefas domésticas leves," e "Tomar banho de chuveiro ou banheira," como as mais gravemente comprometidas, classificadas com qualificador 3 (problema grave), enquanto outras atividades foram categorizadas com qualificadores variando de 1 (limitações leves) a 2 (limitações moderadas). **Conclusão:** Ambos os índices, VES-13 e IVCF-20, se concentram principalmente na avaliação do componente de atividades e participação da CIF, embora o IVCF-20 também aborde conceitos relacionados a funções corporais e fatores ambientais. No entanto, o VES-13 demonstrou maior convergência com medidas desenvolvidas com base na CIF, como o WHODAS 2.0-B.O e o core set, apresentando uma validade convergente adequada. A associação das atividades avaliadas pelo VES-13 com os qualificadores da CIF ofereceu uma compreensão mais abrangente da funcionalidade em idosos, revelando uma variedade de graus de limitações nas atividades, indo além da abordagem categorizada presente em alguns itens do VES-13, com implicações significativas para o cuidado geriátrico, ressaltando a importância de intervenções específicas e suporte personalizado.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Vulnerable Elders Survey – 13; Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20; Atenção Primária à Saúde; Idosos Vulneráveis.

ABSTRACT

Introduction: The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) offers a biopsychosocial model perspective, guiding integrated and humanized clinical practice. Its codes and qualifiers standardize language and can facilitate data collection in health information systems, making it relevant for the care of older individuals in Primary Health Care (PHC). **Objective:** To compare the content addressed by functional vulnerability indices in older people with the concepts encompassed by the ICF. **Methods:** Two studies were conducted. In Study 1, we investigated the relationship between the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) and the *Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20* (IVCF-20) with the ICF. To achieve this, content analysis was performed through rules of linkage with the ICF, and we also analyzed the convergent validity between VES-13 and IVCF-20 with measures developed from the ICF, such as the World Health Disability Assessment Schedule – Brazilian version for older people (WHODAS 2.0-B.O) and the core set for physical health of older individuals. In Study 2, the aim was to qualify the ICF categories linked to VES-13 through equivalence of the scores of this index with the qualifiers of the ICF. **Results:** Both indices predominantly assessed the component of activities and participation of the ICF. However, IVCF-20 also encompassed concepts related to body functions and environmental factors. VES-13 exhibited adequate convergent validity, showing more consistent correlations with measures based on the ICF, while IVCF-20 demonstrated weaker correlations with WHODAS 2.0-B.O. The results of Study 2 revealed that the majority of participants were vulnerable older individuals, with specific activities, such as "Shopping for personal items," "Handling money," "Performing light household tasks," and "Taking a shower or bath," being the most severely compromised, classified with a qualifier of 3 (severe problem), while other activities were categorized with qualifiers ranging from 1 (mild limitations) to 2 (moderate limitations). **Conclusion:** Both indices, VES-13 and IVCF-20, primarily focus on assessing the activities and participation component of the ICF. Nevertheless, VES-13 exhibited a higher degree of convergence with measures developed from the ICF, such as WHODAS 2.0-B.O and the core set, demonstrating adequate convergent validity. The association of activities evaluated by VES-13 with ICF qualifiers provided a comprehensive understanding of functionality in older individuals, revealing a range of degrees of limitations in activities, going beyond the categorical approach found in some items of VES-13. This has significant implications for geriatric care, emphasizing the importance of specific interventions and personalized support. **Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health; Vulnerable Elders Survey – 13; Functional Clinical Vulnerability Index – 20; Primary Health Care; Vulnerable Elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças, Décima Primeira Revisão

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

IVCF-20 – Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VES-13 – Vulnerable Elders Survey – 13

WHODAS 2.0-B.O – World Health Disability Assessment Schedule – Brazilian version for older people

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	14
2.1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): Definições, estrutura e organização.....	14
2.2. Atenção Primária à Saúde e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	20
2.3. Envelhecimento e vulnerabilidade da população idosa.....	23
2.4. Vulnerabilidade funcional <i>versus</i> Incapacidade.....	28
2.5. Instrumentos de medida da vulnerabilidade funcional em pessoas idosas.....	29
3. JUSTIFICATIVA.....	34
4. OBJETIVO GERAL.....	36
4.1. Objetivos específicos.....	36
5. MÉTODOS.....	37
5.1. Metodologia – Artigo 1.....	37
5.2. Metodologia – Artigo 2.....	42
6. RESULTADOS.....	48
6.1. Artigo 1 – Comparação dos índices de vulnerabilidade funcional de pessoas idosas na atenção primária: análise de conteúdo e validade convergente baseado nos conceitos da CIF.....	49
5.2. Artigo 2 – Integrando qualificadores da CIF ao índice de vulnerabilidade de pessoas idosas (VES-13): uma proposta para gerar dados de informação em saúde na atenção primária.....	77
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE.....	101
ANEXOS.....	104

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) aborda a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo e é usada atualmente em diferentes contextos e finalidades¹. A CIF pode ser usada como uma ferramenta para política, estatística, pesquisa, clínica e social ou para fins educacionais e aplicada não apenas no setor de saúde, mas também em setores como seguros, previdência social, trabalhista, educacional, econômico, desenvolvimento de políticas ou legislação e no meio ambiente¹. Seu objetivo principal é oferecer uma linguagem unificada e padronizada de uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde². Assim, a CIF é considerada uma classificação universal por cobrir todos os aspectos da funcionalidade humana³.

Entre as muitas possibilidades e potencialidades de uso da CIF, se inclui sua utilização na Atenção Primária à Saúde (APS), podendo fomentar os melhores resultados na assistência prestada ao paciente, quer seja por meio da abordagem biopsicossocial oriunda de seu modelo integrativo, ou seja, pelo registro padronizado de informações em saúde por meio de seus códigos e qualificadores. Contudo, não há, até o momento, propostas factíveis de uso padronizado dos códigos da CIF na APS⁴.

Entre os múltiplos usos possíveis da CIF na APS, destaca-se o rastreamento de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade funcional, resultando em uma base de dados específica deste público, gerando indicadores que fomentem políticas públicas, bem como práticas locais que contribuam para o pleno atendimento de suas demandas e necessidades.

Um dos instrumentos para a identificação da vulnerabilidade funcional dessas pessoas idosas é o *Vulnerable Elders Survey – 13* (VES-13) e o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20). O VES-13 além de ser um instrumento utilizado internacionalmente, foi traduzido e adaptado transculturalmente ao português brasileiro apresentando propriedades de medidas adequadas, sendo uma importante ferramenta para o acompanhamento de pessoas idosas na APS. O IVCF-20 foi desenvolvido e validado no Brasil, a partir de outros instrumentos de triagem rápida. É considerado simples e sua aplicação dura em torno de 5 a 10 minutos, avaliando as principais dimensões preditoras de declínio funcional e de

óbito em pessoas idosas, como: idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e a existência de comorbidades múltiplas. Entretanto, embora ambos os índices sejam capazes de estratificar a vulnerabilidade funcional, não são capazes de produzir informações em saúde, tampouco, dados epidemiológicos.

Portanto, frente aos desafios complexos e plurais no atendimento as pessoas idosas e visando à qualificação das estratégias e ações voltadas à APS, é aconselhável que a avaliação na porta de entrada do sistema de saúde seja baseada nos pressupostos teóricos da CIF, especialmente, as pessoas idosas vulneráveis funcionalmente. Para isso, acredita-se que a vinculação do VES-13 e do IVCF-20 com a CIF propiciará fonte de coleta de dados em saúde e de indicadores de evolução clínica e funcional, além de padronizar a linguagem e comunicação entre os serviços de saúde e gerar dados epidemiológicos para estatísticas de saúde da pessoa idosa, considerando especialmente, que a linguagem da CIF é universal e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, a vinculação com os conceitos e códigos da CIF permitirá discernir qual dos índices pode rastrear, de maneira mais abrangente, as questões relacionadas à vulnerabilidade física. O estabelecimento de relações entre os códigos e qualificadores da CIF com os escores do VES-13 e do IVCF-20, também são fundamentais no processo de identificação de quais atividades físicas, independentemente da idade e da percepção de saúde da pessoa idosa, podem ser executadas.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Nesta seção são apresentados os referenciais teóricos que subsidiaram a realização desta pesquisa. Inicia apresentando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e seus códigos, bem como sua relação com a atenção primária em saúde (APS). Conceitos de envelhecimento e vulnerabilidade da pessoa idosa são apresentados em seguida para contextualizar o uso de instrumentos como a CIF e o *Vulnerable Elders Survey – 13* (VES-13) e o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20) neste público, bem como a importância da padronização dos referidos instrumentos.

2.1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): Definições, estrutura e organização

A CIF pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvidas pela OMS para ser aplicada em diversos aspectos da saúde. A família de classificações internacionais da OMS fornece um sistema para a codificação de muitas informações sobre saúde, como por exemplo, diagnóstico, funcionalidade e incapacidade e razões pelos quais os indivíduos procuram os serviços de saúde, buscando utilizar uma linguagem comum e padronizada que permite a comunicação sobre saúde e assistência médica em todo o mundo entre várias disciplinas e áreas diferentes².

Nas classificações internacionais da OMS, as condições de saúde (doenças, distúrbios, lesões etc.) são classificadas principalmente na Classificação Internacional de Doenças, Décima Primeira Revisão (CID-11), fornecendo uma estrutura etiológica. A funcionalidade e incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Assim, CID-11 e a CIF se tornam complementares, e os profissionais de saúde são estimulados a utilizar os dois membros da família de classificações internacionais da OMS concomitantemente. A CID-11 fornece o “diagnóstico” de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde, informações que são complementadas pelos dados fornecidos pela CIF sobre funcionalidade².

Utilizar em conjunto CID-11 e CIF, fornecerá informações quanto ao diagnóstico e a funcionalidade, fornecendo uma imagem ampliada e mais

significativa da saúde das pessoas ou até mesmo de uma da população, que poderá ser utilizada para propósitos de tomada de decisão em políticas públicas, por exemplo.

Os objetivos da CIF são:

- Proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde. Ela define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados à saúde (tais como educação e trabalho);
- Proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições relacionadas à saúde, de seus determinantes e efeitos;
- Estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde para melhorar a comunicação entre diferentes usuários, como profissionais de saúde, pesquisadores, elaboradores das políticas públicas e o público, inclusive pessoas com incapacidades;
- Permitir comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas à saúde, entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo;
- Fornecer um esquema de codificação para sistemas de informações de saúde².

A CIF está organizada em duas partes, a primeira se refere a Funcionalidade e a Incapacidade e a segunda parte, se refere aos Fatores Contextuais. Na primeira parte dos componentes da Funcionalidade e Incapacidade, inclui as funções e estruturas corporais; atividades e participação e a segunda parte sobre os Fatores Contextuais se inicia com uma lista de Fatores Ambientais que têm impacto sobre todos os componentes da Funcionalidade e da Incapacidade organizados em sequência, desde o ambiente imediato mais próximo do indivíduo até o ambiente geral². Entre os Fatores Contextuais, há os Fatores Pessoais que não estão classificados na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos², devendo estes itens serem classificados conforme os critérios e objetivos de cada pesquisador.

Para o contexto da saúde, a visão geral dos componentes da CIF apresenta as seguintes definições: **Funções do corpo** são as funções fisiológicas dos sistemas do corpo (inclusive funções psicológicas); **Estruturas do corpo** são as partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes; **Deficiências** são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio significativo ou uma perda; **Atividade** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo; **Participação** é o envolvimento em situações de vida diária;

Limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades; **Restrições de participação** são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida; **Fatores ambientais** compõem o ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida².

No que se refere aos sinais e sintomas nas categorias do componente Funções e Estruturas do Corpo, algumas parecem se sobrepor com a CID-11, entretanto, os propósitos entre cada classificação são diferentes. Enquanto a CID-11 classifica sintomas em capítulos especiais para documentar morbidade ou utilização de serviços, a CIF apresenta como as funções e estruturas do corpo podem ser utilizadas para prevenção ou identificação das necessidades dos pacientes. Mais importante ainda, na CIF, a classificação das Funções e Estruturas do Corpo foi concebida para utilização conjunta com as categorias de Atividades e Participação². Um resumo com a visão geral da CIF é apresentado na Figura 1.

Componentes	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Factores Contextuais	
	Funções e Estruturas do Corpo	Atividades e Participação	Factores Ambientais	Factores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Atividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da actividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Figura 1. Resumo com os componentes da CIF¹.

Araújo⁴ ainda afirma que os dados apresentados pela CIF são essenciais para o conhecimento da evolução, da incidência e da prevalência de incapacidades nas populações, que estão numa situação de invisibilidade atualmente no Brasil, apenas com o uso da CID

A interação existente entre os vários componentes da CIF pode ser observada na Figura 2.

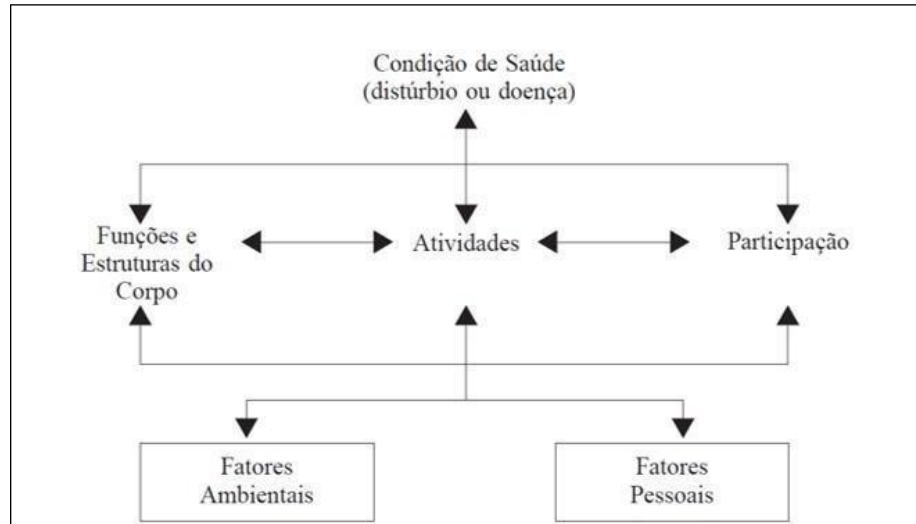


Figura 2. Interações entre os componentes da CIF².

O diagrama apresentado na figura acima, demonstra que a funcionalidade de um indivíduo em um determinado domínio específico é resultado de uma complexa relação entre estado e condições de saúde com os fatores contextuais². É importante explorar todos os construtos de maneira independente e em seguida estabelecer as associações existentes entre os mesmos para se obter um amplo aspecto da saúde do indivíduo.

Entretanto, é importante considerar que os fatores ambientais são extrínsecos e sem controle direto do indivíduo, pois, se referem a estruturas e características da sociedade, como, por exemplo, as características arquitetônicas de determinada localidade ou o sistema político administrativo vigente. Já os fatores pessoais como idade, sexo, hábitos de vida ou outros, não são contemplados na CIF, ficando seu uso a critério do usuário².

Essa interação entre os componentes da CIF vai integrar aspectos de modelos médicos e sociais, resultando na abordagem biopsicossocial, utilizada para se obter a integração das diversas perspectivas da funcionalidade, buscando cobrir as dimensões biológica, individual e social de um indivíduo.

A CIF é organizada a partir de um sistema alfanumérico no qual as letras *b* (do inglês *body*), *s* (do inglês *structure*), *d* (do inglês *domain*) e *e* (do inglês *environment*) são utilizadas para denotar as Funções do Corpo, as Estruturas do

Corpo, Atividades e Participação e os Fatores Ambientais. Cada letra é seguida 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)².

Cada um dos códigos da CIF só está completo com a presença de um *qualificador*, código numérico para identificar a gravidade da situação de saúde observada. A depender do componente, o qualificador pode ter dois ou três dígitos.

Os qualificadores que acompanham os códigos da CIF são apresentados na Tabela 1.

Qualificador		Escala
.0	NÃO há problema	0-4%
.1	Problema LEVE	5-24%
.2	Problema MODERADO	25-49%
.3	Problema GRAVE	50-95%
.4	Problema COMPLETO	96-100%
.8	Não especificado	
.9	Não aplicável	

Fonte: OMS².

O qualificador .8 “não especificado” pode ser utilizado quando não for possível especificar determinada condição, como por exemplo, com o código “b7302.8 Deficiência da força muscular de um lado do corpo, não especificada”. Enquanto o qualificador .9 “não aplicável”, é utilizado quando não couber a determinada condição, como por exemplo no código “b650.9 Funções da menstruação não é aplicável para mulheres antes ou depois de uma determinada idade (pré-menarca ou pós-menopausa)”.

Para os fatores ambientais, um qualificador pode representar um aspecto positivo ou negativo, fazendo uso da mesma escala, porém se acrescentando sinal de + após o separador (ponto final), significando aspecto positivo e facilitador, enquanto a barreira é representada somente pelo ponto final.

O Quadro 1 apresenta exemplos de uso dos códigos da CIF com os respectivos qualificadores.

Quadro 1. Exemplos de uso dos códigos da CIF com qualificadores

	Classificação de 1º nível	Classificação de 2º nível	Classificação de 3º nível	Classificação de 4º nível	Código com o qualificador
Funções do corpo	b1 Funções Mentais	b167 Funções mentais da linguagem	b1671 Expressão da linguagem	b16710 Expressão da linguagem oral	b16710.3 Expressão da linguagem oral Funções mentais necessárias para produzir mensagens orais significativas. Grave.
Estrutura do corpo	s1 Estruturas do Sistema Nervoso	s120 Medula espinhal e estruturas relacionadas	s1201 Nervos espinais	---	s1201.20 Nervos espinais. Deficiência moderada, nenhuma mudança na estrutura.
Atividade e participação	d6 Vida Doméstica	d640 Realização das tarefas domésticas	d6403 Utilizar aparelhos domésticos	---	d6403.4 Utilizar aparelhos domésticos Utilizar todos os tipos de aparelhos domésticos, como máquina de lavar, secadora, ferro de passar, aspirador de pó e máquina de lavar louça. Dificuldade completa.
Fatores ambientais	e2 Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano	e235 Desastres causados pelo homem	---	---	e235.8 Desastres causados pelo homem Alterações ou distúrbios nos ambientes naturais causados pelo homem, que podem resultar em grave alteração do cotidiano das pessoas, incluindo eventos ou condições associadas a conflitos ou guerras, como o deslocamento de pessoas, destruição da infraestrutura, casas e terras, desastres ambientais e poluição do solo, da água ou do ar (e.g., resíduos tóxicos). Não especificado.

Fonte: a autora com base em OMS².

A abrangência da CIF e sua diversidade e possibilidades permitem que seja utilizada em diversas áreas, como na formulação de políticas públicas⁵, na coleta de dados estatísticos para o gerenciamento do serviço de saúde⁴ e nos serviços de educação⁶. Ainda assim, a principal aplicação da CIF é na clínica, o que fomenta a criação de estratégias para facilitar sua implantação, como a vinculação dos códigos da CIF à instrumentos já existentes (*linkage*), criação do *checklist*, e desenvolvimento de versões reduzidas (*core-sets*)^{7,8} para condições específicas de saúde⁹⁻¹². Além disso, permite acompanhar a evolução dos pacientes, avaliar as diversas possibilidades de terapias, mensurar a incapacidade ocasionada pelos diferentes níveis de cada doença ou lesão, enfim, relacionar doenças à qualidade de vida do paciente¹³.

A CIF também tem potencialidade para uso como uma ferramenta de estatística, pesquisa, clínica, política social e pedagógica^{1,2}. É errôneo considerar que a CIF é utilizada apenas nos serviços de saúde e ainda para pessoas com incapacidades, a CIF pode ser utilizada por diversos serviços da sociedade aplicando-se a todas as pessoas, com incapacidades ou não². Para as estatísticas em saúde, a CIF permite a coleta de dados e a utilização de critérios homogêneos, além da possibilidade de comparações internacionais¹. Entre os vários usos da classificação também está a aplicação de seus domínios na elaboração de legislação, regulamentação e normas, além de ser um instrumento educativo no campo dos direitos humanos¹⁴.

A CIF também pode ser utilizada pensando em aspectos biopsicossociais quanto ao significado e implicações da universalização como um princípio para orientar o desenvolvimento de políticas públicas em relação a todos os cidadãos, doentes ou não, vulneráveis ou não^{1,15,16}.

2.2. Atenção Primária à Saúde e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Entre as diversas possibilidades e potencialidades de uso da CIF, inclui-se também sua utilização na APS, o que poderia fomentar melhores resultados na assistência prestada ao paciente caso fosse uma rotina seu uso por parte dos profissionais. Porém, o que se observa é que quando a CIF é

utilizada, geralmente é por profissionais da área de reabilitação, em especial os fisioterapeutas, mas de maneira muito reduzida¹⁷.

É importante destacar que desde 2012, o Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº. 452 determina o uso da CIF tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) como na saúde suplementar¹⁸:

- nas investigações para medir resultados acerca do bem estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impacto dos fatores ambientais (estruturais e atitudinais) na saúde dos indivíduos;
- como uma ferramenta estatística na coleta e registro de dados (em estudos da população e inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão);
- como ferramenta clínica para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, ampliando a linha de cuidado;
- para dar visibilidade e avaliar os processos de trabalho com os respectivos impactos reais das ações dos profissionais de saúde, que atuam diretamente com a funcionalidade humana;
- no dimensionamento e redimensionamento de serviços visando qualificar e quantificar as informações relativas ao tratamento e recuperação da saúde no processo de reabilitação e os respectivos resultados;
- como ferramenta no planejamento de sistemas de seguridade social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas;
- como ferramenta pedagógica na elaboração de programas educacionais, para aumentar a conscientização e a realização de ações sociais;
- como ferramenta geradora de informações padronizadas em saúde, devendo a mesma, ser inserida no Sistema Nacional de informações em saúde do Sistema Único de Saúde para alimentar as bases de dados, com vistas ao controle, avaliação e regulação para instrumentalizar a gestão no gerenciamento das ações e serviços de saúde em todos os seus níveis de atenção; e
- como geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana.

Entre as aplicações da CIF na APS no Brasil, Araújo e Oliveira Júnior¹⁹ destacam seu uso por Agentes Comunitários de Saúde no momento do cadastramento de novos usuários do serviço com o intuito de buscar informações importantes sobre funcionalidade e incapacidade da população cadastrada visando a instituição de programas assistenciais e de mudanças ambientais que visem garantir a saúde e o bem-estar das pessoas.

Lopes e Santos²⁰ utilizaram a CIF associados ao Teste Katz e a Escala Lawton no acompanhamento de pessoas idosas atendidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em uma cidade no Pará, na qual a maior parcela das pessoas idosas, participantes da pesquisa, se apresentaram ativas e

participativas, sendo capazes de desempenharem suas atividades diárias representando um envelhecimento com poucas perdas, considerando para estas conclusões o componente Atividades e Participação da CIF.

Outra maneira de aplicação da CIF na APS é apresentada por Araújo *et al.*,²¹ que mostraram o uso da classificação como um instrumento adequado e válido no acompanhamento realizado por profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no atendimento de crianças menores de três anos quanto ao seu desenvolvimento neuropsicomotor relacionado também com aspectos individuais, familiares, socioeconômicos e estimulação da criança nos diferentes ambientes.

Além das diversas possibilidades de uso da CIF no acompanhamento aos pacientes na APS, de acordo com Araújo e Neves²² o uso da CIF na APS contém as características necessárias para estimular políticas públicas, que envolvam a participação de outras esferas, como as do transporte, da habitação, da educação, da arquitetura e urbanismo, entre outras. O conhecimento do meio ambiente e da influência de todos os seus aspectos, da tecnologia até as normas legais, passando pelo ambiente social e atitudinal, pode favorecer a elaboração de políticas, sistemas, serviços, programas e redes com maior possibilidade de sucesso na promoção da funcionalidade e prevenção da incapacidade.

Para Araújo e Neves²²

os gestores da APS precisam conhecer a CIF de maneira mais aprofundada para que ela não seja confundida com outras classificações, [...]. Embora a CIF seja uma classificação de referência da OMS e tenha as características necessárias para estimular o trabalho transectorial, tão importante para melhorar a resolubilidade dos sistemas de saúde, ela tem sido encarada de uma forma ainda muito pobre pelo Brasil, já que gestores e técnicos a têm levado unicamente para a atenção especializada, deixando de lado todo o potencial da aplicação dela na atenção primária.

Araújo⁴, ainda retrata o uso da CIF como uma ferramenta de gestão em um município paulista ao realizar um estudo de consenso com uma equipe multiprofissional de reabilitação para a construção de uma lista de categorias da CIF, consideradas as mais relevantes para esclarecimento das condições de funcionalidade dos pacientes atendidos nos serviços de APS da cidade.

Além disso, na Holanda, o core set geriátrico da CIF tem sido utilizado como um importante instrumento para manter o cuidado e o acompanhamento da pessoa idosa em sua comunidade, se utilizando de uma avaliação inicial, seguido de uma proposta de plano de cuidados a depender do resultado e reavaliação após 12 meses²³. Observou-se que esse processo levou a uma estabilidade ou melhora na condição de saúde das pessoas idosas atendidas pela atenção primária.

Tomandl *et al.*²⁴ e Rink *et al.*²⁵ apresentaram a necessidade de se elaborar um core set da CIF direcionado para pessoas idosas maiores de 75 anos, como importante estratégia de cuidado da atenção primária alemã. Este core set tem sido utilizado como uma estratégia para identificar o início do processo de incapacidade em pessoas idosas, onde foi percebido que fatores relacionados ao ambiente físico e social, bem como fatores de mobilidade e personalidade desempenham papel fundamental no cuidado com a saúde da pessoa idosa²⁶.

Constand e MacDermid²⁷, complementam que o uso da CIF na atenção primária colabora com a padronização para o estabelecimento de metas de cuidado e tratamento estabelecidas mutuamente entre equipe clínica e paciente.

Muitas são as possibilidades e oportunidades para o uso da CIF, o que reforça a importância do seu uso na APS, seja pelos profissionais na prática clínica do atendimento aos usuários, seja como ferramenta para a atuação intersetorial. A utilização da CIF pelos profissionais de saúde da APS deve fomentar melhores abordagens aos usuários do serviço, modificando o olhar de uma prática exclusivamente biomédica centrada na doença, para uma abordagem ampla que considere os fatores biopsicossociais envolvidos em cada situação de saúde, especialmente, relacionados às condições crônicas e envelhecimento.

2.3. Envelhecimento e vulnerabilidade da população idosa

O envelhecimento humano, característica natural que nos traz a condição de pessoa idosa, está sujeito a influências intrínsecas, como

características genéticas individuais responsáveis pela longevidade e aos fatores extrínsecos condizentes às condições ambientais as quais o indivíduo esteve exposto (tipo de dieta, sedentarismo, poluição, entre outros), os quais proporcionam grande heterogeneidade no envelhecimento²⁸.

Para a OMS pessoa idosa é todo indivíduo com 60 anos ou mais, atualmente estima-se que esta população duplique até 2050 chegando a 2,1 bilhões e triplique até 2100, alcançando a marca de 3,1 bilhões de pessoas idosas, tendo como referência, os 962 milhões com mais de 60 anos em 2017²⁹. No Brasil, este público atualmente representa 13% da população, ou seja 28 milhões de habitantes³⁰.

Para o Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental, órgão ligado à Organização das Nações Unidas, três processos demográficos determinam o tamanho e a composição etária de uma população: fertilidade, mortalidade e migração²⁹. Para Duarte e Moreira³¹, o envelhecimento da população brasileira ocorre principalmente após a década de 1960, impulsionado pela migração das famílias de zonas rurais para a urbana, o acesso a programas de planejamento familiar e ao uso de métodos anticoncepcionais. Entretanto, este envelhecimento não é sinônimo de dependência ou incapacidade, mas sim de vulnerabilidade³².

A busca por esforços em todos os setores da sociedade que proporcione um envelhecimento saudável a todas as pessoas idosas, levou a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas a declarar a década de 2021-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, com fins de proporcionar mais qualidade aos novos anos de vida³³.

Tavares *et al.*³⁴, em revisão de literatura realizada com artigos que representavam todos os continentes mostrou que o envelhecimento saudável na perspectiva das pessoas idosas tem a ver com o tempo de sono, boa saúde, manter relações sociais, alimentar-se bem, realizar atividade física, não ser tabagista ou etilista, ter autonomia física e financeira e conseguir realizar sem dificuldades as atividades da vida diária. Ainda, para os mesmos autores o envelhecimento saudável é associado a 4 dimensões: *biológica* associada a hábitos saudáveis para manter a saúde do corpo; *psicológica* mantendo o otimismo e a felicidade; *espiritual* reconhecendo a fé a espiritualidade como

fundamentais neste processo; e a dimensão *social* ligado às relações sociais com a família, amigos e companheiro(a).

No nível biológico, o processo de envelhecimento é

associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos³⁵.

Relatório das Nações Unidas, publicado em 2019, indica que pela primeira vez na história, há no mundo mais pessoas maiores de 65 anos do que crianças menores de cinco anos. Em 2050 este índice será o dobro e a quantidade de pessoas idosas com mais de 65 anos ultrapassará a quantidade de jovens entre 15 e 24 anos em 2050³⁶. Ainda, segundo o mesmo relatório, projeções indicam que em 2100 a média global de pessoas idosas maiores de 65 anos será de 22,6% com o maior índice na América Latina e Caribe, alcançando 31,3%.

Diante disso, é necessário garantir um envelhecimento saudável para esta população, que para a OMS³⁵ é definido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. Entretanto, para garantir o envelhecimento saudável é necessário que os países promovam políticas públicas para garantir direitos básicos como previdência social, acesso aos serviços de saúde, educação, lazer, moradia digna, saneamento, transporte, entre todos os demais serviços necessários a todos os cidadãos em qualquer etapa de suas vidas, mas principalmente quando a velhice se aproxima, a ausência de tais serviços podem ser mais prejudiciais para este público.

Todos estes direitos e a necessidade de planejamento de governos e sociedade civil a longo prazo quanto ao envelhecimento da população, já haviam sido alertados na II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento promovida pela Organização das Nações Unidas em 2002³⁷. No entanto, no Brasil, as primeiras políticas públicas voltadas para esta população surgem somente após a Constituição da República em 1988³¹. Desta forma, ao menos teoricamente, no país estes direitos estão regulamentados e garantidos na

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)³⁸ e no Estatuto da Pessoa Idosa³⁹.

No Brasil, que por anos teve predomínio mais jovem, o aumento da população idosa leva a novas necessidades de políticas públicas, principalmente em saúde⁴⁰. Esta mudança no perfil da população brasileira, vem gradativamente alterando a pirâmide populacional do país, como pode ser observado nos dados e projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística nas Figura 3 e Figura 4.

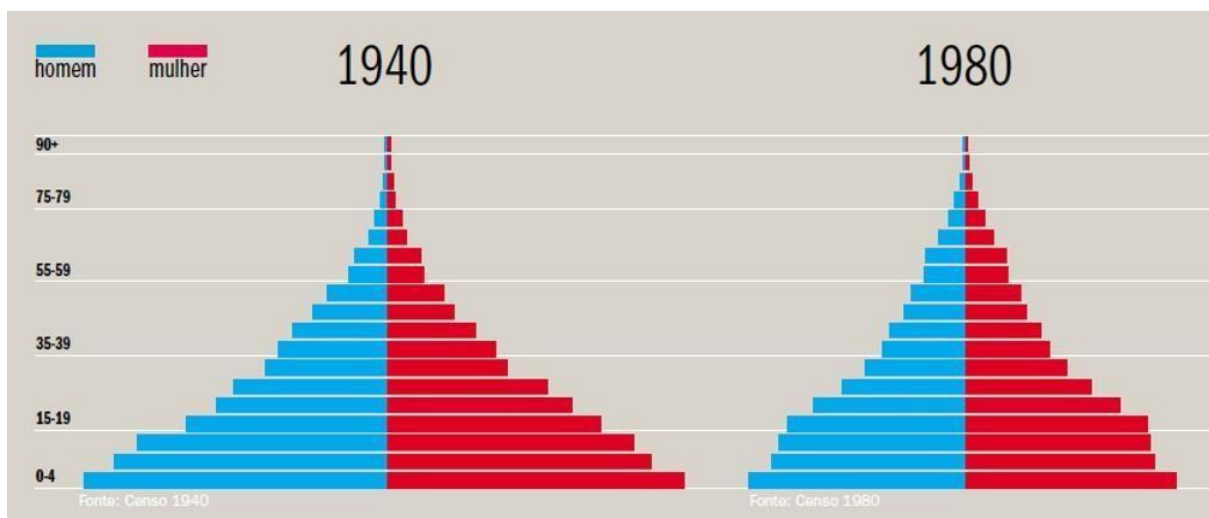


Figura 3 Pirâmide etária brasileira 1940 e 1980³⁰.

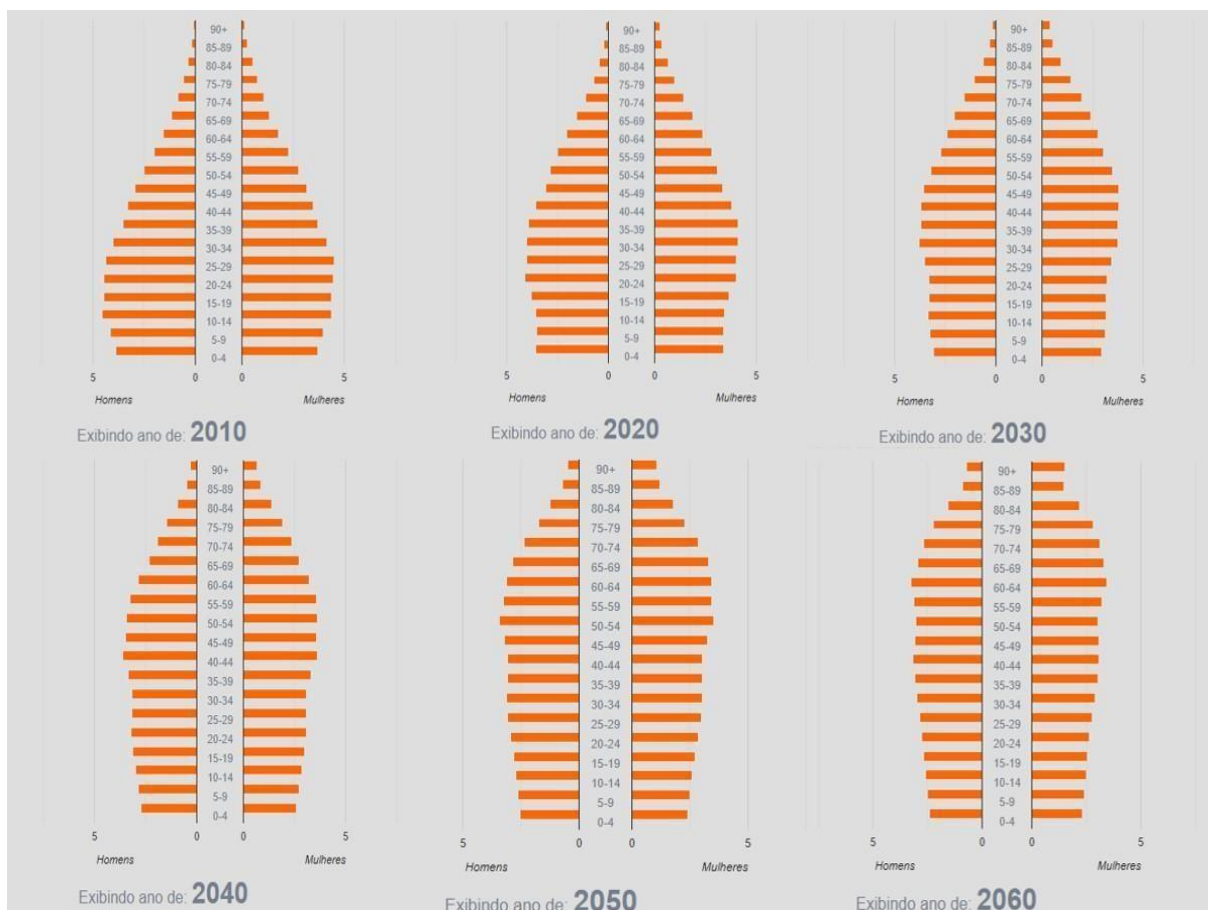


Figura 4 Projeção da pirâmide etária brasileira 2010 a 2060⁴¹.

Tais pirâmides etárias evidenciam as mudanças no perfil demográfico da população brasileira. Em 2043, $\frac{1}{4}$ da população brasileira será maior de 60 anos, enquanto os jovens até 14 anos serão de apenas 16%³⁰. Este fenômeno ajuda a explicar as mudanças na pirâmide etária brasileira de encolhimento da base e alargamento do topo.

O rápido envelhecimento da população “aliado ao aumento da longevidade das pessoas idosas traz profundas consequências na estruturação das redes de atenção à saúde, com maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais”^{32, p.10}. Vale destacar, que as pessoas idosas são o público que mais utiliza os serviços de saúde⁴⁰.

O aumento expressivo na quantidade de pessoas idosas evidencia a necessidade de instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida desta população, inclusive aspectos relacionados à vulnerabilidade que para Barbosa, Oliveira e Fernandes⁴² definem o termo quando “o indivíduo que não

necessariamente sofrerá danos, mas apresenta-se mais suscetível visto que possui desvantagens significativas, sobretudo na qualidade de vida”.

2.4. Vulnerabilidade funcional *versus* Incapacidade

De acordo com Rodrigues e Alvarenga⁴³, a vulnerabilidade funcional é um aspecto fundamental e multidimensional que deve ser avaliada no contexto do envelhecimento. Ela é entendida como um processo de risco que afeta as condições gerais de saúde da pessoa idosa e resulta da interação de diversos fatores, incluindo recursos sociais, econômicos, familiares, psicológicos, cognitivos e físicos. Essa complexidade de fatores contribui para impactar a qualidade de vida da pessoa idosa, tornando a vulnerabilidade funcional uma preocupação significativa no âmbito da saúde e do envelhecimento.

A incapacidade, definida a partir dos conceitos da CIF, aborda a definição deste conceito de forma complexa, considerando não apenas as deficiências físicas, mas também os fatores contextuais, sociais e psicossociais que podem influenciar a funcionalidade e a participação da pessoa. Essa abordagem ampla e integrativa da CIF visa compreender o impacto da condição de saúde de uma pessoa em sua vida cotidiana, levando em consideração todos os aspectos que podem afetar sua funcionalidade e qualidade de vida².

Os conceitos de vulnerabilidade funcional, conforme apresentado por Rodrigues e Alvarenga⁴³, e de incapacidade, segundo a CIF², compartilham a complexidade inerente ao entendimento das condições de saúde em indivíduos. Ambos reconhecem a interação de fatores multidimensionais, indo além das limitações físicas. Enquanto a vulnerabilidade funcional destaca a influência de recursos sociais, econômicos, familiares, psicológicos, cognitivos e físicos na qualidade de vida da pessoa, a CIF vai além da mera descrição das deficiências físicas, incorporando fatores contextuais, sociais e psicossociais que afetam a funcionalidade e a participação. Ambos os conceitos enfatizam a importância de considerar uma gama diversificada de fatores para compreender de maneira mais abrangente o impacto da saúde no envelhecimento e na qualidade de vida dos idosos. Enquanto a vulnerabilidade

funcional se concentra na avaliação do risco de saúde, a CIF fornece um modelo abrangente para descrever o impacto da saúde na vida cotidiana.

Identificar as pessoas idosas vulneráveis é, portanto, essencial para o devido planejamento e formulação de políticas públicas dos serviços de saúde^{42,44}.

De alguma forma, mesmo não se referido a vulnerabilidade, o Art. 3 do Estatuto da Pessoa Idosa determina que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária³⁹.

Portanto, identificar as vulnerabilidades e situações de incapacidade a partir da perspectiva da CIF, às quais as pessoas idosas estão expostas, se torna cada vez mais importante para garantir políticas públicas que promovam um envelhecimento saudável em todos os aspectos da vida.

2.5. Instrumentos de medida da vulnerabilidade funcional em pessoas idosas

O envelhecimento pode ser considerado um triunfo do desenvolvimento da sociedade que ao proporcionar o aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. Melhorias na nutrição, condições sanitárias, avanços da medicina, cuidados com a saúde, ensino e bem-estar econômico, têm feito as pessoas viverem mais³⁷.

Entretanto, para que este triunfo da humanidade se torne realidade para todos, é necessário que cada pessoa idosa possa desfrutar de boa saúde física e mental e de serviços de atendimento à saúde que atendam às suas necessidades, com o uso, se necessário, de instrumentos que possam acompanhar e mensurar suas condições de saúde e de vulnerabilidade.

Tais instrumentos precisam incluir dimensões que envolvam a comorbidade, funcionalidade, desempenho físico, capacidades cognitivas, estado psicológico, medicação e suporte social, com o objetivo de proporcionar

um prolongamento da vida com qualidade, sem hospitalizações, prevenção das institucionalizações e das síndromes geriátricas⁴⁵.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa⁴⁶, instituída a partir da publicação da PNSPI, norteia como a avaliação da pessoa idosa deve ser conduzida, pois, quando preenchida adequadamente mantém importantes registros dos dados pessoais, convívio familiar da pessoa idosa, avaliações sobre uso de medicamentos e diagnósticos, tem campo para o registro de dor crônica e hábitos de vida, hipertensão e glicemia além de avaliação de saúde bucal.

Segundo Moraes *et al.*³² o primeiro instrumento para medir a incapacidade das pessoas idosas foi feito por Marjory Warren em 1943 com a intenção de medir a instabilidade postural, imobilidade, incontinência urinária e incapacidade cognitiva. Os mesmos autores³² referem que em 1963, Katz desenvolveu um índice capaz de estratificar as pessoas idosas conforme o grau de dependência nas atividades de vida diária relacionadas ao autocuidado e classificando a pessoa idosa em independente, semi-dependente, dependente incompleto e dependente completo³².

Ainda segundo Moraes *et al.*³², no final da década de 1960, Lawton e Brody confirmaram a importância da funcionalidade para as atividades da vida diária, e sugeriam que a avaliação de competências fosse mais complexa, com as denominadas atividades instrumentais da vida diária.

Também, há a avaliação multidimensional da pessoa idosa ou avaliação geriátrica ampla, que contempla componentes como as atividades da vida diária avançadas, instrumentais e básicas, cognição, humor, mobilidade e comunicação como forma de uma ampla avaliação aplicada por equipe multiprofissional³².

Instrumentos próprios para avaliação da vulnerabilidade funcional da pessoa idosa também podem ser elaborados por secretarias de saúde, seguindo orientações do Ministério da Saúde e respaldado em testes validados pela comunidade científica, como a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica, aplicado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo⁴⁷, que tem como ênfase a promoção da independência e da autonomia,

classificando as pessoas idosas com ênfase em seu desempenho funcional, além de qualificar a demanda e orientar a gestão e o planejamento do cuidado.

Entretanto, estes instrumentos não são simples e práticos de serem aplicados no cotidiano da atenção primária, pois, além de serem testes extensos e com aplicação demorada, há heterogeneidade nas informações colhidas, o que demandaria muito tempo de análise dos dados, além de ser necessário realizar amplo treinamento aos profissionais aplicadores. Seja para aplicar e/ou analisar os dados obtidos ou para treinar os profissionais aplicadores, o uso destes testes exige uma disponibilidade de tempo difícil de ser obtida na atual dinâmica da atenção primária, o que justifica a busca por índices de rastreio mais simples e rápidos de serem aplicados e interpretados.

Nesse sentido, as medidas de rastreio surgem como uma alternativa rápida, simples e barata para ser utilizada na APS. Dentre os instrumentos destacam-se o IVCF-20 e a VES-13, que são instrumentos simples e de fácil aplicação. Ambos os índices não substituem um ao outro, mas se complementam. O VES-13 coleta importantes dados quanto a atividades das pessoas idosas, enquanto o IVCF-20 complementa essas informações adicionando também questões relacionadas a comorbidades múltiplas, cognição e humor, por exemplo. Ambos os instrumentos não necessitam que o aplicador seja especialista em geriatria ou gerontologia para ser utilizado, o que facilita o uso por qualquer profissional na APS e até mesmo pela pessoa idosa e seus familiares.

O IVCF-20 tem caráter multidimensional e apresenta alta confiabilidade para mensurar os principais determinantes de saúde da pessoa idosa, avaliando oito dimensões como a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (três instrumentais e uma básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e incontinência esfincteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente³². O IVCF-20 foi desenvolvido tendo como base o VES-13 e outros instrumentos como PRISMA-7, SHERBROOKE Postal Questionnaire, TILBURG Frailty Indicator e o GRONINGEN Frailty Indicator, entre outros marcadores específicos³². Contudo,

de acordo com Moraes *et al.*³² a IVCF-20, não tem abrangência internacional, limitando assim a comparação de estatísticas em nível mundial.

Por fim, outro instrumento para rastrear vulnerabilidade física é o VES-13, que tem abrangência internacional, desenvolvido originalmente em 2001 por Saliba *et al.*⁴⁸, traduzido e adaptado para o português do Brasil por Maia *et al.*⁴⁴, apresentando adequadas propriedades de medida. O VES-13 é utilizado com o objetivo de verificar o grau de vulnerabilidade funcional em pessoas idosas residentes na comunidade e estratificar seu risco de declínio funcional ou morte nos próximos dois anos, e assim direcionar o atendimento necessário para cada caso.

A VES-13 tem sido utilizada e bem aceita no Brasil desde sua verificação de pré-teste por profissionais de saúde e pessoas idosas⁴⁴, semostrando um instrumento muito confiável da consistência interna de suas medidas, como por exemplo, na comparação entre a estratificação de risco do instrumento e as condições autorreferidas pelas pessoas idosas. Em Lisboa (Portugal) a VES-13 foi capaz de discriminar pessoas idosas em situação de vulnerabilidade internados na Santa Casa de Misericórdia, direcionando dessa forma, as estratégias terapêuticas apropriadas⁴⁹.

Com base nos achados na literatura aqui expostos, entende-se que o IVCF-20 e VES-13 são instrumento importantes para verificação da vulnerabilidade funcional em pessoas idosas. Associá-los a CIF será benéfico para padronizar a coleta de informações em saúde, e assim, poder rastrear pessoas idosas com declínio funcional, orientar as estratégias de tratamento e encaminhamentos aos serviços de saúde, facilitar a coleta de informações em saúde por meio dos códigos da CIF. Além do mais, o uso dos qualificadores da CIF relacionados às atividades medidas no IVCF-20 e na VES-13, poderá permitir identificar indicativos de melhora ou declínio funcional após atendimento na APS e identificar pessoas idosas potencialmente vulneráveis do ponto de vista funcional. Portanto, faz-se necessário relacionar os códigos e qualificadores da CIF aos domínios e escores do VES-13 para que a CIF possa ser implantada no serviço de APS para o rastreamento de pessoas idosas vulneráveis. Além disso, a vinculação com os conceitos e códigos da CIF permitirá discernir qual dos índices pode rastrear, de maneira mais abrangente,

as questões relacionadas à funcionalidade. Do mesmo modo, é importante analisar a correlação desses índices com outros instrumentos desenvolvidos a partir da CIF para avaliar incapacidade e saúde.

Em um país continental como o Brasil, com características e hábitos culturais tão diversos, com um sistema de saúde presente em todos os rincões do país, padronizar a coleta e produção de dados em saúde quanto a vulnerabilidade funcional das pessoas idosas, tem potencial para melhorar a comunicação em saúde e conseqüentemente o atendimento e serviços ofertados pelo SUS para a população idosa. Nesse sentido, identificar qual desses índices é mais abrangente para rastrear a vulnerabilidade funcional das pessoas idosas se faz importante para a produção e comparação de dados em saúde. Além disso, acredita-se que a integração desses instrumentos com aCIF tenha o potencial de estabelecer um modelo abrangente para descrever de maneira completa o impacto da saúde no dia a dia das pessoas. Isso permitirá identificar não apenas riscos à saúde, como proposto pelos índices de vulnerabilidade, mas também mapear limitações em atividades diárias diretamente relacionadas a situações de incapacidade. Dessa forma, a abordagem se estenderá para além da mera avaliação do risco de saúde, possibilitando uma compreensão mais abrangente e detalhada dos desafios que indivíduos enfrentam em sua funcionalidade cotidiana. Além de contribuir na produção de informação em saúde que possibilite a comparação de dados de diferentes países, estados e cidades, em alguns casos, a comparação de dados de uma mesma cidade ou de seus distritos.

3. JUSTIFICATIVA

A CIF tem potencialidade para uso em diversas áreas e com variados objetivos dentre eles a clínica, a estatística, a educação, a previdência social, a medicina ocupacional, as políticas públicas entre outros. Na clínica, a CIF permite acompanhar a evolução dos pacientes, avaliar diversas possibilidades de terapias, mensurar a incapacidade ocasionada pelos diferentes níveis de cada doença ou lesão relacionando doenças à qualidade de vida do paciente, sendo fundamental seu uso na APS.

Salienta-se ainda, que utilizar os códigos da CIF na atenção primária, é fazer valer a Resolução 452/2012¹⁸ do Conselho Nacional de Saúde que determina seu uso tanto no SUS como na saúde suplementar. Considerando a APS como a principal porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), além da ideia de que saúde não é apenas ausência de doença e o princípio da Integralidade do SUS, a CIF apresenta-se de fundamental importância na garantia de direitos a saúde integral, devendo estar incorporada no cotidiano e nas práticas dos profissionais da APS.

Necessidade que ganha cada vez mais importância com o envelhecimento da população mundial e brasileira, o que reforça a importância de usos de instrumentos direcionados para a população idosa, especialmente a pessoa idosa vulnerável.

Entretanto, com tantos instrumentos de medida disponíveis, a padronização se faz necessária para a correta comparação entre objetivos e variáveis definidas por cada instrumento, podendo resultar em comparações de públicos em diferentes contextos e localidades, otimizando assim, o trabalho de pesquisadores e profissionais de saúde.

A padronização também se faz importante para a geração de bancos de dados de informações em saúde com dados seguros e confiáveis, facilitando o processo de triagem de pacientes, otimizando os encaminhamentos necessários e o devido planejamento terapêutico.

Portanto, realizar a vinculação dos códigos e qualificadores da CIF ao VES-13 e ao IVCF-20 para a identificação de pessoas idosas vulneráveis na APS poderá contribuir no rastreamento deste público e fomentar a elaboração

de programas e estratégias direcionadas às suas necessidades, além de gerar dados estatísticos para a formulação de políticas públicas de atenção à saúde das pessoas idosas. Além disso, o uso dos qualificadores da CIF associados aos escores obtidos nas atividades avaliadas na VES-13 e no IVCF-20 poderá permitir a utilização desses dados para a coleta de informação em saúde, o que não é possível quando se usa o ponto de corte convencional da VES-13 ou somente do IVCF-20. A vinculação com os conceitos e códigos da CIF permitirá também discernir qual dos índices pode rastrear, de maneira mais abrangente, as questões relacionadas à vulnerabilidade funcional. Do mesmo modo, é importante analisar a correlação desses índices com outros instrumentos desenvolvidos a partir da CIF para avaliar incapacidade e saúde.

Em um país continental como o Brasil, com características e hábitos culturais tão diversos, com um sistema de saúde presente em todos os rincões do país, padronizar a coleta e produção de dados em saúde quanto a vulnerabilidade das pessoas idosas, tem potencial para melhorar a comunicação em saúde e conseqüentemente o atendimento e serviços ofertados pelo SUS para a população idosa. Nesse sentido, identificar qual desses índices é mais abrangente para rastrear a vulnerabilidade funcional das pessoas idosas se faz importante para a produção e comparação de dados em saúde.

4. OBJETIVO GERAL

Comparar o conteúdo abordado por índices de vulnerabilidade funcional de pessoas idosas em relação aos conceitos contemplados pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

4.1. Objetivos específicos

- Realizar o mapeamento do conteúdo medido pelo *Vulnerable Elders Survey* -13 (VES-13) e Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20) aos códigos da CIF;
- Realizar a correlação desses índices com outras medidas de incapacidade que foram desenvolvidas baseadas na CIF;
- Propor uma forma de qualificação de gravidade para as atividades avaliadas na VES-13 e IVCF-20 a partir dos qualificadores da CIF.

5. MÉTODOS

Os métodos serão apresentados em duas partes. A primeira com a metodologia utilizada para a construção do artigo 1 “Comparação dos índices de vulnerabilidade funcional de pessoas idosas na atenção primária: análise de conteúdo e validade convergente baseado nos conceitos da CIF” corresponde aos objetivos específicos 1 e 2 deste estudo, quais sejam mapeamento do conteúdo do VES-13 e do IVCF-20 por meio da vinculação com a CIF e correlação com medidas semelhantes desenvolvidas a partir da CIF.

A segunda parte da metodologia é utilizada no artigo “Integrando qualificadores da CIF ao VES-13 para gerar informação em saúde na atenção primária” referente à proposta do uso dos qualificadores da CIF vinculados ao VES-13, atendendo ao objetivo específico 3 deste estudo.

5.1. Metodologia – Artigo 1

Trata-se de um estudo metodológico, envolvendo análise de conteúdo e validação convergente, que combina medidas estatísticas com a aplicação de regras de vinculação à CIF, seguindo uma metodologia padronizada conforme descrita em diretrizes específicas desenvolvidas por Cieza *et al.*⁵⁰.

Para determinar o tamanho da amostra necessária foi realizado um cálculo amostral com base nos resultados de correlação entre o VES-13 e o WHODAS 2.0-B.O, obtidos no estudo piloto com os primeiros dez indivíduos avaliados. Utilizando $\alpha=0,05$ e $\beta=0,2$ (poder de 80%) e assumindo um coeficiente de correlação $r=0,52$, derivado do estudo piloto, foi determinado um tamanho mínimo de 45 participantes⁵¹.

Os critérios de inclusão para os indivíduos eram: idade igual ou superior a 60 anos, preservação cognitiva, ser usuário e estar em acompanhamento em algum serviço de saúde da APS da Universidade Nove de Julho. Indivíduos com dificuldades na fala, audição e cognição que impedissem a resposta durante a coleta de dados foram excluídos do estudo.

A pesquisa com os participantes se iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho (parecer 5.127.150) e

após todos os participantes terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A seguir, são apresentados cada um dos instrumentos utilizados.

5.1.1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A CIF é uma estrutura organizada em duas partes: Funcionalidade e Incapacidade, e Fatores Contextuais. A primeira parte abrange as Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação, enquanto a segunda parte engloba os Fatores Ambientais que afetam os componentes da funcionalidade e incapacidade, sendo ordenados desde o ambiente imediato até o ambiente geral².

A CIF utiliza um sistema alfanumérico para categorização, com as letras "b" (referente ao componente de funções do corpo), "s" (referente ao componente de estruturas do corpo), "d" (referente ao componente de atividades e participação) e "e" (referente ao componente de fatores ambientais). Cada letra é seguida por um código numérico e uma categoria, que representa uma definição padronizada e universal do conceito a ser avaliado².

Os códigos e categorias da CIF são organizados hierarquicamente, partindo de conceitos gerais até categorias mais específicas². Essa estrutura hierárquica permite uma compreensão aprofundada dos conceitos. O exemplo abaixo auxiliará na compreensão dessa taxonomia:

d4 Mobilidade (categoria de primeiro nível)

d450 Andar (categoria de segundo nível)

d4501 Andar longas distâncias (categoria de terceiro nível)

5.1.2. Vulnerable Elders Survey-13

O VES-13, desenvolvido por Saliba *et al.*⁴⁸, é um instrumento que identifica pessoas idosas vulneráveis, levando em consideração a idade,

autopercepção da saúde, limitações físicas e incapacidades. Segundo os autores, pessoa idosa vulnerável é aquela com 65 anos ou mais que estão em risco de declínio funcional ou têm probabilidade de morte nos próximos dois anos.

O VES-13 é um instrumento confiável em termos de estabilidade e consistência interna de suas medidas⁴⁴. Cada item recebe uma pontuação e a soma varia de 0 a 10 pontos, quanto maior o resultado, pior é a condição de saúde. Um resultado igual ou superior a três indica um risco 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos, em comparação com pessoas idosas que obtêm pontuação menor ou igual a dois, independentemente do sexo e de comorbidades presentes⁴⁸. O VES-13 classifica as pessoas idosas em duas categorias: não vulneráveis ($VES-13 \leq 2$) e vulneráveis ($VES-13 \geq 3$)^{44,48}.

5.1.3. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20

O IVCF-20 é um questionário multidimensional, de alta confiabilidade, que avalia a saúde da pessoa idosa. Sua aplicação pode ser realizada por profissionais não especialistas, pela pessoa idosa ou por familiares. Seus objetivos são: (1) identificar pessoas idosas frágeis e estratificar seu risco; (2) indicar intervenções interdisciplinares para melhorar a autonomia e independência da pessoa idosa, prevenindo o declínio funcional, institucionalização e óbito; (3) planejar a demanda programada nos sistemas de saúde; e (4) estruturar e direcionar consultas geriátricas.

O IVCF-20 avalia oito dimensões que predizem o declínio funcional e/ou óbito em pessoas idosas: idade; autopercepção da saúde; atividades de vida diária (instrumental; básica); cognição; humor; mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica e/ou muscular; marcha; continência esfincteriana); comunicação (visão; audição); comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Com base nas respostas obtidas, o IVCF-20 atribui uma pontuação que pode variar de 1 a 40 pontos. Resultado entre 1 e 6 pontos indica baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional, entre 7 e 14 risco moderado, e 15 ou mais pontos indicam alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional^{32,51}.

5.1.4. World Health Disability Assessment Schedule – Brazilian version for older people – WHODAS 2.0-BO

O WHODAS 2.0-B.O é um instrumento de avaliação de saúde e incapacidade para uso populacional ou clínico e abrange seis domínios: Cognição, Mobilidade, Autocuidado, Relações interpessoais, Atividades de vida e Participação.

O WHODAS 2.0-B.O fornece um sistema de medição comum para avaliar o impacto da saúde em termos de funcionalidade, não se concentrando em uma doença específica. Ele permite a comparação de incapacidades decorrentes de diferentes condições de saúde e facilita o desenho e monitoramento do impacto de intervenções de saúde ou relacionadas à saúde⁵³. Existem três versões do instrumento disponíveis, sendo utilizada nesta pesquisa a versão de 10 itens validada por Ferrer *et al.*⁵⁴ (ver Anexo 4).

A análise do score do WHODAS 2.0-BO é realizada por soma simples, com as categorias das variáveis variando de zero (nenhum problema) a quatro (problema grave ou incapaz de realizar). O escore total do WHODAS 2.0-BO pode variar de zero a 40 pontos, quanto maior a pontuação, maior a incapacidade do indivíduo⁵⁴.

5.1.5. Core set para avaliação da capacidade física de pessoas idosas

Os core sets da CIF são conjuntos básicos de componentes relevantes da CIF para condições específicas, visando facilitar o uso da Classificação⁵⁵. Neste estudo, utiliza-se o Core set desenvolvido por Oliveira *et al.*⁵⁶ (ver Anexo 5), um instrumento único com alta consistência interna, reunindo 30 categorias para a saúde física de pessoas idosas da comunidade que incluem fatores biológicos, atividades, participação social e fatores ambientais.

O core set proporciona uma avaliação otimizada dos pacientes em contextos clínicos ou de pesquisa, combinando os aspectos relevantes a serem considerados durante a classificação da funcionalidade. Assim, é possível manter uma abordagem biopsicossocial em uma única ferramenta⁵⁶.

Feita a classificação e qualificação de cada categoria, deve-se fazer o cálculo do índice de cada domínio, sendo realizado com a intenção de análise estatística. Para tanto, cada índice é calculado individualmente, considerando o somatório dos qualificadores de todas as categorias do domínio, dividido pela pontuação máxima do mesmo domínio (valor obtido caso todas as categorias do domínio tivessem recebido pontuação máxima)⁵⁶. O valor resultante é multiplicado por 100 e apresentado na forma de porcentagem, em que 0% representa nenhum comprometimento do indivíduo no domínio e 100% representam comprometimento completo⁵⁶.

5.1.6. Regras de vinculação entre os conceitos medidos pela CIF, o VES-13 e o IVCF-20

Para comparar o conjunto de categorias da CIF com outros instrumentos de pesquisa e coleta de dados em saúde, Cieza *et al.*,⁵⁰ estabeleceram 10 regras de vinculação, as quais foram aplicadas neste estudo. Essa metodologia já foi utilizada previamente em estudo anterior para validação de conteúdo⁵⁷.

A vinculação foi realizada por duas pesquisadoras independentes, com amplo conhecimento da CIF, VES-13 e IVCF-20. Elas vincularam os códigos da CIF aos itens dos outros instrumentos e, em seguida, foi calculado o coeficiente Kappa para avaliar a concordância dos resultados. Caso não houvesse concordância adequada entre as duas pesquisadoras, uma terceira pesquisadora seria consultada para a decisão final.

Durante todo o processo de vinculação da CIF com o VES-13 e IVCF-20, foi feito um registro detalhado para subsidiar as análises posteriores dos resultados obtidos na vinculação⁵⁰.

5.1.7. Análise estatística

A distribuição dos dados obtidos foi analisada com o uso do teste de normalidade Shapiro-Wilk e a estatística descritiva utilizada para caracterizar a

amostra e quantificar os qualificadores das categorias identificadas no VES-13 e IVCF-20.

A análise de concordância entre as examinadoras no processo de vinculação foi classificada como associações fracas quando apresentaram valores de Kappa menores ou iguais a 0,20, adequadas entre 0,21 e 0,40, moderadas entre 0,41 e 0,60, boas entre 0,61 e 0,80 e excelentes acima de 0,80, sendo considerado nível de significância de 0,05⁵⁸.

A validade convergente foi estimada por meio da análise da correlação entre o escore da VES-13 e do ICVF-20 com o WHODAS 2.0-B.O e o core set foi realizada por meio do teste do coeficiente de correlação de Pearson, no qual foram calculados e interpretados da seguinte forma: $r=0,1-0,39$ correlação fraca; $r=0,4$ a $0,69$ correlação moderada; e $r>0,7$ correlação forte (VET *et al.*, 2006)⁵⁸ esperando encontrar correlações significantes, positivas e de ao menos, moderada magnitude ($r >0,4$), considerando um risco alfa de 0,05⁵⁹.

5.2. Metodologia – Artigo 2

5.2.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, analítico e exploratório, que associou o escore da VES-13 com os qualificadores da CIF.

5.2.2. Aspectos éticos

A pesquisa com os participantes se iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (parecer 5.127.150) e após todos os participantes terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos foram informados da possibilidade de se retirarem da pesquisa em qualquer fase, sem penalização.

5.2.3. Participantes e critérios de elegibilidade

Os participantes incluídos no estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Idade ≥ 60 anos, ter cognição preservada, ser usuário e estar em acompanhamento em algum serviço de saúde da APS da Universidade Nove de Julho. Foram excluídos do estudo indivíduos que tivessem dificuldades na fala, audição e cognição que impedissem as respostas durante a coleta de dados. Também foram excluídos os participantes que faltassem nos dias agendados para coleta de dados.

5.2.4. Qualificadores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A CIF é organizada a partir de um sistema alfanumérico no qual as letras *b* (do inglês *body*), *s* (do inglês *structure*), *d* (do inglês *domain*) e *e* (do inglês *environment*) são utilizadas para denotar as Funções do Corpo, as Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e os Fatores Ambientais. Cada letra é seguida 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)². Para que as categorias da CIF vinculadas ao VES-13 expressem a gravidade das condições de funcionalidade e incapacidade, é necessário o uso de qualificadores da CIF através de uma escala genérica, que são expressos em uma amplitude de .0 a .4 (.0 = não há problema; .1 = problema leve; .2 = problema moderado; .3 = problema grave; .4 = problema completo), como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Qualificadores genéricos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Qualificador	Descrição qualitativa	Descrição quantitativa
.0	NAO há problema	0-4%
.1	Problema LEVE	5-24%
.2	Problema MODERADO	25-49%
.3	Problema GRAVE	50-95%
.4	Problema COMPLETO	96-100%
.8	Não especificado	
.9	Não aplicável	

Fonte: OMS².

O qualificador .8 “não especificado”, pode ser utilizado quando não for possível especificar determinada condição, como por exemplo, com o código “b7302.8 Deficiência da força muscular de um lado do corpo, não especificada”. Enquanto o qualificador .9 “não aplicável”, é utilizado quando não couber a determinada condição, como por exemplo no código “b650.9 Funções da menstruação não é aplicável para mulheres antes ou depois de uma determinada idade (pré-menarca ou pós-menopausa)”².

5.2.5. Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13)

O VES-13 foi desenvolvido por Saliba *et al.*,⁴⁸ como um instrumento simples e eficaz para identificar pessoas idosas vulneráveis com ênfase em aspectos como idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades residentes de determinada comunidade. Para os autores, pessoa idosa vulnerável é aquele que tem 65 anos ou mais, se encontra em risco de declínio funcional ou terão probabilidade de morte nos próximos dois anos. No Brasil, o VES-13 foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado por Maia *et al.*⁴⁴.

Traduzido e adaptado à língua portuguesa, o VES-13 mostrou-se um instrumento confiável no que diz respeito à estabilidade e consistência interna de suas medidas⁴⁸. Cada item recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de 0 a 10 pontos, quanto maior o resultado, pior a condição de saúde do paciente. Se o resultado for igual ou superior a três pontos representa um risco 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos⁴⁸, quando comparado com pessoas idosas com pontuação menor ou igual a dois, independentemente do sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes⁴⁴.

O VES-13 é pontuado a partir de 13 perguntas, sendo a primeira sobre a idade, seguido da percepção do estado da saúde e da dificuldade na realização de atividades físicas e atividades instrumentais e básicas da vida diária⁴⁸. Para a idade da pessoa idosa é atribuído 0 pontos para pessoas entre 65 e 74 anos, 1 ponto para idade entre 75 e 84 anos e 3 pontos para aqueles com idade igual ou superior a 85⁴⁸.

Para a percepção do estado de saúde se atribui um ponto caso a pessoa idosa considere sua saúde como ruim ou regular. Para a realização de atividades físicas atribui-se um ponto para as respostas que variam de “nenhuma dificuldade” à “incapaz de fazer”, considerando apenas o máximo de dois pontos nesta seção⁴⁸.

Nas atividades cotidianas a pontuação varia de 0 a 4 pontos, sendo que a partir de uma resposta positiva para “sim tem dificuldade” ou “não faz” por causa da idade, são atribuídos 4 pontos. Se a pontuação total do VES-13 for ≤ 2 é não vulnerável, enquanto ≥ 3 indica pessoa idosa vulnerável^{44,48}.

5.2.6. Proposta de vinculação dos qualificadores da CIF à pontuação da VES-13

A utilização dos qualificadores da CIF será possível quando estes estiverem associados às categorias identificadas na VES-13. A tabela 3 apresenta a proposta de vinculação entre as pontuações das atividades avaliadas pela VES-13 com os qualificadores da CIF. Por meio desta proposta será possível qualificar o desempenho nessas atividades, permitindo usar os dados oriundos da VES-13 de maneira mais abrangente, sendo possível inclusive, estimar dados de informação em saúde a partir das atividades com mais ou menos limitações. Vinculações semelhantes foram propostas por Santos *et al.*⁵⁷ entre a CIF e a Medida de Independência Funcional e por Machado *et al.*⁶⁰ entre CIF e testes para avaliação da degeneração de joelho.

Para a idade da pessoa idosa e a percepção de saúde, não foi possível a vinculação com os qualificadores da CIF, por serem considerados construtos de fatores pessoais, que não são classificados pela CIF. Em contrapartida, para o domínio de atividades físicas, considerou-se a relação apresentada na Tabela 3. Na VES-13, pontua-se seguintes atividades físicas:

- (1) curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se
- (2) levantar e carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos
- (3) elevar ou estender os braços acima do nível do ombro
- (4) escrever ou manusear e segurar objetos pequenos

- (5) andar 400 metros
- (6) fazer serviços domésticos como esfregar o chão ou limpar janelas

Nesse caso, atribui-se um ponto para as respostas, que variam de “nenhuma dificuldade” à “incapaz de fazer”. Por se utilizar categorias de seleção em escala Likert, foi possível fazer uma vinculação clara com os qualificadores da CIF (Tabela 3).

Nas atividades de vida diária, a avaliação das dificuldades enfrentadas é claramente categorizada, abrangendo respostas de "sim" ou "não". Essa avaliação varia em uma escala de 0 a 4 pontos. Quando a resposta é afirmativa para a presença de dificuldades ou quando a atividade não é realizada devido à idade, a pontuação atribuída é de 4 pontos. Ao integrar essa avaliação com os qualificadores da CIF, é possível uma avaliação mais minuciosa da extensão das limitações observadas. Essa abordagem permite a alocação de qualificadores de 1 a 4 nas atividades que foram identificadas com algum nível de dificuldade, o que viabiliza a identificação de limitações em diferentes graus - desde leves até completas (Tabela 3).

Tabela 3. Proposta de vinculação dos qualificadores da CIF ao score do VES-13

VES-13	CIF
<u>Pontuação</u>	<u>Qualificadores</u>
Atividade Física	
1 Nenhuma dificuldade	0 Nenhum problema
2 Pouca dificuldade	1 Leve
3 Média dificuldade	2 Moderado
4 Muita dificuldade	3 Grave
5 Incapaz de fazer	4 Completo
Atividades de vida diária	
4 Sim	1 (leve), 2 (moderado), 3 (grave) ou 4 (completo)
0 Não	0 Nenhum problema

Fonte: a autora.

5.2.7. Procedimentos da coleta de dados

Participaram da pesquisa pessoas idosas com 60 anos ou mais que foram convidados a participar da pesquisa enquanto aguardavam atendimento

em algum serviço de saúde da Atenção Primária nos ambulatórios da Universidade Nove de Julho. Esta abordagem foi realizada pela pesquisadora responsável pela pesquisa, ou pelos estudantes de Iniciação Científica que colaboram com a coleta de dados após terem sido devidamente treinados para a aplicação dos instrumentos de coleta.

Antes de iniciar a coleta de dados, os objetivos da pesquisa eram apresentados individualmente a cada um dos participantes, bem como feita a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o aceite na participação e assinatura do TCLE, a coleta de dados se iniciou com o VES-13. No ato da aplicação dos questionários, o aplicador realizava a leitura de cada uma das perguntas dos testes, e sanava eventuais dúvidas dos participantes, o que permitiu que possíveis participantes independentes da escolaridade, participassem da pesquisa sem comprometer a integridade dos dados. A pontuação foi obtida da forma habitual e também conforme a proposta com a vinculação com os qualificadores da CIF.

Os voluntários também responderam a um questionário constando as variáveis sociodemográficas e clínicas para caracterização da amostra quanto ao sexo, idade, estado civil, com quem e com quantas pessoas vive, escolaridade, renda e número de doenças existentes.

6. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas partes. A primeira com o artigo “Comparação dos índices de vulnerabilidade funcional de pessoas idosas na atenção primária: análise de conteúdo e validade convergente baseado nos conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” corresponde ao mapeamento do conteúdo do VES-13 e do IVCF-20 por meio da vinculação com a CIF, além da correlação com medidas semelhantes desenvolvidas a partir da CIF, vinculados aos objetivos específicos 1 e 2 desta pesquisa.

A segunda parte apresenta o artigo “Integrando qualificadores da CIF ao VES-13 para gerar informação em saúde na atenção primária” referente à proposta do uso dos qualificadores da CIF vinculados ao VES-13, conforme apresentado no objetivo específico 3 desta pesquisa.

6.1. Artigo 1 – COMPARAÇÃO DOS ÍNDICES DE VULNERABILIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ANÁLISE DE CONTEÚDO E VALIDADE CONVERGENTE BASEADO NOS CONCEITOS DA CIF¹

COMPARISON OF FUNCTIONAL VULNERABILITY INDEXES OF ELDERLY PEOPLE IN PRIMARY CARE: CONTENT ANALYSIS AND CONVERGENT VALIDITY BASED ON ICF CONCEPTS

SANDRA REGINA BONIFÁCIO^a, GABRIELA SANTOS PEREIRA^a, SIDNEY MARTINS JUNIOR^b, SORAIA MICAELA SILVA^a

^a Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil.

^b Graduação em Fisioterapia da Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil.

Submetido a Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento

¹ Artigo apresentado conforme submetido à Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento.

RESUMO

Objetivo: Investigar a relação entre os índices de vulnerabilidade funcional VES-13 e IVCF-20 e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Métodos:** Estudo metodológico de análise de conteúdo e validação convergente. A análise de conteúdo foi realizada por meio da vinculação dos conceitos da CIF identificados nos construtos medidos nos índices de vulnerabilidade. Essa vinculação foi conduzida por dois avaliadores independentes e devidamente treinados, a concordância desta vinculação foi avaliada usando o coeficiente Kappa. A validade convergente foi estimada pela correlação do escore dos índices de vulnerabilidade com o escore do WHODAS 2.0-B.O e core set da CIF para saúde física de pessoas idosas. **Resultados:** A vinculação do VES-13 com a CIF teve concordância moderada. O IVCF-20 apresentou o maior número de categorias vinculadas à CIF. A validade convergente revelou correlações significativas entre o VES-13 e o WHODAS 2.0-B.O, assim como em todos os componentes do core set da CIF utilizado, com magnitudes de fraca a moderada. Por outro lado, o IVCF-20 correlacionou-se com o componente de estruturas corporais e o facilitador ambiental do core set da CIF, e apresentou correlações fracas com o WHODAS 2.0-B.O. **Conclusão:** A análise de conteúdo revelou que ambos os índices avaliam majoritariamente o componente de atividades e participação da CIF. O IVCF-20 avalia também conceitos de funções corporais e fator ambiental. Por outro lado, o VES-13 apresentou mais convergência com as medidas desenvolvidas a partir da CIF (WHODAS 2.0-B.O e core set). Ambos os índices apresentaram conteúdo abarcado pelo CIF, e a VES-13 apresentou validade convergente adequada. **Palavras-chave:** Vulnerabilidade, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Atenção Primária, Idosos.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the relationship between the VES-13 and IVCF-20 functional vulnerability indices and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). **Methods:** A methodological approach, combining content analysis and convergent validation, was employed. Content analysis involved linking ICF concepts to the constructs measured in the vulnerability indices. Two independent and trained assessors conducted this linking process, and the agreement was assessed using the Kappa coefficient. Convergent validity was assessed through correlations between the vulnerability index scores and the WHODAS 2.0-B.O as well as the ICF core set for physical health in older individuals. **Results:** The linkage of VES-13 with the ICF showed moderate agreement, while IVCF-20 had a higher number of categories linked to the ICF. Convergent validity revealed significant correlations between VES-13 and WHODAS 2.0-B.O, as well as all components of the ICF core set for physical health, with magnitudes ranging from weak to moderate. On the other hand, IVCF-20 correlated with the body structures component and environmental facilitator of the ICF core set, showing weak correlations with the WHODAS 2.0-B.O. **Conclusion:** Content analysis revealed that both indices primarily assess the activities and participation component of the ICF. IVCF-20 also assesses concepts related to body functions and environmental factors. In contrast, VES-13 demonstrated better

convergence with measures derived from the ICF (WHODAS 2.0-B.O and core set). Both indices encompassed content from the ICF, and VES-13 exhibited adequate convergent validity.

Keywords: Vulnerability, International Classification of Functioning, Disability and Health, Primary Care, Elderly.

INTRODUÇÃO

Dentre os instrumentos utilizados para a identificação e rastreamento de condições de vulnerabilidade funcional em pessoas idosas, destacam-se o Vulnerable Elders Survey - 13 (VES-13) (SALIBA *et al.*, 2001) e o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional - 20 (IVCF-20) (MORAES *et al.*, 2018). O VES-13 é uma importante ferramenta para o acompanhamento de pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde (APS), traduzida para o português com propriedades de medida adequadas (MAIA *et al.*, 2012). Internacionalmente utilizado, o VES-13 permite uma avaliação rápida e eficiente.

O IVCF-20, foi desenvolvido e validado no Brasil, a partir de outros instrumentos de triagem (MORAES *et al.*, 2018). Com aplicação simples, o IVCF-20 avalia dimensões preditoras de declínio funcional e óbito em pessoas idosas, como idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas (MORAES *et al.*, 2018). No entanto, apesar da capacidade de estratificar a vulnerabilidade funcional, tanto o VES-13 quanto o IVCF-20 não são capazes de produzir informações em saúde com dados padronizados para obtenção de informações epidemiológicas.

Para solucionar a questão, é importante associar os conceitos medidos pelo VES-13 e IVCF-20 a uma classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) visando estabelecer uma linguagem padronizada e facilitar a comunicação multiprofissional na APS; viabilizar a coleta de dados para os sistemas de informação em saúde; e contribuir para a geração de informações estatísticas e epidemiológicas sobre a vulnerabilidade funcional de pessoas idosas na APS.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) aborda a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo e é amplamente utilizada em diferentes contextos e finalidades (OPAS; OMS,

2008). Na APS o uso da CIF pode melhorar a assistência prestada aos pacientes, por meio da abordagem biopsicossocial de seu modelo integrativo e pelo registro padronizado de informações usando seus códigos e qualificadores. Ainda na APS, destaca-se o seu potencial para rastreamento de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade funcional, gerando indicadores para políticas públicas e práticas locais.

Ademais, a vinculação dos conceitos medidos pelos índices de vulnerabilidade funcional com a CIF assume uma relevância substancial à luz do envelhecimento da população. A vulnerabilidade funcional, conforme descrita por Rodrigues e Alvarenga (2020), é um fenômeno complexo e multidimensional que afeta a saúde geral das pessoas idosas e é influenciado por uma ampla gama de fatores, abrangendo aspectos sociais, econômicos, familiares, psicológicos, cognitivos e físicos. A CIF, por sua vez, oferece uma abordagem abrangente da incapacidade, considerando não apenas deficiências físicas, mas também os fatores contextuais, sociais e psicossociais que moldam a funcionalidade e participação. A conexão entre esses conceitos permite uma visão mais ampla do impacto da saúde no cotidiano das pessoas idosas, indo além da avaliação de riscos de saúde e abrindo espaço para a identificação de limitações nas atividades diárias relacionadas à incapacidade. Essa integração promete fornecer um modelo completo para compreender os desafios enfrentados pelas pessoas em sua funcionalidade diária, contribuindo assim para uma avaliação mais abrangente e detalhada do impacto da saúde no envelhecimento e na qualidade de vida dos idosos.

Nesse sentido, o presente estudo tem como principal objetivo investigar a relação entre os índices de vulnerabilidade funcional, especificamente o VES-13 e o IVCF-20, e a CIF. Isso envolve uma análise do conteúdo avaliado por esses índices e a subsequente vinculação desses conceitos à CIF. Além disso, busca-se avaliar a validade convergente por meio da correlação entre os escores desses índices e os instrumentos de avaliação da saúde e incapacidade em idosos, que se baseiam na CIF, tais como o World Health Disability Assessment Schedule – Brazilian version for older people (WHODAS 2.0-B.O) e o core set da CIF para a saúde física de idosos. A hipótese formulada sugere a presença de correlações significativas e de magnitude

moderada entre os índices de vulnerabilidade e as medidas desenvolvidas com base na CIF. Não se pressupõem correlações fortes, dada a natureza distinta dos construtos abordados pelos índices e pelos instrumentos de avaliação, embora existam semelhanças entre eles.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico, envolvendo análise de conteúdo e validação convergente, que combina medidas estatísticas com a aplicação de regras de vinculação à CIF, seguindo uma metodologia padronizada conforme descrita em diretrizes específicas desenvolvidas por Cieza *et al.* (2019).

Para determinar o tamanho da amostra necessária, foi realizado um cálculo amostral com base nos resultados de correlação entre o VES-13 e o WHODAS 2.0-B.O, obtidos no estudo piloto com os primeiros dez indivíduos avaliados. Utilizando $\alpha=0,05$ e $\beta=0,2$ (poder de 80%) e assumindo um coeficiente de correlação $r=0,52$, derivado do estudo piloto, foi determinado um tamanho mínimo de 45 participantes (MIOT, 2011).

Os critérios de inclusão para os indivíduos eram: idade igual ou superior a 60 anos, preservação cognitiva, ser usuário e estar em acompanhamento em algum serviço de saúde da APS da Universidade. Indivíduos com dificuldades na fala, audição e cognição que impedissem a resposta durante a coleta de dados foram excluídos do estudo.

A pesquisa com os participantes se iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho e após todos os participantes terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A CIF é uma estrutura organizada em duas partes: Funcionalidade e Incapacidade, e Fatores Contextuais. A primeira parte abrange Funções e Estruturas do Corpo; Atividade e Participação, enquanto a segunda parte engloba os Fatores Ambientais que afetam os componentes da funcionalidade

e incapacidade, sendo ordenados desde o ambiente imediato até o ambiente geral (OPAS, OMS, 2008).

A CIF utiliza um sistema alfanumérico para categorização, com as letras "b" (referente ao componente de funções do corpo), "s" (referente ao componente de estruturas do corpo), "d" (referente ao componente de atividades e participação) e "e" (referente ao componente de fatores ambientais). Cada letra é seguida por um código numérico e uma categoria, que representa uma definição padronizada e universal do conceito a ser avaliado (OPAS, OMS, 2008).

Os códigos e categorias da CIF são organizados hierarquicamente, partindo de conceitos gerais até categorias mais específicas (OPAS, OMS, 2008). Essa estrutura hierárquica permite uma compreensão aprofundada dos conceitos. O exemplo abaixo auxiliará na compreensão dessa taxonomia:

d4 Mobilidade (categoria de primeiro nível)

d450 Andar (categoria de segundo nível)

d4501 Andar longas distâncias (categoria de terceiro nível)

Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13)

O VES-13, desenvolvido por Saliba *et al.* (2001), identifica pessoas idosas vulneráveis, levando em consideração a idade, autopercepção da saúde, limitações físicas e incapacidades. Segundo os autores, pessoa idosa vulnerável é aquela com 65 anos ou mais que estão em risco de declínio funcional ou têm probabilidade de morte nos próximos dois anos.

O VES-13 é um instrumento confiável em termos de estabilidade e consistência interna de suas medidas (MAIA *et al.*, 2012). Cada item recebe uma pontuação e a soma varia de 0 a 10 pontos, quanto maior o resultado, pior a condição de saúde. Um resultado igual ou superior a três indica um risco 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos, em comparação com pessoas idosas que obtêm pontuação menor ou igual a dois, independentemente do sexo e de comorbidades presentes (SALIBA *et al.*, 2001). O VES-13 classifica as pessoas idosas em duas categorias: não

vulneráveis (VES-13 ≤ 2) e vulneráveis (VES-13 ≥ 3) (SALIBA *et al.*, 2001; MAIA *et al.*, 2012).

A aplicação e uso do VES-13 como instrumento de monitoramento é recomendada pela Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20)

O IVCF-20 é um questionário multidimensional, de alta confiabilidade, que avalia a saúde da pessoa idosa. Sua aplicação pode ser realizada por profissionais não especialistas, pela pessoa idosa ou por familiares. Seus objetivos são: (1) identificar pessoas idosas frágeis e estratificar seu risco; (2) indicar intervenções interdisciplinares para melhorar a autonomia e independência da pessoa idosa, prevenindo o declínio funcional, institucionalização e óbito; (3) planejar a demanda programada nos sistemas de saúde; e (4) estruturar e direcionar consultas geriátricas.

O IVCF-20 avalia oito dimensões que predizem o declínio funcional e/ou óbito em pessoas idosas: idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor/comportamento, mobilidade, comunicação e presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Com base nas respostas obtidas, o IVCF-20 atribui uma pontuação que pode variar de 1 a 40 pontos. Resultado entre 1 e 6 pontos indica baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional, entre 7 e 14 risco moderado, e 15 ou mais pontos indicam alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional (MIOT, 2011; MORAES *et al.*, 2018).

World Health Disability Assessment Schedule – Brazilian version for older people – WHODAS 2.0-B.O

O WHODAS 2.0-B.O é um instrumento de avaliação de saúde e incapacidade para uso populacional ou clínico e abrange seis domínios:

Cognição, Mobilidade, Autocuidado, Relações interpessoais, Atividades de vida e Participação.

O WHODAS 2.0-B.O fornece um sistema de medição comum para avaliar o impacto da saúde em termos de funcionalidade, não se concentrando em uma doença específica. Ele permite a comparação de incapacidades decorrentes de diferentes condições de saúde e facilita o desenho e monitoramento do impacto de intervenções de saúde ou relacionadas à saúde (CARMO, 2014). Existem três versões do instrumento disponíveis, sendo utilizada nesta pesquisa a versão de 10 itens validada por Ferrer *et al.* (2019).

A análise do score do WHODAS 2.0-BO é realizada por soma simples, com as categorias das variáveis variando de zero (nenhum problema) a quatro (problema grave ou incapaz de realizar). O escore total do WHODAS 2.0-BO pode variar de zero a 40 pontos, quanto maior a pontuação, maior a incapacidade do indivíduo (FERRER *et al.*, 2019).

Core set para avaliação da capacidade física de pessoas idosas

Os core sets da CIF são conjuntos básicos de componentes relevantes da CIF para condições específicas, visando facilitar o uso da Classificação (FERRER, 2017). Neste estudo, utiliza-se o Core set desenvolvido por Oliveira *et al.* (2023), um instrumento único com alta consistência interna, reunindo 30 categorias para a saúde física de pessoas idosas da comunidade que incluem fatores biológicos, atividades, participação social e fatores ambientais.

O core set proporciona uma avaliação otimizada dos pacientes em contextos clínicos ou de pesquisa, combinando os aspectos relevantes a serem considerados durante a classificação da funcionalidade. Assim, é possível manter uma abordagem biopsicossocial em uma única ferramenta (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

Feita a classificação e qualificação de cada categoria, deve-se fazer o cálculo do índice de cada domínio, sendo realizado com a intenção de análise estatística. Para tanto, cada índice é calculado individualmente, considerando o somatório dos qualificadores de todas as categorias do domínio, dividido pela pontuação máxima do mesmo domínio (valor obtido caso todas as categorias

do domínio tivessem recebido pontuação máxima). O valor resultante é multiplicado por 100 e apresentado na forma de porcentagem, em que 0% representa nenhum comprometimento do indivíduo no domínio e 100% representam comprometimento completo (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

Regras de vinculação entre os conceitos medidos pela CIF, o VES-13 e o IVCF-20

Para comparar o conjunto de categorias da CIF com outros instrumentos de pesquisa e coleta de dados em saúde, Cieza *et al.* (2019) estabeleceram 10 regras de vinculação, as quais foram aplicadas neste estudo. Essa metodologia já foi utilizada previamente em estudo anterior para validação de conteúdo (SANTOS *et al.*, 2022).

A vinculação foi realizada por duas pesquisadoras independentes, com amplo conhecimento da CIF, VES-13 e IVCF-20. Elas vincularam os códigos da CIF aos itens dos outros instrumentos e, em seguida, foi calculado o coeficiente Kappa para avaliar a concordância dos resultados. Caso não houvesse concordância adequada entre as duas pesquisadoras, uma terceira pesquisadora seria consultada para a decisão final.

Durante todo o processo de vinculação da CIF com o VES-13 e IVCF-20, foi feito um registro detalhado para subsidiar as análises posteriores dos resultados obtidos na vinculação (CIEZA *et al.*, 2019).

Análise estatística

A distribuição dos dados obtidos foi analisada com o uso do teste de normalidade Shapiro-Wilk e a estatística descritiva utilizada para caracterizar a amostra e quantificar os qualificadores das categorias identificadas no VES-13 e IVCF-20.

A análise de concordância entre as examinadoras no processo de vinculação foi classificada como associações fracas quando apresentaram valores de Kappa menores ou iguais a 0,20, adequadas entre 0,21 e 0,40,

moderadas entre 0,41 e 0,60, boas entre 0,61 e 0,80 e excelentes acima de 0,80, sendo considerado nível de significância de 0,05 (VET *et al.*, 2006).

A validade convergente foi estimada por meio da análise da correlação entre o escore da VES-13 e do ICVF-20 com o WHODAS 2.0-B.O e o core set foi realizada por meio do teste do coeficiente de correlação de Pearson, no qual foram calculados e interpretados da seguinte forma: $r=0,1-0,39$ correlação fraca; $r=0,4$ a $0,69$ correlação moderada; e $r>0,7$ correlação forte (VET *et al.*, 2006) esperando encontrar correlações significantes, positivas e de ao menos, moderada magnitude ($r >0,4$), considerando um risco alfa de 0,05 (McHUGH, 2013).

RESULTADOS

Vinculação entre VES-13 e a CIF

A vinculação do VES-13 aos códigos da CIF, apresentada na Tabela 1 e realizadas de maneira independente e cega pela Pesquisadora 1 e Pesquisadora 2, resultaram em um coeficiente Kappa=0,54, $p<0,001$, que embora demonstre concordância moderada e significativa, ainda é insuficiente para regras adequadas de vinculação. Essas divergências ocorreram principalmente devido nas categorias de 2º e 3º níveis hierárquicos da CIF. A Tabela 1 elucida essas divergências. Nesse caso, o terceiro avaliador decidiu quais categorias eram mais apropriadas para o conceito principal medido em cada item da VES-13, culminando, portanto, na versão final da vinculação (Tabela 2). Cabe destacar que os fatores pessoais mensurados no VES-13 (idade e percepção de saúde) não são classificados pela CIF.

Tabela 1. Divergências encontradas durante o processo da vinculação entre a VES-13 e a CIF devido ao nível hierárquico das categorias da CIF.

Conceito do Item VES-13	Categorias de 2º nível	Categorias de 3º nível
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	d410 – Mudar a posição básica do corpo	d4101 – Agachar-se; d4102 – Ajoelhar-se; d4105 – Inclinar-se
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos	d430 – Levantar e carregar objetos	d4104 – Levantar-se
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas	d640 – Realização das tarefas domésticas	d6402 – Limpar a habitação
Por causa de sua condição física, você tem alguma dificuldade para: Atravessar o quarto andando (é permitido o uso de bengala ou andador)	d465 – Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	d4500 – Andar distâncias curtas
Por causa de sua condição física, você tem alguma dificuldade para: Realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)	d640 – Realização das tarefas domésticas	d6401 – Limpar a cozinha e utensílios

Fonte: a autora.

*VES-13: *Vulnerable Elders Survey*;

¹d: refere-se ao componente de **atividades e participação** da Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Tabela 2. Vinculação final do VES-13* às categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

1 Nome do Instrumento	2. Texto da Variável	3. Perspectiva adotada na coleta de dados	4. Opções de resposta	5. Classificação do tipo de resposta da variável	6. Conceito principal envolvido	7. Conceitos adicionais	8. Categoria CIF do principal conceito (d) ¹	9. Categoria CIF dos conceitos adicionais	10. Comentários
VES-13 item 1	Idade	Vulnerabilidade Funcional	---	Atributos qualitativos	Fator Pessoal (fp)	Fator Pessoal (fp)	Não coberto		
VES-13 item 2	Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é	Vulnerabilidade Funcional	Ruim; Regular; Boa; Muito boa; Excelente	Intensidade	Fator Pessoal (fp)	Fator Pessoal (fp)	Não coberto		
VES-13 item 3a	Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	Vulnerabilidade Funcional	Nenhuma dificuldade; Pouca dificuldade; Média dificuldade; Muita dificuldade; Incapaz de fazer;	Intensidade	Mobilidade	Mudança e manutenção da posição do corpo	d410 Mudar a posição básica do corpo	d4101 Agachar-se d4102 Ajoelhar-se d4105 Inclinar-se	Adotar e abandonar uma posição corporal e mover-se de um local para outro (mudar a posição do corpo de deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou em pé, rolando, curvando e mudar o centro de gravidade do corpo).
VES-13 item 3b	Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	Vulnerabilidade Funcional	Nenhuma dificuldade; Pouca dificuldade; Média dificuldade; Muita dificuldade; Incapaz de fazer;	Intensidade	Mobilidade	Carregar, mover e manusear objetos	d430 Levantar e carregar objetos	d4104 Levantar-se	Levantar um objeto ou mover algo de um lugar para outro (levantar objetos, carregar nas mãos ou nos braços ou sobre os ombros, quadril, costas ou cabeça; abaixar objetos).
VES-13 item 3c	Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro	Vulnerabilidade Funcional	Nenhuma dificuldade; Pouca dificuldade; Média dificuldade; Muita dificuldade; Incapaz de fazer;	Intensidade	Mobilidade	Carregar, mover e manusear objetos	d445 Uso da mão e do braço		Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços (puxar ou empurrar objetos; alcançar; virar ou torcer as mãos ou os braços; jogar; apanhar um objeto em movimento).
VES-13 item 3d	Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos	Vulnerabilidade Funcional	Nenhuma dificuldade; Pouca dificuldade; Média dificuldade; Muita dificuldade; Incapaz de fazer;	Intensidade	Aprendizagem e aplicação do conhecimento	Aplicação de conhecimento	d170 Escrever	d440 Uso fino da mão	Utilizar ou produzir símbolos ou linguagem para transferir informações, como produzir um registro escrito de eventos ou ideias, ou redigir uma carta.
VES-13 item 3e	Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes	Vulnerabilidade Funcional	Nenhuma dificuldade; Pouca dificuldade; Média dificuldade;	Intensidade	Mobilidade	Andar e mover-se	d4500 Andar distâncias curtas		Andar menos de 1 km, como andar em quartos e corredores dentro de um prédio ou distâncias

VES-13 item 3f	atividades físicas: Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões) Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas	Vulnerabilidade Funcional	Muita dificuldade; Incapaz de fazer;	Intensidade	Vida doméstica	Tarefas domésticas	d6402 Limpar a habitação	d640 Realização das tarefas domésticas	curtas. Limpar os ambientes da casa, como arrumar e tirar o pó, varrer, esfregar, passar pano no chão, lavar janelas e paredes, limpar banheiros e vasos sanitários e limpar móveis.
VES-13 item 4a	Por causa de sua condição física, você tem alguma dificuldade para: Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)	Vulnerabilidade Funcional	Sim (você recebe ajuda para fazer compras) – Sim / Não; Não faço compras (isso acontece por causa de sua saúde) – Sim / Não	Confirmação ou acordo	Vida doméstica	Aquisição do necessário para viver	d620 Aquisição de bens e serviços		Selecionar, comprar e transportar todos os bens e serviços necessários para a vida diária.
VES-13 item 4b	Por causa de sua condição física, você tem alguma dificuldade para: Lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)	Vulnerabilidade Funcional	Sim (você recebe ajuda para lidar com dinheiro) – Sim / Não; Não lido com dinheiro (isso acontece por causa de sua saúde) – Sim / Não	Confirmação ou acordo	Áreas principais da vida	Vida econômica	d860 Transações econômicas básicas		Participar de qualquer forma de transação econômica simples, como utilizar dinheiro para comprar comida ou fazer permutas, trocar mercadorias ou serviços; ou economizar dinheiro.
VES-13 item 4c	Por causa de sua condição física, você tem alguma dificuldade para: Atravessar o quarto andando (é permitido o uso de bengala ou andador)	Vulnerabilidade Funcional	Sim (você recebe ajuda para andar) – Sim / Não; Não ando (isso acontece por causa de sua saúde) – Sim / Não	Confirmação ou acordo	Mobilidade	Andar e mover-se	d4500 Andar distâncias curtas	d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	Andar menos de 1 km, como andar em quartos e corredores dentro de um prédio ou distâncias curtas.
VES-13 item 4d	Por causa de sua condição física, você tem alguma dificuldade para: Realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)	Vulnerabilidade Funcional	Sim (você recebe ajuda para tarefas domésticas leves) – Sim / Não; Não faço tarefas domésticas leves (isso acontece por causa de sua saúde) – Sim / Não	Confirmação ou acordo	Vida doméstica	Tarefas domésticas	d6401 Limpar a cozinha e utensílios	d640 Realização das tarefas domésticas	Limpar após cozinhar, como lavar pratos, panelas, caçarolas e utensílios, e limpar mesas e pisos em volta da área da cozinha e do local das refeições.
VES-13 item 4e	Por causa de sua condição física, você tem alguma dificuldade para: Tomar banho de chuveiro ou	Vulnerabilidade Funcional	Sim (você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira) – Sim / Não;	Confirmação ou acordo	Cuidado pessoal	Cuidado pessoal	d510 Lavar-se		Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e materiais ou métodos de limpeza e secagem apropriadas, como

banheira	Não tomo banho de chuveiro ou banheira (isso acontece por causa de sua saúde) – Sim / Não	tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, face e cabelo; e secar-se com uma toalha.
----------	---	--

Fonte: a autora.

*VES-13: *Vulnerable Elders Survey*;

¹d: refere-se ao componente de **atividades e participação** da Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Todas as categorias vinculadas ao VES-13 pertencem ao capítulo de Atividades e Participação, sendo 11 categorias de 2º nível distribuídas em cinco domínios diferentes e sete categorias de 3º nível em dois domínios (mobilidade e vida doméstica).

Vinculação entre IVCF-20 e a CIF

Também se realizou de maneira independente e às cegas. A vinculação dos itens do IVCF-20 aos códigos da CIF resultou em um coeficiente Kappa=0,68, $p < 0,001$, portanto, com adequada concordância. A versão final da vinculação está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. Vinculação final do IVCF-20* às categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

	2. Texto da Variável	3. Perspectiva adotada na coleta de dados	4. Opções de resposta	5. Classificação do tipo de resposta da variável	6. Conceito principal envolvido	7. Conceitos adicionais	8. Categoria CIF do principal conceito	9. Categoria CIF dos conceitos adicionais	10. Comentários
IVCF-20	1. Qual é a sua idade?	Vulnerabilidade Funcional	() 60 a 74 anos () 75 a 84 anos () ≥ 85 anos	Atributos qualitativos	Fator pessoal (fp)	Não coberto			
IVCF-20	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Vulnerabilidade Funcional	() Excelente, muito boa ou boa () Regular ou ruim	Atributos qualitativos	Fator pessoal (fp)	Não coberto			
IVCF-20	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	Vulnerabilidade Funcional	() Sim () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Confirmação ou acordo	Vida doméstica	Aquisição do necessário para viver	d6200 Comprar	d620 Aquisição de bens e serviços	Selecionar, comprar e transportar todos os bens e serviços necessários para a vida diária.
IVCF-20	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?	Vulnerabilidade Funcional	() Sim () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	Confirmação ou acordo	Áreas principais da vida	Vida econômica	d860 Transações econômicas básicas		Realizar compras básicas para a vida diária.
IVCF-20	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?	Vulnerabilidade Funcional	() Sim () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	Confirmação ou acordo	Vida doméstica	Tarefas domésticas	d640 Realização das tarefas domésticas		Limpar após cozinhar, como lavar pratos, panelas, caçarolas e utensílios, e limpar mesas e pisos em volta da área da cozinha e do local das refeições.
IVCF-20	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	Vulnerabilidade Funcional	() Sim () Não	Confirmação ou acordo	Cuidado pessoal	Higiene pessoal	d510 Lavar-se	d5101 Lavar todo o corpo	Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e materiais ou métodos de limpeza e secagem apropriadas, como tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, face e cabelo; e secar-se com uma toalha.
IVCF-20	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	Vulnerabilidade Funcional	() Sim () Não	Confirmação ou acordo	Funções mentais	Memória	b144 Funções da memória	b1440 Memória de curto prazo b1441 Memória de longo prazo	Esquecimento de curto e longo prazo.
IVCF-20	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	Vulnerabilidade Funcional	() Sim () Não	Confirmação ou acordo	Não coberto	Não coberto			
IVCF-20	9. Este esquecimento está impedindo a realização de	Vulnerabilidade Funcional	() Sim () Não	Confirmação ou acordo	Aprendizagem e	Aplicação do	d179 Aplicação de	b144 Funções da memória/	Recordar-se de informações importantes.

	alguma atividade do cotidiano?				aplicação do conhecimento	conhecimento	conhecimento, outra especificada	b1442 Recuperação da memória	
IVCF-20	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	Vulnerabilidade Funcional	()Sim ()Não	Confirmação ou acordo	Funções mentais	Emoções	b152 Funções emocionais		Controle das emoções.
IVCF-20	11. No último mês, você perdeu o interesse em atividades anteriormente prazerosas?	Vulnerabilidade Funcional	()Sim ()Não	Confirmação ou acordo	Funções mentais	Emoções	b152 Funções emocionais	d920 Recreação e lazer	Controle das emoções, interesse por atividades de lazer.
IVCF-20	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	Vulnerabilidade Funcional	()Sim ()Não	Confirmação ou acordo	Mobilidade	Mudança e manutenção da posição do corpo	d4458 Uso da mão e do braço, outro especificado		Uso dos membros superiores para realização das atividades da vida diária.
IVCF-20	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	Vulnerabilidade Funcional	()Sim ()Não	Confirmação ou acordo	Mobilidade	Carregar, mover manusear	d440 Uso fino da mão	d4402 Manipular	Utilizar ou produzir símbolos ou linguagem para transferir informações, como produzir um registro escrito de eventos ou ideias, ou redigir uma carta
IVCF-20	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?	Vulnerabilidade Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). () Sim ()Não 	Atributos qualitativos	Funções dos sistemas digestivo, metabólico e endócrino	Controle do peso	b530 Funções de manutenção do peso	b770 Funções relacionadas ao padrão da marcha	Manutenção do peso corporal.
IVCF-20	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	Vulnerabilidade Funcional	()Sim ()Não	Confirmação ou acordo	Mobilidade	Andar e mover-se	d450 Andar		Andar menos de 1 km, como andar em quartos e corredores dentro de um prédio ou distâncias curtas.
IVCF-20	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	Vulnerabilidade Funcional	()Sim ()Não	Confirmação ou acordo	Não coberto	Não coberto		b2351 Função vestibular de equilíbrio	Controle do equilíbrio.

IVCF-20	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	Vulnerabilidade Funcional	()Sim ()Não	Confirmação ou acordo	Funções geniturinárias e reprodutivas	Necessidades fisiológicas	b6202 Continência urinária	b5253 Continência fecal	Controle das necessidades fisiológicas.
IVCF-20	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato	Vulnerabilidade Funcional	()Sim ()Não	Confirmação ou acordo	Aprendizagem e aplicação do conhecimento	Observação	d110 Observar	b210 Funções da visão	Capacidade da visão.
IVCF-20	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.	Vulnerabilidade Funcional	()Sim ()Não	Confirmação ou acordo	Aprendizagem e aplicação do conhecimento	Observação	d115 Ouvir	b230 Funções auditivas	Capacidade da audição.
IVCF-20	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Vulnerabilidade Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). ()Sim ()Não	Atributos qualitativos	Produtos e tecnologia	Uso pessoal	e1101 Medicamentos		Quantidade e controle dos medicamentos utilizados

Fonte: a autora.

*IVCF-20: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional;

b: refere-se ao componente de **funções corporais** da Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); d: refere-se ao componente de **atividades e participação** da CIF; e: refere-se ao componente de **fatores ambientais** da CIF.

As categorias vinculadas ao IVCF-20 pertencem ao capítulo de Atividades e Participação, Funções do Corpo e Fatores Ambientais. Em Atividades e Participação foram vinculadas, 10 categorias de 2º nível distribuídas em seis domínios diferentes e quatro categorias de 3º nível em três domínios. No capítulo Funções do Corpo, foram vinculadas, seis categorias de 2º nível distribuídas em cinco domínios diferentes e seis categorias de 3º nível em quatro domínios. Também foi vinculada uma categoria de Fatores Ambientais.

Validade convergente com WHODAS e Core set

Foram triadas 105 pessoas idosas usuários da APS, desses, 55 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Assim, a amostra final foi composta por 50 participantes, sendo a maior parte do sexo feminino, com idade entre 60 e 74 anos e praticantes de atividades físicas. As demais características clínico-demográficas estão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4. Características clínico-demográficas dos participantes do estudo (n=50)

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	37 (74%)
Masculino	13 (26%)
Idade	
60 a 74 anos	42 (84%)
75 a 85 anos	8 (16%)
Estado civil	
Casado	20 (40%)
Divorciado	11 (22%)
Viúvo	10 (20%)
Solteiro	9 (18%)
Mora com mais quantas pessoas	
Sozinho(a)	11 (22%)
+ 1 pessoa	15 (30%)
+ 2 pessoas	13 (26%)
Com 3 ou + pessoas	11 (22%)
Fácil acesso a serviços públicos	
Sim	44 (88%)
Não	6 (12%)
Escolaridade	
Alfabetizado	23 (46%)
Ensino Fundamental	10 (20%)
Ensino Médio	14 (28%)
Ensino Superior	3 (6%)
Prática de atividade física	
Sim	33 (66%)

Não	17 (34%)
Doenças pré-existent	
Sim	45 (90%)
Não	5 (5%)
Fumante	
Sim	5 (10%)
Não	45 (90%)
Índice de Vulnerabilidade Funcional	
VES-13	
Idoso não-vulnerável (≤ 2 pontos)	18 (36%)
Idoso vulnerável (≥ 3 pontos)	32 (64%)
IVCF-20	
Baixo risco de vulnerabilidade (0 a 6 pontos)	11 (22%)
Moderado risco de vulnerabilidade (7 a 14 pontos)	23 (46%)
Alto risco de vulnerabilidade (≥ 15 pontos)	16 (32%)

Fonte: os autores.

Entre as doenças pré-existent destacam-se a ocorrência de hipertensão arterial, diabetes, hipotireoidismo, fibromialgia, osteoporose, Parkinson, Alzheimer, bronquite, depressão, insuficiência renal e artrite reumatoide.

Na Tabela 5 são apresentadas as comparações entre o escore do índice de comprometimento dos componentes do Core Set da CIF para saúde física de pessoas idosas e o WHODAS 2.0-B.O em relação aos índices de vulnerabilidade aqui utilizados, VES-13 e IVCF-20.

Tabela 5. Comparações entre o escore do índice de comprometimento dos componentes do core set da CIF para saúde física de pessoas idosas e o WHODAS 2.0-B.O em relação aos índices de vulnerabilidade (VES-13 e IVCF-20).

Índices de vulnerabilidade	Componentes Core set da CIF (%)						WHODAS 2.0-B.O
	Funções Corporais	Estruturas Corporais	Atividades e Participação	e1101 uso de medicamentos (barreira)	e1400 uso de tecnologia assistiva (barreira)	e5800 acesso aos serviços de saúde (facilitador)	Escore
VES-13 (≤2)							
Idoso não vulnerável	20,2 (0-51,9)	17,4 (0-50)	15 (0-50)	-0,3 (0 / -2)	-0,6 (0 / -2)	3,3 (4-2)	5,3 (0-23)
Idoso vulnerável	27,8 (1,9-59,3)	24,2 (0-50)	24,9 (3,1-50)	-0,6 (0 / -2)	-1 (0 / -3)	2,6 (4-1)	9,6 (0-25)
IVCF-20							
Baixo risco de vulnerabilidade	18,5 (0-44,4)	13 (0-25)	10 (0-25)	-0,1 (0 / -1)	-0,6 (0 / -2)	3,4 (4-2)	4,4 (1-9)
Moderado risco de vulnerabilidade	25,4 (0-50)	22,8 (0-50)	24,6 (0-50)	-0,7 (0 / -2)	-1 (0 / -3)	2,9 (4-1)	8,5 (0-23)
Alto risco de vulnerabilidade	29,1 (13-59,3)	25,8 (12,5-50)	24,5 (5,6-55,6)	-0,5 (0 / -2)	-0,7 (0 / -2)	2,6 (4-1)	9,9 (3-25)

Dados expressos em média acompanhados de valores mínimo e máximo. Funções corporais, Estruturas Corporais e Atividades e Participação: 0 nenhum problema e 100 incapaz de fazer; e1101 e e1400: 0 nenhuma barreira e -4 barreira total (expressos em valor negativo); e5400: 4 facilitador total e 0 nenhum facilitar.

A análise da validade convergente entre os índices de vulnerabilidade funcional VES-13 e IVCF-20 com o WHODAS 2.0-B.O e o core set da CIF demonstram que há correlação significativa entre o VES-13 e o WHODAS 2.0-B.O e o core set da CIF para saúde física de pessoas idosas, que variaram de fraca a moderada magnitude. Enquanto o IVCF-20 apresentou correlação significativa, de fraca magnitude com o componente de estruturas corporais e o facilitador ambiental que são medidos pelo core set da CIF, além de correlacionar-se com a medida de incapacidade geral e saúde (WHODAS 2.0-B.O), conforme observado na Tabela 6.

Tabela 6. Correlação entre os índices de vulnerabilidade funcional com os instrumentos que avaliam incapacidade a partir dos conceitos da CIF (n=50)

Instrumentos de mensuração de incapacidade a partir dos conceitos da CIF	VES-13 <i>r</i>	IVCF-20 <i>r</i>
Core set		
Comprometimentos nas estruturas corporais (%)	0,39**	0,34*
Comprometimentos nas funções corporais (%)	0,37**	0,20
Limitações e restrições nas atividades e participação (%)	0,40**	0,27
Barreira ambiental (e1101 uso de medicamentos)	0,28*	0,16
Barreira ambiental (e1400 uso de tecnologia assistiva)	0,32*	0,07
Facilitador ambiental (e5800 acesso aos serviços de saúde)	-0,47**	-0,30*
WHODAS 2.0-B.O		
Incapacidade e Saúde (escore)	0,45**	0,30*

WHODAS 2.0-B.O: *World Health Organization Disability Assessment Schedule* para pessoas idosas brasileiras. *r*: coeficiente de correlação de Pearson. (%) percentual de comprometimento a partir do índice do core set da CIF para saúde física de pessoas idosas. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo investigar a relação entre os índices de vulnerabilidade funcional com a CIF. A análise de conteúdo revelou que o VES-13 mostrou-se relacionado principalmente ao capítulo de Atividades e Participação da CIF, abrangendo categorias distribuídas em diferentes domínios, enquanto o IVCF-20 abrangeu categorias nos capítulos de Atividades e Participação, Funções do Corpo e Fatores Ambientais, com distribuição em vários domínios. A análise de validade convergente evidenciou

correlações significativas, embora de magnitude fraca a moderada, entre esses índices e os instrumentos WHODAS 2.0-B.O e o core set da CIF.

Em relação à análise de conteúdo, a baixa concordância entre os avaliadores na vinculação se deve, em grande parte, à complexidade hierárquica da CIF, organizada em diversos níveis. É possível que os resultados tivessem sido mais satisfatórios se a vinculação se restringisse ao segundo nível de complexidade da CIF. No entanto, é importante observar que essa abordagem conflitaria com as diretrizes atualizadas estabelecidas por Cieza *et al.* (2019).

A vinculação dos índices de vulnerabilidade funcional aos conceitos da CIF, considerando categorias de 2º e 3º nível, revelou diferenças significativas em termos de abrangência. O IVCF-20 foi mais abrangente do que o VES-13. O VES-13 mostrou-se vinculado apenas ao domínio de Atividades e Participação, com 14 categorias da CIF identificadas, enquanto o IVCF-20 apresentou 27 categorias vinculadas à CIF, abrangendo 14 categorias em Atividades e Participação, 12 em Funções do Corpo e uma em Fatores Ambientais. Essa diferença destaca a maior amplitude do IVCF-20 em relação ao VES-13 quando vinculado à CIF.

Esses resultados indicam que o IVCF-20 é capaz de abranger mais domínios da CIF em comparação ao VES-13, que se concentra principalmente no domínio de Atividade e Participação. A inclusão de categorias relacionadas às Funções do Corpo e aos Fatores Ambientais no IVCF-20 amplia a avaliação da vulnerabilidade funcional, permitindo uma compreensão mais abrangente das limitações e restrições enfrentadas pelas pessoas idosas. Essa maior abrangência do IVCF-20 pode ser especialmente útil na identificação e no monitoramento de pessoas idosas com maior vulnerabilidade e necessidades específicas de cuidados e suporte.

Para análise de validade convergente, avaliou-se uma amostra constituída principalmente em mulheres casadas entre 60 e 74 anos, que residem com duas ou mais pessoas. Elas têm fácil acesso aos serviços públicos, praticam atividade física e não são fumantes. Essas características de perfil são semelhantes a estudos anteriores na APS conduzidos por Lopes e Santos (2015), que avaliaram a funcionalidade de pessoas idosas usando a

CIF, e por Rosa, Constante e Pina (2022), que utilizaram o IVCF-20 para avaliar a fragilidade de pessoas idosas durante a pandemia de Covid-19. Esses achados reforçam a validade externa das características observadas na amostra do presente estudo.

Os resultados apresentados na Tabela 4 mostram que as pessoas idosas com pontuação ≥ 3 no VES-13 e pontuação ≥ 15 pontos no IVCF-20 apresentam maior comprometimento nos componentes do core set da CIF para saúde física de pessoas idosas, bem como maiores escores de incapacidade medidos pelo WHODAS 2.0-B.O. Adicionalmente, a comparação direta entre a pontuação da pessoa idosa classificada como vulnerável pelo VES-13 e a pessoa idosa categorizada como apresentando alto risco de vulnerabilidade pelo IVCF-20 evidencia a consistência das medidas obtidas por meio do core set da CIF e do WHODAS 2.0-B.O.

A análise de validação convergente revelou que o VES-13 demonstrou correlações com o WHODAS 2.0-B.O e todos os componentes do core set da CIF para saúde física em pessoas idosas. Por outro lado, o IVCF-20 apresentou correlações apenas com o componente de estruturas corporais e o facilitador ambiental do core set da CIF. Entretanto, é fundamental ressaltar que as hipóteses de validade convergente, estabelecidas previamente, não foram completamente confirmadas, mesmo levando em consideração a distinção entre os construtos avaliados pelos índices de vulnerabilidade e pelas medidas derivadas da CIF. Conforme destacado por Rodrigues e Alvarenga (2020), a vulnerabilidade é um fenômeno complexo e multidimensional que impacta a saúde geral das pessoas idosas, influenciado por uma ampla variedade de fatores, abrangendo aspectos sociais, econômicos, familiares, psicológicos, cognitivos e físicos. Em contraste, a CIF oferece uma abordagem abrangente da incapacidade, considerando não apenas as deficiências físicas, mas também os fatores contextuais, sociais e psicossociais que moldam a funcionalidade e a participação. Embora haja semelhanças entre esses conceitos, os construtos medidos são distintos, o que possivelmente justifica os resultados encontrados neste estudo.

Apesar da maior abrangência do IVCF-20 em relação às categorias da CIF, o VES-13 apresentou uma melhor relação com as medidas de

incapacidade desenvolvidas a partir da CIF, como o WHODAS 2.0 e o core set da CIF. Portanto, ambos os índices se mostraram úteis e necessários no rastreamento de pessoas idosas com vulnerabilidade funcional. A escolha entre os índices dependerá das características do serviço e dos objetivos da coleta de informações em saúde. Se o objetivo for obter dados mais abrangentes em relação às categorias da CIF, provavelmente será mais apropriado utilizar o IVCF-20. No entanto, se o objetivo for rastrear especificamente pessoas idosas vulneráveis, o VES-13 será mais útil para descrever o impacto da saúde nas atividades cotidianas.

Embora haja representatividade da amostra avaliada, uma limitação importante é o fato de o estudo ter sido realizado em apenas um campo de coleta, e nesta pesquisa em especial, ser o ambulatório de uma instituição de ensino superior privada, que embora ofereça atendimentos gratuitos e em parceria com a rede pública de saúde local, ainda assim, não é uma instituição pública do Sistema Único de Saúde, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões e locais. É necessário replicar o estudo em diferentes contextos para obter uma análise mais abrangente e compreender melhor o potencial de utilização desses índices como medidas de rastreamento da vulnerabilidade funcional, com base nos conceitos da CIF.

Além disso, é relevante que estudos futuros proponham maneiras de estabelecer equivalência entre a pontuação dos escores desses índices e os qualificadores da CIF. Isso permitiria uma utilização mais efetiva das categorias da CIF como informações sobre saúde e incapacidade física em pessoas idosas. Essa equivalência proporciona uma maior integração entre os instrumentos de avaliação e a classificação da CIF, ampliando a utilidade e a aplicabilidade dessas medidas.

Apesar das limitações, este estudo traz implicações relevantes para a atenção primária, pesquisa e políticas de saúde, fornecendo insights valiosos sobre a avaliação da vulnerabilidade funcional em pessoas idosas e sua relação com a CIF. As implicações abrangem a seleção de instrumentos de avaliação, melhoria da precisão da avaliação, desenvolvimento de intervenções direcionadas e planejamento de serviços de saúde. O mapeamento dos conceitos medidos pelos índices de vulnerabilidade funcional com a CIF facilita

a escolha do índice mais adequado para cada objetivo. Além disso, a vinculação dos índices de vulnerabilidade funcional com a CIF oferece uma linguagem padronizada para descrever a saúde e a incapacidade em pessoas idosas, permitindo uma avaliação mais precisa e uma melhor compreensão das necessidades das pessoas idosas. Isso auxilia na identificação de áreas que requerem intervenções e suporte, orientando o desenvolvimento de programas e políticas de prevenção e gerenciamento da incapacidade em pessoas idosas.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que tanto o VES-13 quanto o IVCF-20 estão relacionados com as medidas de incapacidade desenvolvidas a partir da CIF, porém, apresentam diferenças em termos de abrangência e correlação. Enquanto o IVCF-20 demonstrou uma maior abrangência em relação às categorias da CIF, o VES-13 apresentou uma melhor correlação com as medidas de incapacidade. Esses resultados sugerem que o VES-13 pode ser mais útil no rastreamento de pessoas idosas vulneráveis, enquanto o IVCF-20 é mais adequado para coletar dados referentes às categorias da CIF.

REFERÊNCIAS

CARMO, Juliana Alves do. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica**: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso. 2014. 115f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2014.

CIEZA, Alarcos *et al.* Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. **Disability and Rehabilitation**, Londres, v. 41, n. 5, p. 574-583, 2019.

FERRER, Michele Lacerda Pereira. **O impacto dos fatores ambientais na incapacidade de idosos**: a importância de políticas públicas que valorizem o Aging in place. 2017. 141f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de São de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2017.

FERRER, Michele Lacerda Pereira *et al.* WHODAS 2.0-BO: dados normativos para avaliação de incapacidade em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 19, p. 1-11, 2019.

- LOPES, Geovanna Lemos; SANTOS, Maria Izabel Penha de Oliveira. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 71-83, 2015.
- MAIA, Flávia de Oliveira Motta *et al.* Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 116-122, 2012.
- McHUGH, Maria. The Chi-square test of independence. **Biochemia Medica**, Zagreb, v. 23, n. 2, p. 143-149, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- MIOT, Hélio Amante. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, Botucatu, v. 10, n. 4, p. 275-278, 2011.
- MORAES, Edgar Nunes de *et al.* **Avaliação Multidimensional do Idoso**. Curitiba: Secretaria Estadual da Saúde, 2018.
- OLIVEIRA, Naama Samai Costa *et al.* Assessment of the Concurrent Validity of the ICF Core Set to Classify the Physical Health of Community-Dwelling Older Adults in Relation to Self-Rated Health. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, Middleton, v. 46, n. 1, p. 71-81, 2023.
- OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. OMS. Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.
- RODRIGUES, Isabelle Iosif; ALVARENGA, Marcia Regina Martins. Vulnerabilidade funcional e queda de idosos: quais fatores estão associados? **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 6, p. 72-22, 2020.
- ROSA, Renata Silva; CONSTANTE, Daniel da Silva; PINA, Fábio Luiz Cheche. Aplicação do IVCF-20 adaptado para o telefone como estratégia de avaliação em tempos de Covid-19. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.1-12, 2022.
- SALIBA, Débora *et al.* The Vulnerable Elders Survey: A Tool for Identifying Vulnerable Older People in the Community. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 49, n. 12, p.1691-1699, 2001.
- SANTOS, Heyriane Martins dos *et al.* Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to expand and standardize the assessment of quality-of-life following a stroke: proposal for the use of codes

and qualifiers. **Disability and Rehabilitation**, Londres, v. 44, n. 24, p. 7449-7454, 2022.

VET, Henrica *et al.* When to use agreement versus reliability measures. **Journal of Clinical Epidemiology**, Philadelphia, v. 59, n. 10, p. 1033-1039, 2006.

6.2. Artigo 2 – INTEGRANDO QUALIFICADORES DA CIF AO VES-13 PARA GERAR INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE²

INTEGRATING ICF QUALIFIERS INTO VES-13 TO GENERATE HEALTH INFORMATION IN PRIMARY CARE

SANDRA REGINA BONIFÁCIO^a, GABRIELA SANTOS PEREIRA^a, SIDNEY MARTINS JÚNIOR^b, SORAIA MICAELA SILVA^a

^a Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil.

^b Graduação em Fisioterapia da Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil

Submetido para a Revista Pan Americana de Saúde Pública

² Artigo apresentado conforme submetido à Revista Pan Americana de Saúde Pública.

RESUMO

Objetivo: Propor a qualificação das categorias da CIF vinculadas ao índice de vulnerabilidade funcional Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) utilizado na atenção primária em saúde por meio da equivalência do escore deste índice com os qualificadores da CIF. **Métodos:** Trata-se de um estudo quali- quantitativo, analítico e exploratório. Foi elaborada uma proposta de equivalência entre a pontuação da VES-13 e os qualificadores da CIF. Testou-se essa proposta em 105 participantes para se analisar a gravidade observada nas categorias vinculadas à CIF. **Resultados:** A idade predominante da amostra foi de 60 a 74 anos, maioria casados e que moram acompanhados de mais uma pessoa, possui fácil acesso aos serviços públicos, quase metade é alfabetizada, a maioria não pratica atividade física, não fumam, mas possuem doenças pré-existentes. O score do VES-13 indica que 66,5% são pessoas idosas vulneráveis. É possível observar que as atividades de "Fazer compras de itens pessoais" (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos), "Lidar com dinheiro" (como controlar despesas ou pagar contas), "Realizar tarefas domésticas leves" (como lavar louça ou fazer limpeza leve) e "Tomar banho de chuveiro ou banheira" foram as mais gravemente comprometidas, apresentando classificação com qualificador 3 (problema grave). As demais atividades foram classificadas com qualificador 1 (limitações leves) a 2 (limitações moderadas). **Conclusão:** A associação das medições da VES-13 com os qualificadores da CIF mostrou-se viável e com implicações significativas para o cuidado geriátrico na Atenção Primária à Saúde (APS), realçando a importância de intervenções específicas e suporte personalizado, ao mesmo tempo que estabelece um padrão global para avaliações de vulnerabilidade funcional.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Vulnerable Elders Survey-13. Qualificadores. Atenção Primária.

ABSTRACT

Objective: To propose the qualification of ICF categories linked to the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) functional vulnerability index used in primary care, through the equivalence of this index's score with ICF qualifiers. **Methods:** This is a qualitative-quantitative, analytical, and exploratory study. Equivalence was proposed between the VES-13 score and ICF qualifiers. This proposal was tested in 105 participants to analyze the severity observed in the categories linked to the ICF. **Results:** The predominant age of the sample was 60 to 74 years, mostly married, living with one or more individuals, having easy access to public services, with nearly half of the sample being literate. The majority did not engage in physical activity, were non-smokers, but had pre-existing conditions. The VES-13 score indicated that 66.5% were vulnerable older adults. It can be observed that activities such as "Shopping for personal items" (such as personal hygiene products or medications), "Handling money" (such as managing expenses or paying bills), "Performing light household tasks" (like washing dishes or light cleaning), and "Showering or bathing" were most severely compromised, classified with qualifier 3 (severe problem). Other activities were classified with qualifiers 1 (mild limitations) to 2 (moderate limitations). **Conclusion:** The association of VES-13 measurements with ICF

qualifiers proved feasible and carries significant implications for geriatric care, highlighting the importance of specific interventions and personalized support, while also establishing a global standard for functional vulnerability assessments. **Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health. Vulnerable Elders Survey-13. Qualifiers. Primary attention.

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) desempenha papel fundamental ao abordar a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo, sendo amplamente aplicada em diversos contextos e finalidades (1). Seu objetivo primordial é estabelecer uma linguagem unificada e padronizada por meio de uma estrutura que descreve de forma abrangente a saúde e os estados relacionados à saúde (2). Nesse sentido, a CIF é reconhecida como uma classificação universal, pois abrange todos os aspectos da funcionalidade humana, fornecendo uma visão holística do indivíduo (3).

Entre as muitas possibilidades e potencialidades de uso da CIF, se inclui sua utilização na Atenção Primária à Saúde (APS) (4, 5), podendo fomentar melhores resultados na assistência prestada ao paciente, por meio da abordagem biopsicossocial oriunda de seu modelo integrativo pelo registro padronizado de informações em saúde por meio de suas categorias e qualificadores.

Os sistemas de informação em saúde, como os adotados pelo Ministério da Saúde no Brasil, buscam abarcar dados essenciais para profissionais e gestores visando aprimorar a saúde das populações, garantindo equidade e qualidade nos serviços. Apesar dos sistemas eletrônicos existentes, como o TabWin, o TabNet e o "e-SUS", se destacarem na tabulação de dados, a abordagem inicial ainda carece de recursos para a geração de informações relacionadas à funcionalidade e incapacidade. Nesse sentido, estudos como o de Silva *et al.* (4) ilustram a aplicabilidade do modelo CIF na APS, ao demonstrar seu potencial na avaliação do Projeto Terapêutico Singular. Esse modelo transcende a abordagem biomédica, permitindo estabelecer metas mais abrangentes e facilitando a comunicação interprofissional. Além disso, há

autores que exploraram o uso da da CIF na Estratégia Saúde da Família, evidenciando seu valor na promoção de uma avaliação mais holística e centrada no paciente (5).

Uma perspectiva de notável interesse relacionada à utilização da CIF repousa na sua inerente capacidade para desempenhar um papel de destaque no contexto da vigilância das pessoas idosas que apresentam fragilidades no âmbito da APS. Esta abordagem poderia levar à criação de um banco de dados dedicado exclusivamente a esse grupo demográfico, produzindo indicadores essenciais que não apenas impulsionariam o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas, mas também influenciariam a adoção de práticas locais voltadas para um atendimento integral e adequado às suas necessidades e solicitações. O uso da CIF, portanto, emerge como uma estratégia crucial para enriquecer as informações da APS, direcionando os cuidados de pessoas idosas funcionalmente vulneráveis.

A avaliação de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade funcional se baseia no uso de índices específicos, como o Vulnerable Elders Survey - 13 (VES-13) e o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20 (IVCF-20). O VES-13 é uma ferramenta internacionalmente reconhecida, adaptada para o português brasileiro, que se mostra eficaz para acompanhar pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde (APS). Por sua vez, o IVCF-20, validado no contexto brasileiro, avalia dimensões preditoras de declínio funcional e óbito em pessoas idosas, por meio de uma aplicação rápida e simples. Embora esses índices permitam o rastreamento e estratificação da vulnerabilidade funcional, eles não geram informações em saúde nem fornecem dados epidemiológicos.

Bonifácio *et al.* (6) vincularam o VES-13 e o IVCF-20 à CIF a fim de mapear os conceitos medidos pelos índices de vulnerabilidade com as categorias da CIF. Os resultados indicaram que ambos os índices estão relacionados com medidas de incapacidade baseadas na CIF, porém, apresentam diferenças em termos de alcance e correlação. Enquanto o IVCF-20 abrange um espectro mais amplo das categorias da CIF, o VES-13 demonstrou uma correlação mais precisa com as medidas de incapacidade. Essas descobertas sugerem que o VES-13 pode ser mais indicado para

rastrear pessoas idosas vulneráveis, enquanto o IVCF-20 se destaca na coleta de dados relacionados às categorias da CIF, porém, sua métrica categórica não se correlaciona bem com o modelo Likert dos qualificadores da CIF. Portanto, o VES-13 parece ser uma medida promissora além da sua capacidade de rastreamento, podendo inclusive, ser útil como medida de limitações de atividades e participação identificadas em pessoas idosas usuárias da atenção primária. A associação dos índices VES-13 com a CIF pode fornecer uma fonte sólida de coleta de dados em saúde, indicadores de progresso clínico, além de padronizar a comunicação entre serviços de saúde e gerar informações epidemiológicas. A universalidade da CIF confere respaldo adicional a essa abordagem.

Portanto, para comparação e compartilhamento de dados por meio da utilização da CIF, é necessário realizar a equivalência entre as pontuações da VES-13 com os qualificadores da CIF. Essa estratégia permitirá uma comparação mais precisa e consistente dos dados entre diferentes estudos e populações. Assim, o objetivo deste estudo é propor a qualificação das categorias vinculadas ao índice de vulnerabilidade funcional utilizado na atenção primária VES-13, por meio da equivalência do escore deste índice com os qualificadores da CIF.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, analítico e exploratório, que associou o escore da VES-13 com qualificadores de categorias da CIF do componente Atividades e Participação.

Aspectos éticos

A pesquisa com os participantes se iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho (parecer 5.127.150) e após todos os participantes terem assinado o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido. Todos foram informados da possibilidade de se retirarem da pesquisa em qualquer fase, sem penalização.

Participantes e critérios de elegibilidade

Os participantes incluídos no estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Idade ≥ 60 anos, ter cognição preservada, ser usuário e estar em acompanhamento em algum serviço de saúde da APS da Universidade Nove de Julho. Foram excluídos do estudo indivíduos que tivessem dificuldades na fala, audição e cognição que impedissem as respostas durante a coleta de dados. Também foram excluídos os participantes que faltassem nos dias agendados para coleta de dados.

Instrumentos

Qualificadores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A CIF é organizada a partir de um sistema alfanumérico no qual as letras *b* (do inglês *body*), *s* (do inglês *structure*), *d* (do inglês *domain*) e *e* (do inglês *environment*) são utilizadas para denotar as Funções do Corpo, as Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e os Fatores Ambientais. Cada letra é seguida 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) (2). Para que as categorias da CIF vinculadas ao VES- 13 expressem a gravidade das condições de funcionalidade e incapacidade, é necessário o uso de qualificadores através de uma escala genérica, que são expressos em uma amplitude de .0 a .4 (.0 = não há problema; .1 = problema leve; .2 = problema moderado; .3 = problema grave; .4 = problema completo), como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Qualificadores genéricos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Qualificador	Descrição qualitativa	Descrição quantitativa
.0	NAO há problema	0-4%
.1	Problema LEVE	5-24%
.2	Problema MODERADO	25-49%
.3	Problema GRAVE	50-95%
.4	Problema COMPLETO	96-100%

Fonte: OMS².

O qualificador .8 “não especificado”, pode ser utilizado quando não for possível especificar determinada condição, como por exemplo, com o código “b7302.8 Deficiência da força muscular de um lado do corpo, não especificada”. Enquanto o qualificador .9 “não aplicável”, é utilizado quando não couber a determinada condição, como por exemplo no código “b650.9 Funções da menstruação não é aplicável para mulheres antes ou depois de determinada idade (pré-menarca ou pós-menopausa)” (2).

Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13)

O VES-13 foi desenvolvido por Saliba *et al.* (7) como um instrumento simples e eficaz para identificar pessoas idosas vulneráveis com ênfase em aspectos como idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades residentes de determinada comunidade. Para os autores, pessoa idosa vulnerável é aquela que tem 65 anos ou mais, se encontra em risco de declínio funcional ou terão probabilidade de morte nos próximos dois anos. No Brasil, o VES-13 foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado por Maia e colaboradores (8).

Traduzido e adaptado à língua portuguesa, o VES-13 mostrou-se um instrumento confiável no que diz respeito à estabilidade e consistência interna de suas medidas (8). Cada item recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de 0 a 10 pontos, quanto maior o resultado, pior a condição de saúde do paciente. Se o resultado for igual ou superior a três pontos representa um risco 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos (7), quando comparado com pessoas idosas com pontuação menor

ou igual a dois, independentemente do sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes (9).

O VES-13 é pontuado a partir de 13 perguntas, sendo a primeira sobre a idade, seguido da percepção do estado da saúde e da dificuldade na realização de atividades físicas e atividades instrumentais e básicas da vida diária. Para a idade da pessoa idosa é atribuído 0 pontos para pessoas entre 65 e 74 anos, 1 ponto para idade entre 75 e 84 anos e 3 pontos para aqueles com idade igual ou superior a 85 (7).

Para a percepção do estado de saúde se atribui um ponto caso a pessoa idosa considere sua saúde como ruim ou regular. Para a realização de atividades físicas atribui-se um ponto para as respostas que variam de “nenhuma dificuldade” à “incapaz de fazer”, considerando apenas o máximo de dois pontos nesta seção (7).

Nas atividades cotidianas a pontuação varia de 0 a 4 pontos, sendo que a partir de uma resposta positiva para “sim tem dificuldade” ou “não faz” por causa da idade, são atribuídos 4 pontos. Se a pontuação total do VES-13 for ≤ 2 é não vulnerável, enquanto ≥ 3 indica pessoa idosa vulnerável (7).

Bonifácio (10), realizou a vinculação dos conceitos medidos pela VES-13, sendo possível identificar 19 categorias de atividades e participação da CIF.

Proposta de vinculação dos qualificadores da CIF à pontuação da VES-13

A utilização dos qualificadores da CIF será possível quando estes estiverem associados às categorias identificadas na VES-13. A tabela 2 apresenta a proposta de vinculação entre as pontuações das atividades avaliadas pela VES-13 com os qualificadores da CIF. Por meio desta proposta será possível qualificar o desempenho nessas atividades, permitindo usar os dados oriundos da VES-13 de maneira mais abrangente, sendo possível inclusive, estimar dados de informação em saúde a partir das atividades com mais ou menos limitações. Vinculações semelhantes foram propostas por Santos (11) entre a CIF e a Medida de Independência Funcional e por Machado (12) entre CIF e testes para avaliação da degeneração de joelho.

Para a idade da pessoa idosa e a percepção de saúde, não houve vinculação com os qualificadores da CIF, por serem considerados construtos de fatores pessoais, que não são classificados pela CIF. Em contrapartida, para o domínio de atividades físicas, considerou-se a relação apresentada na Tabela 2. Na VES-13, pontua-se seguintes atividades físicas:

- (1) curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se
- (2) levantar e carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos
- (3) elevar ou estender os braços acima do nível do ombro
- (4) escrever ou manusear e segurar objetos pequenos
- (5) andar 400 metros
- (6) fazer serviços domésticos como esfregar o chão ou limpar janelas

Nesse caso, atribui-se um ponto para as respostas, que variam de “nenhuma dificuldade” à “incapaz de fazer”. Por ser opções Likert, foi possível fazer uma vinculação clara com os qualificadores da CIF (Tabela 2).

Na análise das atividades de vida diária, a VES-13 é empregada para uma avaliação dicotômica das dificuldades, representadas por respostas "sim" ou "não". A pontuação resultante varia de 0 (ausência de dificuldade) a 4 (presença completa de dificuldade), considerando respostas afirmativas ou a não realização da atividade devido à idade. A integração dos qualificadores propostos pela CIF aprimora a avaliação, permitindo uma discriminação precisa dos níveis de dificuldade nas atividades avaliadas. Esses qualificadores, variando de 0 a 4, são descritos qualitativamente como ausência de problema (.0), problema leve (.1), problema moderado (.2), problema grave (.3) e problema completo (.4), respectivamente. O detalhamento dessa possibilidade de classificação pode ser visto na Tabela 1. Essa abordagem facilita uma caracterização abrangente das limitações observadas em diversas atividades, permitindo uma classificação que varia desde problemas leves até problemas completos, conforme delineado na Tabela 2.

Tabela 2. Proposta de vinculação dos qualificadores da CIF ao score do VES-13

VES-13	CIF
<u>Pontuação</u>	<u>Qualificadores</u>
Atividade Física	
1 Nenhuma dificuldade	0 Nenhum problema
2 Pouca dificuldade	1 Leve
3 Média dificuldade	2 Moderado
4 Muita dificuldade	3 Grave
5 Incapaz de fazer	4 Completo
Atividades de vida diária	
4 Sim	1 (leve), 2 (moderado), 3 (grave) ou 4 (completo)
0 Não	0 Nenhum problema

Fonte: os autores.

Procedimentos da coleta de dados

Participaram da pesquisa pessoas idosas com 60 anos ou mais que foram convidados a participar da pesquisa enquanto aguardavam atendimento em algum serviço de saúde da Atenção Primária nos ambulatórios da Universidade. Esta abordagem foi realizada pela pesquisadora responsável pela pesquisa, ou pelos estudantes de Iniciação Científica que colaboram com a coleta de dados após terem sido devidamente treinados para a aplicação dos instrumentos de coleta.

Antes de iniciar a coleta de dados, os objetivos da pesquisa eram apresentados individualmente a cada um dos participantes, bem como feita a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o aceite na participação e assinatura do TCLE, a coleta de dados se iniciou com o VES-13. No ato da aplicação dos questionários, o aplicador realizava a leitura de cada uma das perguntas dos testes, e sanava eventuais dúvidas dos participantes, o que permitiu que possíveis participantes analfabetos ou com baixa escolarização, participassem da pesquisa sem comprometer a integridade dos dados. A pontuação foi obtida da forma habitual e também conforme a proposta com a vinculação com os qualificadores da CIF.

Os voluntários também responderam à um questionário constando as variáveis sociodemográficas e clínicas para caracterização da amostra quanto ao sexo, idade, estado civil, com quem e com quantas pessoas vive, escolaridade, renda e número de doenças existentes.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 105 participantes, cujas características estão apresentadas na Tabela 3. Observa-se que a amostra desta pesquisa foi composta majoritariamente por mulheres, a idade predominante foi de 60 a 74 anos, maioria casados e que moram acompanhados de mais uma pessoa, possui fácil acesso aos serviços públicos e quase metade da amostra é alfabetizada, a maioria não pratica atividade física, não fumam, mas possuem doenças pré-existentes. O score do VES-13 indica que 66,5% são pessoas idosas vulneráveis.

Tabela 3. Características clínicas-demográficas dos participantes do estudo (n=105)

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	80 (76%)
Masculino	25 (24%)
Idade	
60 a 74 anos	86 (82%)
75 a 84 anos	18 (17%)
85 anos ou mais	1 (1%)
Estado civil	
Casado	43 (41%)
Solteiro	14 (13,5%)
Divorciado	16 (15,5%)
Viúvo	31 (30%)
Mora com mais quantas pessoas	
Sozinho(a)	23 (22%)
+ 1 pessoa	36 (34%)
+ 2 pessoas	28 (26,5%)
Com 3 ou + pessoas	18 (17,5%)
Fácil acesso a serviços públicos	
Sim	93 (88,5%)
Não	12 (11,5%)
Escolaridade	
Alfabetizado	52 (49,5%)
Ensino Fundamental	18 (17%)
Ensino Médio	28 (26,5%)
Ensino Superior	7 (7%)
Prática de atividade física	
Sim	41 (39%)
Não	64 (61%)
Doenças pré-existentes	
Sim	95 (90%)
Não	10 (10%)
Fumante	
Sim	15 (14%)
Não	90 (86%)
Índice de Vulnerabilidade Funcional VES-13	
Idoso não-vulnerável (≤ 2 pontos)	35 (33,5%)

A Tabela 4 apresenta atividades da VES-13 e seus resultados, expressos através dos qualificadores da CIF. As medianas, resultantes da ligação entre as atividades da VES-13 e os qualificadores da CIF correspondentes, refletem diferentes graus de limitações das atividades. É possível observar que as atividades de "Fazer compras de itens pessoais" (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos), "Lidar com dinheiro" (como controlar despesas ou pagar contas), "Realizar tarefas domésticas leves" (como lavar louça ou fazer limpeza leve) e "Tomar banho de chuveiro ou banheira" foram as mais gravemente comprometidas, apresentando classificação com qualificador .3 (problema grave). As demais atividades foram classificadas com qualificador .1 (problemas leves) a .2 (problemas moderados).

Tabela 4. Classificação das categorias de atividades e participação identificadas na VES-13 (n=105).

Itens da VES-13	Categorias da CIF	Mediana da Pontuação VES-13	Qualificador CIF				
			0	1	2	3	4
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	d410 Mudar a posição básica do corpo	2					
	d4101 Agachar-se						
	d4102 Ajoelhar-se						
	d4105 Inclinar-se						
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	d430 Levantar e carregar objetos	1					
	d4104 Levantar-se						
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro	d445 Uso da mão e do braço	2					
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos	d170 Escrever	1					
	d440 Uso fino da mão						
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)	d4500 Andar distâncias curtas	1					
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas	d6402 Limpar a habitação	1					
	d640 Realização das tarefas domésticas						
Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)	d620 Aquisição de bens e serviços	3					
Lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)	d860 Transações econômicas básicas	3					
Atravessar o quarto andando (é permitido o uso de bengala ou andador)	d4500 Andar distâncias curtas	2					
	d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento						
Realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)	d6401 Limpar a cozinha e utensílios	3					
	d640 Realização das tarefas domésticas						
Tomar banho de chuveiro ou banheira	d510 Lavar-se	3					

Fonte: os autores.

DISCUSSÃO

A proposta de vinculação dos qualificadores da CIF às pontuações da VES-13 representa uma abordagem promissora no contexto da avaliação da funcionalidade em pessoas idosas. Essa proposta visa a integração dos qualificadores da CIF para medir, de maneira mais minuciosa, as limitações observadas, o que permite uma avaliação mais abrangente e precisa da vulnerabilidade funcional desses indivíduos.

Em sua maioria, os itens do VES-13 foram classificados com qualificador “.2”, o que indica um problema moderado, exigindo atenção da própria pessoa idosa, sua família e dos serviços de APS quanto a sua saúde e qualidade de vida (5, 11, 12). Os resultados apresentados apontam ainda que, atividades como "Fazer compras de itens pessoais", "Lidar com dinheiro", "Realizar tarefas domésticas leves" e "Tomar banho de chuveiro ou banheira" apresentaram um grau considerável de comprometimento, identificado pelo qualificador .3 (problema grave). Isso aponta para desafios significativos nessas áreas, que podem afetar a independência e a qualidade de vida das pessoas idosas (5, 11, 12).

Essa análise ressalta a importância de uma abordagem abrangente para o envelhecimento saudável, considerando não apenas aspectos clínicos, mas também a funcionalidade cotidiana (11). Os resultados enfatizam a necessidade de intervenções e apoio direcionados para as atividades mais comprometidas, visando aprimorar a autonomia e a qualidade de vida das pessoas idosas. Além disso, esses achados podem orientar estratégias de cuidado personalizado, adaptadas às limitações individuais e promovendo uma abordagem proativa para enfrentar os desafios funcionais associados ao processo de envelhecimento.

Além disso, ao utilizar os qualificadores da CIF, foi constatado que nenhuma das atividades recebeu o qualificador .0 (nenhum problema) ou qualificador .4 (problema completo). Esse achado ilustra a singularidade dos qualificadores e o modo como a VES-13 atribui escores categóricos às atividades de vida diária. Importante salientar que, embora a VES-13 apresente um excelente potencial para identificar pessoas idosas com vulnerabilidade

funcional, ela não tem a capacidade de mensurar a extensão completa dos problemas observados. No entanto, ao associar os qualificadores da CIF, torna-se viável quantificar, categorizar e classificar as limitações de forma padronizada, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (2).

Ainda sobre a classificação das limitações identificadas nas atividades avaliadas pela VES-13, é relevante destacar que as pessoas idosas que compuseram a amostra foram recrutadas do serviço de APS. Isso resultou em um perfil de funcionalidade que lhes concede certo grau de independência na execução das tarefas do cotidiano. Evidencia-se tal independência devido à predominância dos qualificadores .1 e .2, conforme também encontrado e reportado por Lopes e Santos (5). No entanto, contrastando com os achados de Santana e Chun (13), cuja amostra, majoritariamente feminina, demonstrou sérias dificuldades tanto em tarefas cotidianas quanto em atividades de lazer e recreação, as pessoas idosas desta pesquisa revelaram um cenário distinto. É válido salientar que Vale *et al.* (14) também identificaram um grau de comprometimento semelhante das pessoas idosas aqui avaliadas, fortalecendo, assim, a necessidade de futuras pesquisas que enfoquem populações similares, em diversas localidades, com ou sem o suporte da APS. Portanto, é fundamental a realização de estudos que investiguem esse panorama com maior profundidade.

Apesar da relevância dos achados aqui reportados, é relevante mencionar algumas limitações deste estudo para uma análise mais completa. Primeiramente, a amostra pode não representar completamente a diversidade da população idosa, já que certos grupos demográficos ou contextos de saúde podem não ter sido adequadamente abordados. Além disso, a associação entre as atividades da VES-13 e os qualificadores da CIF foi baseada em proposta, que embora consistente, ainda precisa ser medida do ponto de vista psicométrico. As limitações também podem se estender à subjetividade inerente à avaliação a partir da percepção do desempenho das atividades, tanto na VES-13 quanto nos qualificadores da CIF, o que pode influenciar a consistência dos resultados. Considerando esses pontos, a interpretação dos achados deve ser feita com cautela e pode beneficiar-se de estudos futuros com amostras mais abrangentes e métodos de avaliação mais detalhados.

Embora haja limitações, as implicações deste estudo são notáveis no contexto do envelhecimento e da avaliação da funcionalidade de pessoas idosas. Ao demonstrar a correspondência entre as atividades da VES-13 e os qualificadores da CIF, o estudo ressalta a importância de uma abordagem mais abrangente na avaliação das pessoas idosas. A associação dos qualificadores da CIF proporciona uma perspectiva detalhada das limitações funcionais, permitindo uma análise mais precisa das dificuldades enfrentadas pelas pessoas idosas em atividades de vida diária. Isso tem implicações diretas na formulação de estratégias de intervenção e apoio personalizado, além de orientar a alocação de recursos de saúde de maneira mais precisa (4, 12, 15- 18). Essa abordagem alinhada com a CIF também estabelece um padrão internacional para avaliações funcionais, promovendo uma linguagem comum que facilita a comunicação entre profissionais de saúde e pesquisadores em todo o mundo (5, 12, 16). Portanto, esse estudo não apenas contribui para uma compreensão mais refinada das limitações funcionais em pessoas idosas, mas também oferece direcionamentos concretos para aprimorar os cuidados e a qualidade de vida dessa população.

CONCLUSÕES

Este estudo ressalta a relação entre as atividades avaliadas pela VES-13 e os qualificadores da CIF, contribuindo para uma compreensão mais abrangente da funcionalidade em pessoas idosas. Ele revela diversos graus de limitações nas atividades, indo além da abordagem categorizada presente em alguns itens da VES-13. A associação das medições da VES-13 com os qualificadores da CIF tem implicações significativas para o cuidado geriátrico, realçando a importância de intervenções específicas e suporte personalizado, ao mesmo tempo que estabelece um padrão global para avaliações de vulnerabilidade funcional.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Organização Mundial da Saúde. Como usar a CIF: um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.

2. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. 1.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008. 330p.
3. WHO. World Health Organization. *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo: SEDPcD; 2012. 334p.
4. Silva AC, Gomes CAFDP, Bussadori SK, Sala GA, Andrade EDC, Corrêa JCF, *et al*. Uso do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde associado ao Projeto Terapêutico Singular para ampliar o cuidado centrado na pessoa: relato de experiência. *REMS*. 2022;3(3):1–11. doi:10.51161/rem/3588
5. Lopes GL, Santos MIPO. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev bras geriatr gerontol*. 2015;18(1):71–83. doi:10.1590/1809-9823.2015.14013
6. Bonifácio SR, Pereira GS, Martins Júnior S, Silva SM. Comparação dos índices de vulnerabilidade funcional de pessoas idosas na atenção primária: análise de conteúdo e validade convergente baseado nos conceitos da CIF.
7. Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, *et al*. The Vulnerable Elders Survey: A Tool for Identifying Vulnerable Older People in the Community. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49(12):1691–9. doi: 10.1046/j.1532-5415.2001.49281.x
8. Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Rev esc enferm USP*. 2012;46(spe):116–22. doi: 10.1590/S0080-62342012000700017
9. Moraes EN, Pereira AMVB, Avezedo RS, Moraes FL. *Avaliação Multidimensional do Idoso*. Curitiba: Secretaria Estadual da Saúde; 2018.
10. Bonifácio SR. Qual melhor índice para rastreio da vulnerabilidade funcional de pessoas idosas usuárias da atenção primária? análise comparativa baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Tese de Doutorado]. [São Paulo]: Universidade Nove de Julho; 2023.
11. Santos IDA, Monteiro RFL, Oliveira ACD, Costa IMPDF. Aplicabilidade da vinculação entre a MIF e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em indivíduos com doenças neurodegenerativas. *SDH*. 2022;10(3):1–11. doi: 10.18316/sdh.v10i3.9093
12. Machado SC, Santana MMS, Pereira LCD, Santos WYH, Oliveira GU, Junior WMS, *et al*. Associação de instrumentos de avaliação da funcionalidade de joelho com a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Motricidade*. 2019;15(S3):62–72.

13. Santana MTM, Chun RYS. Linguagem e funcionalidade de adultos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *CoDAS*. 2017;29(1):1–8. doi:10.1590/2317-1782/20172015284
14. Vale TC, Lima AD, Ferreira EH, Guimarães RAS, Coelho MAGM, Pernambuco AP. Principais limitações na atividade e restrições na participação apresentadas por idosos sob a perspectiva de um Core Set da CIF. *Conexão Ci*. 2017;12(2):99–109. doi:10.24862/cco.v12i2.609
15. Araújo ES. Uso da CIF no SUS: a experiência no município de Barueri/SP. *Revista Científica CIF Brasil*. 2014;1(1):10–7.
16. Araújo ES. CIF: Uma Discussão sobre Linearidade no Modelo Biopsicossocial. *Fisioterapia e Saúde Funcional*. 2013;1(1):10–7.
17. Biz MCP. A CIF e sua importância nas políticas públicas. *Revista Científica CIF Brasil*. 2015;3(3):40–8.
18. Araújo ES, Buchalla CM. The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in health surveys: a reflexion on its limits and possibilities. *Rev bras epidemiol*. 2015;18(3):720–4. doi: 10.1590/1980-5497201500030017

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos aqui apresentados, ressaltam a importância do uso de instrumentos para a verificação da vulnerabilidade funcional em pessoas idosas, especialmente a CIF, VES-13 e IVCF-20. Tanto o VES-13 quanto o IVCF-20 estão relacionados com as medidas de incapacidade desenvolvidas a partir da CIF, porém, apresentam diferenças em termos de abrangência e correlação. Enquanto o IVCF-20 demonstrou uma maior abrangência em relação às categorias da CIF, o VES-13 apresentou uma melhor correlação com as medidas de incapacidade. Estes resultados sugerem que o VES-13 pode ser mais útil no rastreamento de pessoas idosas vulneráveis, enquanto o IVCF-20 é mais adequado para coletar dados referentes às categorias da CIF.

Ainda, a relação entre as atividades avaliadas pela VES-13 e os qualificadores da CIF, contribuem para uma compreensão mais abrangente da funcionalidade em pessoas idosas, revelando diversos graus de limitações nas atividades, indo além da abordagem categorizada presente em alguns itens da VES-13. A associação das medições da VES-13 com os qualificadores da CIF tem implicações significativas para o cuidado geriátrico, realçando a importância de intervenções específicas e suporte personalizado, ao mesmo tempo que estabelece um padrão global para avaliações de vulnerabilidade funcional.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Organização Mundial da Saúde. Como usar a CIF: um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.
2. OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 1.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008. 330p.
3. WHO. World Health Organization. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPcD; 2012. 334p.
4. Araújo ES. Uso da CIF no SUS: a experiência no município de Barueri/SP. Rev Científica CIF Bras. 2014;1(1):10–7.
5. Biz MCP. A CIF e sua importância nas políticas públicas. Rev Científica CIF Bras. 2015;3(3):40–8.
6. Correia L de M. A Utilidade da CIF em Educação à luz do Decreto - Lei 3/2008: um estudo exploratório. Ciênc Humanas Sociais Rev. 2012;34(12):101–21.
7. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Kullmann L, Stoll T, Kamen L, *et al.* ICF Core Sets for chronic widespread pain. J Rehabil Med. 2004 Jul;(44 Suppl):63-8.
8. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jäckel W, Linden S, Kostanjsek N, Bie R. ICF Core Sets for low back pain. J Rehabil Med. 2004 Jul;(44 Suppl):69-74.
9. Moura Quintana J, Ferreira E, Costa Santos S, Pelzer M, Lopes M, Lima Barros E. A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos. Rev Enferm Referência. 2014;4(1):145–52.
10. Kinoshita S, Abo M, Miyamura K, Okamoto T, Kakuda W, Kimura I, *et al.* Validation of the “Activity and participation” component of ICF Core Sets for stroke patients in Japanese rehabilitation wards. J Rehabil Med. 2016;48(9):764–8.
11. Vale TC, Lima AD, Ferreira EH, Guimarães RAS, Coelho MAGM, Pernambuco AP. Principais limitações na atividade e restrições na participação apresentadas por idosos sob a perspectiva de um Core Set da CIF. Conex Ciênc. 2017;12(2):99–109.
12. Ferra A, Peixoto A, Rainho N, Pestana H, Sousa L. Score set da CIF adequado na avaliação da funcionalidade da pessoa idosa. J Aging Innov. 2019;8(3):35–49.

13. Araújo ES, Buchalla CM. The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in health surveys: a reflexion on its limits and possibilities. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(3):720–4.
14. Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica.* 2003;10(1):29–31.
15. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):187–93.
16. Araújo ES. CIF: Uma Discussão sobre Linearidade no Modelo Biopsicossocial. *Fisioter Saúde Func.* 2013;1(1):10–7.
17. Castro CC, Pinto CN, Almeida MA. Conhecimento e aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde por Fisioterapeutas de Fortaleza. *Rev Fisioter Fun.* 2015;4(2):6–13.
18. BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 452, de 10 de maio de 2012.
19. Araújo ES, Oliveira Júnior JC. The ICF application by health community agents. *Rev Científica CIF Bras.* 2014;1(1):18–26.
20. Lopes GL, Santos MIPO. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(1):71–83.
21. Araújo LB, Novakoski KRM, Bastos MSC, Mélo TR, Israel VL. Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos: o modelo da CIF no contexto do NASF. *Cad Bras Ter Ocupacional.* 2018;26(3):538–57.
22. Araújo ES de, Neves SFP. ICF or ICPC: what is missing for primary care? *Acta Fisiátrica.* 2014;21(1):46–8.
23. Spoorenberg SL, Reijneveld SA, Uittenbroek RJ, Kremer HP, Wynia K. Health-Related problems and changes after 1 year as assessed with the geriatric ICF Core Set (GeriatrICS) in community-living older adults who are frail receiving person-centered and integrated care from Embrace. *Arch Phys Med Rehabil.* 2019;100(12):2334-2345.
24. Tomandl J, Heinmüller S, Selb M, Graessel E, Freiberger E, Kühlein T, Hueber S, Book S, Gotthardt S. Laying the foundation for a Core Set of the International Classification of Functioning, Disability and Health for community-dwelling older adults in primary care: relevant categories of their functioning from the research perspective, a scoping review. *BMJ Open.* 2021;17;11(2):1-12.

25. Rink L, Tomandl J, Womser S, Kühlein T, Sebastião M. Development of a subset of the international classification of functioning, disability and health as a basis for a questionnaire for community-dwelling older adults aged 75 and above in primary care: a consensus study. *BMJ Open*. 2023;24;13(8):1-8.
26. Gotthardt S, Tomandl J, Hoefle A, Kuehlein T, Book S, Graessel E, Talaska M, Sieber C, Freiberger E. Laying the foundation for an ICF core set for community dwelling older adults in primary care: an expert survey. *Z Gerontol Geriatr*. 2021;54(4):365-370.
27. Constand MK, MacDermid JC. Applications of the International Classification of Functioning, Disability and Health in goal-setting practices in healthcare. *Disabil Rehabil*. 2014;36(15):1305-14.
28. Fries AT, Pereira DC. Teorias do envelhecimento humano. *Rev Contexto Saúde*. 2011;10(20):507–14.
29. UNRIC. Centro Regional de Informação das Nações Unidas. Envelhecimento [Internet]. Centro Regional de Informação para Europa Ocidental. 2021 [citado 10 de maio de 2021]. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
30. Perissé C, Marli M. Caminhos para uma melhor idade. *Retratos*. 2019;16:18–25.
31. Duarte CAB, Moreira LE. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. *Estud Interdiscip Sobre Envelhec*. 2016;21(1):146–70.
32. Moraes EN, Pereira AMVB, Avezedo RS, Moraes FL. Avaliação Multidimensional do Idoso. Curitiba: Secretaria Estadual da Saúde; 2018.
33. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Assembleia Geral da ONU declara 2021-2030 como Década do Envelhecimento Saudável. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. 2020.
34. Tavares RE, Jesus MCP, Machado DR, Braga VAS, Tocantins FR, Merighi MAB. Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative review. *Rev Bras Geriatr E Gerontol*. 2017;20(6):878–89.
35. OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS; 2015. 30p.
36. UN. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects 2019: Highlights. New York: United Nations; 2019. 46p.
37. UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Resumo Executivo. New York: UNFPA; 2012. 8p.

38. BRASIL. Lei Federal n. 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
39. BRASIL. Lei Federal n. 10.471 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
40. Marin MJS, Panes VCB. Envelhecimento da população e as políticas públicas de saúde. *Rev Inst Políticas Públicas Marília*. 2015;1(1):26–34.
41. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. 2021 [citado 10 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>
42. Barbosa KTF, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(suppl 2):352–60.
43. Rodrigues II, Alvarenga MRM. Vulnerabilidade funcional e queda de idosos: quais fatores estão associados? *Enferm Foco*. 2020;11(6): 72-22.
44. Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(spe):116–22.
45. Lima CAB, Carvalho JL, Aquino RCA. Avaliação de vulnerabilidade do idoso através da adaptação transcultural do instrumento de identificação do idoso vulnerável VES-13. *Rev Eletrônica Estácio Recife*. 2017;3(1):1–7.
46. BRASIL, Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 61p.
47. SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica – AMPI-AB. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.
48. Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, *et al*. The Vulnerable Elders Survey: A tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(12):1691–9.
49. Afonso VP. Vulnerabilidade em pessoas idosas residentes na comunidade: estudo exploratório em utentes da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa [Dissertação de Mestrado]. [Lisboa]: Universidade Nova de Lisboa; 2015.
50. Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*. 2019;41(5):574-83.

51. Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras*. 2011;10(4):275-8.
52. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
53. Carmo JA. Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso [Dissertação de Mestrado]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.
- h54. Ferrer MLP, Perracini MR, Rebutini F, Buchalla CM. WHODAS 2.0-BO: normative data for the assessment of disability in older adults. *Rev Saúde Pública*. 2019;53(19):1-10.
55. Ferrer MLP. O impacto dos fatores ambientais na incapacidade de idosos: a importância de políticas públicas que valorizem o Aging in place. [Tese de Doutorado]. [São Paulo]: Faculdade de São de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2017.
56. Oliveira NSC *et al*. Assessment of the concurrent validity of the ICF core set to classify the physical health of Community-Dwelling older adults in relation to self-rated ealth. *J Geriatr Phys Ther*. 2023;46(1):71-81.
57. Santos, HM, Oliveira LC, Bonifácio SR, Brandão TCP, Silva WP, Pereira GS, Silva SM. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to expand and standardize the assessment of quality-of-life following a stroke: proposal for the use of codes and qualifiers. *Disability and rehabilitation*. 2022;44(24):7449–54.
58. Vet, H. When to use agreement versus reliability measures. *J Clinical Epidemiology*. 2006;59(10):1033-9.
59. McHugh ML. The chi-square test of independence. *Biochem Med*. 2013;23(2):143-9.
60. Machado SC, Santana MMS, Pereira LCD, Santos WYH, Oliveira GU, Junior WMS, *et al*. Associação de instrumentos de avaliação da funcionalidade de joelho com a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Motricidade*. 2019;15(S3):62–72.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TCLE - Termo de Consentimento livre e esclarecido para Participação em Pesquisa Clínica:

Nome do participante: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Cidade: _____ CEP: _____

E-mail: _____

1. Título do Trabalho Experimental: Implantação do uso dos códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para rastreamento de pessoas idosas vulneráveis usuários da Atenção Primária à Saúde.

2. Objetivo: Identificar a vulnerabilidade da pessoa idosa atendida na Atenção Primária à Saúde.

3. Justificativa: Identificar se a pessoa idosa tem saúde frágil e propor o encaminhamento adequado.

4. Procedimentos da Fase Experimental: O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) para responder dois questionários sobre a sua saúde, atividade e lazer, que vão demorar em média 10 minutos.

5. Desconforto ou Riscos Esperados: Pode apresentar risco de constrangimento ou invasão de privacidade ao responder algumas perguntas.

6. Medidas protetivas aos riscos: Os questionários serão aplicados em sala reservada, de forma individual. As informações obtidas serão confidenciais e garantimos o sigilo sobre a sua participação.

7. Benefícios da Pesquisa: Caso seja identificado que sua saúde é frágil, você será encaminhado aos serviços de saúde da Universidade Nove de Julho.

8. Métodos Alternativos Existentes: Não se aplica.

9. Retirada do Consentimento: A qualquer momento você pode se recusar de participar do estudo e/ou retirar o seu consentimento, sem precisar justificar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Universidade Nove de Julho. Sua participação é voluntária sem nenhum pagamento ou custo para você ou a Universidade.

10. Garantia do Sigilo: Todos os dados que possam contribuir para a identificação ou constrangimento dos entrevistados serão mantidos em sigilo, sob os cuidados da autora da pesquisa Sandra Regina Bonifácio e sua orientadora Soraia Micaela Silva.

11. Formas de Ressarcimento das Despesas decorrentes da Participação na Pesquisa: Não haverá nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

12. Local da Pesquisa: A pesquisa será desenvolvida na Instituição Universidade Nove de Julho – Campus Memorial, localizado na Av. Dr Adolpho Pinto, 109 – Barra

Funda, São Paulo – SP, 01156-050, telefone: (011) 3823-9000 e Campus Vila Maria, localizado, localizado na Rua Guaranésia, 425 – Vila Maria, São Paulo- SP, 02112- 000, telefone: (011) 2533-9000.

13. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Res. CNS nº 466/12 e Res. CNS 510/2016). O Comitê de Ética é responsável pela avaliação e acompanhamento dos protocolos de pesquisa no que corresponde aos aspectos éticos. **Endereço do Comitê de Ética da Uninove: Rua. Vergueiro nº 235/249 – 12º andar – Liberdade – São Paulo – SP CEP. 01504-001. Telefone: 3385-9010. E-mail: comitedeetica@uninove.br**

Horários de atendimento do Comitê de Ética: segunda-feira a sexta-feira – Das 11h30 às 13h00 e Das 15h30 às 19h00

14. Nome Completo e telefones dos Pesquisadores para Contato: Profa. Dra. Soraia Micaela Silva - (011) 98347-8827 Aluna Sandra Regina Bonifácio - (011) 98612-9443.

15. Eventuais intercorrências que vierem a surgir no decorrer da pesquisa poderão ser discutidas pelos meios próprios.

São Paulo, _____ de _____ de 202__.

16. Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos somente neste estudo no meio científico.

Assinatura do Participante

(Todas as folhas devem ser rubricadas pelo participante da pesquisa)

17. Eu, _____ (Pesquisador responsável desta pesquisa), certifico que:

- a) Esta pesquisa só terá início após a aprovação do(s) referido(s) Comitê(s) de Ética em Pesquisa o qual o projeto foi submetido.
- b) Considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos;
- c) Este estudo tem mérito científico e a equipe de profissionais devidamente citados neste termo é treinada, capacitada e competente para executar os procedimentos descritos neste termo;

Sandra Regina Bonifácio

Assinatura do Pesquisador Responsável

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DO USO DOS CÓDIGOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE PARA RASTREIO DE IDOSOS VULNERÁVEIS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Sandra Regina Bonifacio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52565221.4.0000.5511

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.127.150

Apresentação do Projeto:

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) fornece visão do modelo biopsicossocial, norteando a prática clínica integrada e humanizada. Seus códigos padronizam a linguagem e facilitam a coleta de dados nos sistemas de informação em saúde,

sendo relevante para a Atenção Primária à Saúde (APS) para facilitar a coleta de informações. Objetivo: implantar o uso dos códigos da CIF para

rastreamento de idosos vulneráveis usuários da APS. Métodos: Será utilizado o Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) associado aos códigos da CIF,

para rastreamento de idosos vulneráveis. A associação entre VES-13 e CIF será realizada por dez regras de vinculação padronizadas e atualizadas.

A vinculação será realizada pela extração e identificação dos conceitos encontrados na VES-13 mediada por dois examinadores independentes. O

grau de concordância será determinado pelo coeficiente Kappa e intervalo de confiança 95%. Os códigos da CIF identificados na VES-13 poderão

padronizar a linguagem multiprofissional no rastreamento de idosos vulneráveis classificados conforme o comprometimento identificado com

qualificadores da CIF, variando de .0 - nenhum comprometimento a .4 - comprometimento completo, para isso, os pontos da VES-13 serão

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.504-001

Telefone: (11)3385-9010

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 5.127.150

convertidos em qualificadores da CIF. Também será realizada a comparação entre o VES-13 e IVCF-20 para análise da validade da reprodutibilidade dos qualificadores por diferentes profissionais. Serão utilizados os testes de normalidade Shapiro-Wilk, estatística de validação e de reprodutibilidade na distribuição dos dados e estatística descritiva para caracterizar a amostra identificando frequências dos códigos pontuados com qualificador grave

Objetivo da Pesquisa:

Implantar o uso dos códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para rastreamento de idosos vulneráveis usuários da Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Podem apresentar risco de constrangimento ou invasão de privacidade ao responder algumas perguntas.

Benefícios:

Caso seja identificado que sua saúde é frágil, você será encaminhado aos serviços de saúde da Universidade Nove de Julho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segunda versão do projeto

Trata-se de um projeto com um estudo observacional de corte transversal, no qual serão avaliados idosos usuários dos serviços de fisioterapia da atenção primária da Universidade Nove de Julho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram encaminhados de forma correta. Projeto de pesquisa, folha de rosto, TCLE e cronograma.

Recomendações:

Recomenda-se que no item 7. Benefícios da Pesquisa do TCLE, deixar claro que apesar do

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.504-001

Telefone: (11)3385-9010

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 5.127.150

encaminhamento para o serviço de saúde conforme a necessidade, o projeto em si não gera benefícios diretos ao participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador solucionou a lista de pendências apontadas no parecer anterior:

- 1- Adequação do projeto de pesquisa destinado à análise do CEP/Plataforma Brasil especificamente - PENDÊNCIA SOLUCIONADA
- 2- Adequação do cronograma da mesma maneira e intuito - PENDÊNCIA SOLUCIONADA
- 3- Adequação do TCLE em termos de linguagem e conteúdo voltado ao público-alvo de forma mais explicativa - PENDÊNCIA SOLUCIONADA
- 4- Correção do item "benefícios" em todos os documentos/arquivos apresentados: informações básicas do projeto, TCLE e no projeto em si - PENDÊNCIA SOLUCIONADA. No entanto, recomenda-se que no item "7. Benefícios da Pesquisa" do TCLE, deixar claro que apesar do encaminhamento para o serviço de saúde conforme a necessidade, o projeto em si não gera benefícios diretos ao participante.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá se apresentar na instituição de realização da pesquisa (que autorizou a realização do estudo) para início da coleta dos dados.

O participante da pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. De forma objetiva com justificativa para nova apreciação, os documentos alterados devem ser evidenciados para facilitar a nova análise.

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.504-001

Telefone: (11)3385-9010

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 5.127.150

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 466/12 item X1. 2. f).

De acordo com a Res. CNS 466/12, X.3.b), o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio, e-mail ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1835618.pdf	27/10/2021 17:42:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_Sandra_Bonifacio_COEP_V2.pdf	27/10/2021 17:41:32	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Cronograma	Cronograma_CEP_2.pdf	27/10/2021 17:37:33	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_V2.pdf	27/10/2021 17:37:02	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_CEP_Assinada_Diretor.pdf	02/10/2021 18:13:16	Sandra Regina Bonifacio	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Telefone: (11)3385-9010

Município: SAO PAULO

CEP: 01.504-001

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 5.127.150

SAO PAULO, 25 de Novembro de 2021

Assinado por:
MARILIA DE ALMEIDA CORREIA
(Coordenador(a))

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

CEP: 01.504-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9010

E-mail: comitedeetica@uninove.br

Anexo 2 – Vulnerable Elders Survey – 13

APÊNDICE A - Versão Final do VES-13

1. Idade _____

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA IDADE 75-84
3 PONTOS PARA IDADE ≥ 85

2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

Ruim* (1 PONTO)
Regular* (1 PONTO)
Boa
Muito Boa ou
Excelente

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA REGULAR ou RUIM

3. Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer*
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	()	()	()	()*	()*
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	()	()	()	()*	()*
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	()	()	()	()*	()*
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	()	()	()	()*	()*
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	()	()	()	()*	()*
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	()	()	()	()*	()*

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITA DIFICULDADE*" OU "INCAPAZ DE FAZER*" NAS QUESTÕES 3a ATE 3f. CONSIDERAR NO MÁXIMO DE 2 PONTOS.

4. Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:

a. fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?)

() SIM → Você recebe ajuda para fazer compras?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO COMPRAS → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

b. lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)?

() SIM → Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO LIDO COM DINHEIRO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

c. atravessar o quarto andando? É PERMITIDO O USO DE BENGALA OU ANDADOR.

() SIM → Você recebe ajuda para andar?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO ANDO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

d. realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?

() SIM → Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

e. tomar banho de chuveiro ou banheira?

() SIM → Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

PONTUAÇÃO: CONSIDERAR 4 PONTOS PARA UMA OU MAIS RESPOSTAS "SIM*" NAS QUESTÕES 4a ATE 4e

CLASSIFICAÇÃO FINAL:
NÃO VULNERÁVEL = pontuação ≤ 3
VULNERÁVEL = pontuação ≥ 3

ANEXO 3 – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)			Pontuação
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			
www.ivcf-20.com.br			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			
IDADE		1. Qual é a sua idade? () Sim ⁰ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde () 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥ 85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: () Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	AVD Básica	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
COGNIÇÃO		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁴ () Não	
		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não	
HUMOR		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ² () Não	Máximo 2 pts
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não	Máximo 2 pts
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	
	Marcha	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não	
	Continência esfincteriana	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). () Sim ² () Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de bengala ou outros dispositivos de apoio. () Sim ² () Não	Máximo 2 pts
	Audição	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ² () Não	
	Interação recente (<6 meses)	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não	
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). () Sim ⁴ () Não			
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

ANEXO 4 – World Health Disability Assessment Schedule – Brazilian version for older people

Quadro. WHODAS 2.0- BO (Brazilian version for older people)*.

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em (ou para):					
1 - Ficar em pé por períodos tão longos como 30 minutos?	Nenhum	Leve	Médio	Grave	Extremo/Não consigo
2 - Cuidar das suas responsabilidades com seu lar?	Nenhum	Leve	Médio	Grave	Extremo/Não consigo
3 - Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar novo?	Nenhum	Leve	Médio	Grave	Extremo/Não consigo
4 - Você teve problema para se engajar (participar) em atividades da comunidade (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) da mesma forma que qualquer outra pessoa consegue?	Nenhum	Leve	Médio	Grave	Extremo/Não consigo
5 - Você foi emocionalmente afetado por seus problemas de saúde?	Nenhum	Leve	Médio	Grave	Extremo/Não consigo
6 - Caminhar uma grande distância, tal como um quilômetro (cerca de 10 quadras)?	Nenhum	Leve	Médio	Grave	Extremo/Não consigo
7 - Lavar seu corpo todo?	Nenhum	Leve	Médio	Grave	Extremo/Não consigo
8 - Vestir-se?	Nenhum	Leve	Médio	Grave	Extremo/Não consigo
9 - Manter uma amizade?	Nenhum	Leve	Médio	Grave	Extremo/Não consigo
10 - Seu trabalho no dia a dia?	Nenhum	Leve	Médio	Grave	Extremo/Não consigo

* Michele LPF. O impacto dos fatores ambientais na incapacidade funcional de idosos: a importância de políticas públicas que valorizem o *Aging in place* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2018 [citado 16 dez 2018]. <https://doi.org/10.11606/T.6.2018.tde-23032018-094707>

ANEXO 5 – Core Set da CIF para a saúde física de idosos

A) FUNÇÕES DO CORPO

b1300 nível de energia Como o(a) senhor(a) classifica seu nível de energia para realizar as atividades diárias, considerando seu vigor e sua resistência?

- Qualificador 0: sem comprometimento algum;
- Qualificador 1: ligeiramente comprometido;
- Qualificador 2: comprometido moderadamente;
- Qualificador 3: comprometido de maneira grave;
- Qualificador 4: totalmente comprometido;

b1343 qualidade do sono Como o(a) senhor(a) classifica a qualidade do seu sono? Considere o sono “perfeito” como sendo aquele que leva a um descanso e relaxamento físico e mental ideais;

- Qualificador 0: ótima qualidade;
- Qualificador 1: boa qualidade;
- Qualificador 2: qualidade regular;
- Qualificador 3: qualidade ruim;
- Qualificador 4: péssima qualidade;

b2352 função vestibular do movimento Como o(a) senhor(a) classifica sua movimentação, considerando a direção e a velocidade dos seus movimentos corporais?

- Qualificador 0: sem comprometimento algum;
- Qualificador 1: ligeiramente comprometida;
- Qualificador 2: comprometida moderadamente;
- Qualificador 3: comprometida de maneira grave;
- Qualificador 4: totalmente comprometida;

b260 função proprioceptiva Solicitar ao entrevistado que realize os seguintes testes: 1) Índex-index; 2) Index-nariz; 3) Fechar os olhos e dizer como está a posição do joelho (flexionado ou estendido); 4) Fechar os olhos e dizer como está a posição do cotovelo (flexionado ou estendido).

- Qualificador 0: realiza 5 testes corretamente;
- Qualificador 1: realiza 3 ou 4 testes corretamente;
- Qualificador 2: realiza 2 testes corretamente;
- Qualificador 3: realiza 1 teste corretamente;
- Qualificador 4: não realiza nenhum teste corretamente;

b280 sensação de dor O(a) senhor(a) sente algum tipo de dor?

- Qualificador 0: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

- Qualificador 1: raramente (5-24% do tempo);
- Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);
- Qualificador 3: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);
- Qualificador 4: sempre (96-100% do tempo);
- b4550** resistência física geral Como o(a) senhor(a) classifica sua resistência física geral para realizar as atividades diárias, considerando sua tolerância ao exercício e o seu vigor?
- Qualificador 0: sem comprometimento algum;
- Qualificador 1: ligeiramente comprometida;
- Qualificador 2: comprometida moderadamente;
- Qualificador 3: comprometida de maneira grave;
- Qualificador 4: totalmente comprometida;
- b4551** capacidade aeróbica Como o(a) senhor(a) classifica sua capacidade aeróbica, ou seja, sua capacidade de se exercitar sem sentir falta de fôlego?
- Qualificador 0: nunca ou quase nunca sinto falta de ar (0-4% do tempo);
- Qualificador 1: raramente sinto falta de ar (5-24% do tempo);
- Qualificador 2: com certa frequência sinto falta de ar (25-49% do tempo);
- Qualificador 3: a maior parte do tempo sinto falta de ar (50-95% do tempo);
- Qualificador 4: sempre sinto falta de ar (96-100% do tempo);
- b7102** mobilidade generalizada das articulações Como o(a) senhor(a) classifica a mobilidade generalizada das suas articulações, considerando a amplitude e facilidade de movimento das articulações de todo o corpo?
- Qualificador 0: sem comprometimento algum;
- Qualificador 1: ligeiramente comprometida;
- Qualificador 2: comprometida moderadamente;
- Qualificador 3: comprometida de maneira grave;
- Qualificador 4: totalmente comprometida;
- b7306** força de todos os músculos do corpo Como o(a) senhor(a) classifica a força generalizada dos seus músculos?
- Qualificador 0: sem comprometimento algum;
- Qualificador 1: ligeiramente comprometida;
- Qualificador 2: comprometida moderadamente;
- Qualificador 3: comprometida de maneira grave;
- Qualificador 4: totalmente comprometida;
- b7356** tônus de todos os músculos do corpo Palpar musculatura de tronco, MMSS e MMII e avaliar o tônus em repouso e a resistência oferecida quando se tenta mover esses músculos passivamente;

- Qualificador 0: tônus sem comprometimento algum;
- Qualificador 1: tônus ligeiramente comprometido;
- Qualificador 2: tônus comprometido moderadamente (flacidez palpável);
- Qualificador 3: tônus comprometido de maneira grave (flacidez visível);
- Qualificador 4: tônus totalmente comprometido (flacidez total);

b7402 resistência de todos os músculos do corpo Considerando a resistência generalizada dos seus músculos, o(a) senhor(a) consegue sustentar a contração muscular de vários músculos do corpo por um período de tempo necessário para desempenhar uma atividade?

- Qualificador 0: sempre (96-100% do tempo);
- Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);
- Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);
- Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);
- Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

B) ESTRUTURAS DO CORPO

s4100 coração

84 Seu coração tem algum problema?

Qualificador 1

- 0 Nenhum problema;
- 1 Deficiência leve ;
- 2 Deficiência moderada;
- 3 Deficiência grave;
- 4 Deficiência completa; (Qual? Há quanto tempo? Fez cirurgia? Quantas? Qual? Quando? Precisa de transplante?)

Qualificador 2

- 0 Nenhuma mudança na estrutura
- 1 Ausência total
- 2 Ausência parcial
- 3 Parte adicional
- 4 Dimensões aberrantes
- 5 Descontinuidade
- 6 Posição desviada
- 7 Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido

s7700 ossos Seus ossos tem algum problema?

Qualificador 1

- 0 Nenhum problema;

- 1 Deficiência leve ;
- 2 Deficiência moderada;
- 3 Deficiência grave;
- 4 Deficiência completa; (Osteoporose? Osteopenia? Fratura? Tem densitometria?)

Qualificador 2

- 0 Nenhuma mudança na estrutura
- 1 Ausência total
- 2 Ausência parcial
- 3 Parte adicional
- 4 Dimensões aberrantes
- 5 Descontinuidade
- 6 Posição desviada
- 7 Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido

s7701 articulações Suas articulações tem algum problema?

Qualificador 1

- 0 Nenhum problema;
- 1 Deficiência leve ;
- 2 Deficiência moderada;
- 3 Deficiência grave;
- 4 Deficiência completa; (Tem artrose? AR? Gota? Em quais articulações?)

Qualificador 2

- 0 Nenhuma mudança na estrutura
- 1 Ausência total
- 2 Ausência parcial
- 3 Parte adicional
- 4 Dimensões aberrantes
- 5 Descontinuidade
- 6 Posição desviada
- 7 Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido

s7702 músculos Seus músculos tem algum problema?

Qualificador 1

- 0 Nenhum problema;
- 1 Deficiência leve ;
- 2 Deficiência moderada;
- 3 Deficiência grave;
- 4 Deficiência completa; (Fibromialgia? Fadiga? Tendinites?)

Qualificador 2

- 0 Nenhuma mudança na estrutura
- 1 Ausência total
- 2 Ausência parcial
- 3 Parte adicional
- 4 Dimensões aberrantes
- 5 Descontinuidade
- 6 Posição desviada
- 7 Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido

C) ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO**d160 concentrar a atenção**

Qualificador 1 - Desempenho Na sua vida normal, você consegue centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, desligando-se de ruídos que distraem a atenção?

- Qualificador 0: sim, consigo (96-100% do tempo);
- Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);
- Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);
- Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);
- Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

Qualificador 2 - Capacidade Considerando um ambiente confortável e em silêncio, você pode centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, desligando-se de ruídos que distraem a atenção?

- Qualificador 0: sim, posso (96-100% do tempo);
- Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);
- Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);
- Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);
- Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

d4101 agachar-se

Qualificador 1 - Desempenho Na sua vida normal, você consegue agachar-se?

- Qualificador 0: sim, consigo (96-100% do tempo);
- Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);
- Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);
- Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);
- Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

Qualificador 2 - Capacidade Considerando um local com apoio, você pode agachar-se?

- Qualificador 0: sim, posso (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

d4104 levantar-se

Qualificador 1 - Desempenho Na sua vida normal, você consegue levantar-se?

Qualificador 0: sim, consigo (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

Qualificador 2 - Capacidade Considerando um local com apoio, você pode levantar-se?

Qualificador 0: sim, posso (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

d450 andar

Qualificador 1 - Desempenho Na sua vida normal, você consegue caminhar?

Qualificador 0: sim, consigo (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

Qualificador 2 - Capacidade Considerando um local plano e sem obstáculos, você pode caminhar?

Qualificador 0: sim, posso (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

d470 utilização de transporte

Qualificador 1 - Desempenho Na sua vida normal, você consegue andar de ônibus, táxi ou avião?

Qualificador 0: sim, consigo (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

Qualificador 2 - Capacidade Considerando que você tenha tempo e dinheiro, você pode andar de ônibus, táxi ou avião?

Qualificador 0: sim, posso (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

d5700 garantir o próprio conforto físico

Qualificador 1 - Desempenho Na sua vida normal, você consegue cuidar de si próprio, tendo consciência da necessidade de tomar medidas, e efetua-las, para garantir que o próprio corpo esteja numa posição confortável, sem sentir muito calor ou frio e que dispõe de iluminação adequada?

Qualificador 0: sim, consigo (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

Qualificador 2 - Capacidade Considerando que você tenha tempo e dinheiro, você pode cuidar de si próprio, tendo consciência da necessidade de tomar medidas, e efetua-las, para garantir que o próprio corpo esteja numa posição confortável, sem sentir muito calor ou frio e que dispõe de iluminação adequada?

Qualificador 0: sim, posso (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

d5701 controle da dieta e forma física

Qualificador 1 - Desempenho Na sua vida normal, você consegue cuidar de si próprio, tendo consciência das próprias necessidades, selecionando e consumindo alimentos nutritivos e mantendo a forma física?

Qualificador 0: sim, consigo (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

Qualificador 2 - Capacidade Considerando que você tenha tempo e dinheiro, você pode cuidar de si próprio, tendo consciência das próprias necessidades, selecionando e consumindo alimentos nutritivos e mantendo a forma física?

Qualificador 0: sim, posso (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

d7504 relações informais com pares

Qualificador 1 - Desempenho Na sua vida normal, você consegue criar e manter relações informais com pessoas que têm a mesma idade, interesse ou outra característica em comum?

Qualificador 0: sim, consigo (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

Qualificador 2 - Capacidade Considerando que você tenha tempo disponível e acesso a locais de lazer, você pode criar e manter relações informais com pessoas que têm a mesma idade, interesse ou outra característica em comum?

Qualificador 0: sim, posso (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

d9201 praticar esportes

Qualificador 1 - Desempenho Na sua vida normal, você consegue participar de jogos ou eventos competitivos de atletismo, organizados informal ou formalmente, sozinho ou em grupo, como boliche, ginástica ou futebol?

Qualificador 0: sim, consigo (96-100% do tempo);

Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);

Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);

Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);

Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

Qualificador 2 - Capacidade Considerando suas melhores condições de saúde atuais, você

pode participar de jogos ou eventos competitivos de atletismo, organizados informal ou formalmente, sozinho ou em grupo, como boliche, ginástica ou futebol?

- Qualificador 0: sim, posso (96-100% do tempo);
- Qualificador 1: a maior parte do tempo (50-95% do tempo);
- Qualificador 2: com certa frequência (25-49% do tempo);
- Qualificador 3: raramente (5-24% do tempo);
- Qualificador 4: nunca ou quase nunca (0-4% do tempo);

D) FATORES AMBIENTAIS

e1101 medicamentos O(a) senhor(a) faz uso de algum medicamento?

- Qualificador 0: nenhum medicamento;
- Qualificador +1: 1 medicamento;
- Qualificador +2: 2-3 medicamentos;
- Qualificador +3: 4-5 medicamentos;
- Qualificador +4: 6 ou + medicamentos;

e1400 produtos e tecnologia gerais para atividades culturais, recreativas e esportivas O(a) senhor(a) faz uso de algum equipamento, produto ou tecnologia utilizados para a condução e aprimoramento das atividades culturais, recreativas e esportivas, como brinquedos, esquis, bolas de tênis e instrumentos musicais, não adaptados nem especialmente projetados?

- Qualificador 0: nenhum produto;
- Qualificador +1: 1 produto;
- Qualificador +2: 2 produtos;
- Qualificador +3: 3 produtos;
- Qualificador +4: 4 ou + produtos;

e5800 serviços de saúde O(a) senhor(a) tem acesso a serviços e programas de saúde?

Considere clínicas, postos de saúde, hospitais, farmácias, atividades de saúde realizadas em praças e centros de convivência, etc...

- Qualificador 0: nenhum acesso;
- Qualificador +1: leve acesso;
- Qualificador +2: acesso moderado;
- Qualificador +3: acesso considerável;
- Qualificador +4: total acesso.