

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
EMILENE NÓBREGA MEDEIROS

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA COM BASE NA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE: CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO**

JOÃO PESSOA – PB

2021

EMILENE NÓBREGA MEDEIROS

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA COM BASE NA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE: CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO**

Tese inserida na Área de Concentração ‘Cuidado em Enfermagem e Saúde’, Linha de Pesquisa ‘Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso’, no projeto ‘Processo de Cuidar em Enfermagem e Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa’, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega

JOÃO PESSOA – PB

2021

**Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

M488a Medeiros, Emilene Nóbrega.

Avaliação multidimensional da pessoa idosa com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde : construção de instrumento / Emilene Nóbrega Medeiros. - João Pessoa, 2021.
210 f. : il.

Orientação: Maria Miriam Lima da Nóbrega.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Cuidados - pessoa idosa. 2. Classificação Internacional da Funcionalidade. 3. Avaliação multidimensional. 4. Atenção primária à saúde. 5. Incapacidade - saúde. I. Nóbrega, Maria Miriam Lima da. II. Título.


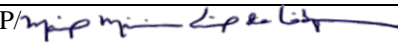
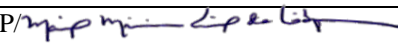
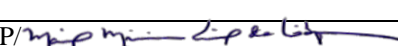
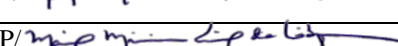
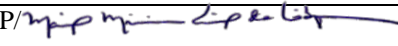
UFPB/BC

CDU 616-083-053.9(043)

ATA DA 104ª SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE

01 Às 13h10 horas do dia 26 de março de 2021, realizou-se a sessão de defesa de tese da discente
02 **EMILENE NÓBREGA MEDEIROS** regularmente matriculada no curso de **DOUTORADO EM**
03 **ENFERMAGEM** da Universidade Federal da Paraíba, que apresentou a tese intitulada “**Avaliação**
04 **Multidimensional da Pessoa Idosa com base na Classificação Internacional de Funcionalidade,**
05 **Incapacidade e Saúde: Construção de instrumento**”. Compunham a banca examinadora as docentes
06 Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega (Orientadora), Dra. Ana Claudia Torres de Medeiros (Membro
07 Externo Titular – UFCG), Dra. Fabíola Araújo Leite Medeiros (Membro Externo Titular – UEPB), Dra.
08 Patrícia Josefa Fernandes Bessera (Membro Externo Titular - PNPB/UFPB), Dra. Katia Neyla de
09 Freitas Macedo Costa (Membro Interno Titular), Dra. Marcia Regina Cubas (Membro Externo Suplente
10 - PUC-PR) e Dra. Jacira dos Santos Oliveira (Membro Interno Suplente). Após a exposição do trabalho,
11 a aluna foi submetida à arguição, dispondo cada membro da banca de 20 minutos. Encerrada a sessão
12 pública de apresentação e de defesa do trabalho final, a comissão examinadora, em sessão secreta,
13 deliberou sobre o resultado e atribuiu ao trabalho o conceito APROVADO. Nada mais havendo a relatar,
14 a sessão foi encerrada às 16h55 e eu, Profa. Maria Miriam Lima da Nóbrega, presidi a banca
15 examinadora da defesa da tese e lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por
mim e pelos demais membros da banca.

João Pessoa, 26 de março de 2021.

MEMBRO	ASSINATURA
ORIENTADOR(A)	
MEMBRO EXTERNO	P/ 
MEMBRO EXTERNO	P/ 
MEMBRO EXTERNO	P/ 
MEMBRO INTERNO	P/ 
SUPLENTE EXTERNO	
SUPLENTE INTERNO	P/ 

Dedicatória Especial

*A quem mais me ensinou que na vida devemos SER e não TER, que o caminho da vida é repleto de obstáculos e que devemos sempre ser verdadeiros, custe o que custar. Orgulho de tê-lo como **Pai “NEN”** (in memoriam), meu respeito, admiração, amor.*

Dedico aos pilares da minha vida, minhas mães
Magnólia Nóbrega, Lourdes Lima e Miriam
Nóbrega;** e ao meu esposo **Henrique Medeiros
*e minhas filhas **Ana Beatriz, Annelise e Malu,***
maior sentimento de amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me acompanhou em todos os meus momentos, ouviu minhas preces e leu meus pensamentos.

*À tríade materna que a vida me presenteou, minha mãe e vó **Lourdes Lima**, não teria palavras para descrever sua importância em minha vida, na minha essência e na minha luta em ser e não ter, o meu amor e respeito, **Miriam Nóbrega**, pessoa que me inspira diariamente a não desistir do grande processo de aprendizagem, que me ensinou a fazer minha caminhada com minhas próprias pernas, meus tropeços, meus saltos, meus passos e não buscar sombra de ninguém. E a você, minha mãe **Magnólia Nóbrega**, que abriu mão de sua maternidade para proporcionar meu crescimento e minha fortuna maior, receber todos os valores e ensinamentos de seus pais.*

*A **Henrique Medeiros**, meu companheiro, meu amigo, meu amor, minha outra parte, que sempre esteve ao meu lado, torcendo e fazendo acontecer de tudo para que eu não desistisse, mantivesse o foco.*

*A minha maior fortuna, minha riqueza, meu tesouro, minhas três obras de arte e dadas divinas, **Ana Beatriz, Annelise e Malu**, uma tese para vocês se inspirarem.*

*Aos meus tios e tias, **Magdala, Júnior, Rosângela, Graça, Mirtes, Eraldo, Neta, Hermano e Janaína**. E minha avó paterna **Angelina**.*

*Meus primos-sobrinhos, **Camila, Jânio e Mateus, Tiago, Thayna e Isabela, Artur e Laysa, José Dantas Neto, Ricardo Bessoni e Beatriz**, que tenho um amor de tia e são importantes na minha vida.*

*À minha comadre **Damiana Dantas** e seu esposo **Paulo**, por me auxiliarem nos cuidados com minhas filhas.*

*Aos meus irmãos **Flávia, Flávio e Flaviane**, e meus sobrinhos **Gabriel, Gabrielle, Maria Flôr e Eloah**, e cunhado **Bruno**.*

Às minhas cunhadas **Betânia, Diana e Delânia**, os cunhados **Sebastião e Anderson**, a acolhida de **Flávia**, aos sobrinhos que ganhei, **Larissa e Marcelo, Lucas, Alícia e Ana Clara** e como não agradecer a atenção e as orações de meu sogro **Benedito**.

A todos os meus colegas de trabalho, minha segunda família, pessoas que quero muito bem, em especial a equipe técnica, **Diana, Ana Rita, Izabel, Nairmara, Guilherme, Niedja, Ignez, Kátia, Wellington, Jussiane, Isabelle e Estênio**.

À **Eveline**, meu muito obrigado, por ir junto comigo nessa caminhada e se disponibilizar a dar um pouco mais de seu vasto conhecimento profissional e sua serenidade.

Às pessoas que acreditam em meu trabalho, em minha capacidade e responsabilidade diante do desafio em poder trilhar esse projeto em minha vida: **Candice e Verônica**.

Às pessoas iluminadas, que cuidam de mim e da minha família todo o tempo, com pequenos carinhos e dengos, **Dona Bia**, a quem chamo de meu anjo diário em casa, **Ana**, meu anjo diário no trabalho, **Solange e João**.

Às pessoas que passam em nossas vidas, jogam sementes do bem e de questionamentos sobre o aprender, o cuidar, o fazer ciência: todos os **professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – **PPGENF**.

Às amigas especiais, que o **Grupo GEPPAE**, local de inspiração e transpiração de conhecimento, de boas lembranças, partilhas e encontros regados de boa comida, onde tudo flui e o ensino se torna algo prazeroso, em especial **Patrícia, Carol, Ana Márcia, Gabriela, Nuno, Ariele e Márcia**.

À **Nathali**, um ser especial e iluminado, que considero anjo protetor e orientador durante toda minha caminhada de estudo, e os cuidados de Sr. **Ivan**.

Aos colegas que conheci como **doutorandos.2016** e atualmente são **Doutores.2020/2021**. Quantos momentos vivemos juntos e quantas conversas boas foram jogadas naquele campus.

Às pessoas que nos incentivam, sempre presentes com pequenos gestos, palavras, mesmo de longe **Verônica, Juliana, Adalgisa e Aline Mara**.

*A todos os profissionais e pesquisadores, que se dispuseram em fazer parte desse estudo, contribuindo com todo seu aporte teórico e conhecimento para enriquecer meu objetivo final. Sinto-me lisonjeada com toda orientação, suporte e acolhimento, em especial a Profa. **Cássia Maria Buchalla** e ao Prof. **Eduardo Santa Cordeiro**.*

*À simplesmente **Telma Garcia** (in memoriam), que esteve presente em muitos momentos de minha vida, foi uma tia, foi uma amiga, foi uma orientadora, foi uma pessoa especial, que já não está entre nós.*

*A todos os **idosos**, seres maravilhosos, seres iluminados, que são fontes de sabedoria, que nos ensinam todo o tempo, que possuem experiência ímpar e que espero ser um dia como eles.*

RESUMO

MEDEIROS, Emilene Nóbrega. **Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Construção de instrumento.** 2021. 230f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

Introdução: A avaliação da saúde da pessoa idosa tem como ponto de partida a funcionalidade global, que deve ser realizada de forma minuciosa, pois, quando ignorada, há o comprometimento dos sistemas funcionais, ocasionando incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência e incapacidade comunicativa. **Objetivo:** Construir um instrumento de avaliação multidimensional para a pessoa idosa a ser utilizado na Estratégia Saúde da Família, baseando-se na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O instrumento tem como principal meta a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados à equipe de saúde. **Método:** Trata-se de uma pesquisa metodológica, desenvolvida em três fases: 1) Identificação das categorias da CIF mais relevantes para o atendimento multiprofissional na avaliação funcional da pessoa idosa; 2) Construção do Instrumento para a avaliação multidimensional da pessoa idosa; e 3) Validação de conteúdo e aparência do Instrumento. A população/amostra do estudo foi constituída por profissionais da saúde que trabalhavam na Estratégia Saúde da Família e aceitaram participar do estudo. Esse atendeu aos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde, e foi desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba. **Resultados:** A identificação das categorias da CIF permitiu a construção da primeira versão do Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – IAMPI, estruturado em duas partes: 1) Fatores Pessoais, 2) Categorias Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Após a construção, o IAMPI foi submetido à Validação de conteúdo e de aparência por especialistas. Foram sugeridas pequenas considerações no conteúdo e maiores sugestões na sua aparência, que deveria iniciar com o componente Fatores Ambientais, seguido de Atividades e Participação, posteriormente Estruturas do Corpo e, por fim, Funções do Corpo. Também foi sugerida a inclusão de um espaço para definir, a partir da avaliação multidimensional da pessoa idosa, o diagnóstico multidimensional em cada um dos componentes do instrumento, para facilitar o desenvolvimento do plano de cuidados da equipe no final do instrumento. **Conclusão:** Foi construído um instrumento embasado no modelo teórico da CIF, o qual pode ser utilizado na Estratégia Saúde da Família, contribuindo com o diagnóstico multidimensional e o plano de cuidados da equipe de saúde para a pessoa idosa. Reconhece-se a necessidade da continuação do estudo para o desenvolvimento da etapa de validação clínica.

Descritores: Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Idoso; Avaliação Multidimensional; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

MEDEIROS, Emilene Nóbrega. **Multidimensional Assessment of the Elderly based on the International Classification of Functionality, Disability and Health**: Construction of an instrument. 2021. 230f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing at the Health Sciences Center of the Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2021

Introduction: The assessment of the elderly's health has as its starting point the global functionality, which must be carried out in a thorough way because, when ignored, there is a compromise of the functional systems causing cognitive impairment, postural instability, immobility, incontinence and communicative disability. **Objective:** To build a multidimensional assessment instrument for the elderly to be used in the Family Health Strategy as the basis for the International Classification of Functionality, Disability and Health, with the main goal of defining the multidimensional diagnosis and the team's care plan. **Method:** This is a methodological research, developed in three phases: 1) Identification of the most relevant IFC categories for multiprofessional care in the functional assessment of the elderly person; 2) Construction of the instrument for the multidimensional assessment of the elderly person; and 3) Validation of the Instrument's content and appearance. The study population / sample consisted of health professionals who worked on the Family Health Strategy and agreed to participate in the study. The study met the ethical aspects in research involving human beings, recommended by Resolution No. 466/12 National Health Council and was developed after approval by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center, at the Federal University of Paraíba. **Results:** The identification of the IFC categories allowed the construction of the first version of the Instrument for Multidimensional Assessment of the Elderly Person - IMAEP, structured in two parts: 1) Personal Factors, and 2) Categories Body Functions, Body Structures, Activities and Participation and Environmental Factors. After this construction, the IMAEP was submitted to Content and Appearance Validation by specialists, who suggested small considerations in the content and greater changes in its appearance, which should start with the Environmental Factors component, followed by Activities and Participation and later Structures of the Body and finally Functions of the Body. It was also suggested to include a space to define, based on the multidimensional assessment of the elderly, the multidimensional diagnosis in each of the instrument's components, to facilitate the development of the team's care plan at the end of the instrument. **Conclusion:** It was structured an instrument based on the theoretical model of the ICF, which can be used in the Family Health Strategy, with the main goal of defining the multidimensional diagnosis and the team's care plan for the elderly. The need to continue the study for the development of the clinical validation stage is recognized.

Descriptors: International Classification of Functionality, Disability and Health; Old man; Multidimensional Evaluation; Primary Health Care.

RESUMEN

MEDEIROS, Emilene Nóbrega. **Evaluación multidimensional del adulto mayor a partir de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud**: Construcción de un instrumento. 2021. 230f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2021

Introducción: La evaluación de la salud del anciano tiene como punto de partida la funcionalidad global, la cual debe ser realizada de manera exhaustiva, pues, al ignorarse, existe un compromiso de los sistemas funcionales provocando deterioro cognitivo, inestabilidad postural, inmovilidad, incontinencia. y discapacidad comunicativa. **Objetivo:** Construir un instrumento de evaluación multidimensional del adulto mayor para ser utilizado en la Estrategia Salud de la Familia como base de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud, con el objetivo principal de definir el diagnóstico multidimensional y el plan de atención del equipo. **Método:** Se trata de una investigación metodológica, que se desarrolló en tres fases: 1) Identificación de las categorías de la CIF más relevantes para el cuidado multiprofesional en la evaluación funcional del anciano; 2) Construcción del instrumento para la evaluación multidimensional de la persona mayor; y 3) Validación del contenido y apariencia del Instrumento. La población / muestra de estudio estuvo formada por profesionales de la salud que trabajaron en la Estrategia de Salud de la Familia y aceptaron participar en el estudio. El estudio atendió a los aspectos éticos en la investigación con seres humanos, recomendado por la Resolución No. 466/12 del Consejo Nacional de Salud y fue desarrollado luego de la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud, de la Universidad Federal de Paraíba. **Resultados:** La identificación de las categorías CIF permitió la construcción de la primera versión del Instrumento de Evaluación Multidimensional del Anciano - IEMA, estructurado en dos partes: 1) Factores Personales, y 2) Categorías Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación y factores ambientales. Luego de esta construcción, el IEMA fue sometido a Validación de Contenido y Apariencia, por parte de especialistas, quienes sugirieron pequeñas consideraciones en el contenido, y mayores sugerencias de cambios en su apariencia, que debían comenzar con el componente de Factores Ambientales, seguido de Actividades y Participación, posteriormente. Estructuras del cuerpo y finalmente funciones del cuerpo. También se sugirió incluir un espacio para definir, a partir de la evaluación multidimensional del anciano, el diagnóstico multidimensional en cada uno de los componentes del instrumento, para facilitar el desarrollo del plan de cuidados del equipo al final del instrumento. **Conclusión:** Se construyó un instrumento basado en el modelo teórico de la CIF, que puede ser utilizado en la Estrategia Salud de la Familia, contribuyendo al diagnóstico multidimensional y al plan de atención del equipo de salud del adulto mayor. Se reconoce la necesidad de continuar el estudio para el desarrollo de la etapa de validación clínica.

Descriptores: Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud; Anciano; Evaluación multidimensional; Atención primaria de salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definição da linguagem técnica em saúde funcional	63
Quadro 2 – Descrição dos qualificadores, de acordo com os seus componentes	67
Quadro 3 – Qualificadores da CIF	82
Quadro 4 - Categorias mais frequentes identificadas nos estudos analisados associados a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação de idosos. João Pessoa, 2021	88
Quadro 5 - Resultado das categorias mais relevantes que alcançaram $IVC \geq 0.80$ no primeiro momento da Segunda Fase. João Pessoa-PB, 2021	100
Quadro 6 - Resultado da identificação das categorias mais relevantes que alcançaram $IVC \geq 0.80$ no segundo momento da Segunda Fase. João Pessoa-PB, 2021	104
Quadro 7 - Categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde mais relevantes para a avaliação da pessoa idosa, identificadas pelos avaliadores na Segunda Fase. João Pessoa, 2021	112
Quadro 8 – Apresentação do primeiro arcabouço do IAMPI – João Pessoa – PB, 2021.	121
Quadro 9 – Descrição dos qualificadores da CIF	123
Quadro 10 – Apresentação dos códigos extraídos presentes no IAMPI, após consulta aos avaliadores. João Pessoa – PB, 2021	135
Quadro 11 – Descrição dos qualificadores genéricos do IAMPI. João Pessoa-PB, 2021.	136

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fatores importantes que estão presentes no processo de envelhecimento. João Pessoa – PB, 2020	41
Figura 2 – Avaliação Multidimensional do idoso	42
Figura 3 – Escalas/Instrumentos de Avaliação funcional ou Multidimensional da Pessoa Idosa, utilizados nos estudos entre 2008 a 2019, segundo o enfoque dado. João Pessoa, 2020	48
Figura 4 – Representatividade esquemática da Família de Classificações da OMS. WHO-ICF, 2020	56
Figura 5 – Modelos de Incapacidade de Nagi e da OMS	58
Figura 6 – Modelo de Incapacidade de Verbrugge e Jette, 1994	59
Figura 7 – Estrutura da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF	62
Figura 8 – Componentes da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde – CIF	63
Figura 9 – Exemplificação da categoria por níveis	69
Figura 10 – Modelo Biopsicossocial da CIF	70
Figura 11 – Exemplificação da situação de uma pessoa, na visão do modelo biopsicossocial da CIF	71
Figura 12 – Desenho metodológica do estudo, João Pessoa, PB, 2020	75
Figura 13 – Descrição metodológica da revisão integrativa – primeira etapa do estudo. João Pessoa, PB, 2020	78
Figura 14 – Categorias identificadas nos componentes Funções do Corpo e Estruturas do Corpo nos estudos analisados associados a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação de idosos. João Pessoa, 2019	85
Figura 15 – Categorias identificadas no componente Atividades e Participação nos estudos analisados associados a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação de idosos. João Pessoa, 2019	86
Figura 16 – Categorias identificadas nos componentes Fatores Ambientais e Fatores Pessoais nos estudos analisados associados a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação de idosos. João Pessoa, 2019	87

Figura 17 – Layout da 1ª Parte do IAMPI, contendo os fatores pessoais e outros dados sociodemográficos, João Pessoa – PB, 2021	119
Figura 18 - Layout da 1ª Parte do IAMPI, referente as outras informações fundamentais para avaliação multidimensional da pessoa idosa, João Pessoa – PB, 2021	120
Figura 19 - Estrutura da 2ª parte do IAMPI, João Pessoa – PB, 2021	122
Figura 20 – Exemplo da representação da descrição dos qualificadores da CIF para as Funções do corpo, no IAMPI, João Pessoa – PB, 2021	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos avaliadores da pesquisa de acordo com as variáveis sociodemográficas. João Pessoa-PB, 2020	98
Tabela 2 – Caracterização dos avaliadores da pesquisa de acordo com as variáveis sociodemográficas. João Pessoa-PB, 2020	109

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização dos componentes constantes no instrumento encaminhados para os avaliadores julgarem a relevância de utilização na avaliação funcional da pessoa idosa, segundo ao 1º momento e 2º momento, da Segunda Fase. João Pessoa-PB, 2020	112
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAVD** – Atividades Avançadas de Vida Diária
- ABVDs** – Atividades da vida diária
- AIVD** – Atividades Instrumentais de Vida Diária
- APS** – Atenção Primária a Saúde
- AU** – Autonomia
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- AVD** – Atividades básicas da vida diária
- BVS** – Biblioteca Virtual de Saúde
- BVS-PSI BRASIL** – Biblioteca Virtual de Saúde –Psicologia Brasil
- CCS** – Centro de Ciência da Saúde
- CID** – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CINAHL** – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- COCHRANE** – Cochrane Collaboration
- CORE SET** – Conjuntos Básicos da CIF
- COSAPI** – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa
- CPF** – Cadastro de Pessoa Física
- CRASPI** – Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso
- CRM** – Conselho Regional de Medicina
- DeCS** – Descritores em Ciências da Saúde
- DHI** – Dizziness Handicap Inventory
- DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Grave
- EDG-15** – Escala de Depressão Geriátrica
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- FS** – Funcionamento dos sentidos
- IAMPI** – Instrumento para a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa
- ICHI** – Classificação Internacional de Saúde e Intervenções
- ICIDH** – Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidades e Limitações
- INT** – Intimidade
- IVC** – Índice de Validade de Conteúdo
- LILACS** – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MAISPI – Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa

MEDLINE/PubMed – Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MEM – Morte e morrer

MIF – Medida de Independência Funcional

MS – Ministério da Saúde

NESC – Núcleo de Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNI – Política Nacional do Idosa

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PPF – Atividades passadas, presentes e futuras

PPGENF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública

PS – Participação social

PSF – Programa Saúde da Família

QV – Qualidade de Vida

QVG – Qualidade de vida global

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RG – Registro Geral

RI – Revisão integrativa

SciElo – Scientific Electronic Library Online

SPPB – Short Physical Performance Battery

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TUG – Teste Timed Up and Go

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UNIPÊ – Centro Universitário de João Pessoa

WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life – versão abreviada
(Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS – versão abreviada)

WHOQOL-OLD – Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	18
1 INTRODUÇÃO	22
1.1 Objetivo	31
2 REVISÃO DA LITERATURA	32
2.1 Envelhecimento Humano	32
2.2 Capacidade Funcional e Envelhecimento Saudável	37
2.3 Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	40
2.4 Instrumentos utilizados na Avaliação da Pessoa Idosa	46
3 REFERENCIAL TEÓRICO	55
3.1 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF	55
4 MÉTODO	73
4.1 Tipo de Pesquisa	73
4.2 Considerações Éticas	73
4.3 Etapas da Pesquisa	74
4.3.1 Identificação das Categorias da CIF mais relevantes para o atendimento multiprofissional na Avaliação Funcional da Pessoa Idosa	76
4.3.1.1 Primeira Fase – Identificação das categorias da CIF na literatura	76
4.3.1.2 Segunda Fase – Identificação das categorias da CIF pelos profissionais da área de saúde	79
4.3.2 Construção do Instrumento para a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa - IAMPI	81
4.3.3 Validação de conteúdo e aparência do Instrumento para a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa - IAMPI	83
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	84
5.1 Identificação das Categorias da CIF mais relevantes para o atendimento multiprofissional na Avaliação Funcional da Pessoa Idosa	84
5.1.1 Primeira Fase – Identificação das categorias da CIF na literatura	84
5.1.2 Segunda Fase – Identificação das categorias da CIF pelos profissionais da área de saúde	98
5.2 Construção do Instrumento para a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa - IAMPI	117

5.2.1	Construção da 1ª Parte do Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	118
5.2.2	Construção da 2ª Parte do Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	120
5.2.3	Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – Primeira Versão	125
5.3	Validação de conteúdo e aparência do Instrumento para a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa - IAMPI	133
5.3.1	Versão Final do Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – IAMPI	137
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
	REFERÊNCIAS	153
	APÊNDICES	166
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Avaliadores–Fase 1	166
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Avaliadores–Fase 2	168
	Apêndice C – Carta convite enviada via e-mail para os avaliadores, na Segunda Fase. João Pessoa, 2019	170
	Apêndice D – Categorias relacionadas aos componentes da CIF, identificadas nos estudos analisados na avaliação da pessoa idosa. João Pessoa, 2019	172
	Apêndice E – Elaboração das perguntas por categorias relacionadas aos componentes da CIF, com $IVC \geq 0,80$, na Fase 2, para constituírem o Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – IAMPI. João Pessoa, 2019	197
	ANEXOS	207
	Anexo A – Certidão de Aprovação do Projeto no Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem	207
	Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP	208

APRESENTAÇÃO

O meu percurso acadêmico teve início ao cursar Psicologia no Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ, onde concluí minha licenciatura e título de psicólogo. Durante o curso, escolhi trabalhar com psicologia clínica, por desejar atuar como psicóloga infantil. Ainda como estudante de graduação, ao desenvolver um trabalho prático durante um estágio em uma clínica de internação psiquiátrica, pude conhecer um pouco dos fundamentos da pesquisa, mas no campus universitário essa área, de extensão, não existia.

Ao fim do curso, profissionalmente, a direção que segui foi à docência, inicialmente numa Escola Técnica de Enfermagem e depois em Curso de Graduação e Pós-Graduação *lato sensu* em Enfermagem e na área da Saúde, nas quais cresci com conhecimentos sobre metodologia, planejamentos de aulas, trocas de experiências e de conhecimentos e em conjunto atuei como psicóloga clínica em uma unidade básica de saúde para atendimento ao público cadastrado na Estratégia Saúde da Família - ESF. Nesse momento, deparei-me com o campo da saúde, e os conhecimentos sobre a ESF, que na formação acadêmica não tinha nenhum tópico ou disciplina.

Posteriormente, fui convidada para coordenar o Programa Saúde da Família – PSF, com seis unidades de saúde, com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnicos de saúde bucal, vacinadoras e agentes comunitários de saúde. Um desafio não só profissional, mas também, uma função técnica que exige comportamento de liderança e novas competências, para quem tem formação em Psicologia.

A partir deste momento, precisei buscar aporte técnico, participando de uma seleção do Núcleo de Saúde Coletiva – NESC, do Centro de Ciência da Saúde – CCS, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, para o Curso de Especialização em Saúde Coletiva, o qual fui aprovada e fui orientada pela Professora Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha. Os conhecimentos adquiridos nesse momento, foram colocados na práxis onde, desenvolvi um trabalho de coordenação focado nos pilares da Estratégia Saúde da Família.

Ao concluir a especialização, fui convidada pela Professora Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha para participar da seleção do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública - PPGENF, da UFPB, e ampliar a pesquisa realizada na especialização, incluindo o Programa de Saúde Mental dos municípios paraibanos, tendo o apoio da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba em autorizar o acesso aos relatórios encaminhados pelos municípios com adesão ao programa mencionado, no ano de 2004, o que me proporcionou a ajustar o cuidado mental do município em ações preventivas e da inclusão

de um profissional da psiquiatria que atendesse às necessidades da população atendida naquele município (MEDEIROS; OLIVEIRA FILHA; VIANNA, 2006). Nesse momento, o campo da saúde mental se tornou meu foco de fascinação profissional.

A realização do Mestrado em Enfermagem proporcionou uma base de conhecimentos em saúde pública, além de novos aprendizados com profissionais de enfermagem e de diversas outras formações em saúde, permitindo uma visão ampliada do cuidado. Concomitante à realização do curso, retornei às atividades de ensino, principalmente do ensino superior, quando atuei em uma universidade privada, no curso de Enfermagem, ministrando disciplinas como: Psicologia da Saúde, Metodologia do ensino e orientações em pesquisa. Essa experiência em instituições de ensino superior, fizeram-me aproximar-se ainda mais da pesquisa e, conseqüentemente, exigiu-se buscar por mais conhecimentos e formação com vistas a um possível doutorado.

Ao concluir o mestrado, percebi que a experiência que eu tive, tanto na prática, quanto na construção da própria dissertação intitulada “Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio demográfico dos usuários atendidos nos serviços de saúde em municípios paraibanos”, possibilitou-me buscar por mais conhecimento principalmente voltados a atenção primária em saúde, pensando na saúde como um bem social, que precisa de conhecimento em saúde coletiva, com prestação de uma assistência qualificada e sistemática, com foco na integralidade do cuidado.

A prática profissional, como Psicóloga de Família, inserida em uma equipe multiprofissional, proporcionou a praticidade de todos os conhecimentos adquiridos até então. A convivência com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social e nutricionista fortaleceu o elo entre a teoria e prática que havia recebido até esse momento.

Em 2010 surgiu um convite para egressos da pós-graduação, partindo da mesma orientadora para participação em uma Especialização em Saúde e Envelhecimento do Idoso, oferecido pela Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB em convênio com o Ministério da Saúde. O retorno foi outro momento rico e de aquisição de conhecimento. Esse foi mais um momento na minha formação que fomentou a ideia de debruçar-me a querer estudar a saúde da pessoa idosa.

Essa especialização levou a produção de um artigo, sob a orientação da Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, com foco na identificação dos fatores determinantes para o risco de queda. O artigo proporcionou o reconhecimento da necessidade de formação gerontológica dos profissionais de saúde a terem conhecimento acerca dos fatores de risco de

maior prevalência para quedas, a fim de direcionar ações de prevenção e promoção da saúde a esse grupo populacional, bem como estabelecer os cuidados e tratamentos necessários para indivíduos susceptíveis a esse fenômeno.

Cursar essa especialização aproximou-me do atual objeto de estudo pelo qual me encaminhou a buscar defender minha tese de doutorado.

No que se refere às necessidades de cada um dos idosos, sua realidade, suas limitações, suas deficiências, suas capacidades, o contexto social e ambiental em que vive, seu suporte familiar e sua dinâmica familiar, ampliando contextos maiores que influenciavam negativamente ou positivamente sua saúde, a avaliação mais ampla, que englobe todos esses dados se faz como uma ferramenta global, um instrumento de avaliação multidimensional, que poderá subsidiar a equipe multiprofissional para uma melhor atuação, monitoramento e incentivo à manutenção da autonomia e o autocuidado da pessoa idosa e de sua família. Ter essa ferramenta global que poderá subsidiar a equipe multiprofissional para uma melhor atuação, monitoramento e incentivo à manutenção da autonomia e o autocuidado da pessoa idosa e de sua família é o objeto de estudo.

Esse estudo parte do pressuposto da necessidade de se ter um instrumento que possibilite a avaliação multidimensional da pessoa idosa com uso de uma terminologia específica a funcionalidade, além da otimização de registros precoces de risco para declínios funcionais e com isso lançar meios facilitadores que promovam a saúde dessa faixa etária e que esse instrumento sirva de orientação para toda a equipe de saúde na atenção primária.

A tese será apresentada com seis capítulos na seguinte ordem: Introdução, Revisão da Literatura, Referencial Teórico, Método, Resultados, Discussão, Considerações Finais, e em seguida as Referências, Apêndices e Anexos. Na Introdução, foi apresentada a contextualização da importância de compreender o envelhecimento populacional, como um fenômeno mundial e a influência de múltiplos fatores que influenciam o seu crescimento.

No capítulo da Revisão da Literatura, foram enfatizados os aspectos do envelhecimento humano, como processo dinâmico e natural, com suas alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, suas particularidades com relação a autopercepção do idoso, a estrutura das famílias nos tempos atuais e a necessidade da qualidade de vida cada vez mais funcional. A capacidade funcional, como conhecimento apropriado para entendimento da avaliação multidimensional da pessoa idosa, é uma ferramenta necessária e que precisa ser implantada em sua íntegra e implementada na rede de serviço de saúde, partindo do entendimento da CIF como classificação de saúde individual e coletiva, que busca sistematizar e uniformizar os conceitos diante da potencialidade de um modelo de saúde biopsicossocial.

Quanto ao Referencial Teórico, buscamos apresentar a CIF como uma classificação que pertence à Família das Classificações Internacionais da OMS, as partes que a compõem e enfatizando seu modelo biopsicossocial.

A descrição do Método aborda que se trata de um estudo metodológico, que seguiu as considerações éticas e apreciações pelo Comitê de Ética em Saúde do CCS/UFPB, bem como o desenvolvimento de todas as etapas para um estudo metodológico, descrita por Monteiro (2013), elencadas para a elaboração de instrumento de pesquisa em saúde pública. Foram três as etapas percorridas, neste estudo, a primeira foi a identificação das categorias da CIF mais relevantes para o atendimento multiprofissional na avaliação funcional da pessoa idosa, a segunda promoveu a construção do Instrumento para a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa e, por fim, a terceira, responsável pela Validação de conteúdo e aparência do Instrumento com profissionais que atuam na equipe de saúde, trabalhando com o modelo assistencial Estratégia Saúde da Família.

Quanto a Resultados e Discussão, foram identificadas as categorias da CIF, que discorrem em duas partes: 1) Fatores Pessoais, e 2) Categorias Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Após essa construção o IAMPI foi submetido a Validação de conteúdo e aparência, por especialistas, que sugeriram pequenas considerações no conteúdo, e maiores sugestões de alterações na sua aparência, que deveria iniciar com o componente Fatores Ambientais, seguido de Atividades e Participação, posteriormente Estruturas do Corpo e por fim Funções do Corpo.

Por fim, nas Considerações finais, acredita-se que, apesar de todas os percalços vivenciados no ano de 2020, com a pandemia causada pelo Corona Vírus - Covid-19, e com a necessidade de realizar modificações no desenho metodológico do estudo, o grande ganho do estudo foi o alcance do objetivo proposto, que levou à estruturação do instrumento, embasado no modelo teórico da CIF, o qual pode ser utilizado na Estratégia Saúde da Família, tendo como principal meta a definição do diagnóstico multidimensional e o plano de cuidados da equipe para a pessoa idosa.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial conquistado por muitos países devido a fatores que o determinam como a exemplo do controle de natalidade e melhoria do índice da expectativa de vida, relacionando às melhorias dos indicadores de desenvolvimento humano e avanços das ciências da saúde e políticas públicas até então.

Outros fatores que influenciam esse processo, apontados por outros estudos como elementos que colaboram no desenvolvimento dessa população, são os avanços tecnológicos, que têm como foco a prevenção e a cura de doenças, as melhorias das situações sanitárias, a expansão da conscientização sobre saúde e em alguns países a migração internacional (UNITED NATIONS, 2019; PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015; ORTA, 2014; MARINHO *et al.*, 2013).

As novas projeções populacionais mundiais, fornecidas pela Organização Mundial de Saúde, para o ano 2100 refletem uma série de resultados plausíveis nos respectivos níveis. O relatório não difere das projeções anteriores, entretanto, os números são mais atualizados, os quais levaram em consideração os censos populacionais de 2010 e 2020 (UNITED NATIONS, 2019).

Para uma compreensão melhor, os dados deste relatório mostram o crescimento absoluto e o crescimento percentual, apresentados em três categorias, definidas de acordo com as faixas etárias: 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais, num período de 150 anos (UNITED NATIONS, 2019).

Considerando os números, com relação a população total, em 1950 era de 2,5 bilhões de habitantes, cresceu em 2020 para 7,8 bilhões e deverá chegar ao alcance de 10,9 bilhões de habitantes em 2100. O crescimento com relação ao número de idosos de 60 anos e mais, em 1950, era de 202 milhões, cresceu para 1,1 bilhão em 2020 e deverá chegar em 2100, a 3,1 bilhões, apresentando um crescimento absoluto de 15,2 vezes. Com relação aos idosos de 65 anos e mais, em 1950, era de 129 milhões, passou para 422 milhões em 2020. As projeções para 2100 apontam para o alcance de 2,5 bilhões, resultando em um crescimento absoluto de 19,1 vezes. Já o número de idosos de 80 anos e mais, que era de 14 milhões em 1950, evoluiu em 2020 para 72 milhões, e em 2100 alcançará 881 milhões, terá seu crescimento absoluto 61,7 vezes (ALVES, 2019).

Esse mesmo autor, enfatiza que na população brasileira, o processo de envelhecimento populacional é ainda mais rápido e apresenta percentual de idosos bem acima dos percentuais globais, como descritos nos dados numéricos a nível de população total. Em

1950, era de 54 milhões de habitantes, com projeções de 213 milhões em 2020, e, em 2050, podendo alcançar 229 milhões. Esse número total da população, em 2100, cairá para 181 milhões de habitantes, perfazendo, então, um crescimento absoluto de 3,3 vezes em 150 anos. Quando analisados esses números, de acordo com as faixas etárias descritas anteriormente, para o número de brasileiros idosos, mostra-se sempre uma crescente projeção. Com relação à faixa etária de 60 anos e mais, em 1950, era de 2,6 milhões, em 2020, passou para 29,9 milhões, e deve alcançar 72,4 milhões em 2100, com um crescimento absoluto de 27,6 vezes. Com relação ao número de brasileiros idosos de 65 anos e mais, em 1950, era de somente 1,6 milhões, evoluiu em 2020 para 9,2 milhões e alcançará, em 2100, 61,5 milhões, estimando o crescimento absoluto em 38,3 vezes. Por fim, na faixa etária de 80 anos e mais, o número de brasileiros idosos, em 1950, era de 153 mil, alcançou, em 2020, 4,2 milhões e, em 2100, chegará em 28,2 milhões. Seu crescimento absoluto foi no valor impressionante de 184,8 vezes em 150 anos.

Em termos gerais, o envelhecimento populacional, tanto no cenário global quanto no cenário brasileiro, impressiona e serve de alerta, principalmente, em relação a demanda dos serviços especializados que esse grupo populacional precisa, tanto para as esferas governamentais, quanto para as políticas públicas, que otimizem essa faixa etária a terem condições de saúde satisfatórias, para a pesquisa, para os profissionais de saúde e para a população como um todo. A leitura final desses dados é um grande sinalizador de que o futuro do século XXI será grisalho, período em que o mundo alcançará cifras recordes de idosos e que muitas nações terão que se preparar para as consequências de uma alta razão de dependência demográfica (ALVES, 2019).

O crescimento do envelhecimento populacional de forma progressiva sem a tomada de decisões a esse grupo, no que diz respeito, a execução das políticas públicas e do planejamento de saúde, o transformam em um fenômeno difícil para ser tratado no Brasil, ocasiona profundas consequências na estruturação das Redes de Atenção à Saúde – RAS, além do alargamento do topo da pirâmide etária, observado pelo crescimento da participação relativa desta população idosa, que estima um pico populacional de 229,6 milhões de idosos em 2045 e, juntamente com todos os fatores determinantes do envelhecimento populacional já mencionados, acarreta mudanças no perfil demográfico e epidemiológico (ALVES, 2019).

A essas necessidades de mudanças, no campo da saúde da pessoa idosa, há anos já se têm preocupações com seus impactos. Na busca por amenizá-las, em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso – PNI, que só foi regulamentada em 1996. Ela previa garantir os direitos sociais à pessoa idosa e vem defini-la, como aquela com idade igual a 60 anos ou mais. Em seguida, ocorreu a publicação do Estatuto do Idoso, em 2003, onde reafirmou os direitos

das pessoas idosas, e cabendo ao Sistema Único de Saúde – SUS garantir saúde, por meio de uma atenção integral a essa população (BRASIL/MS, 1996; BRASIL/MS, 2003).

Na área da saúde, uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, foi publicada em 1999, que reafirmava os princípios da PNI e, para melhor operacionalização, foram publicadas portarias referentes à regulamentação e o funcionamento das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, pautadas principalmente nos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso – CRASPI, por meio das Portarias GM/MS nº 702/2002 e SAS/MS nº 249/2002, respectivamente (BRASIL/MS, 2006; BRASIL/MS, 2002).

A OMS publicou orientações e informações para discussões que promovessem um envelhecimento saudável e ativo como diretriz para a política de saúde baseada nos pilares da saúde, da participação e da segurança, cujo seu objetivo maior seria aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (OMS, 2005).

A Portaria nº 2.528, publicada em 2006, recomendava que os órgãos e entidades do MS, promovessem a elaboração ou readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades neles estabelecidos, inclusive, propondo a revisão das Portarias nº 702 e 249, de 2002. Surgiu uma versão atualizada da PNSPI, estabelecendo como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, considerando a condição de funcionalidade entendendo que a incapacidade funcional e suas limitações não são consequências inevitáveis do processo de envelhecimento. Nesse documento, enfatiza-se que o principal problema para o idoso é a perda precoce da capacidade funcional, ocasionando risco para declínio de sua saúde e até para a morte prematura (BRASIL/MS, 2006).

A Portaria nº 399/GM, que divulga o Pacto pela Saúde, enfatiza a saúde do idoso como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. Nesse documento, se almeja que ocorra a implantação da PNSPI, buscando a atenção integral e suas diretrizes (BRASIL/MS, 2006).

São diretrizes da PNSPI: Promoção do envelhecimento ativo e saudável, Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção, Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, Estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social, Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa, Divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários

do SUS, Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa, e Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL/MS, 2006).

As diretrizes desta política requerem discussões ou direcionamentos de ações para o seu cumprimento, a mesma descreve conceitos e alinhamento do que será importante ofertar à população idosa, devido a sua complexidade na saúde, na área social, nos seus direitos, nas suas necessidades de infraestrutura, habitação e estrutura familiar.

A portaria enfatiza como é importante a necessidade de promover o envelhecimento ativo e saudável, e fazer promoção da saúde em qualquer fase da vida. Estruturar a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por meio de moldes de linhas de cuidado, tendo o idoso e suas necessidades e direitos como foco, facilitando o acesso a qualquer nível de atenção (BRASIL/MS, 2006).

Com relação à atenção integral à saúde da pessoa idosa, é imprescindível traçar o cuidado desde a atenção básica, incorporando mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, tanto a nível ambulatorial quanto domiciliar, quanto na atenção especializada, utilizando de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa, para que não perca a integralidade da atenção, por meio da reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência e a abordagem multiprofissional e interdisciplinar, constantes na prática de cuidados a essa população. Esse último, em especial, deve também levar em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos, bem como o ambiente em que vivem (BRASIL/MS, 2006).

É importante mencionar que a operacionalização desta política abará a sistematização de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação, permitindo que se verifique o alcance de seu propósito, seu impacto sobre a saúde dessa população idosa, bem como a necessidade de adequações que se fizerem necessárias. Exigindo que se cumpra as responsabilidades definidas para as esferas federais, estaduais e municipais de saúde, bem como o compromisso internacional assumido pelo país em relação ao cumprimento da atenção à saúde da pessoa idosa.

No Brasil, existem políticas públicas destinados especificamente a população idosa, entretanto elas precisam ser referendadas e questionadas quando a sua prática social. Apesar de tantos avanços, ainda existem vários desafios relacionadas às crescentes demandas e poucos espaços de cuidados; a conjunção qualidade de vida e envelhecimento; ao binômio saúde/doença em paralelo com as políticas de prevenção e promoção da saúde; ao envelhecimento ativo e saudável, e outro destaque é a afirmação de que a saúde da pessoa idosa,

não é apenas física, ela perpassa por diversos contextos como sociais, culturais, psicológicos, familiares, políticos e espirituais (RODRIGUES; MEDEIROS; MEDEIROS, 2020).

O propósito da PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia, capacidade de gerir a própria vida, e a independência, capacidade de cuidar de si mesmo, dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL/MS, 2006).

Apesar do tempo de existência desta portaria, dentre suas considerações a respeito dos cuidados com a pessoa idosa, o contexto que a mesma possui em responder às demandas dessa população mais frágeis dentre a população em maior risco de vulnerabilidade, há o destaque para a incapacidade funcional como possível consequência do curso entre o envelhecimento populacional e o aumento de doenças e as condições de saúde do idoso. A própria política já destacava a CIF como ferramenta para descrever os conceitos envolvidos nesse processo de limitações que o indivíduo iria experimentar como consequências inevitáveis do próprio envelhecimento (BRASIL/MS, 2006).

Com o propósito de implementar essa política, foram validadas, no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS, elaborado pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa - COSAPI e o seu Comitê Assessor, formado por gestores, acadêmicos e especialistas na área de saúde da pessoa idosa (BRASIL/MS, 2014).

As Diretrizes Nacionais destacam os principais conceitos e orientações nacionais a serem considerados pelo conjunto de ações, serviços e programas dirigidos à atenção integral à saúde das pessoas idosas, à identificação das especificidades da população idosa que devem ser consideradas em todo o processo de produção de cuidado pelas equipes, serviços e ações de saúde, bem como às estratégias para organização da atenção à saúde da população idosa no SUS, a partir do Modelo de Atenção Integral (BRASIL/MS, 2014).

Esse modelo enfatiza a seriedade e o potencial do trabalho em rede e a importância da articulação intersetorial e sistematiza as orientações norteadoras para organizar o cuidado à essa população específica. Sua proposta se baseia nas necessidades da população idosa, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença (BRASIL/MS, 2014).

O delineamento do Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa – MAISPI, preocupa-se com o cuidado particular para cada pessoa idosa, com suas demandas próprias, seu contexto familiar e a identificação dos seus fatores de riscos que merecem intervenções. Faz-se necessário mensurar a garantia do acesso, o acolhimento e o cuidado humanizado da população

idosa nos serviços de saúde como imprescindível para o alcance de sua meta (BRASIL/MS, 2014).

Esse cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência e autonomia possível. Esse destaque para a capacidade funcional na velhice, paradigma da PNSPI, traduz o conceito de saúde na população idosa, pela condição de autonomia e independência e a presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL/MS, 2014; BRASIL/MS, 2006).

Diante dessa amplitude de conceitos para a prática assistencial e o alcance do que se deseja com a PNSPI, exige-se uma ferramenta capaz de realizar uma avaliação mais ampla, consequentemente, surge a implementação da avaliação funcional individual e coletiva, para estabelecer critérios de riscos dessa população.

Sabe-se que é possível, com uma avaliação funcional, determinar o grau de dependência da pessoa idosa, identificar alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária – AVD e a proporção de idosos independentes, que são aqueles capazes de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as AVD's; e os tipos de cuidados que são necessários para cada grau e assim contribuir para que, a população idosa possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade de vida. (BRASIL/MS, 2006; 2007).

Na prática, a política não conseguiu ser amplamente implantada e, consequentemente, executada em sua íntegra, conseguindo alcançar seu objetivo maior. Identificados como barreiras para sua implementação, estão o fato de que o processo de cuidar na ESF não diferencia a assistência ao idoso à do adulto, apesar da consolidação da atenção primária como porta de entrada à fragmentação do sistema de saúde e a ausência de um modelo de atenção à saúde da pessoa idosa ainda são grandes limitadores da assistência a essa população, agravados pela deficiência dos recursos humanos e o cenário de desvalorização social da velhice (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2018).

Outro fator obstatante para a implementação desta política, no dia a dia da equipe multiprofissional, é o grande número de instrumentos, escalas e questionários aplicados para a realização da avaliação funcional da pessoa idosa. Mesmo tendo as equipes da atenção primária à saúde, o referencial da avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa, descrita no Caderno de Atenção Básica – envelhecimento e saúde da pessoa idosa, a ferramenta exige tempo, retornos às consultas, inclusão de outras escalas, outros questionários, aumento dos custos, pouca clareza e praticidade, dificultando a prática profissional e, consequentemente, não ocorrendo uma sistematização da assistência qualificada e focada para as necessidades da população idosa.

Estudos validam a importância do uso de instrumentos essenciais no rastreamento de incapacidades que são muito utilizados nas práticas de saúde, principalmente no campo da geriatria e gerontologia. Tais instrumentos muito utilizados são: o Mini Exame do Estado Mental, a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, a Escala de Barthel, o Índice de Katz, a Medida de Independência Funcional, a Escala de Lawton & Brody, o Teste *Timed Up and Go*, o WHOQOL-BREF, APGAR de Família, o WHOQOL-OLD, a Escala de Equilíbrio de Berg, o Teste de Fluência Verbal, de forma individual, agrupadas com outros instrumentos (RIBEIRO *et al.*, 2018; CHAMPAGNE *et al.*, 2018; MOLINA *et al.*, 2018; ALLENDORF *et al.*, 2016; LIMA; ARAÚJO; SCATTOLIN, 2016; MENEZES *et al.*, 2016; NUNES *et al.*, 2016; OLIVEIRA NETA *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2015; FONTES *et al.*, 2015; LACY, KAEMMER; CZIPRI, 2015; SOUZA *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2014; RAZALI *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2014; TUIJL *et al.*, 2012; MENEZES *et al.*, 2011; TAVARES *et al.*, 2011; TORRES *et al.*, 2010; TORRES *et al.*, 2009a; TORRES *et al.*, 2009b; BICCA; ARGIMON, 2008).

O envelhecimento é um fenômeno progressivo e multifatorial, evidenciam-se como principais características as mudanças na composição corporal, redução progressiva na capacidade fisiológica, habilidade reduzida para responder tais estímulos ambientais e aumento da suscetibilidade e vulnerabilidade para doenças crônicas, que podem potencializar os decréscimos resultantes desse processo, com as alterações ou perdas da capacidade funcional, perda de massa e força muscular, tendo impacto negativo na mobilidade do idoso (ALLENDORF *et al.*, 2016).

Entretanto, pode-se envelhecer sob o aspecto positivo da habilidade dos relacionamentos sociais, da sabedoria e experiência. Porém em relação as perdas advindas com o processo de envelhecer, no que se refere aos aspectos negativos, ressalta-se principalmente do ponto de vista fisiológico, possíveis síndromes geriátricas decorrentes do não funcionamento adequado dos sistemas funcionais principais, compostos pela cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação, que se manifesta no desenvolvimento da incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência, imobilidade e incapacidade de se comunicar efetivamente. Essas síndromes requerem conhecimentos à luz dos fundamentos da gerontologia, por serem muito complexas nesta população, exigindo ações específicas não contempladas pelas redes existentes e o não conhecimento das particularidades próprias do processo de envelhecimento por parte dos profissionais de saúde, suscitando uma piora da saúde do idoso, provocando também as iatrogenias (ARAÚJO *et al.*, 2015; BRASIL/MS, 2014; MORAES 2014; 2012; TORRES *et al.*, 2010; VERAS, 2009).

Apesar de todo o avanço referente ao cuidado à pessoa idosa, ainda se faz presente nessa população o declínio das capacidades físicas e mentais, os fatores de risco e as doenças crônico-degenerativas, ocasionando grau de dependência juntamente com os aspectos negativos anteriormente descritos, estabelecendo quadros de limitações, de quedas, de descompensação de quadros clínicos, polimedicções, dinâmica familiar adoecida e sensação, por parte dos idosos de incômodo para seus familiares, interferindo no seu bem-estar e funcionalidade.

A insuficiência familiar, considerado outro aspecto importante, é vista como um elemento fundamental para o bem-estar biopsicossocial, sendo capaz de modular o funcionamento do indivíduo reduzindo ou exacerbando suas incapacidades, apontada pelo próprio idoso como o principal responsável pelo atendimento de suas demandas sociais e de saúde (MORAES, 2014; MOTA *et al.*, 2010; BRASIL/MS, 2007).

A família vem sofrendo modificações significativas em sua estrutura e organização, como também envelhecendo. Mota *et al.* (2010) enfatizam que essas modificações e as transformações estão relacionadas à inserção da mulher no mercado de trabalho, à redução progressiva das taxas de fecundidade, ao controle das taxas de natalidade e às mudanças nos âmbitos social, cultural, econômico e político.

As consequências de tais transformações são diariamente vistas nos serviços de saúde, no ambiente domiciliar e nos consultórios médicos, com redução do número de familiares como cuidadores, com institucionalizações em casas de repouso ou lares de idosos. Dessa forma, faz-se necessário avaliar sempre a funcionalidade para que com isso, perceba-se as mínimas alterações que afetam a vida da pessoa idosa para que ela consiga chegar no limite máximo de vida com preservação da sua funcionalidade máxima e possível, promovendo a saúde.

Para que a população idosa consiga compreender o processo de envelhecimento ativo, mesmo diante da presença de doenças crônicas, sempre identificando suas limitações e preservando sua capacidade de escolha, através da expressão de sua vontade de viver e satisfação em tudo que faz, é imprescindível que a funcionalidade global seja o ponto de partida para a uma avaliação da saúde do idoso.

Para tanto é necessário que essa avaliação da saúde do idoso, precisa ser realizada de forma minuciosa, utilizando-se de todos os informantes, familiares ou não, desde que convivam com o paciente e sejam capazes de detalhar o seu desempenho em todas as atividades de vida diária. A presença de declínio funcional não pode ser atribuída ao envelhecimento normal, e sim às incapacidades mais frequentes no idoso (MORAES, 2014; 2012).

Na conclusão de seu estudo, os referidos autores sugerem a realização de mais estudos que tratem da perda da independência funcional dos idosos, assim como o desenvolvimento de

políticas públicas voltadas aos idosos, e cuidadores que residem na comunidade. Fazem considerações acerca da utilização de instrumentos de avaliação da capacidade funcional, que abordem atividades instrumentais da vida diária e atividades avançadas da vida diária, buscando obter resultados que beneficiem não só o idoso, estimulando a prevenção de incapacidades, como também os cuidadores, por meio da prevenção de sua sobrecarga (GRATÃO *et al.*, 2013).

Diante desta realidade, presente nessas duas primeiras décadas do século XXI, existe a necessidade da integralidade do cuidado, a qual é essencial para toda a comunidade, mas, para tanto, são necessárias adequações também nos serviços de saúde e, como já descrito, nas políticas de saúde para a população idosa, bem como para compreensão do idoso sobre o processo de envelhecimento e seus cuidados e a família que também envelhece. Em seu estudo sobre o processo de cuidar em instituições de longa permanência de idosos, Medeiros (2014) descreve a necessidade do uso de instrumentos de identificação de risco, numa visão integral do cuidado, visando à postergação do início das doenças de forma mais precoce possível.

Discussões referentes à capacidade funcional, principalmente na população idosa, escalas, instrumentos de avaliação e protocolos assistenciais são necessários e devem ser instituídos desde os serviços primários até os serviços terciários de saúde, buscando focar a multidimensionalidade da saúde do idoso presente no processo de envelhecimento, naturalmente.

Como base para compreender toda a visão biopsicossocial que a saúde do idoso requer, deve-se lembrar que a CIF,

[...] contempla nas definições, os aspectos físicos, ambientais e subjetivos do indivíduo e da sua saúde ao deixar claro que a funcionalidade abrange todas as funções e sistemas do corpo, atividades e participações do indivíduo tanto na perspectiva individual como social e os aspectos positivos do indivíduo na relação com fatores pessoais e ambientais (SPOSITO *et al.*, 2010, p 82).

Infere-se que o desenvolvimento e a utilização de um Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, tendo como base a CIF, podem contribuir na definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados da equipe, bem como na melhoria da qualidade da prestação da assistência à pessoa idosa e aos seus familiares, com foco na APS por meio da ESF.

Para atendimento dessa tese, esse estudo tem como questão norteadora: A construção de um Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, tendo como base a CIF, levará ao diagnóstico multidimensional e ao plano de cuidados da equipe na assistência à pessoa idosa e seus familiares?

1.1 Objetivo:

- Construir um instrumento de avaliação multidimensional para a pessoa idosa para ser utilizado na Estratégia Saúde da Família, fundamentado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, tendo como principal meta a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados para a equipe de saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Envelhecimento Humano

Compreendido como um processo natural, a senescência caracteriza-se pela diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, em condições normais, não provocando problemas. Em condições de sobrecarga, decorrente das doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica, um quadro de senilidade, que pode ter seus efeitos minimizados quando adquirido um estilo de vida mais ativo (BRASIL/MS, 2007 p.8).

As mudanças decorrentes do envelhecimento são complexas desde o nível biológico, em que o acúmulo gradual de uma ampla variedade de danos moleculares e celulares leva o indivíduo a uma diminuição gradual nas reservas fisiológicas, a um risco aumentado de muitas doenças e a um declínio geral na capacidade do mesmo, que resultará em morte (FONTANA, 2015; OMS, 2015).

Outra mudança significativa é a idade avançada que, frequentemente, acarreta mudanças de papéis e posições sociais e a necessidade de lidar com a perda de relacionamentos íntimos, bem como, a nível fisiológico, além das alterações subjacentes, o aumento do risco de doença crônica, tornando-se mais visíveis as perdas relacionadas à audição, visão e movimento e doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardíacas, derrame, distúrbios respiratórios crônicos, câncer e demência (OMS, 2015).

No seu percurso natural, como uma etapa do desenvolvimento humano, o envelhecimento é acompanhado de diversas alterações fisiológicas, morfológicas, bioquímicas, emocionais e psicossociais, contemplando questões multidimensionais, envolvidas por diferentes preditores que são influenciados no percurso de vida e se tornam determinantes para que os indivíduos se tornem vulneráveis e susceptíveis ao declínio funcional, com os surgimentos das doenças (MAIA *et al.*, 2020; MENEZES *et al.*, 2018; OMS, 2015).

Apesar das multifacetas do envelhecimento, do risco aumentado das multimorbidades, das interferências da história de vida de cada indivíduo, das influências ambientais, entre outros fatores que intervêm nos estados de saúde na terceira idade e que não são capturados pelas classificações tradicionais de doenças, é possível discutir o envelhecimento como um processo valioso, por vezes desafiador, em que “[...] *é bom envelhecer e que as sociedades estão em melhor situação por terem essas pessoas mais velhas*” (OMS, 2015, p.27).

Não há como retardar essa fase do desenvolvimento humano, pois ela é um processo dinâmico e progressivo no qual as diversas alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas do organismo tornam-no mais vulnerável. Entretanto, o papel da saúde se fortalece, pois, contribui para que esse processo ocorra de forma mais agradável, atuando em aspectos que vão além do próprio processo saúde-doença (NOGUEIRA; MIRANDA, 2012).

Nos dias atuais, é possível o envelhecimento saudável e bem-sucedido devido à longevidade alcançada por muitas pessoas e pela qualidade de vida de muitos, que desde cedo incluíram em suas rotinas hábitos saudáveis, livres de vícios, má alimentação, cuidados com sono e repouso, ciclo de amizade, projetos de vida, mesmo após aposentadoria, e uma rotina de atividade física (VICENTE; SANTOS, 2013).

Sabe-se que essa adoção de comportamentos saudáveis ameniza a deterioração física particular que limita a capacidade funcional decorrente do envelhecimento, associados às comorbidades e, consequentemente, o comprometimento da qualidade de vida do idoso. Promover a saúde com foco em aspectos relacionados à funcionalidade, mantendo-os mais independentes funcionalmente durante o maior tempo possível, é um dos pontos fundamentais para que o idoso tenha um envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido (MAIA *et al.*, 2020; NOGUEIRA; MIRANDA, 2012).

Desfrutar de uma velhice ativa e saudável não significa somente ampliar a quantidade de anos vividos, mas investir no aumento da expectativa de vida, para que os anos sejam vividos com boa disposição e saúde física e mental. A velhice deve ser definida como uma fase admirável da vida (VICENTE; SANTOS, 2013; BRASIL, 2017).

Com o aumento da expectativa de vida e as possíveis modificações físicas, psicológicas e sociais causadas pelo envelhecimento, torna-se de fundamental importância propiciar uma boa qualidade de vida a essa população (SPOSITO *et al.*, 2013).

Nesse sentido, para entender a qualidade de vida como um conceito amplo que engloba a saúde física e o nível de independência, as relações sociais, o estado psicológico, as crenças e o meio ambiente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) a definiu como “[...] *a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações*” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p.1405).

Diretamente ligada à qualidade de vida, surge a capacidade funcional como um novo parâmetro de saúde, e manter essa capacidade funcional pelo maior tempo possível favorece a independência e a autonomia da pessoa que envelhece, construindo, assim, o conceito de

envelhecimento ativo, que pressupõe a independência funcional como seu principal marcador de saúde (LIMA; ARAÚJO; SCATTOLIN, 2016).

Em 2002, na 2ª Assembleia Mundial do Envelhecimento Humano, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em Madri-ES, almejou-se propor uma diretriz que focasse o Envelhecimento Ativo como prioridade para o século XXI. Tinha como um de seus objetivos garantir um envelhecimento com segurança e dignidade em todas as partes do mundo e que o idoso pudesse continuar participante como cidadão com plenos direitos (RODRIGUES *et al.*, 2007).

Como uma forma de produzir material informativo e suporte técnico à mobilização da sociedade para a promoção da saúde da população idosa, criou-se um documento intitulado “*Envelhecimento Saudável – Uma Política de Saúde*”, no qual o envelhecimento ativo é definido como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (OPAS/OMS, 2005).

Esse documento, objetiva aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade para todas as pessoas que estão envelhecendo, onde qualidade de vida é considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OPAS/OMS, 2005).

Não há uma preparação para a chegada da velhice em nenhuma das partes envolvidas: indivíduos, famílias e governantes, que formam uma tríade. Diante disso, é preciso que cada um dos indivíduos planeje e se prepare para a velhice, pessoalmente, na adoção de uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida, trazendo, para cada indivíduo, o compromisso de agir, tomando como base a ideia de que os determinantes sociais relacionados à saúde são produtos da ação das pessoas (PELLEGRINI FILHO, 2011; FARIAS, 2010).

Para uma compreensão qualificada por parte dos envolvidos no processo de envelhecer, inicialmente, o próprio indivíduo necessita ter conhecimento sobre os aspectos naturais do envelhecimento, que é algo progressivo, gradativo e natural (MENEZES *et al.*, 2018).

A OMS considera idosas, em países de terceiro mundo, pessoas com idade a partir de 60 anos, e, em países do primeiro mundo, pessoas a partir de 65 anos (CUNHA; CUNHA; BARBOSA, 2016). Essa definição serve para nortear as políticas públicas e sociais decorrentes das necessidades específicas dessa população, mas, para uma parte das pessoas, busca-se rótulos para atenuar a velhice,

“... mas nem tudo é tão simples, já que o próprio termo melhor idade, assim como maturidade, maior idade, futuridade, além da terceira (e agora a também quarta) idade, são claramente usados para substituir o termo velhice, em uma tentativa de qualificar positivamente essa fase” (BARBIERI, 2012, p. 116-117).

A autopercepção do idoso é multidimensional e gera interferências em sua saúde, pelo simples fato de ser entendida como a interpretação que a pessoa faz dos conhecimentos adquiridos e da experiência vivida. O aparecimento desses aspectos torna sensível ou não a visão das implicações de seus hábitos, rotinas, vícios, que podem ser tanto um qualificador de sua autonomia ou um desqualificador de sua qualidade de vida (SANTOS; NEVES; FEITOSA, 2017; MARI et al, 2016; CARDOSO, 2012; ALVES, LEITE; MACHADO, 2010).

É nessa realidade em que os governos se tornam uma das partes mais envolvidas, levando em consideração o aumento significativo da longevidade de uma população idosa cada dia maior, e traz consigo aumento dos índices de morbidade, maior proporção de agravos e aumento dos custos médicos, ocasionando no estrangulamento das fontes financeiras (COSTA et al., 2015; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Partindo da necessidade de reestruturar o modelo assistencial que contemple a saúde do idoso, em sua abrangência e diversidade das suas condições de saúde, considerando as características e peculiaridades, é necessário redesenhar o sistema de atenção à saúde, com foco nas particularidades do processo de envelhecer, elaborando políticas públicas que possibilitem uma assistência integral à saúde do idoso, que favoreçam o acesso a bens e serviços e sua integração e participação na comunidade para o alcance de uma envelhecimento digno e ativo (MAIA et al., 2020; WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010; VERAS, 2009).

Com tantas modificações, o núcleo familiar também sofre mudanças, as quais são afetadas com a necessidade de novos cuidados e com as limitações das pessoas. Em sua maioria, essas pessoas eram responsáveis pelo lar e passam a ser coadjuvantes nesse processo, e não mais atores. Exigem de outros, de forma repentina, a capacidade de dedicação diária, uma atenção constante de uma escuta, observação e até mesmo suporte econômico (SILVA et al., 2014; SOUZA et al., 2014).

A família é uma construção social influenciada pela cultura, pelo contexto histórico e pelas relações, e funciona internamente por meio de três componentes: estrutura, desenvolvimento e adaptação. No aspecto referente à estrutura, estão presentes as atribuições, as normas e as regras que são construídas por meio de padrões sociais e culturais, os quais determinam o comportamento de todos os membros. Apesar de cada indivíduo vivenciar de forma única os acontecimentos, o desenvolvimento desse processo pode gerar crises,

resistências e desavenças decorrentes dos momentos de equilíbrio, desequilíbrio e adaptação. Retratando o processo de adaptação, as famílias têm de se adequar às mudanças preservando sua estrutura interna. Todo esse conhecimento é para que a qualidade de vida dos idosos seja uma realidade, e não um sonho inalcançável. As partes envolvidas precisam compreender todos os fatores envolvidos e onde cada um está inserido (DUARTE, 2001).

O apoio familiar é descrito por Aguiar *et al.* (2011) como um dos aspectos basilares na atenção à saúde do idoso e visto como o modelo de cuidado mais defendido e preconizado, colocando a família como corresponsável pelos cuidados dos idosos. Essa corresponsabilidade está explícita no art. 229 da Constituição Federal de 1988, que versa “...os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. (BRASIL, 1988, p.133).

Sposito *et al.* (2013) fazem menção a conceitos de autores importantes, defendendo que a qualidade de vida é a combinação de indicadores subjetivos demonstrados por meio de sensações de relações afetivas, como felicidade e satisfação, saúde percebida, autocontrole, estresses e competência social, influenciada por condições objetivas, como as condições de saúde, as relações sociais, a realização de atividades, que influenciam diretamente a satisfação com viver.

Para o alcance da independência funcional das pessoas idosas, é preciso minimizar as consequências do processo de envelhecimento, perceber que apesar do envelhecimento individual não ser decorrente do declínio funcional, ele é fator de risco, tornando-se responsável no acúmulo de condições crônicas de saúde para a pessoa idosa, consequentemente aumentando os custos para o sistema de saúde (MAIA *et al.*, 2020)

Os mesmos autores enfatizam a importância das partes envolvidas para o alcance da longevidade com qualidade de vida para a pessoa idosa, as quais precisam estar entrelaçadas, desveladas e harmônicas. É conspícuo que, numa perspectiva de sistematizar esse cuidado, o envelhecimento bem-sucedido seria o vetor resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica”. (MAIA *et al.*, 2020).

O bem-estar na velhice - o alcance da saúde integral na velhice é resultado do equilíbrio entre as dimensões da capacidade funcional do idoso e seu ambiente, perspectiva essa assumida nas orientações da linha de cuidado para saúde do idoso do MS e da OMS, que amplia a concepção de envelhecer, em que ter enfermidades controladas, chegarem a não apresentarem limitações, conduzirem uma rotina de vida e a satisfação com a vida (MAIA *et al.*, 2020)

2.2 Capacidade Funcional e Envelhecimento Saudável

A OMS (2015) reputa, como termo mais apropriado, o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada, suscitando discussões em torno dos estereótipos ultrapassados, com relação a idade, bem como a necessidade de mudanças decorrentes das transformações de nossa população, do aumento significativo da longevidade.

É importante ressaltar que se pode envelhecer da mesma maneira como se vive, mas nada impede de modificar hábitos prejudiciais à saúde. Segundo Vicente e Santos (2013), tudo irá depender da motivação para tal, do suporte e do acesso que encontramos, principalmente nos serviços de saúde. Por isso um dos pilares importantes para a melhoria de assistência é o foco dos serviços de saúde em ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e ao acesso equitativo aos cuidados de qualidade para, então, promover o envelhecimento saudável.

Tal alteração no perfil populacional, decorrente de fatores diversos, como avanços tecnológicos, queda na fecundidade e mortalidade, melhorias nos serviços de saúde e aumento da expectativa de vida, incita os serviços de saúde a urgentemente readaptarem-se, focando não só no diagnóstico das incapacidades dos idosos, mas das capacidades que ainda persistem, atuando de forma sistemática e qualificada, proporcionando bem estar, uma visão de vida positiva e uma busca de manter a autonomia, por meio de um cuidado integral (COSTA *et al.*, 2015; SANTOS, CUNHA, 2014; COUTINHO *et al.*, 2013; AGUIAR *et al.*, 2011; VERAS, 2009).

Para a população, almejar que a mesma possa viver independente, ter condições de realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, exige dos profissionais de saúde um foco na capacidade funcional, como novo paradigma de saúde para essa população (COSTA *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2015; SANTOS, CUNHA, 2014; BRASIL/MS, 2014).

A condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio, ter a capacidade de tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se de um local para outro, manter a continência, preparar refeições, controlar as finanças, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone/celular e caminhar certa distância, são definidos como critérios de avaliação da capacidade funcional, conceituada como a capacidade do indivíduo para a realização de atividades relacionadas à sua sobrevivência (FREITAS *et al.*, 2012; TORRES *et al.*, 2010).

Avaliar o estado de saúde do idoso utilizando, exclusivamente, estatísticas de mortalidade e morbidades, pode não fornecer um quadro detalhado e efetivo das reais condições de vida e saúde desse indivíduo. São necessários indicadores de morbidade que abordem as incapacidades, que descrevam o impacto da doença/incapacidade sobre a família, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Nesse contexto, a avaliação funcional seria a estratégia de maior alcance de informações que estão inseridas na vida do idoso, permitindo um planejamento assistencial mais adequado, verificando, de forma sistematizada, em que grau as doenças impedem a sua capacidade funcional, seu campo de conhecimento e da prática, que se constrói de forma cumulativa, necessitando muitas vezes de uma e mais escalas de avaliação da capacidade funcional (SANTOS; CUNHA, 2014).

É conspícuo o quanto essa avaliação se torna imperiosa para detecção da funcionalidade do idoso, para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas (COSTA *et al.*, 2017; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Torna-se, portanto, urgente a implantação e implementação de um instrumento de avaliação funcional, com foco nas informações sobre a vida do idoso e verbalizada pelo próprio indivíduo, pelos profissionais que cuidam e pelos familiares e cuidadores, identificando pontos básicos, porém muito relevantes para a promoção de um envelhecimento saudável. Sua maior consequência é descrita por Nogueira e Miranda (2012), quando citam que

[...] a avaliação funcional permite detectar situações de risco, identificar áreas de disfunção e necessidades, monitorar o declínio funcional do idoso, estabelecer um plano de cuidado adequado às demandas assistenciais identificadas, identificar a necessidade de utilização de serviços especializados e, estabelecer elos para a compreensão multidimensional de cada caso em particular (p.315).

Visto como foco da intervenção geriátrica e gerontológica, o declínio funcional é a principal manifestação de vulnerabilidade, independentemente da idade do paciente, fazendo surgir uma atenção maior ao termo fragilidade, utilizado para descrever o idoso com maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte (BRASIL/MS, 2014; MORAES, 2012).

Apesar de não se ter um consenso sobre o conceito de fragilidade, termo que começou a ser utilizado desde a década de 1980 (LANA; SCHNEIDER, 2014; MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014), a definição mais utilizada ainda é a de Fried *et al.* (2001), que definiu algumas

exigências para o diagnóstico de síndrome de fragilidade, baseadas na presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fadigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física e lentificação da marcha.

Nessa classificação, subestima-se a importância de outros determinantes da funcionalidade global, como a cognição, o humor e a comunicação, além de outros indicadores de mal prognóstico, como a presença de polipatologia, polifarmácia, internação hospitalar recente, idade avançada e risco psicossóciofamiliar elevado, descrito como a insuficiência familiar, já representada por outros autores como fundamentais para a avaliação da funcionalidade do idoso. Outros critérios de fragilidade valorizam a idade ou a utilização excessiva dos serviços de saúde. O reconhecimento dos idosos frágeis é fundamental para o planejamento das ações em saúde (MEDEIROS *et al.*, 2014; MORAES, 2012).

Diante das várias definições, o termo fragilidade, dependendo da dimensão utilizada como referência, dificulta sua padronização e operacionalização na prática clínica e na comparação entre diferentes estudos (MORAES *et al.*, 2016; GORDON; MASUD; GLADMAN, 2014; RODRIGUES-MAÑAS *et al.*, 2013).

Na perspectiva da funcionalidade e da maior vulnerabilidade, a presença de declínio funcional é definida como o principal determinante da presença de fragilidade, entendida como uma condição clínica que predispõe o risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte, por sua vez o declínio funcional pode ser estabelecido ou iminente. Idosos com comprometimento dos sistemas funcionais principais e suas incapacidades (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana e incapacidade comunicativa) são portadores de declínio funcional estabelecido. Por outro lado, idosos com idade igual ou superior a 80 anos, polipatologia (≥ 5 diagnósticos), polifarmácia (≥ 5 drogas/dia), história de internações recentes, emagrecimento significativo não intencional ($\geq 4,5\text{kg}$ ou $\geq 5\%$ do peso corporal total no último ano) ou risco psicossóciofamiliar elevado (insuficiência familiar) apresentam alto risco para o desenvolvimento de incapacidades, sendo considerados portadores de declínio funcional iminente (MORAES, 2014; 2012).

Os idosos frágeis, por sua vez, podem ser portadores de condições múltiplas com alto grau de complexidade clínica, múltiplas incapacidades ou dúvida diagnóstica ou terapêutica. Nesse caso, são classificados como idosos frágeis de alta complexidade. Nos extremos dessa classificação clínico funcional temos os idosos robustos, termo utilizado por Moraes (2012) para descrever idosos que são independentes para todas as atividades de vida diária e portadores de condições clínicas mais simples, e os idosos em fase final de vida, que apresentam alto grau de dependência física e baixa expectativa de sobrevida.

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) os componentes da saúde são a funcionalidade e a incapacidade (CIF, 2015). Para Farias e Buchalla (2005), esse primeiro componente é considerado um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação social, enquanto a incapacidade é um termo que abrange as deficiências, limitação das atividades ou restrição da participação social. As funções do corpo são as funções dos sistemas fisiológicos e representam a perspectiva corporal da funcionalidade. Ainda para os referidos autores, quando há perda dessa função, se provoca um nível de incapacidade denominado deficiência, considerado como uma perspectiva corporal da incapacidade.

Já o termo *atividade* é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, representa a perspectiva individual da funcionalidade. A *limitação* dessas atividades é a dificuldade que o indivíduo pode ter na execução de uma atividade. E a *participação* é o envolvimento de um indivíduo em uma situação de vida real, que representa a perspectiva social da funcionalidade (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Moraes (2012), ao citar o estudo de Farias e Buchalla, realizado em 2005, destaca ainda que as restrições da participação social são problemas que o indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações reais da vida, ou seja, a perspectiva social da incapacidade. Toda essa explicação é para compreender que a revisão dos sistemas fisiológicos corresponde à avaliação da funcionalidade das estruturas e funções do corpo, descritas anteriormente como deficiências, enquanto a revisão das funções corresponde à avaliação das atividades, que é a limitação, e da participação social, que são as restrições. Portanto, é importante a realização da avaliação multidimensional do idoso, que é um processo global e amplo, com o envolvimento do idoso e da família, tendo como principal objetivo a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados.

2.3 Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

A saúde da pessoa idosa requer conhecimentos específicos, ainda muito centrados nas especialidades de geriatria e gerontologia, muitas dessas especificidades são decorrentes do envelhecimento ser um processo multidimensional. O aumento dos riscos das multimorbidades, das interferências da história de vida de cada indivíduo, das influências ambientais, e de muitos outros fatores que intervêm nos estados de saúde nessa fase de vida, corroboram para a complexidade dessa etapa de vida.

O processo de envelhecimento vem, desde 1950, sendo foco de estudos e se mostra impactante principalmente pelo seu crescente aumento no âmbito mundial. Requer uma amplitude de conhecimento, como descrito na Figura 1, onde há diversos fatores que interferem como os fatores socioeconômicos, acesso aos serviços públicos, hábitos de vida, aspectos culturais, dinâmica familiar, capacidade funcional, as doenças crônicas não-transmissíveis, levando o idoso a maior vulnerabilidade.

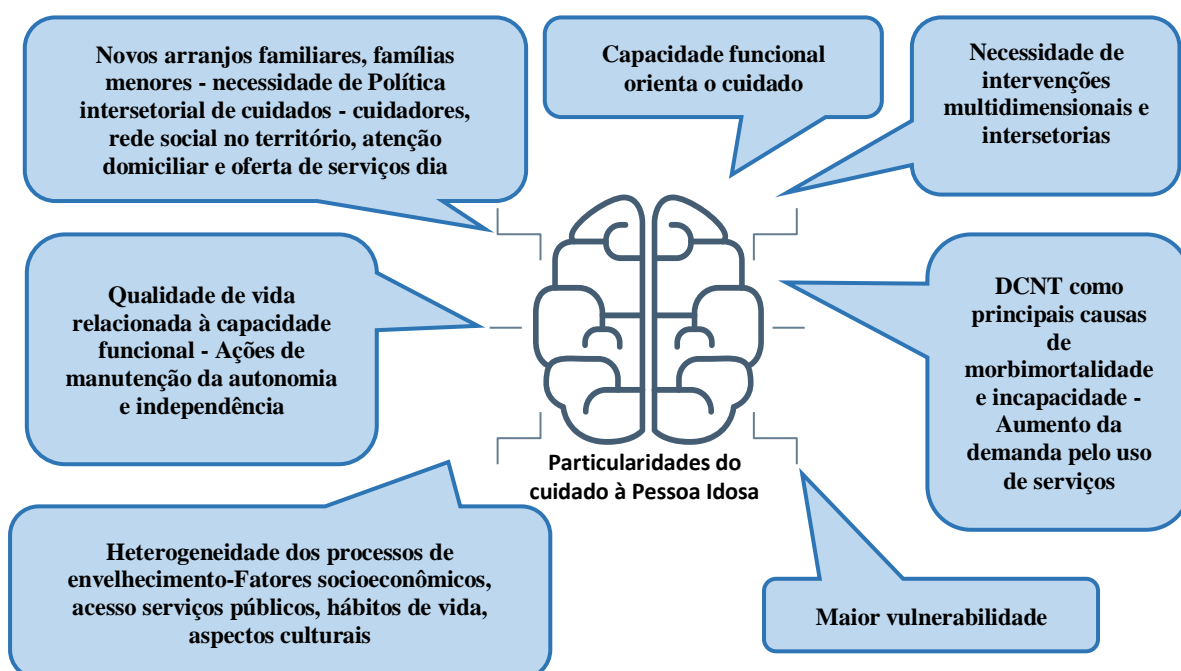


Figura 1 – Fatores importantes que estão presentes no processo de envelhecimento.

Fonte: Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAET/SAS/MS (2013)

Nesse contexto, busca-se uma assistência à saúde da pessoa idosa com base na capacidade funcional, almejando instrumentos de avaliação multidimensional, com utilização de escalas, instrumentos que contemple essa avaliação ampliada. Moraes (2012) enfatiza que a avaliação multidimensional da pessoa idosa é um somatório de todas as informações possíveis do idoso e deve ser complementada sempre que for preciso; seu objetivo maior é reconhecer as incapacidades no que se refere à independência e autonomia em todos os aspectos descritos na Figura abaixo.

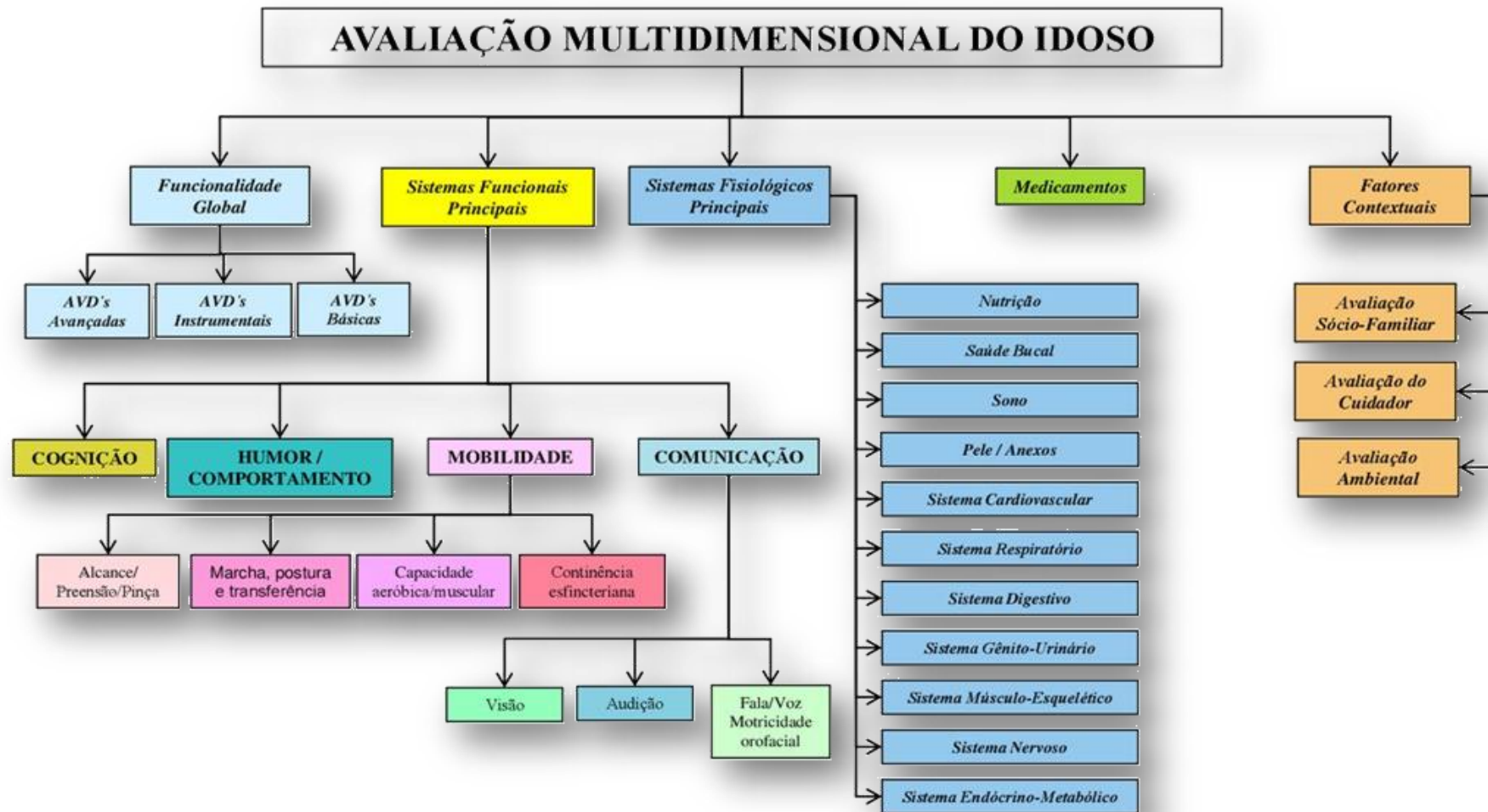


Figura 2 – Avaliação Multidimensional do idoso.
 Fonte: Adaptado de Morais (2012).

Na prática, a avaliação da funcionalidade global é mensurada por meio das Atividades de Vida Diária (AVD), dividida em três grupos: básicas – tarefas cotidianas diretamente relacionadas à sobrevivência; instrumentais – tarefas envolvidas na manutenção da vida em comunidade; e avançadas – atividades mais complexas, subdivididas nos domínios físico, lazer, social e produtivo, que exigem maiores níveis de funções cognitivas, físicas e sociais e são influenciadas por padrões motivacionais e culturais. Compreender bem as AVD's é fundamental para uma avaliação sem viés, bem como ter conhecimento prévio da funcionalidade do idoso, podendo comparar o indivíduo com ele mesmo (DIAS *et al.*, 2011).

As Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) são relacionadas ao autocuidado, referindo-se às tarefas necessárias para o cuidado com corpo ou autopreservação, presentes em atividades como alimentar-se, manter a continência urinária e fecal, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se, bem como transferir-se, são elementares ou básicas para a sobrevivência do idoso. As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), são mais complexas que as básicas e são indicadoras da capacidade do idoso de viver sozinho na comunidade, necessárias para o cuidado com suas atividades domésticas ou intradomiciliar, como preparo de alimentos, fazer compras, tomar conta do orçamento, arrumar a casa, lavar roupa, usar transporte, tomar remédio, caminhar, refletindo a capacidade de se adaptar ao seu meio. Essas tarefas são significativamente influenciadas pelo gênero e pela cultura. As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) referem-se às atividades relacionadas à integração social, às atividades produtivas, recreativas e sociais, como trabalho formal ou não, gestão financeira, direção veicular, participação em atividades religiosas, serviço voluntário, organização de eventos, uso de tecnologias, podendo está presente em dançar, praticar yoga, participar de um trabalho voluntário, tocar algum instrumento, andar de bicicleta, cuja ausência não atrapalha a vida do idoso. São atividades extremamente individualizadas e de difícil generalização, daí a importância do conhecimento da funcionalidade prévia, única forma de comparar o indivíduo com ele mesmo e reconhecer a presença de declínio funcional (MARQUES *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2014; MORAES, 2012; SANTOS *et al.*, 2010; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; BRASIL/MS, 2006).

Além da avaliação das atividades básicas de vida, torna-se necessário prosseguir com a identificação da existência ou não da presença de comprometimento dos sistemas funcionais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação, utilizando-se de escalas específicas (MORAES, 2012).

Para o referido autor, entende-se por cognição o conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano. É formada pela

memória, função executiva, linguagem, praxia, gnosis/percepção e função visuoespacial. A perda da cognição ou incapacidade cognitiva é vista como o “*desmoronamento*” ou o “*apagamento*” da identidade que nos define como ser pensante.

Quanto ao humor, função indispensável para a preservação da autonomia do indivíduo, é essencial para a realização das atividades de vida diária. Destaca-se a necessidade de mensurar/identificar a presença de sintomas depressivos entre os idosos, muito negligenciada e com prevalência de 8 a 16%. Vista como uma “epidemia silenciosa”, sua magnitude na morbimortalidade geral se aproxima à observada nas doenças crônico degenerativas (MORAES, 2012).

Outro aspecto importante é a mobilidade, fundamental para a execução das decisões tomadas, responsável pelo deslocamento do indivíduo, postura, marcha e transferência, e manipulação do meio, responsáveis pelo alcance, apreensão e pinça. A capacidade aeróbica fornece a energia necessária para o gasto energético inerente a toda atividade muscular (MORAES, 2012).

Por último a comunicação, atividade primordial que estabelece um relacionamento produtivo com o meio, troca de informações, manifestação de desejos, ideias e sentimentos que estão intimamente relacionadas à habilidade de se comunicar. Sua incapacidade causa perda ou restrição da participação social, comprometendo a capacidade de execução das decisões tomadas, afetando diretamente a independência do indivíduo (MORAES, 2012).

O desempenho desses sistemas funcionais precisa estar integrado, harmonioso, caso contrário, originam-se as principais síndromes associadas ao envelhecimento, conhecidas como Grandes Síndromes Geriátricas, dentre as quais estão presentes as incapacidades cognitivas, a instabilidade postural, a incontinência esfincteriana, a imobilidade e a incapacidade comunicativa. A presença destas condições crônicas aumenta a complexidade do manejo clínico e, conseqüentemente, eleva o risco de iatrogenia, exigindo cuidados de maior durabilidade, muitas vezes conduzidos por familiares, resultando em quadro de insuficiência familiar, por não estarem preparados para essa nova função de cuidar (PARANÁ/SES, 2018; MORAES *et al.*, 2016; MORAES, 2012).

Com relação às síndromes geriátricas, a instabilidade postural é muito frequente nos idosos e tem como complicações as quedas e a imobilidade. As quedas ocorrem em 30% dos idosos e as complicações mais temidas são a fratura de fêmur e o hematoma subdural. O medo de cair é muito frequente e pode desencadear o ciclo vicioso da imobilidade, suscitando o isolamento social da pessoa idosa (MORAES, 2012).

A incontinência urinária, queixa muito negligenciada no exame clínico, apresenta prevalência de 30 a 60%, dependendo da idade e do grau de fragilidade do idoso, com repercussões funcionais frequentes, requer uma atenção especial, devendo ser solicitada ao idoso a descrição de sua micção, volume, frequência, intervalo, aspecto, enfatizando a urgência miccional e noctúria (MORAES, 2012).

É considerável mensurar, como informação substancial para uma avaliação qualificada do idoso, a avaliação dos sistemas fisiológicos principais, alertando para a saúde bucal, a nutrição, o sono e os sistemas cardiovascular, respiratório, digestivo, gênito-urinário, musculoesquelético, nervoso, endocrinometabólico e a pele, que devem ser avaliados rotineiramente. Não menos relevantes, mas também essenciais para o alcance de uma avaliação completa, os dados sociodemográficos, a listagem dos medicamentos, a história pregressa, tabagismo, etilismo, imunização, sexualidade, atividade física, cirurgias prévias, imunização, uso de órteses ou próteses; bem como avaliação sócio familiar, a avaliação do cuidador/família e avaliação ambiental, que corresponde ao risco de quedas, bem como o risco de reações adversas à drogas e, por conseguinte, desencadear o declínio funcional, as incapacidades, a internação e o óbito (OLIVEIRA *et al.*, 2020; LANA; SCHNEIDER, 2014; MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014; MORAES, 2012).

Com destaque para os fatores contextuais, referentes a mapear o ambiente que a pessoa idosa faz parte, a avaliação sociofamiliar é um fator de proteção, que se não for cuidada ou estimulada torna-se um grande fator que influencia significativamente a segurança emocional do idoso, contribuindo para o não envelhecimento saudável (REIS *et al.*, 2020; MORAES, 2012).

Na avaliação multidimensional faz-se imprescindível o somatório de todas as informações possíveis do idoso e devem ser complementadas sempre que for preciso, só assim, o plano de cuidado alcançará seu maior objetivo que é estimular a saúde funcional do idoso para uma melhor qualidade de vida. O objetivo maior desse diagnóstico multidimensional é reconhecer as incapacidades no que se refere a independência e autonomia em todos os aspectos já mencionados (MORAES, 2012).

Devido à amplitude da avaliação multidimensional, estudos apontam que são muitas as escalas disponíveis para uma avaliação de cada item descrito, e a presença do declínio funcional nunca deve ser atribuída à velhice, e sim representar um sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais ou sintomas típicos. Para tanto, é importante desencadear uma ampla investigação clínica, buscando doenças que, em sua maioria, são totais ou parcialmente reversíveis. Nesse contexto de informações, o serviço de

referência deveria ter em sua assistência, como rotina da consulta multiprofissional para a população idosa, a avaliação multidimensional, por todos os ganhos de saúde e pela diminuição dos altos custos destinados a essa população com perdas irreparáveis (SILVA *et al.*, 2015; MORAES, 2014, 2012; PAULA *et al.*, 2013; DRUMMOND, ALVES, 2013).

Para a avaliação da capacidade funcional na população idosa, exige-se a implantação de escalas e instrumentos de avaliação, e de protocolos assistenciais que devem ser instituídos desde os serviços primários de saúde até os serviços terciários de saúde. Entretanto, há uma variabilidade de escalas, de instrumentos e de questionários voltados para o atendimento da pessoa idosa, alguns focados em patologias específicas, com um foco determinado de diagnóstico e/ou reabilitação da pessoa idosa, outros para itens individuais da funcionalidade, conforme descritos no próximo item.

Por toda sua amplitude, a avaliação da pessoa idosa deveria iniciar-se nos serviços de APS, com ênfase na funcionalidade, que facilita identificar doenças ou alterações ainda não diagnosticadas, permitindo que a equipe multidisciplinar avalie perdas e recursos disponíveis para o cuidado individualizado ao idoso (BRASIL/MS, 2007).

Devemos enfatizar que o mais importante é que muitos dos problemas diagnosticados precocemente por meio de avaliações multidimensionais são passíveis de intervenções e encaminhamentos, possibilitando a efetividade de uma atuação interdisciplinar e possibilitando o serviço de saúde ser ativo na abordagem à pessoa idosa (MARCIANO; LIMA, 2010).

2.4 – Instrumentos utilizados na Avaliação da Pessoa Idosa

Para identificar os principais instrumentos aplicados na avaliação funcional, voltados para o atendimento multiprofissional da pessoa idosa na área da saúde, foi realizada uma revisão integrativa da literatura nos últimos dez anos, tendo como questão norteadora: Quais os principais instrumentos aplicados na avaliação funcional ou multidimensional da pessoa idosa, na área da saúde?

Para a coleta dos dados, definiu-se as bases que estão na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS e na BVS-Psic Brasil. Utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “idoso”; e as palavras-chave “funcionalidade”, “instrumentos” e “multidimensional”. A pesquisa iniciou-se em outubro de 2018, após estabelecido os critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2008 a 2019, que tivesse como assunto principal o tema “idoso”, nas línguas português, inglês e espanhol, e está disponível na base.

Foram selecionados, inicialmente, 308 artigos relacionados à temática investigada, mas após seguidas avaliações criteriosas 33 publicações foram selecionadas para a amostra. Identificou-se nos 33 artigos que as escalas com maior utilização foram o Mini Exame do Estado Mental - MEEM, a Escala de Depressão Geriátrica EDG-15, versão curta, a Escala de Barthel, o Índice de Katz, a Medida de Independência Funcional – MIF, a Escala de Lawton & Brody, o Teste *Timed Up and Go* - TUG, o WHOQOL-BREF, APGAR de Família, o WHOQOL-OLD. Com menor aplicabilidade, mais referida, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, juntamente com o *Dizziness Handicap Inventory* - DHI, a Escala de Equilíbrio de Berg, o *Short Physical Performance Battery* – SPPB, e por fim o Teste de Fluência Verbal (MEDEIROS; BESERRA; NÓBREGA, 2021). (Figura 3)

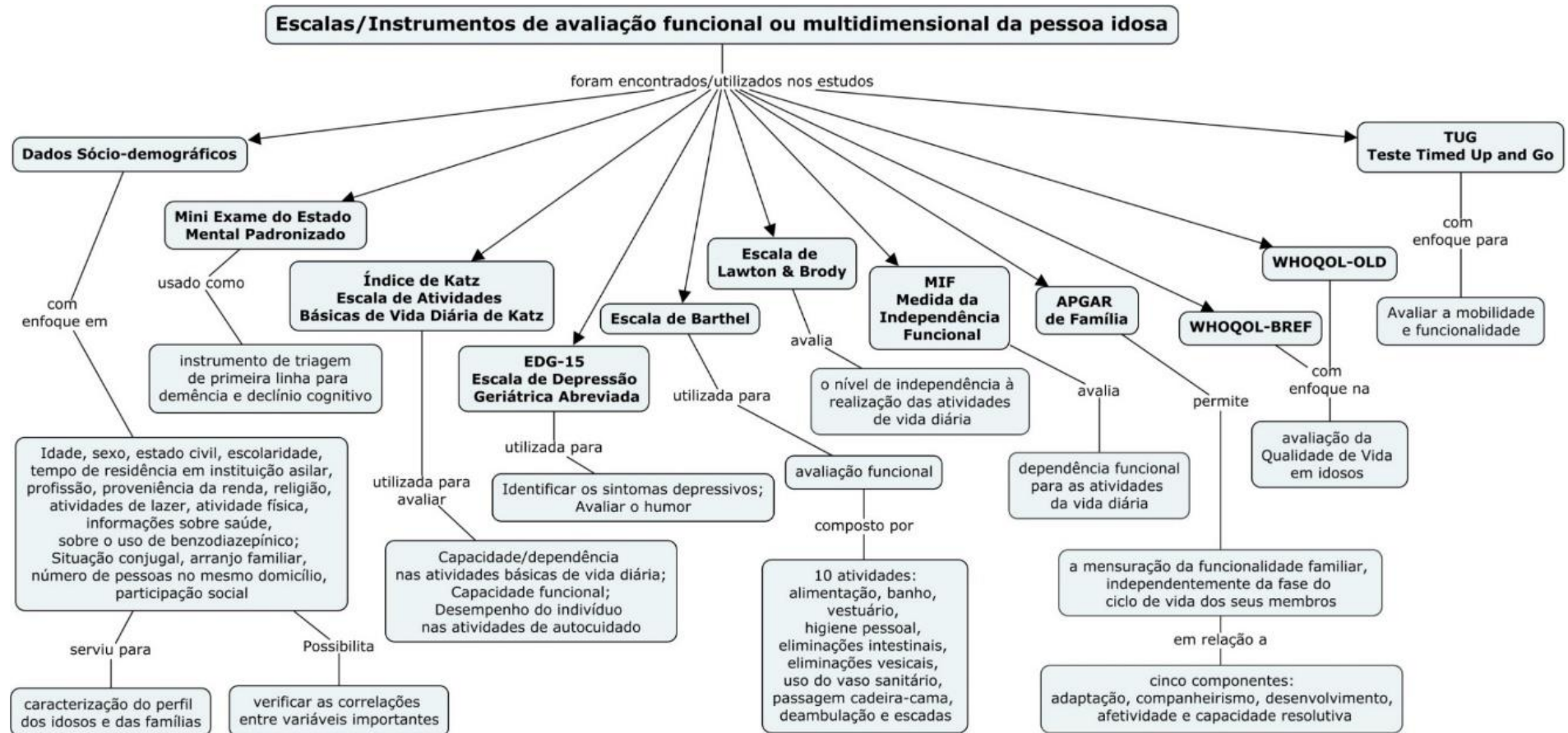


Figura 3 – Escalas/Instrumentos de Avaliação funcional ou Multidimensional da Pessoa Idosa, utilizados nos estudos entre 2008 a 2019, segundo o enfoque dado. João Pessoa, 2020.

Fonte: Medeiros; Beserra; Nóbrega, 2021.

Os dados sociodemográficos estiveram presentes na maioria dos estudos que fizeram parte da pesquisa, apontados como um dos protocolos mais utilizados para caracterização e análise dos dados. Constituem variáveis dos dados sociodemográficos a idade, sexo, estado civil, tempo de residência em instituição asilar, anos de escolaridade, profissão, proveniência da renda, religião, hábitos e estilos de vida: atividades de lazer, informações sobre saúde (tabagismo, consumo de álcool, morbidades referidas), sobre o uso de benzodiazepínico e dosagem utilizada, participação social, condições de saúde-doença, doenças crônicas referidas (reumatismo, asma, hipertensão arterial, insuficiência vascular, diabetes, obesidade, história de acidente vascular cerebral prévio, incontinência urinária, obstipação intestinal, problemas para dormir, catarata, problemas de coluna e asma), aspectos psicoemocionais e habilidades funcionais, bem como aspectos motores. (MARQUES *et al.*, 2016; LIMA; ARAÚJO; SCATTOLIN, 2016; JOSINO *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2014; GRATÃO *et al.*, 2013; MENEZES *et al.*, 2011; TAVARES *et al.*, 2011; SPOSITO *et al.*, 2010; TORRES *et al.*, 2010; TORRES *et al.*, 2009a; BICCCA; ARGIMON, 2008).

Os autores acima referidos descrevem que os dados sociodemográficos serviram para a caracterização do perfil da população idosa, possibilitando verificar as correlações entre variáveis importantes que somados ao questionário proporcionam entendimento com relação as respostas apresentadas.

Nos estudos, especificamente o de Menezes *et al.* (2011), foram utilizadas as variáveis condições de saúde-doença, aspectos psicoemocionais e habilidades funcionais. Abrindo um leque detalhado das variáveis relacionadas às condições de saúde-doença que incluíram doenças crônicas referidas tais como: reumatismo, asma, hipertensão arterial, insuficiência vascular, diabetes, obesidade, história de acidente vascular cerebral prévio, incontinência urinária, obstipação intestinal, problemas para dormir, catarata, problemas de coluna e asma.

O Mini Exame do Estado Mental, mais conhecido pela sigla MEEM ou Mini mental, é composto por 11 domínios (orientação temporal, orientação espacial, registro, atenção e cálculo, memória de evocação, nomear objetos, repetição, comandos, escrita, ler e executar e copiar), com o escore total que varia de 0 a 30 pontos (NUNES *et al.*, 2016; MENEZES *et al.*, 2016; LACY; KAEMMER; CZIPRI, 2015; FONTES *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2014; RAZALI *et al.*, 2014; TUIJL *et al.*, 2012; TAVARES *et al.*, 2011; BICCA; ARGIMON, 2008).

O MEEM é um teste de rastreio que possibilita classificar o idoso como normal ou com possível demência, considerando sua escolaridade, com escore de normalidade de 14 pontos para analfabetos, 18 pontos para aqueles entre um e oito anos de estudo e 24 pontos para aqueles com mais de oito anos de estudo. Elaborado em 1975 por Folstein e colaboradores, ainda é

amplamente usada como uma ferramenta de triagem para demência e declínio cognitivo de primeira linha (FOLSTEIN *et al.*, 1975).

O MEEM continua sendo o mais onipresente instrumento de triagem de primeira linha, indicada como ferramenta de triagem entre adultos mais velhos que se apresentam para avaliação em uma clínica de memória. Tido como um instrumento simples de aplicação, pode ser utilizado desde a atenção primária até a atenção terciária para auxiliar no rastreio de déficit cognitivo.

O Índice de Katz recebe esse nome por ter sido desenvolvido por Sidney Katz, refere-se a Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz, que foi publicada pela primeira vez em 1963, considerado, até o início da segunda década do século XXI, o instrumento mais utilizado nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais. Avalia a capacidade e dependência do idoso nas atividades básicas de vida diária (NUNES *et al.*, 2016; FONTES *et al.*, 2015; MENEZES *et al.*, 2011; TAVARES *et al.*, 2011). Tem sua importância também no ambiente hospitalar, para a prática profissional em saúde do idoso, sinalizado como instrumento que deverá fazer parte da rotina hospitalar, por indicar a redução da funcionalidade global do idoso (PERREIRA *et al.*, 2014).

O índice de Katz constitui-se de tarefas necessárias para o cuidado com o corpo ou a autopreservação, composta por seis domínios, com um escore total que varia de seis a 18 pontos, permitindo classificar o idoso como independente (seis pontos), semi-independente (sete a 16 pontos) e dependente (acima de 16 pontos) (NUNES *et al.*, 2016).

A escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG-15), adaptada no Brasil, é um instrumento que tem por objetivo o rastreamento da depressão, sendo constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não), com escore que pode variar de zero a 11 pontos, sendo considerado indicativo para depressão quando o escore for superior a cinco pontos (CHAMPAGNE *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2018; MOLINA *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2016; FONTES *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2014; MENEZES *et al.*, 2011; BICCA; ARGIMONI, 2008).

A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada é uma escala importante para a prática profissional, podendo ser aplicado em atendimento ambulatorial, e rastreia os sintomas depressivos na população idosa, auxiliando na conduta profissional (NUNES *et al.*, 2016). Como uma das mais importantes escalas no cuidado da população idosa, considerada como amplamente utilizada para avaliar o humor, a EDG-15 é de fácil utilização, rapidez e compreensão na área de saúde, dando de imediato um olhar mais ampliado na área de saúde mental desta população que por si só já apresenta sintomas depressivos.

De acordo com Torres *et al.* (2009a, 2009b), a escala de Barthel é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da capacidade funcional em idoso. Ressaltados em todos os estudos mencionados abaixo, foi escolhido como instrumento de coleta de dados, por sua aplicação fácil e rápida e por ser aplicado por profissionais de saúde. Em todos os estudos, a escala de Barthel foi descrita composta por dez atividades da vida diária – AVDs, que envolvem a alimentação, o banho, o vestuário, a higiene pessoal, as eliminações intestinais, as eliminações vesicais, o uso do vaso sanitário, a passagem cadeira-cama, a deambulação e uso de escadas. Tem em sua pontuação a variação de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e quanto maior a pontuação, maior o grau de sua independência (MENEZES *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2015; TORRES *et al.*, 2010; TORRES *et al.*, 2009a; TORRES *et al.*, 2009b).

A Escala de Lawton & Brody avalia as atividades instrumentais de vida diária, mais conhecidas como AIVDs, as quais são mais complexas e se referem ao cuidado doméstico, como preparo de alimentos, fazer compras, controle do dinheiro, uso do telefone, trabalhos domésticos, lavar e passar roupa, uso correto dos medicamentos e sair de casa, ou seja, as tarefas necessárias para o cuidado com o domicílio ou atividades domésticas. Composta por nove domínios, com um escore total que varia de nove a 27 pontos, permitindo classificar o idoso como dependente (nove pontos), semi-dependente (dez a 18 pontos) e independente (19 a 27 pontos). Na maioria dos estudos, sua aplicabilidade é em conjunto com escala de Barthel, que se refere as atividades de vida diária, as AVDs. (NUNES *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2011).

As escalas de Lawton & Brody, em conjunto com a escala de Barthel, são vistas como instrumentos de classificação da funcionalidade do idoso, por comporem as categorias referentes as atividades básicas de vida diária (ABVDs) e as instrumentais de vida diária (AIVDs). A primeira, que se refere a escala de Lawton & Brody, é constituída pelas tarefas do cotidiano necessárias para o cuidado com o corpo, como tomar banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência esfincteriana e alimentar-se. (NUNES *et al.*, 2016; TAVARES *et al.*, 2011).

A escala de Medida da Independência Funcional - MIF, segundo Lima, Araújo, Scattolin (2016), trata-se de um instrumento específico para a avaliação da funcionalidade por meio do desempenho do indivíduo nas AVDs. A MIF foi desenvolvida pela Academia Americana de Reabilitação na década de 1980 e publicada em 1986, com o objetivo de padronizar conceitos sobre incapacidades e obter um instrumento que avaliasse as AVDs e permitisse a avaliação globalizada da reabilitação. No Brasil, a versão foi traduzida e validada, demonstrando propriedades psicométricas satisfatórias do instrumento. Consiste em um conjunto de 18 tarefas que compõem duas subescalas: a motora (MIFm) e a cognitiva/social

(MIFcs). A MIFm avalia o autocuidado, o controle esfincteriano, a mobilidade e a locomoção e a MIFcs avalia a comunicação e a cognição social. Cada item é classificado em uma escala de graus de dependência de sete níveis, sendo que sete equivale à independência completa (normalidade na realização de tarefas) e um, à dependência total. As somas das pontuações dos itens da MIF podem gerar um escore para cada subescala (MIFm e MIFcs) e um escore total obtido pela soma de todos os itens. A variação possível para o instrumento está entre 18 e 126, sendo que maiores escores revelam maior independência funcional (LIMA; ARAÚJO; SCATTOLIN, 2016; GRATÃO *et al.*, 2013).

Sposito *et al.* (2010) destacam, em seus estudos, que a MIF é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da dependência funcional para as atividades da vida diária, ou melhor, para a identificação da necessidade de ajuda de outra pessoa para a realização dessas atividades.

A ferramenta APGAR surge do acrônimo derivado de Adaptation (adaptação), Partnership (companheirismo), Growth (desenvolvimento), Affection (afetividade) e Resolve (capacidade resolutiva), e propõe a avaliação da funcionalidade familiar independentemente da fase do ciclo de vida dos seus membros (SILVA *et al.*, 2014; TORRES *et al.*, 2010; TORRES *et al.*, 2009a).

O APGAR permite mensurar a satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família de: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva (TORRES *et al.*, 2009a). No estudo de Silva *et al.* (2014), é destacada a utilização no Brasil da ferramenta APGAR, a qual vem sendo empregado na prática clínica, na área da saúde pública, especialmente, no âmbito da ESF, por ser apontada como ferramenta facilitadora da observação e análise das unidades familiares, principal foco de intervenção desse modelo de APS. A mesma apresenta escore total cuja representação numérica relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar, indo de boa funcionalidade com pontuação de 0-4, moderada com pontuação de 5 e 6 e com pontuação 7 a 10 alta disfuncionalidade. Já no estudo de Souza *et al.* (2014) preferiram agrupar em duas categorias: boa funcionalidade (escore total de sete a dez) e com disfunção moderada a elevada (escore de seis a zero).

O instrumento WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido e recomendado pela OMS, que valoriza a percepção individual, podendo avaliar a Qualidade de Vida – QV em diversos grupos e situações, independentemente do nível de escolaridade. Esse instrumento foi desenvolvido pelo grupo de Qualidade de Vida, da OMS, e tem por finalidade medir a percepção dos indivíduos a respeito do impacto que as doenças

causam em sua vida (TORRES *et al.*, 2009b). Considera-se que o WHOQOL-BREF é um instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida em idosos e permite descrever o impacto de quaisquer doenças na vida dos indivíduos (TAKANO *et al.*, 2010).

O WHOQOL-OLD é um instrumento composto por 24 itens divididos em seis domínios, onde cada domínio possui quatro itens, que geram escores que variam de quatro a 20 pontos. Os escores dos seis domínios, combinados com as respostas aos 24 itens, geram também um escore total, que varia de 24 a 120. Os seis domínios são: 1. Funcionamento dos sentidos (FS): avalia o impacto da perda do funcionamento dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato) na QV, 2. Autonomia (AU): avalia a independência do idoso para tomar as suas próprias decisões, sentir que controla o seu futuro, fazer as coisas que gostaria de fazer e acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade, 3. Atividades passadas, presentes e futuras (PPF): reflete a satisfação com as realizações na vida, as oportunidades de novas relações, o reconhecimento merecido na vida, a felicidade com que espera o futuro e os objetivos a serem alcançados, 4. Participação social (PS): demonstra a satisfação social com as atividades diárias, com o uso do tempo, com o nível pessoal de atividades e com as oportunidades de participar nas atividades da comunidade, 5. Morte e morrer (MEM): avalia as percepções e medos acerca da morte e do morrer e 6. Intimidade (INT): avalia a capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos e pessoais (LIMA; ARAÚJO; SCATTOLIN, 2016).

O teste *Timed Up and Go* – TUG é um importante teste que mensura a mobilidade de idosos, no qual o sujeito levanta de uma cadeira, anda três metros e volta à mesma cadeira (ALLENDORF *et al.*, 2016; MENEZES *et al.*, 2016; OLIVEIRA NETA *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2014). O TUG é recomendado pela Sociedade Geriátrica Britânica e Sociedade Geriátrica Americana, com o objetivo de avaliar a mobilidade funcional de idosos a partir da velocidade da marcha e classificar o risco de quedas.

Ressalta-se que tempos menores que dez segundos na realização deste teste mostram importante relação com o equilíbrio, velocidade da marcha, capacidade e mobilidade funcional. Porém, se este tempo for superior a 20 segundos, os idosos tendem a ser mais dependentes em suas tarefas diárias. Nesse estudo, destacou-se que a relação entre equilíbrio, velocidade da marcha, capacidade e mobilidade funcional são fortemente associados com uma menor propensão de quedas na população idosa (ALLENDORF *et al.*, 2016).

Durante a análise dos artigos selecionados para o estudo, percebeu-se que existem diversas escalas aplicadas pelo mundo todo e em torno sempre de uma adaptação transcultural para melhor retratar o estudo e a população a ser estudada. Com foco na pessoa idosa e na avaliação multidimensional, percebe-se que além das atividades de vida diária, as atividades

instrumentais de vida diária e a mobilidade, estão sendo consideradas como categorias importantes para mensurar o idoso em sua multidimensionalidade, a qualidade de vida, a depressão e a dimensão familiar.

Foi identificada ainda no referido estudo a utilização de várias escalas e instrumentos na mesma avaliação clínica, objetivando a complementação de dados. O que levou os autores a concluírem que a existência de um instrumento que abarque conteúdos de saúde física, mental, funcional, dinâmica familiar, qualidade de vida, qualificadores de saúde, obstantes da funcionalidade do idoso, é imprescindível. Ao mesmo tempo reconhecem que é tarefa ampla, complexa, de muitas intervenções em sua elaboração para que não seja um instrumento/escala longa, de difícil aplicabilidade e compreensão, mas que tenha seu objetivo claro e bem descrito, facilitando seu manuseio inicial, no serviço de saúde que deverá ser a porta de entrada da pessoa idosa, que é a atenção primária à saúde, bem como uma base teórica que fundamente a avaliação multidimensional da pessoa idosa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF

A CIF pertence à Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde, considerada como o arcabouço metodológico dessa organização para mensurar a saúde e a incapacidade tanto a nível individual, quanto a nível populacional (OMS, 2020; ARAÚJO, 2011).

O conceito Família de Classificações surgiu durante as reuniões preparatórias para a revisão da CID – 10, na década de 1980, quando muitos usuários manifestaram o desejo de que essa classificação incluísse outros tipos de dados, além da informação diagnóstica. Esse conceito tem como núcleo central a tradicional CID, que, a partir da publicação da décima revisão, passou a ser denominada Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, que continua a atender as necessidades de informação diagnóstica, para finalidades gerais, enquanto várias outras classificações seriam usadas como complemento dela e tratariam, com diferentes enfoques, da mesma informação ou de informações diferentes (OMS, 2020).

Portanto, a família de classificações consiste em um conjunto de produtos de classificação que podem ser usados de forma integrada para comparar nacional e internacionalmente informações de saúde. As terminologias internacionais, quando aprovadas, facilitam o armazenamento, a recuperação, a análise e a interpretação de dados bem como podem ser comparadas no tempo, no espaço e entre diferentes tipos de população (OMS, 2020).

A OMS descreve, em sua raiz, as classificações de referência que cobrem os principais parâmetros de saúde e do sistema de saúde. São utilizadas como modelos para o desenvolvimento ou revisão de outras classificações, tendo como bases a serem seguidas sua estrutura, o caráter e definição das categorias. Fazem parte das classificações de Referência a Classificação Internacional de Doenças - CID, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF e, em desenvolvimento, a Classificação Internacional de Saúde e Intervenções – ICHI. As classificações ainda se dividem em Classificações Relacionadas, que são para descrever aspectos importantes da saúde ou do sistema de saúde que não estão classifi-

cados em outras terminologias e as Classificações Derivadas, que são projetadas para fornecer detalhes adicionais para um propósito especializado.

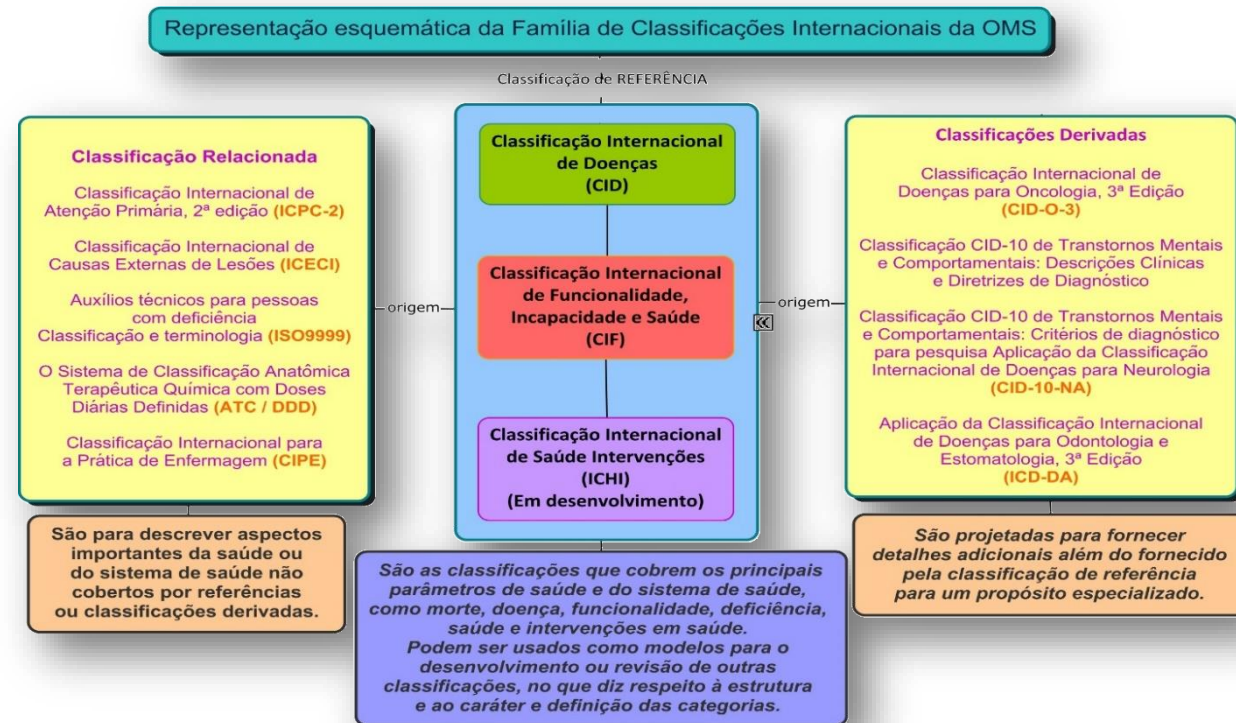


Figura 4 – Representatividade esquemática da Família de Classificações da OMS. WHO-ICF, 2020.

Fonte: OMS (2020, <https://www.who.int/classifications/other-classifications/en/>)

Os propósitos da Família de Classificações, segundo a OMS, são buscar melhorar as condições de saúde por meio da provisão de informação válida para apoiar a tomada de decisões em todos os níveis, proporcionar um quadro conceitual dos domínios de informação aos quais as classificações se referem, bem como um conjunto de classificações aprovadas para usos específicos definidos dentro do quadro conceitual, promover a seleção adequada de classificações em uma ampla gama de configurações da área de saúde, em todo o mundo, estabelecer uma linguagem comum para melhorar a comunicação, permitir comparações de dados entre países e dentro dos mesmos, especialidades de atenção à saúde, serviços e, ao longo do tempo, estimular a pesquisa na área da saúde e dos sistemas de saúde (OMS, 2020).

Para tanto, são descritas diretrizes para os membros da Família de Classificação atingirem esses propósitos. Exigem que esses sejam baseados em princípios científicos e taxonômicos válidos, bem como ser culturalmente apropriados e aplicáveis em nível internacional, enfoquem os aspectos multidimensionais da saúde, atendam as necessidades de seus diferentes e variados indivíduos, permitiam a derivação de medidas síntese de indicadores de saúde e proporcionem uma plataforma para usuários e desenvolvedores.

O foco maior das Famílias de Classificações é que os documentos se tornem estatísticas e, com elas, sejam produzidas políticas públicas que alcancem as necessidades reais e, conseqüentemente, mudanças de saúde. Um dos seus principais objetivos é a padronização de uma linguagem comum, em que a continuidade da assistência seja pautada em qualidade no registro e no entendimento de saúde, condições de saúde e serviços de saúde.

Nesse contexto, formularam-se, na década de 1970, os primeiros modelos teóricos de estrutura conceitual sobre o desenvolvimento da incapacidade por meio dos estudos de Nagi, em 1976. Conhecido por ser um modelo linear e unidirecional, foi o primeiro a descrever o processo de incapacitação e realizou a distinção conceitual entre **patologia**, **deficiência**, **limitação funcional** e **incapacidade**. A patologia se caracteriza pela presença de uma condição que interrompe o processo físico ou mental do corpo humano, seguida pela deficiência, definida como alterações da estrutura ou das funções anatômicas, fisiológicas ou psicológicas que acarretam as limitações funcionais, as quais consistem em uma inabilidade pessoal de desempenhar as tarefas e as atividades consideradas como usuais para aquele indivíduo, conduzindo-o à incapacidade, caracterizada pela discordância entre o desempenho real de um indivíduo em um papel específico e as expectativas da comunidade do que é normal para aquele indivíduo (RUARO, 2014).

Posteriormente, a OMS estabeleceu uma Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Invalidez- ICIHD, também baseado no modelo de Nagi, a qual foi muito usado

nas décadas de 1980 e 1990. Esse modelo foi desenvolvido como um instrumento para classificar as consequências das enfermidades e suas repercussões na vida do indivíduo, permitindo distinguir **deficiência**, **incapacidade** e **invalidéz**, mas, ainda não permitia informar a relação existentes entre seus conceitos (RUARO, 2014).

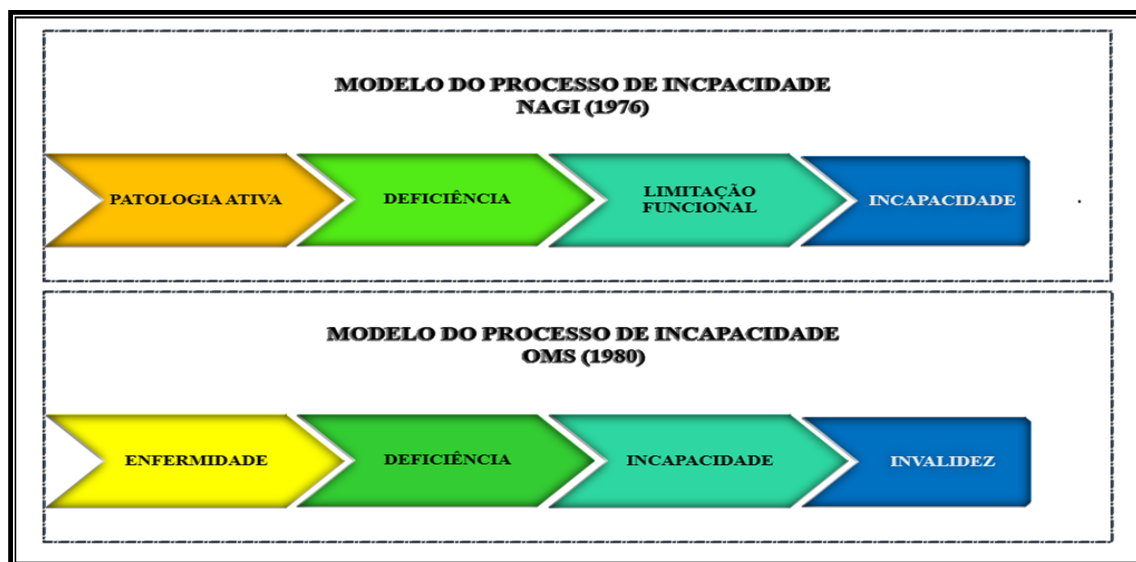


Figura 5 – Modelos de Incapacidade de Nagi e da OMS.

Fonte: Adaptado de Ruaro (2014).

Em 1993, a OMS revisou essa classificação (ICIDH), com objetivo de esclarecer determinadas distorções conceituais e identificar potenciais fatores de risco que poderiam intervir no desenvolvimento da incapacidade e faz surgir o Modelo de Verbrugge e Jette, que inclui as condições crônicas e agudas como fatores de influência no funcionamento dos sistemas corporais por meio da interligação entre **patologia**, **deficiência**, **limitações funcionais**, **ambiente** e **incapacidade** (RUARO, 2014).

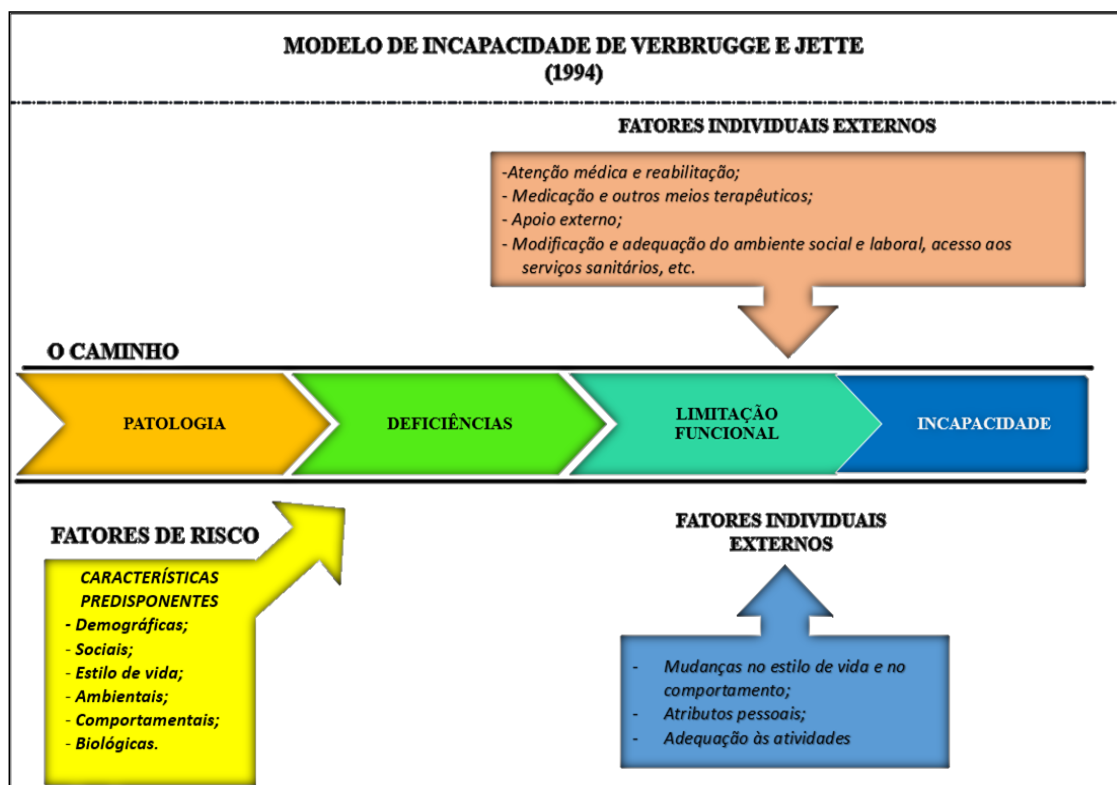


Figura 6 – Modelo de Incapacidade de Verbrugge e Jette, 1994.

Fonte: Adaptado de Ruaro (2014).

Com base nesses modelos, surge o modelo da OMS para **saúde e incapacidade**, constituindo a base conceitual para definição, mensuração e formulação de políticas nesta área, denominado de multidirecional ou biopsicossocial. Nesse modelo, a **funcionalidade** de um indivíduo é uma interação complexa entre a **condição de saúde** e os **fatores contextuais**, em que uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos. Sintetiza o que é verdadeiro nos modelos médico e social, ou seja, não comete o erro de reduzir a noção de **incapacidade** a apenas um dos seus aspectos e fornece uma síntese, uma visão coerente de diferentes perspectivas da saúde: **biológica, individual e social** (RUARO, 2014; NUBILA, 2010).

Segundo a historiografia, nota-se que com a ideia de medir as consequências das doenças, na década em 1980, a OMS lançou, inicialmente para finalidade de pesquisa, a ICIHD, posteriormente, com base nos estudos sistemáticos e consultas internacionais, essa classificação se transformou na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, e só foi aprovada em 2001 na 54ª Assembleia Mundial de Saúde para uso internacional, descrita na Resolução WHA 54.21, bem como endossada por 191 Estados Membros da OMS, os quais na atualidade são 192 estados Membros e dois Membros Associados (ARAÚJO, 2011; OMS, 2006, 2002).

A CIF objetiva estabelecer uma linguagem padrão e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde, seus determinantes e feitos, por meio de uma base científica, bem como permitir comparação de dados entre países, entre disciplinas, entre serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo e fornece um esquema de codificação para sistemas de informações em saúde. Por agrupar sistematicamente diferentes domínios da saúde e domínios do bem-estar à saúde, descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade, a CIF é dividida em duas partes: as Funções e Estruturas do Corpo, e as Atividades e Participação. Esses termos foram substituídos pelos anteriormente utilizados: deficiência, incapacidade e limitação (CIF, 2015).

Encontra-se nas leituras obrigatórias sobre sistemas de classificação que o Brasil é um país-membro da OMS, signatário da Resolução WHA 54.21-OMS 54.21, que recomenda o uso da CIF, traduzida para o português em 2003. Porém somente em maio de 2012 o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução Nº 452/2012, para que a referida classificação seja utilizada no *Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar, objetivando*, entre outros usos, nas pesquisas para medir resultados acerca do bem estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impacto dos fatores ambientais na saúde dos indivíduos, como uma ferramenta estatística na coleta e registro de dados, 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 geradora de informações padronizadas em saúde, devendo a mesma ser inserida no Sistema Nacional de Informações em Saúde do SUS 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 seu níveis de atenção, e como geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana (BRASIL/MS, 2012).

Ressalta-se que, mesmo regulamentada, a CIF ainda não é utilizada, discutida nos seus potenciais e não tem a sua compreensão, conhecimento e uso pelos profissionais de saúde, como é o caso da Classificação Internacional de Doenças – CID.

Autores descrevem como motivos para a não utilização da CIF na prática dos profissionais de saúde a sua complexidade, o entendimento da classificação, a ampla

abordagem, o conhecimento e, principalmente, sua extensão (ARAÚJO, 2016; CASTRO *et al.*, 2016; ARAÚJO; BUCHALLA, 2015; ARAÚJO, 2013).

A CIF possui mais de 1.400 categorias, fazendo surgir um *checklist*, elaborado pela própria CIF com o intuito de facilitar sua aplicabilidade. O *checklist*, também denominado de listagens pelos centros colaboradores, lista as 152 principais categorias que identificam os problemas mais comuns nos indivíduos com condições crônicas de saúde, adotados em vários estudos por demonstrarem uma descrição completa sobre a sintomatologia e a funcionalidade dos grupos testados (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010)

Diferentemente da CID, que tem como indicadores tradicionais as taxas de mortalidade da população, a CIF focaliza o seu interesse no conceito "vida", considerando a forma como as pessoas vivem os seus problemas de saúde e como estas podem melhorar as suas condições de vida para que consigam ter uma existência produtiva e enriquecedora. Isto tem implicações sobre a prática da saúde, sobre a legislação e políticas sociais destinadas a melhorar o acesso aos cuidados de saúde, bem como à proteção dos direitos individuais e coletivos.

Sua aplicação não é exclusiva da saúde e, como engloba aspectos da saúde humana e alguns componentes relacionados ao bem-estar, que são fundamentais para a saúde, ela se aplica a todas as pessoas, sendo considerada de aplicação universal, fornecendo uma descrição de situações relacionadas às funções do ser humano e suas restrições, de maneira significativa, integrada e facilmente acessível (CIF, 2015).

A CIF é um dicionário de funcionalidade humana que contém itens relacionados a partes do corpo e seu funcionamento, itens sobre as atividades humanas, participação social, bem como itens que influenciam nessas atividades, denominados fatores ambientais. Devido a essa complexidade, dispõe as informações na primeira parte à Funcionalidade e à Incapacidade e na segunda parte referente aos Fatores contextuais (ARAÚJO, 2013).

A funcionalidade é um termo que abrange todas as funções corpo, atividades e participação, enquanto a incapacidade é um termo que abrange deficiências, limitações de atividades ou restrição na participação e interagindo com todos esses construtos, a CIF também os relacionam com os fatores ambientais. A mesma faz menção a essas definições, com o intuito de oferecer uma visão geral dos conceitos (CIF, 2015).

Dividida em duas partes, a parte 1 da CIF é constituída das Funções do Corpo, Estruturas do Corpo e Atividade e Participação e a parte 2 é formada pelo os fatores contextuais, onde

estão os Fatores Ambientais e Fatores Pessoais. Exceto os fatores pessoais, os demais componentes podem ser codificados (CIF, 2015; ARAÚJO, 2013)

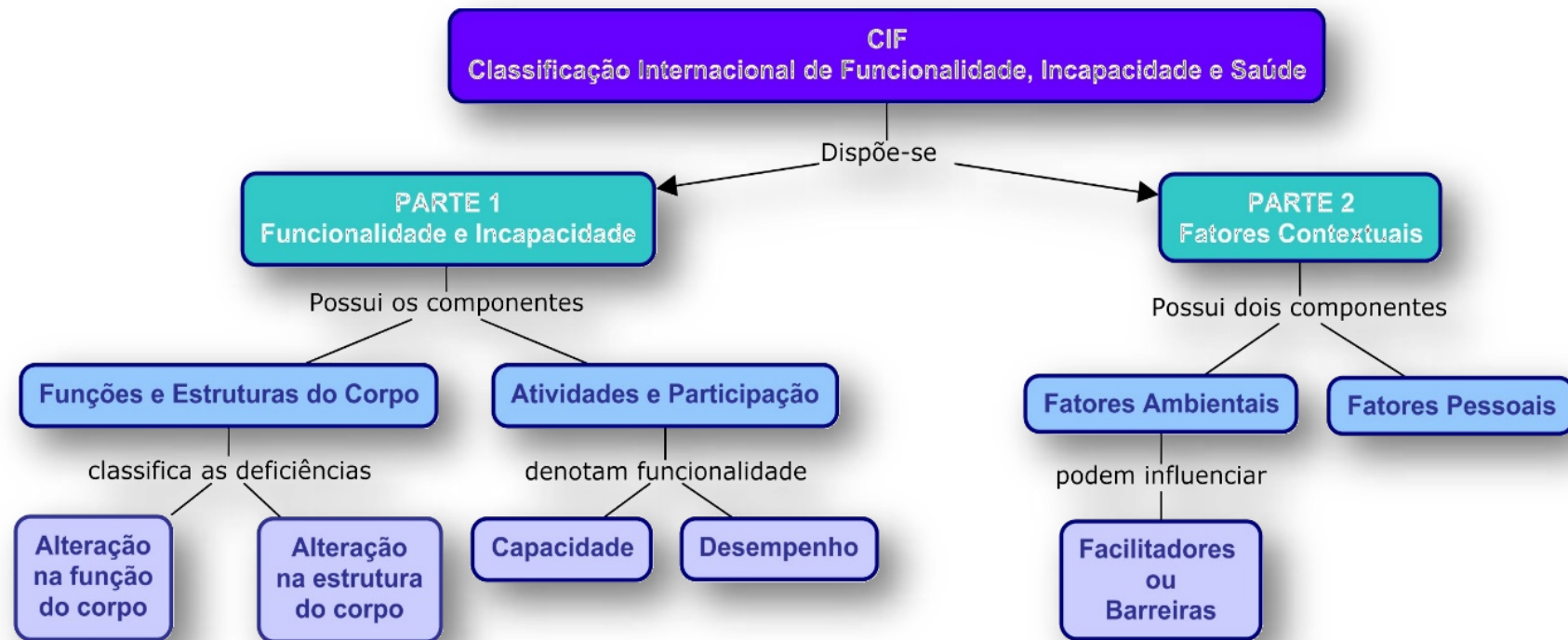


Figura 7 – Estrutura da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.
Fonte: CIF (2015).

A tradução e adaptação da linguagem da CIF fornecem uma linguagem técnica em saúde funcional, possibilitando descrever um indivíduo com uma alteração funcional podendo ter um nível de incapacidade de leve a grave ou não e ser uma pessoa dependente de auxílio. Debate-se muito que a CIF traz controvérsias na linguagem e na definição de função, dúvidas no momento de nominar problemas ou limitações no desempenho de uma atividade ou ser incapaz ou não em realizar uma atividade. No âmbito de entendimento da CIF, é notório a compreensão de sua linguagem no quadro abaixo.

Quadro 1 – Definição da linguagem técnica em saúde funcional.

<i>Aspecto Positivo</i>	<i>Aspecto Negativo</i>	<i>Exemplo</i>
FUNÇÃO	Alteração funcional, deficiência, disfunção	- <i>Obstrução do fluxo aéreo</i>
ESTRUTURA	Alteração, mudança ou lesão estrutural	- <i>Amputações</i>
ATIVIDADES PARTICIPAÇÃO ^E	Incapacidade	- <i>Dificuldades para andar, corrigir</i>
FACILITADOR AMBIENTAL	Barreira ambiental	- <i>Escada para um cadeirante</i> - <i>Falta de acesso ao serviço de saúde</i>

Fonte: Araújo, 2011.

A CIF dispõe suas informações em duas seções, a primeira refere-se a Funcionalidade e a Incapacidade e a segunda aos Fatores Contextuais, os quais são apresentados em capítulos e cada capítulo possui itens ou categorias que são unidades de classificação, onde a saúde e os estados relacionados à saúde de um indivíduo pode ser registrado ou codificado, podendo ser visualizada na Figura 8. É válido ressaltar que cada parte apresenta ainda construtos que são os agentes qualificadores dos limites e possibilidades do indivíduo e permite classificar positiva ou negativamente, possuindo uma organização utilizando um sistema alfanumérico indicado por codificadores (letra e números) que determinam sobre o que está se referindo, seguidos de agentes qualificadores que são representados por números (CIF, 2015).

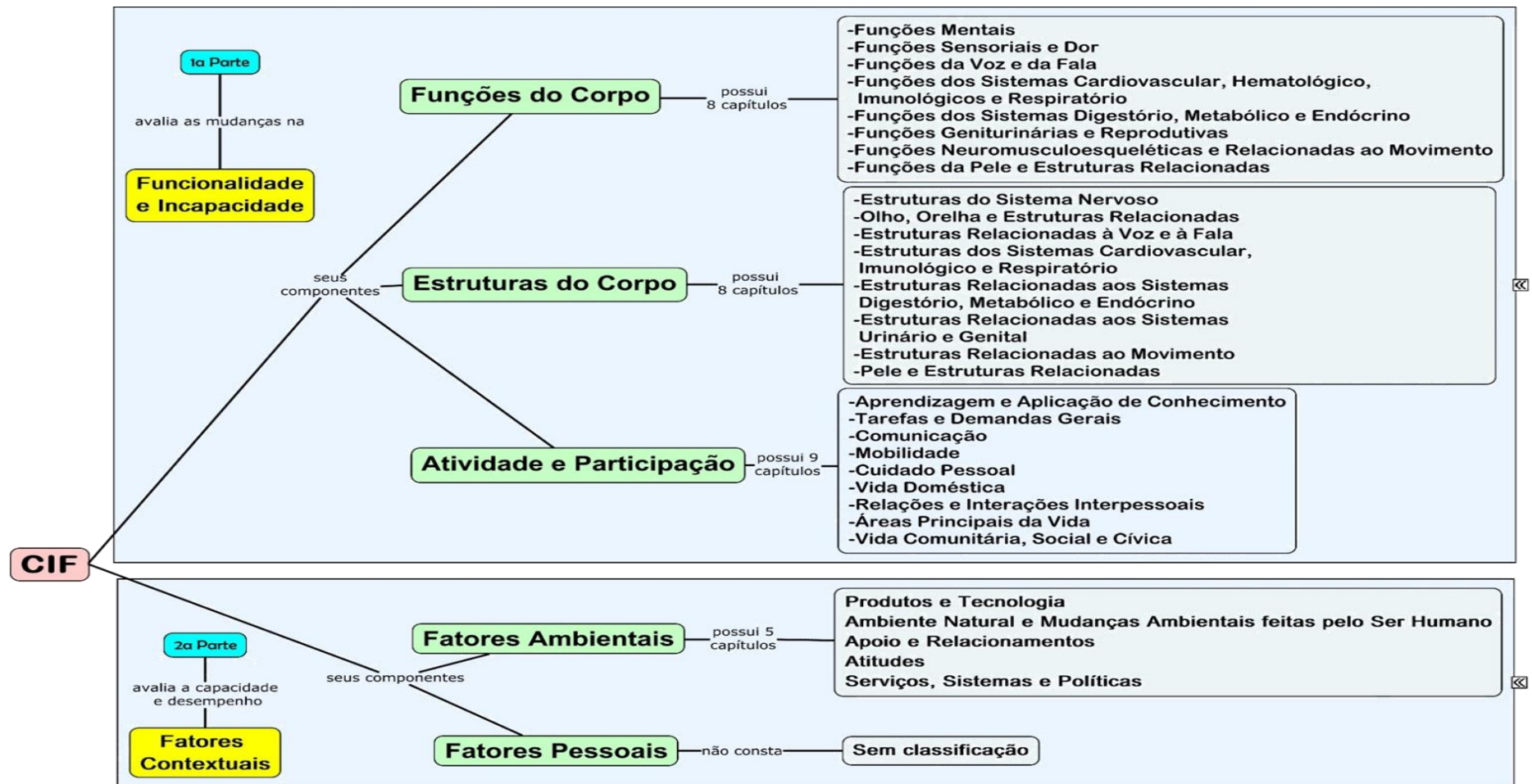


Figura 8 – Componentes da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde - CIF.

Fonte: Medeiros, 2020.

A seção de Funcionalidade e Incapacidade está subdividida em dois componentes: o componente Corpo que inclui Funções e Estruturas do Corpo e o componente Atividades e Participação que compreende os domínios que denotam os aspectos da funcionalidade, na perspectiva individual e social. As Funções e Estruturas do Corpo, por sua vez, apontam como construtos as alterações na função do corpo e alterações na estrutura do corpo.

O domínio Funções do corpo é apresentado em oito capítulos: Funções Mentais, Funções Sensoriais e Dor, Funções da Voz e da Fala, Funções dos Sistemas Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório, Funções dos Sistemas Digestório, Metabólico e Endócrino, Funções Geniturinárias e Reprodutivas, Funções Neuromusculoesqueléticas e Relacionadas ao Movimento, e as Funções da Pele e Estruturas Relacionadas.

As funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, inclusive as funções psicológicas, e são codificadas com um qualificador que indica a extensão ou magnitude da deficiência, entendida como uma perda, falta, redução, adição, excesso ou desvio. Seu qualificador comum com escala negativa para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência recebe o xxx.0 NENHUMA deficiência, xxx.1 Deficiência LEVE, xxx.2 Deficiência MODERADA, xxx.3 Deficiência GRAVE, xxx.4 Deficiência COMPLETA, xxx.8 Não especificada ou xxx.9 Não aplicável (CIF, 2015).

O domínio Estruturas do Corpo também é apresentado em oito capítulos: Estruturas do Sistema Nervoso, Olho, Ouvido e Estruturas Relacionadas, Estruturas Relacionadas com à Voz e à Fala, Estruturas dos Sistemas Cardiovascular, Imunológico e Respiratório, Estruturas Relacionadas com aos Sistemas Digestório, Metabólico e Endócrino, Estruturas Relacionadas aos Sistemas Urinário e genital, Estruturas Relacionadas ao Movimento, e Pele e Estruturas Relacionadas.

As estruturas do corpo são as partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes. As deficiências são problemas na função ou estrutura do corpo como um desvio ou perda significativa. Para sua codificação, faz-se necessário três qualificadores. O primeiro qualificador serve para descrever a extensão ou grau de deficiência por meio da escala xxx.0 Nenhuma DEFICIÊNCIA; xxx.1 Deficiência LEVE, xxx.2 Deficiência MODERADA, xxx.3 Deficiência GRAVE, xxx.4 Deficiência COMPLETA, xxx.8 Não especificado, xxx.9 Não aplicável (CIF, 2015).

O segundo qualificador visa indicar a natureza da deficiência, segue a escala 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, 8 Não especificada, 9 Não aplicável. Por fim, o terceiro

qualificador para indicar a localização da deficiência, sugere-se **0** mais de uma região, **1** direita, **2** esquerda, **3** ambos os lados, **4** parte anterior, **5** parte posterior, **6** proximal, **7** distal, **8** não especificada e **9** não aplicável (CIF, 2015).

O segundo componente da Funcionalidade e Incapacidade, refere-se a **Atividades e Participação**, relacionado a capacidade e ao desempenho, constituído por nove capítulos: Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos; Tarefas e demandas gerais; Comunicação; Mobilidade; Cuidado Pessoal; Vida Doméstica; Relações e Interações Interpessoais; Áreas principais da vida, e Vida comunitária, social e cívica.

A CIF defini **Atividade** como a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, enquanto **Participação** é o envolvimento em uma situação da vida. Complementa descrevendo que a limitação de atividade seria as dificuldades que o indivíduo pode encontrar na execução de atividades e as restrições de participação são problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento nas situações a vida. Sua classificação é por meio da codificação de dois qualificadores, onde o primeiro ocupa o primeiro dígito após o ponto, denominado qualificador de desempenho, que descreve o que um indivíduo faz em seu ambiente habitual. E ocupando o segundo dígito após o ponto, encontra-se o qualificador de capacidade, que descreve a habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação, o qual indica o nível mais alto provável de funcionalidade que uma pessoa pode atingir em um dado domínio em um dado momento (CIF, 2015).

Os qualificadores de capacidade e desempenho, seguem a escala **0** Nenhuma DEFICIÊNCIA, **1** Deficiência LEVE, **2** Deficiência MODERADA, **3** Deficiência GRAVE, **4** Deficiência COMPLETA, **8** Não especificado, **9** Não aplicável e podem ser utilizados com e sem dispositivos de auxílio ou assistência pessoal (CIF, 2015)

A seção dos **Fatores Contextuais** é subdividida em dois componentes, os fatores ambientais e os fatores pessoais, dos quais só os fatores ambientais são apresentados em cinco capítulos, abrangendo: Produtos e Tecnologia; Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Ser Humano Apoio e Relacionamentos; Atitudes; e Serviços, Sistemas e Políticas (CIF, 2015).

Os Fatores Ambientais integram, segundo a CIF (2015), o ambiente físico, social e atitudinal em as pessoas vivem e conduzem sua vida e devem ser codificados sob a perspectiva da pessoa cuja situação está sendo descrita. O qualificador indica a extensão na qual um fator é um facilitador ou uma barreira. Um exemplo para melhor compreensão é uma calçada de piso liso, visto por um cadeirante é um facilitador, entretanto para um idoso cego será uma barreira. Faz então importante a utilização de um ponto sozinho denota barreira e o sinal “+” um

facilitador na escala: **0** NENHUMA barreira, **1** Barreira LEVE, **2** Barreira MODERADA, **3** Barreira GRAVE, **4** Barreira COMPLETA, **8** Barreira não especificada e **9** Não aplicável ou **0** NENHUM facilitador, **+1** Facilitador LEVE, **+2** Facilitador MODERADO, **+3** Facilitador CONSIDERÁVEL, **+4** Facilitador COMPLETO, **+8** Facilitador, não especificado e **+9** Não aplicável.

Por ser difícil distinguir “**Atividade**” e “**Participação**”, a própria CIF chama atenção dos profissionais, estabelecendo como dicas, para que os mesmos possam fazê-lo na sua prática, designando alguns domínios como atividades ou participação, para que se evite sobreposições, ou permitindo sobreposições parciais; utilizando todos os domínios como atividade e como participação ou detalhando os domínios como atividades e os títulos das categorias como participação (CIF, 2015).

Os **Fatores Pessoais**, não classificados na CIF, contribuem no impacto sobre resultados, compreendem o histórico particular da vida e do estilo de vida da pessoa, podem incluir sexo, raça, idade, condição física, estilo de vida, nível de instrução, profissão, hábitos, renda financeira, entre muitas outras características que podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível (CIF, 2015).

Quadro 2 – Descrição dos qualificadores, de acordo com os seus componentes.

Componentes	Primeiro Qualificador	Segundo Qualificador	Terceiro Qualificador
Funções do corpo (b)	xxx.0 NENHUMA deficiência 0-4%, xxx.1 Deficiência LEVE 5-24%, xxx.2 Deficiência MODERADA 25-49%, xxx.3 Deficiência GRAVE 50-95%, xxx.4 Deficiência COMPLETA 96-100%, xxx.8 Não especificada xxx.9 Não aplicável	Nenhum	Nenhum
Estruturas do corpo (s)	xxx.0 NENHUMA deficiência 0-4%, xxx.1 Deficiência LEVE 5-24%, xxx.2 Deficiência MODERADA 25-49%, xxx.3 Deficiência GRAVE 50-95%, xxx.4 Deficiência COMPLETA 96-100%, xxx.8 Não especificada xxx.9 Não aplicável	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	0 mais de uma região, 1 direita, 2 esquerda, 3 ambos os lados, 4 parte anterior, 5 parte posterior, 6 proximal, 7 distal, 8 não especificada, 9 não aplicável

Componentes	Primeiro Qualificador	Segundo Qualificador	Terceiro Qualificador
		estrutura, incluindo acúmulo de líquido, 8 Não especificada, 9 Não aplicável	
Atividades e participação (d)	xxx.0 NENHUMA deficiência 0-4%, xxx.1 Deficiência LEVE 5-24%, xxx.2 Deficiência MODERADA 25-49%, xxx.3 Deficiência GRAVE 50-95%, xxx.4 Deficiência COMPLETA 96-100%, xxx.8 Não especificada xxx.9 Não aplicável	CAPACIDADE Qualificador genérico. Idem ao qualificador de DESEMPENHO	Nenhum
Fatores ambientais	xxx.0 NENHUMA barreira, xxx.1 Barreira LEVE, xxx.2 Barreira MODERADA, xxx.3 Barreira GRAVE, xxx.4 Barreira COMPLETA, xxx.8 Barreira não especificada xxx.9 Não aplicável xxx.0 NENHUM facilitador, xxx.+1 Facilitador LEVE, xxx.+2 Facilitador MODERADO, xxx.+3 Facilitador CONSIDERÁVEL, xxx.+4 Facilitador COMPLETO, xxx.+8 Facilitador, não especificado xxx.9 Não aplicável.	Em preparação	Nenhum

Fonte: Adaptado de Piexak; Cezar-Vaz; Bonow, 2019.

A compreensão da organização da CIF é essencial para o entendimento do detalhamento de sua estrutura que é feita por meio da representação alfanumérica, retirada do contexto em inglês, onde a letra **b** (*body*) define Funções do Corpo, a letra **s** (*structure*) Estruturas do Corpo, a letra **d** (*domínio*) Atividades e Participação e a letra **e** (*environment*) Fatores Ambientais (CIF, 2015).

Cada componente recebe o prefixo alfanumérico, que são as letras já descritas anteriormente (*b*, *s*, *d* e *e*) e cada letra é seguida por um código numérico iniciado pelo número do capítulo. A codificação pode ter até quatro níveis e cada indivíduo pode ter mais de um código, pois eles podem ser independentes ou inter-relacionados. Cada capítulo é composto por categorias individuais, de dois, três ou quatro níveis, cada uma possui uma breve definição que

descrevem os atributos essenciais de cada domínio e contém informações do que é incluído e excluídos em cada categoria.

Para uma melhor visualização de como os códigos se organizam na CIF, o Capítulo 1 Funções mentais, pertencente ao domínio Funções do corpo (b), a Figura 9 exemplifica como se configura as categorias por nível.

Capítulo Primeiro nível	• b1 Funções Mentais
Segundo nível	• b167 - Funções mentais da linguagem
Terceiro nível	• b1670 - Recepção da linguagem
Quarto nível	• b16702 - Recepção da linguagem de sinais

Figura 9 – Exemplificação da categoria por níveis.

Fonte: CIF, 2015.

Com esse sistema de categorização, a CIF não classifica pessoas, mas descreve a condição de cada pessoa contextualizada em uma escala de domínios de saúde, colocando todas as condições de saúde em um mesmo nível, permitindo ser avaliada por meio de uma régua métrica comum, com foco na saúde e na incapacidade que passa a receber um novo olhar (ARAÚJO, 2011).

Esse novo modelo é visto como multidirecional, onde uma deficiência ou incapacidade pode ser gerada a partir de qualquer item mencionado, existindo uma correlação entre todos, sem linearidade, servindo assim como um guia clínico para atuação em Saúde Funcional (ARAÚJO, 2011).

O modelo de funcionalidade da CIF se baseia numa abordagem biopsicossocial utilizada para se obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade, e considera o indivíduo e toda influência dos componentes que favorecem ou dificultam a execução das suas atividades. É considerada uma classificação da funcionalidade e da incapacidade humana (CIF, 2015).

Constitui uma abordagem com múltiplas perspectivas ou interações dinâmicas, em que um elemento tem o potencial de modificar um ou mais elementos. Essa interação poderá ocorrer em duas direções: a presença da deficiência pode modificar até o próprio estado de saúde. No modelo biopsicossocial, uma pessoa pode, por exemplo, ter deficiência sem limitações de capacidade ou ter problemas de desempenho e limitações de capacidade sem deficiências evidentes ou ter limitações de capacidade sem assistência e nenhum problema de desempenho

no ambiente. Consequentemente, é importante coletar dados sobre os componentes de maneira independente e, em seguida, explorar as associações e ligações existentes, pois todos eles são úteis para descrever a experiência de saúde em sua totalidade para cada indivíduo (CIF, 2015)

Seu objetivo maior é a elaboração de uma síntese que possa descrever uma visão coerente das diversas dimensões de saúde sob as perspectivas biológica, individual e social, perfazendo uma relação multidirecional, onde a doença pode ser tanto o ponto de partida como o resultado de alterações primárias nos outros domínios do modelo (CIF, 2015; ARAÚJO, 2011).

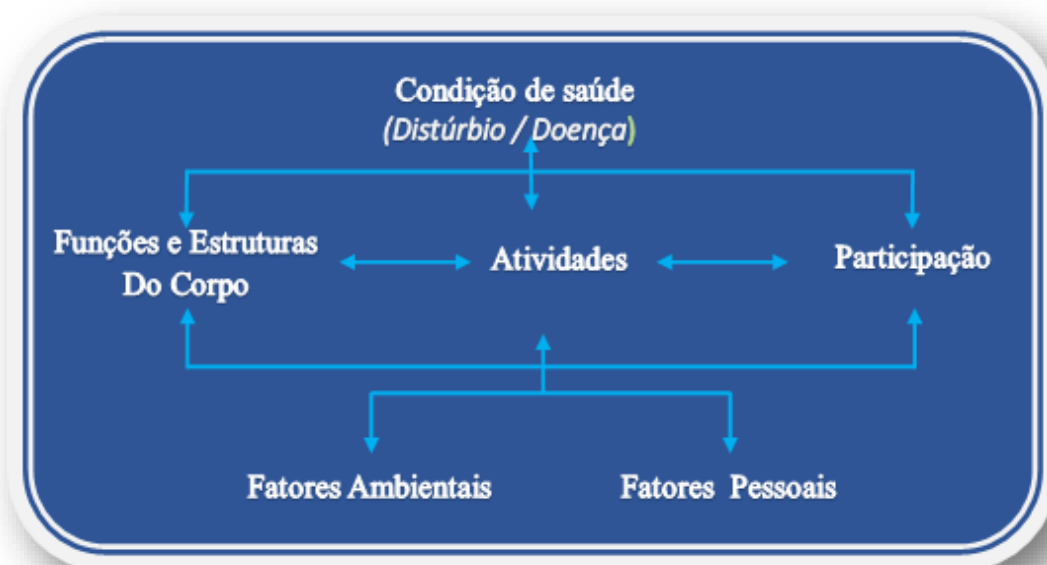


Figura 10 – Modelo Biopsicossocial da CIF.

Fonte: CIF, 2015.

A CIF destaca que os componentes da funcionalidade e incapacidade podem ser utilizados para indicar problemas (incapacidade) e por outro lado indicar aspectos não problemáticos da saúde e dos estados relacionados à saúde (funcionalidade), esses dois termos são concebidos como uma interação dinâmica, vista como um processo ou resultado entre os estados de saúde e os fatores contextuais. As pessoas não são unidades, a CIF descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínio de saúde ou relacionados à saúde (CIF, 2015).

Diante da complexidade dessa classificação, a própria CIF (2015) descreve a Funcionalidade como um termo que abrange todas as funções do corpo, atividade e participação e de maneira similar a incapacidade abrange deficiências, limitações de atividade ou restrição na participação. Desta forma, ela constitui uma abordagem com múltiplas perspectivas da

classificação da funcionalidade e da incapacidade. Fortalecendo a integração do modelo médico e do modelo social, o modelo biopsicossocial, tenta proporcionar uma síntese coerente das diferentes dimensões de saúde de uma pessoa. (Figura 11).

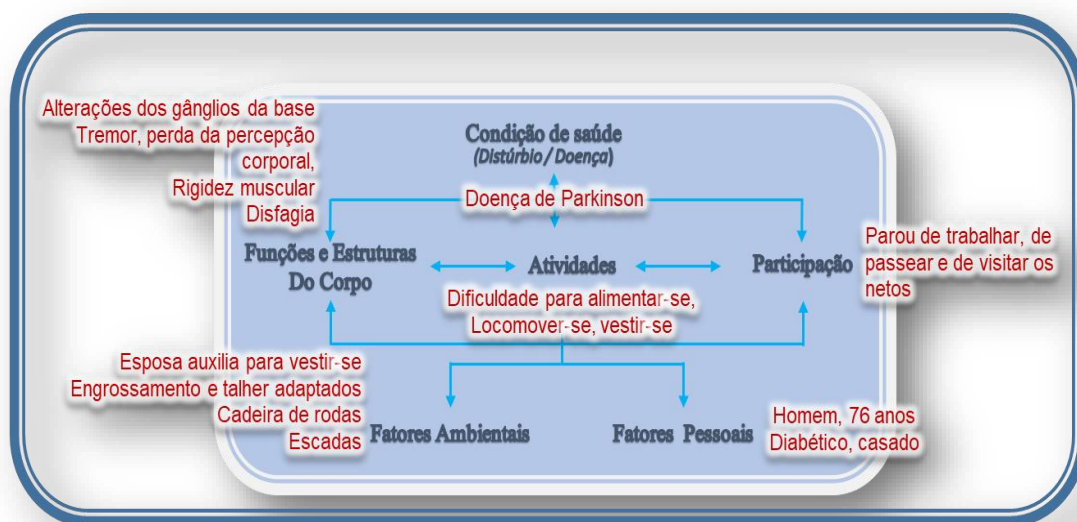


Figura 11 –Exemplificação da situação de uma pessoa, na visão do modelo biopsicossocial da CIF.

Fonte: Adaptado de Araújo, 2011.

Apesar da complexidade da CIF, ela possibilita a legitimação e oficialização da prática profissional, tratando de uniformização e padronização dos agravos, sintomas, diagnósticos e linhas de cuidados para profissionais na saúde que não são profissionais médicos. Sua utilização permite uma abordagem ampla, multidisciplinar, integral e centrada no indivíduo, tornando-se uma ferramenta epidemiológica e clínica aplicada (BIZ; LIMA; MACHADO, 2017).

Para incentivar o uso do CIF na prática clínica e pesquisa, os chamados Conjuntos de Núcleos CIF ou *ICF Core Sets* (Conjuntos Básicos da CIF) foram desenvolvidos. O *ICF Core Sets* é uma lista abreviada de categorias da CIF que foram escolhidas em um processo de consenso, em vários estágios, sobre quais aspectos do funcionamento são relevantes para pacientes em ambientes específicos ou com condições de saúde específicas, integrando evidências de estudos empíricos e contribuições de especialistas que têm sido desenvolvidos com os mais variados propósitos, bem como aproximar a CIF do uso habitual (YEN *et al.*, 2014; KOHLER *et al.*, 2009; MUELLER *et al.*, 2008).

O aumento de publicações com *Core Sets*, para condições específicas, a exemplo, condições cardiopulmonares, pacientes geriátricos, artrite reumatoide, dor lombar, câncer de cabeça e pescoço, lesão medular, apresentou um aumento em volume e a quantidade na

literatura, sua ampliação exigiu uma publicação com relação a um guia com metodologia recomendada para a elaboração de *Core Set*, desde 2015 (CASTRO *et al.*, 2016).

Esse mesmo autor enfatiza que o surgimento dos *Core Set* possibilitou redução do tempo de aplicação e a possibilidade de aplicação em diversas situações como pontos positivos, e sinaliza pontos negativos como o não uso na população em geral e em pessoas saudáveis, sem nenhuma condição de saúde ou doença, não alcançando estudos de funcionalidade humana na população em geral, que podem também ser de interesse científico, isto significa o reducionismo que o *Checklist* representa ao limitar o número de códigos.

Considera-se que a CIF oferece a opção conceitual para uma visão ampla dos determinantes que afetam as pessoas em sua saúde e doença, independente da especialidade de cada profissão. Nessa classificação, a pessoa passa a ser vista, para além dos distúrbios de estruturas, funções e mobilidades corporais, os quais são inerentes ao modelo biomédico tradicional, em seus componentes de participação, condições pessoais e ambientais, os quais caracterizam um modelo emancipador em saúde. Consequentemente, as informações sobre a pessoa e seu contexto de vida são fundamentais para a equipe de saúde, independentemente de serem informações específicas de determinada especialidade (BILGIC *et al.*, 2007).

Ao contrário do que se pensa, a aplicabilidade da CIF é de crucial importância para a saúde e para a prática clínica das diversas especialidades e não exige exclusão de outras classificações, pelo contrário, soma conhecimento sobre saúde, evitando o reducionismo do diagnóstico, substanciando os indicadores, fruto de uma linguagem universal, incorporando aos diversos setores, tanto de saúde, político social, como educativo, proporcionando tomadas de decisões baseadas nas reais necessidades do indivíduo e da população. Não menos importante, o seu modelo biopsicossocial com foco na funcionalidade, centrado na saúde e com a inserção da capacidade e desempenho contrariando os termos deficiências, limitações, proporciona uma amplitude na escuta do indivíduo, não centrada na doença durante a avaliação, principalmente, da pessoa idosa.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo metodológico, o qual propõe uma organização sistemática para elaboração, avaliação, validação e aperfeiçoamento de instrumentos e técnicas de pesquisa, assim como de estratégias metodológicas, comumente utilizando métodos complexos e sofisticados, incluindo métodos mistos (POLIT; BECK, 2011). O propósito do estudo é construir um instrumento de avaliação multidimensional para a pessoa idosa a ser utilizado na Estratégia Saúde da Família, tendo como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde (CIF, 2015), tendo como principal meta a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados da equipe. Espera-se também como meta que a elaboração de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável, para que possa ser empregado por outros pesquisadores na avaliação multidimensional para a pessoa idosa.

4.2 Considerações Éticas

O projeto, antes do seu desenvolvimento, foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba, levando em consideração os aspectos éticos preconizados pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos (BRASIL/MS, 2012), tendo sido aprovado segundo o Protocolo n. 3.426.184. Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, esta não apresenta riscos previsíveis e seus benefícios superam os riscos, uma vez que a pesquisa auxiliará na melhoria da qualidade da assistência a pessoa idosa. Durante a pesquisa foram esclarecidos os objetivos do estudo, a garantia do anonimato, os procedimentos para coleta de dados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando a pesquisadora à disposição dos participantes para quaisquer dúvidas.

4.3 Etapas da Pesquisa

Para elaboração de instrumento de pesquisa em saúde pública, Monteiro (2013) descreve alguns passos a serem desenvolvidos, como: definir ou identificar as informações necessárias, para se ter conhecimento sobre a temática a ser estudada, ter claro qual o público a ser estudado, escolher o melhor método para atingir esse público, selecionar os conteúdos e desenvolver a formulação para cada questão do instrumento, colocando-as em formato e ordem adequados e por fim avaliar o tamanho do questionário, realizar pré-testes, e obter um formulário de pesquisa final adequado a sua realidade.

Esses passos proporcionaram conhecimento e base de conteúdo, considerados primordiais, para o desenho metodológico, que foi percorrido nesse estudo. Ressalta-se que, durante o seu desenvolvimento, foi necessário fazer adequações no desenho metodológico, tendo em vista a pandemia da Covid-19, que ocorreu exatamente no período destinado a validação de conteúdo, aparência e pré-testes do instrumento.

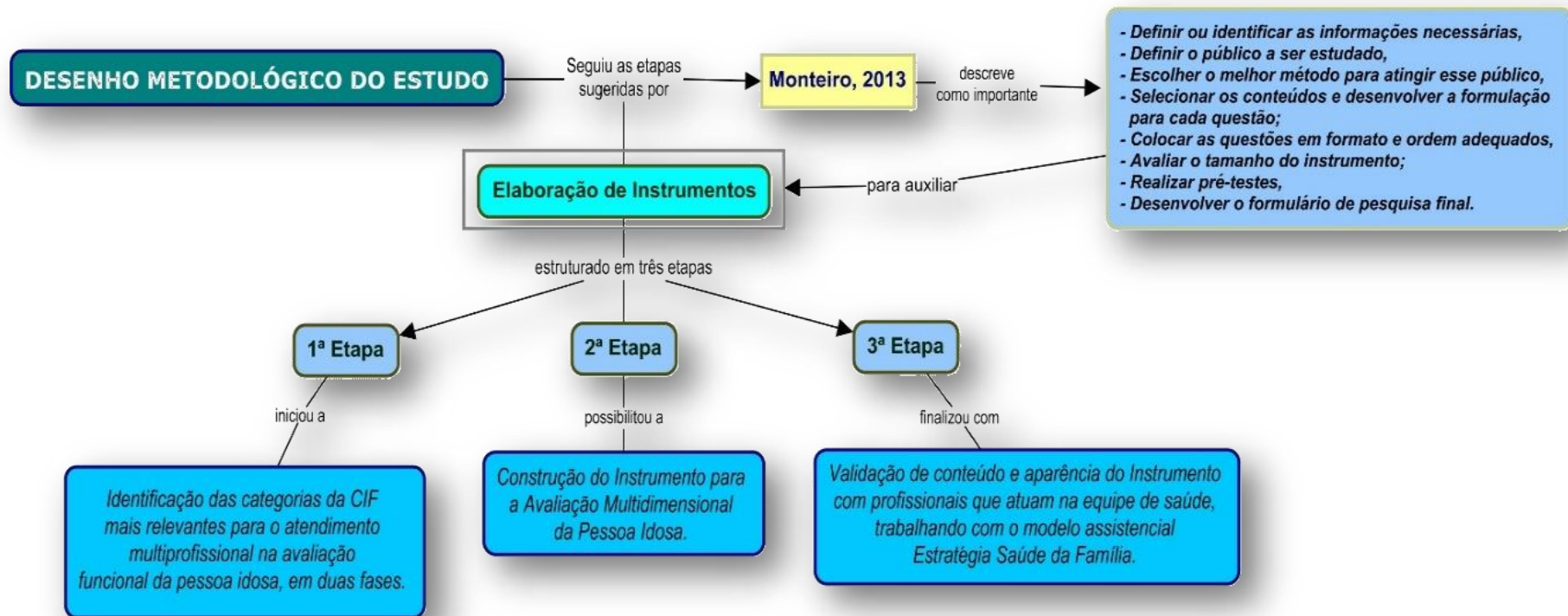


Figura 12 – Desenho metodológico do estudo, João Pessoa, PB, 2021.

Fonte: Medeiros, 2020.

As etapas do estudo foram executadas, utilizando métodos e técnicas específicas para o alcance dos objetivos da pesquisa, as quais estão definidas e estruturadas a seguir.

4.3.1 Identificação das Categorias da CIF mais relevantes para o atendimento multiprofissional na Avaliação Funcional da Pessoa Idosa

Nesta primeira etapa foram desenvolvidas duas fases: 1. O desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura para identificar nos últimos anos quais as categorias da CIF mais relevantes para o atendimento multiprofissional na avaliação funcional da pessoa idosa; 2. Identificação das categorias da CIF que representam objetivos potenciais para o atendimento multiprofissional para a pessoa idosa, a qual foi realizada, em dois momentos, com a participação de um grupo de profissionais com experiência prática do atendimento multiprofissional na avaliação funcional da pessoa idosa.

4.3.1.1 Primeira Fase - Identificação das Categorias da CIF na literatura

A revisão integrativa da literatura seguiu um rigor metodológico necessário devido à procura de evidências sobre determinado assunto, utilizando-se dos seguintes passos: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados (COOPER, 1984).

A formulação do problema se caracterizou pela questão norteadora: Quais as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde descritas na literatura da área da saúde, nos estudos desenvolvidos com a pessoa idosa? Para a coleta dos dados definiu-se as bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline/PubMed), Google Acadêmico, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), Cochrane Collaboration (Cochrane) e Biblioteca Virtual de Saúde –Psicologia Brasil (BVS-Psi Brasil). Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “CIF”, “idoso”; e as palavras-chave “funcionalidade” e “multidimensional”.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão artigos publicados no período de 2013 a 2019 que constassem como assunto principal a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, ter como sujeito dos estudos a pessoa idosa e estar disponível na base.

Foram selecionadas 306 publicações relacionadas à temática investigada. Após leitura criteriosa, 69 publicações estavam de acordo com os critérios estabelecidos. Em seguida, os artigos foram refinados mediante verificação das palavras-chave e selecionados aqueles que

mencionassem no mínimo dois descritores dos definidos nos critérios pré-estabelecidos da busca, ou seja, CIF e idoso, resultando 61 artigos, que constituíram a base empírica do estudo.

Próximo passo foi a elaboração de um instrumento para o registro das informações de modo a organizá-las de acordo com a questão norteadora do estudo que compreendeu dados de identificação dos artigos (título, autores, periódico, ano, volume, número), resumo e objetivos do estudo. Posteriormente, outro instrumento foi construído, contendo os artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão, com os dados anteriores coletados, acrescidos da metodologia, resultados e as limitações/recomendações dos estudos avaliados, de onde foram extraídos os termos encontrados nos artigos.

A partir das informações do instrumento de coleta de dados, elaborou-se um quadro sinóptico que contemplou os seguintes aspectos: nome do artigo, domínios da CIF, categorias/fatores encontrados, resultados encontrados nos artigos avaliados (APÊNDICE D)

Realizou-se análise dos resultados dos estudos e elencaram-se categorias ligadas a cada domínio da CIF, de acordo com os estudos associados à CIF e seu uso nas avaliações da pessoa idosa com relação a funcionalidade ou incapacidade. A apresentação dos resultados se deu por meio de quadros para a exposição dos mesmos integrando-se os resultados obtidos da avaliação dos estudos.

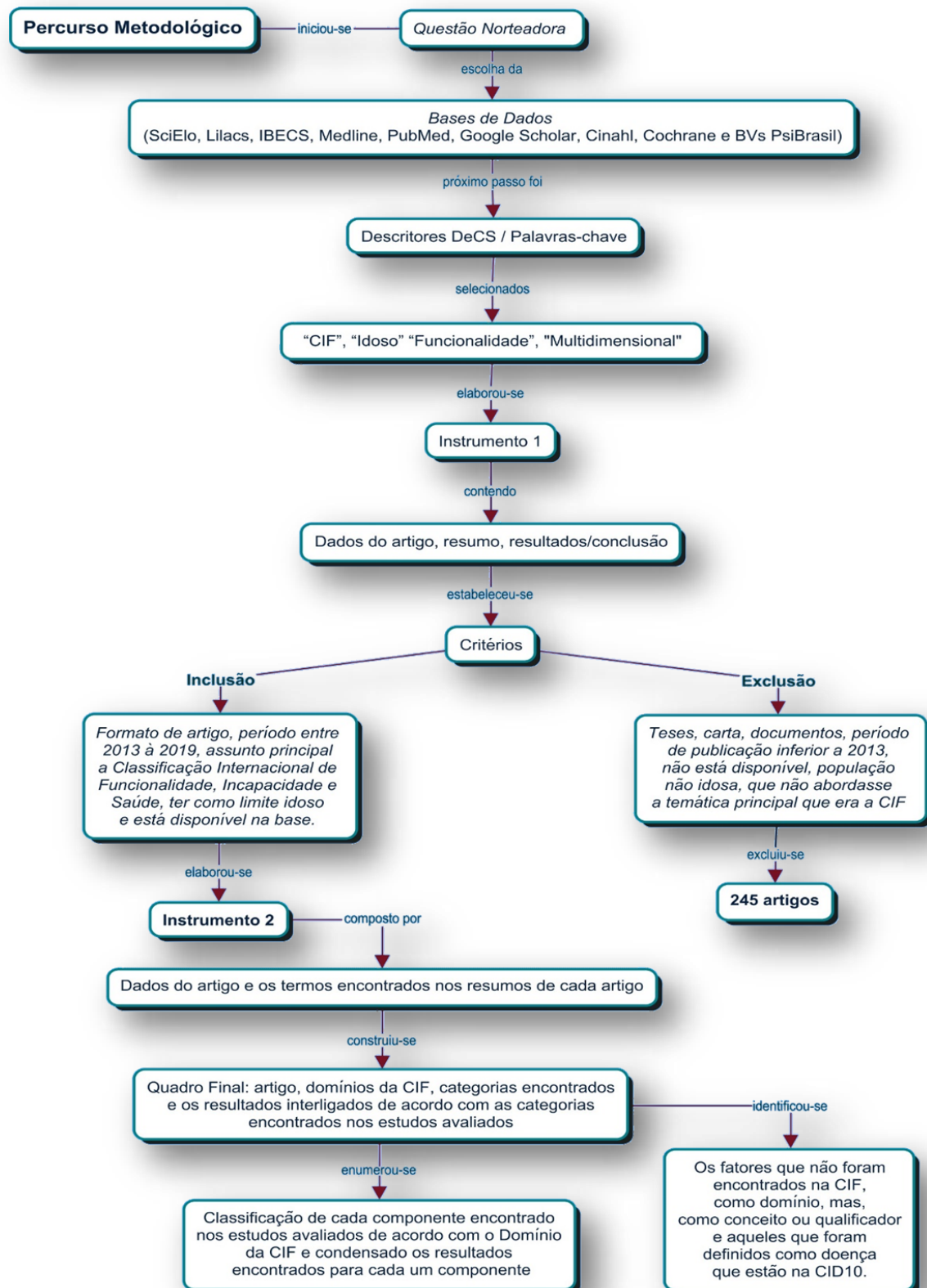


Figura 13 – Descrição metodológica da revisão integrativa – primeira etapa do estudo. João Pessoa, PB, 2020.

Fonte: Medeiros, 2020.

4.3.1.2 Segunda Fase - Identificação das Categorias da CIF pelos profissionais da área da saúde

A segunda fase da primeira etapa, no seu primeiro momento, ocorreu a sinalização por parte de um grupo de profissionais, de forma independente, com experiência prática do atendimento multiprofissional da avaliação funcional da pessoa idosa, das categorias da CIF, que representam objetivos potenciais para o atendimento multiprofissional para essa população. Para isso, foi elaborado um instrumento contendo todos os componentes sinalizados com maior representatividade nos estudos identificados na primeira fase, tendo como base o *checklist* da OMS.

Esse instrumento foi construído utilizando o *Google Forms*[®], que é uma ferramenta para construção *online*, disponível na internet, que oferece uma versão gratuita e para assinantes. Essa plataforma possibilita o envio via e-mail e por mensagens eletrônicas aos participantes e emissão de relatórios individuais e conglomerado. O instrumento eletrônico foi construído com perguntas relacionadas, inicialmente, à caracterização dos profissionais participantes quanto as variáveis pessoais (sexo, idade, unidade federativa de residência, titulação máxima, área e tempo de atuação profissional) e temáticas (avaliação funcional da pessoa idosa e categorias da CIF); e um *checklist* das categorias principais da CIF contidas no *checklist* da OMS, incluindo os todos os componentes sinalizados com maior representatividade nos estudos identificados na primeira fase deste estudo: Funções do Corpo - funções fisiológicas dos sistemas do corpo (incluindo funções psicológicas), Estruturas do Corpo - partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes, Atividade - execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, Participação - envolvimento em situação de vida diária, Fatores Ambientais - compõem o ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida, e Fatores Pessoais - histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo.

Foi explicado aos participantes do estudo que este instrumento tem como foco a mensuração das informações sobre a funcionalidade, capacidade, e a incapacidade de um indivíduo, as quais foram identificadas na literatura da área e no *checklist* da CIF. Para tanto, foi solicitada a colaboração para que fossem sinalizados os componentes, dentro de cada categoria da CIF, que na sua avaliação clínica da pessoa idosa, são vistos como essenciais para uma avaliação multidimensional de sua saúde. Também foi solicitado o consentimento para participar da pesquisa, com a assinatura digital do TCLE (APÊNDICE A).

Antes de seu envio foi realizado um teste piloto, para verificar operacionalização do instrumento por meio da plataforma *Google Forms*[®]. Esse teste-piloto envolveu três

profissionais que atendiam o idoso na estratégia saúde da família em outros municípios paraibanos. Como não foi observado nenhum problema na sua utilização, o mesmo foi considerado apto para ser encaminhado aos juízes.

A seleção dos participantes nessa fase foi feita a partir da base de dados da Plataforma Lattes, levando em consideração os seguintes critérios: profissionais de saúde com experiência prática no atendimento multiprofissional na avaliação funcional da pessoa idosa e que trabalhem na Estratégia Saúde da Família, dando preferência por estudiosos do assunto e produtores de artigos específicos sobre o tema em questão (CIF, Avaliação Multidimensional, Pessoa idosa, Atenção Primária à Saúde). Também foram selecionados profissionais da saúde que trabalhavam em serviços da estratégia saúde da família atendendo a clientela especificada em João Pessoa – PB, por meio de contato pessoal, ou via e-mail ou telefone, que preenchessem os critérios de inclusão.

Após seleção dos especialistas encaminhou-se, via web, carta convite (APÊNDICE C) a 46 profissionais, que preencheram os critérios de inclusão e que residiam no Brasil. Na composição da amostra, solicitou-se que os especialistas selecionados indicassem outros profissionais da saúde que atendessem aos critérios estabelecidos para fazerem parte do estudo. Nesta pesquisa, foi considerada uma amostra mínima de aproximadamente 15 especialistas, tendo como base a realização de estudos semelhantes, porém aceitaram participar do estudo 25, com a devolução dos instrumentos em outubro de 2019, perfazendo quatro meses de coleta.

Para a análise dos dados gerados a partir do instrumento, foi utilizado o método de Índice de Validade de Conteúdo – IVC que mede a proporção ou porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Este método IVC permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Para tanto, foi empregada uma escala tipo *Likert* com uma pontuação de um a dois, para avaliar a relevância e não relevância de cada item. Foram considerados validados os itens que obtiverem uma concordância de no mínimo $IVC \geq 0.80$.

As categorias que obtiveram um $IVC \geq 0.80$, ou seja, considerados relevantes pelos especialistas para a avaliação da pessoa idosa, foram utilizados na construção de um segundo instrumento no *Google Forms*®, levando em consideração na sua elaboração todos os passos já descritos nesse estudo. Esse segundo instrumento foi enviado, via web, em dezembro de 2019, para os 25 juízes que responderam na primeira etapa, com a devolução de oito instrumentos no período de janeiro a março de 2020, perfazendo três meses de coleta. Vale ressaltar que em

março de 2020, foi decretada a pandemia da Covid-19, dificultando ou até impossibilitando a devolução de mais instrumentos.

Nesse instrumento, foi empregada uma escala tipo *Likert* com uma pontuação de um a quatro, para avaliar a significância/representatividade, assim descritas: 1 = não significativa ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser significativa/representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser significativa/representativo, 4 = item significativa e representativo. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos mesmos especialistas que avaliaram cada componente da CIF. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” foram revisados ou eliminados; e para os itens que necessitarem de revisão foi solicitado aos respondentes que apresentassem sugestões ou alterações. Foram considerados validados os itens que obtiverem uma concordância de no mínimo $IVC \geq 0.80$, os quais foram incluídos no Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, que foi construído na segunda etapa do estudo.

4.3.2 Construção do Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa - IAMPI

A partir da Identificação das categorias da CIF mais relevantes para o atendimento multiprofissional na avaliação funcional da pessoa idosa foi elaborada uma primeira versão (Item 5.2.3) do **Instrumento para a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa - IAMPI**, que depois foi submetido à etapa de validação de conteúdo e aparência do instrumento.

Na estruturação do instrumento, levou-se em consideração a estrutura teórica da CIF, na qual a funcionalidade se baseia numa abordagem biopsicossocial, utilizada para se obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade, e considera o indivíduo e toda influência dos componentes que favorecem ou dificultam a execução das suas atividades. Desta forma, o mesmo foi dividido em duas partes: a primeira diz respeito a caracterização da pessoa idosa, ou seja, os dados sociodemográficos, contendo as seguintes variáveis: nome, idade, estado civil, sexo, composição familiar, procedência, escolaridade, religião, hábitos e estilos de vida (lazer, atividade física, tabagismo e consumo de álcool e morbidades referidas). A partir da segunda parte, foram utilizados os itens das categorias da CIF identificadas como mais relevantes para o atendimento multiprofissional na avaliação funcional da pessoa idosa e que alcançaram um $IVC \geq 0.80$, dividida em duas partes: 1) A primeira parte do instrumento, que diz respeito a Funcionalidade e Incapacidade, foi dividida em dois componentes: Funções e Estruturas do

Corpo (subdivididas em dois componentes: Alteração na função do corpo e Alteração na estrutura do corpo), e Atividades e Participação. 2) A segunda parte do instrumento que trata dos Fatores Contextuais – foi descrito os fatores ambientais e fatores pessoais.

Ao lado de cada categoria da CIF foi colocada uma coluna para que os profissionais registrassem os qualificadores que especificam a extensão da funcionalidade ou incapacidade naquela categoria, ou a medida em que um fator ambiental é um facilitador ou uma barreira. Os qualificadores da CIF podem ser usados para descrever frequência, duração, ou localização, além de fatores ambientais relevantes e outras informações.

Quadro 3 – Qualificadores da CIF.

Qualificadores:

_xxx.0: não há problema: A pessoa não tem nenhum problema em nenhuma ocasião ou apenas muito raramente.

_xxx.1: problema leve: O problema está presente menos do que 25% do tempo, com uma intensidade tolerável, e ocorreu apenas raramente nos últimos trinta dias.

_xxx.1: problema moderado: O problema está presente entre 25% e 50% do tempo, com uma intensidade que às vezes interfere na vida diária.

_xxx.1: problema grave: O problema está presente entre 50% e 95% do tempo, com uma intensidade que ocorre frequentemente e parcialmente altera a vida diária.

_xxx.1: problema completo: O problema está presente mais do que 95% do tempo, com uma intensidade que altera totalmente a vida diária

Fonte: OMS, 2013.

A funcionalidade e incapacidade de um indivíduo podem ser registradas selecionando-se a categoria apropriada e seu código correspondente acrescentando a seguir os números ou os qualificadores, considerando a frequência e a duração, ou seja, os qualificadores da CIF podem ser usados também para descrever a localização além de fatores ambientais relevantes e outras informações (OMS, 2013).

Ressalta-se que esse instrumento foi construído para ser usado por profissionais da área da saúde para fazer a avaliação multidimensional da pessoa idosa atendida na Estratégia Saúde da Família, tendo como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, tendo como meta a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados da equipe.

4.3.3 Validação de conteúdo e aparência do Instrumento para a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa - IAMPI

Para realizar a validação de conteúdo e aparência do instrumento, foi constituído um grupo de três especialistas no atendimento a pessoa idosa, quando foi solicitado que cada especialista, assina-se o TCLE (APÊNDICE B) se concordasse em participar do estudo. Em seguida foi orientado a fazer uma leitura atenta do instrumento, marcando cada item, segundo sua pertinência, clareza e organização da pergunta em questão, utilizando uma escala tipo *Likert* aonde: 1 = Inadequado, 2 = Parcialmente adequado, 3 = Adequado, e 4 = Totalmente adequado.

Para a validação da aparência, o especialista avaliou o instrumento como um todo em relação ao layout, visual, organização geral, utilizando os seguintes critérios: 1 = Inadequado, 2 = Parcialmente adequado, 3 = Adequado, e 4 = Totalmente adequado.

Em ambas as avaliações, foi solicitado que quando o especialista marcasse os itens 1 (Inadequado) e ou 2 (parcialmente adequado) deveriam descrever, no campo sugestões, o motivo pelo qual julgou desse modo. Sugestões gerais, acréscimos, comentários, e modificações gerais foram descritos no campo final destinado a comentários gerais.

Para a análise dos dados também foi utilizado o método de Índice de Validade de Conteúdo (IVC), já descrito anteriormente no item 4.3.1, sendo considerados validados os itens que obtiverem uma concordância de no mínimo $IVC \geq 0.80$.

No desenho inicial do estudo estava previsto o teste da operacionalização do Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, para ser realizado durante o atendimento da avaliação da saúde funcional, que antecede a consulta médica da população idosa, em um consultório particular de atendimento a pessoa idosa. Mas, devido a pandemia da Covid-19 e do não atendimento da pessoa idosa nessa clínica, não foi possível realizar o teste.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o tipo de estudo realizado e o seu objetivo geral, foram apresentados juntos os resultados e a discussão dos resultados para facilitar o entendimento.

5.1 Identificação das Categorias da CIF mais relevantes para o atendimento multiprofissional na Avaliação Funcional da Pessoa Idosa

5.1.1 Primeira Fase - Identificação das categorias da CIF na literatura

Para a identificação das categorias da CIF mais relevantes para o atendimento multiprofissional na avaliação funcional da pessoa idosa, foi realizada uma revisão integrativa da literatura para identificar artigos, que enfatizavam a utilização, prática e validação da CIF na área da saúde.

A primeira busca, realizada nas bases de dados citadas com os descritores “CIF” e “Idoso”, encontrou-se 164 artigos, quando incluído os filtros, de acordo com os critérios de inclusão, restaram 55 artigos. Esse mesmo filtro foi realizado nas bases PubMed e Cinahl, obtendo os mesmos artigos. Ao utilizar os descritores “CIF”, “Idoso” e a palavra-chave “multidimensional”, foram oito, o número de artigo e, ao serem aplicados os filtros, restaram seis selecionados. Outra busca com os descritores “CIF”, “Idoso” e a palavra-chave “Funcionalidade” foram encontrados 115 artigos, deste 55 estavam dentro dos critérios de inclusão para o estudo e se repetiam com relação a busca anterior. Em seguida, realizamos outra busca com os mesmos descritores e palavras-chave para busca na base de dados BVS-Psi Brasil e identificou-se 19 trabalhos, dos quais seis artigos contemplavam os critérios de inclusão. A soma dos estudos, após as exclusões e repetições, foi de 61 artigos finais que enfatizavam a utilização, prática e validação da CIF, em estudos com idosos na área da saúde.

Os 61 artigos foram consultados na íntegra para identificação de cada componente e sua classificação pela CIF, levando a identificação das categorias que mais foram encontrados nos estudos, associados a CIF e a pessoa idosa, as quais estão apresentadas nos quadros a seguir, de acordo com a classificação da própria CIF: funções do corpo, estrutura do corpo, atividade e participação, fatores ambientais e fatores pessoais, que não são classificados na CIF.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

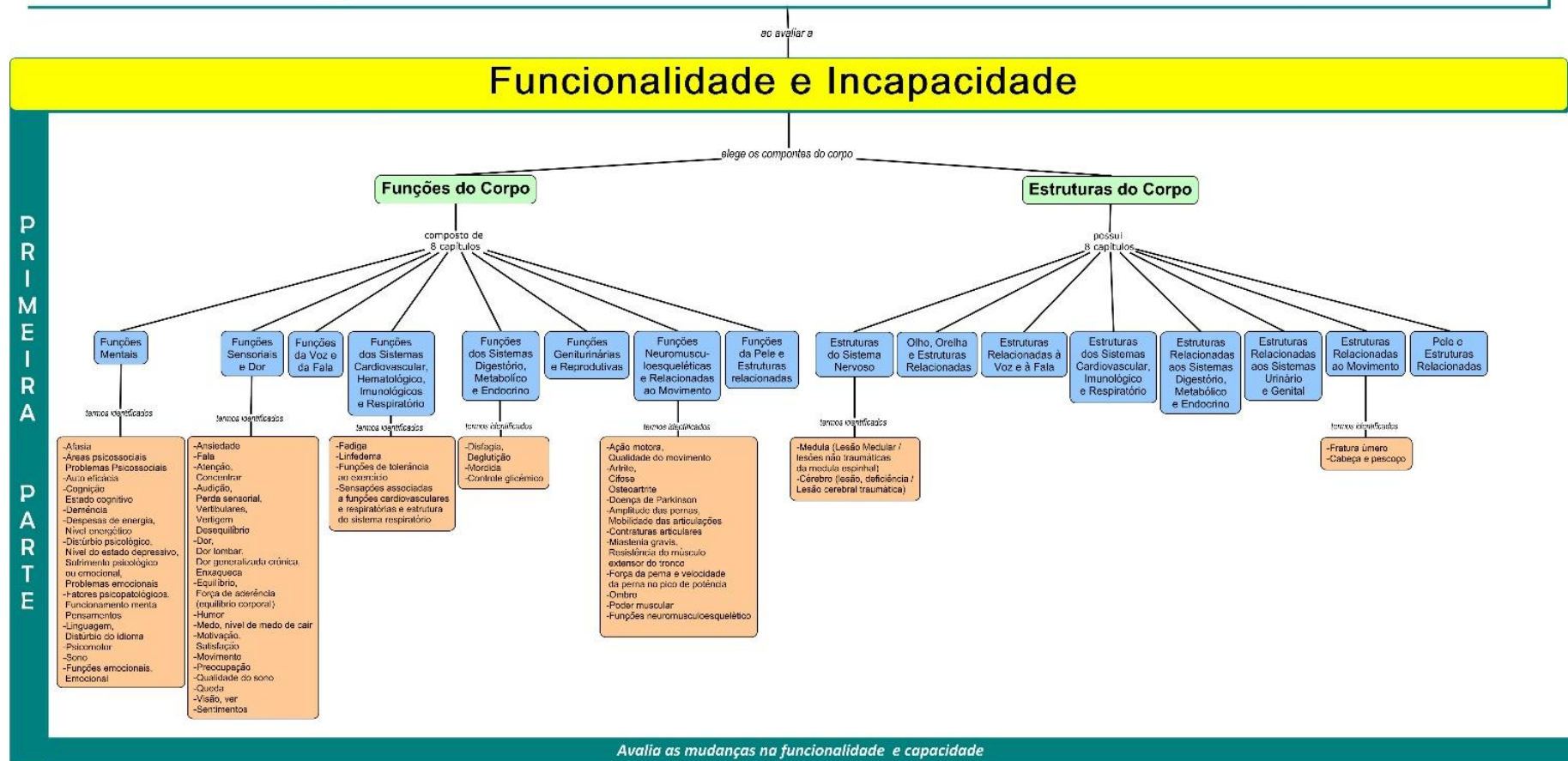


Figura 14 – Categorias identificadas nos componentes Funções do Corpo e Estruturas do Corpo nos estudos analisados associados a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação de idosos. João Pessoa, 2019.

Fonte: Medeiros, 2020.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

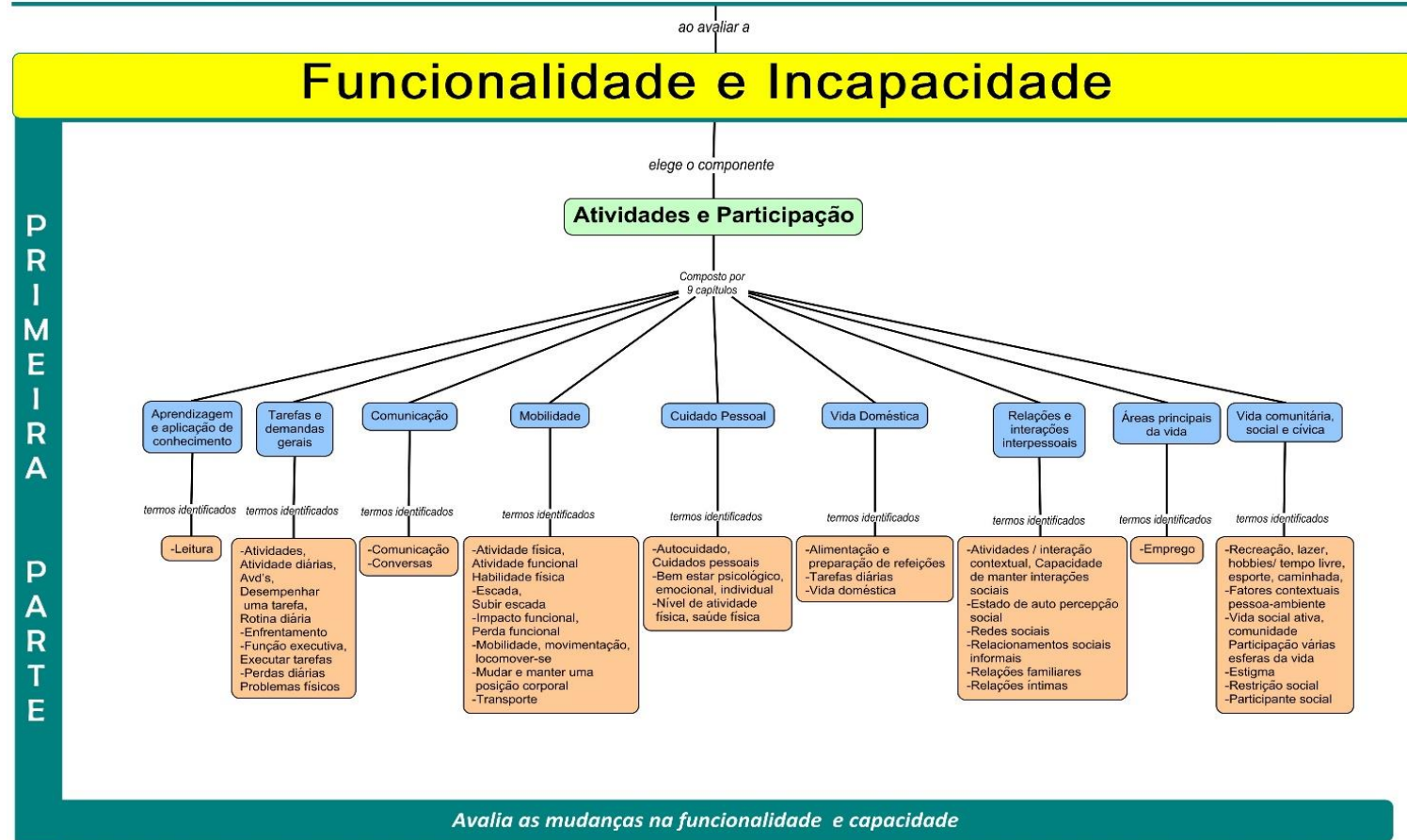


Figura 15 – Categorias identificadas no componente Atividades e Participação nos estudos analisados associados a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação de idosos. João Pessoa, 2019.

Fonte: Medeiros, 2020.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

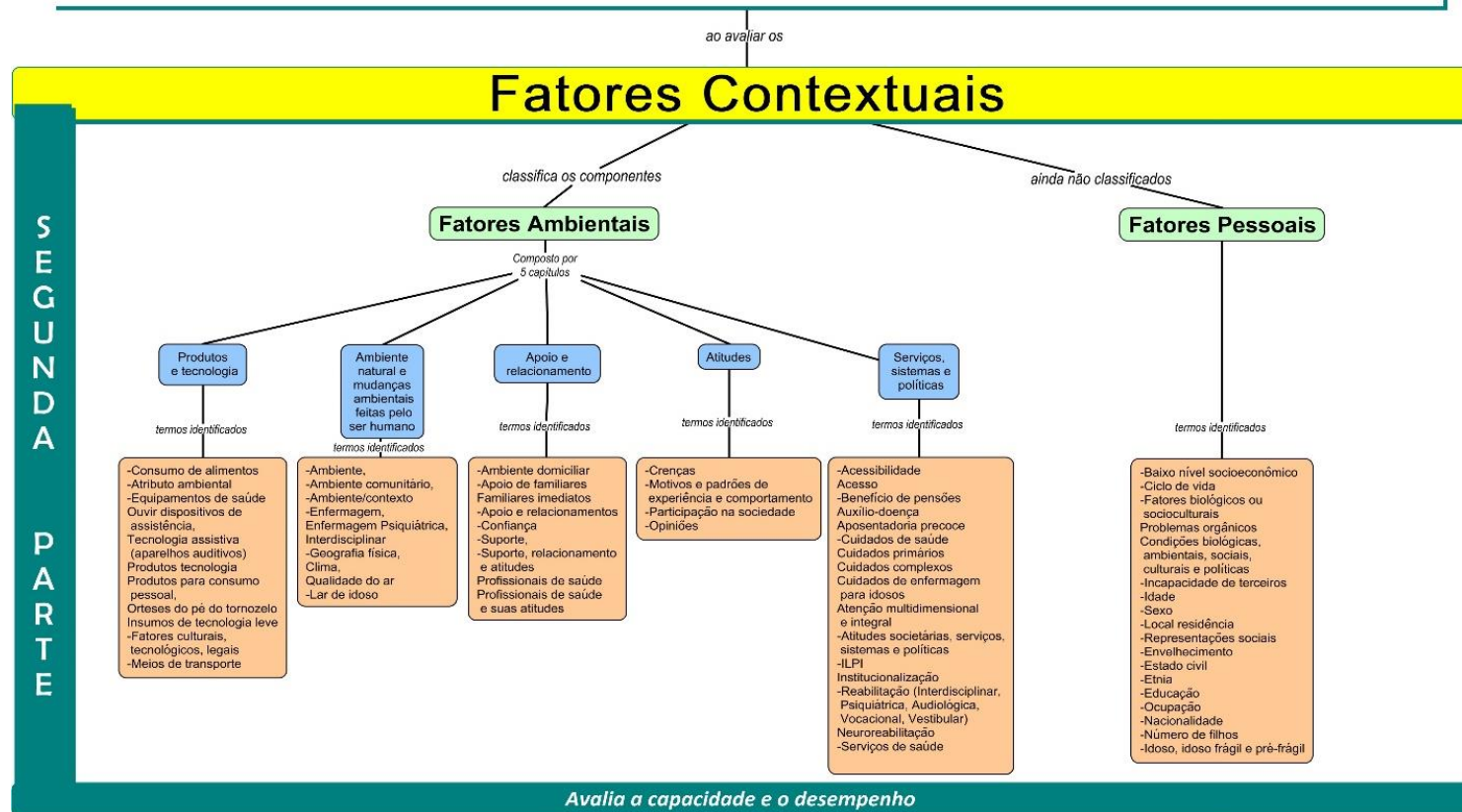


Figura 16 – Categorias identificadas nos componentes Fatores Ambientais e Fatores Pessoais nos estudos analisados associados a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação de idosos. João Pessoa, 2019.

Fonte: Medeiros, 2020.

Essas categorias foram compiladas, através da ferramenta *Excel*, e após análise das categorias mais frequentes, bem como os termos similares, semelhantes ou que possuíam a mesma definição, chegou-se ao quantitativo de 184 termos, dos quais 69 estavam descritos nas funções do corpo, quatro termos na estrutura do corpo, 43 termos em atividade e participação, 50 termos em fatores ambientais e 18 termos ligados aos fatores pessoais, que não são classificados na CIF. O quadro 4 apresenta a síntese dos resultados da identificação das categorias nos artigos da amostra que enfatizavam a utilização, prática e validação da CIF na área da saúde.

Quadro 4- Categorias mais frequentes identificadas nos estudos analisados associados a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação de idosos. João Pessoa, 2021.

COMPONENTES	CATEGORIAS
<p>FUNÇÕES DO CORPO (b) n = 69</p>	<p>Ação motora; Afasia; Amplitude do movimento pernas; Ansiedade; Áreas, problemas psicossociais; Artrite reumatoide; Atenção; Audição; Autoeficácia; Cognição; Concentrar; Confiança; Contraturas articulares; Controle glicêmico; Deglutição; Demência; Desequilíbrio; Despesas de energia; Disfagia; Distúrbio psicológico; Doença de Parkinson; Dor generalizada, Dor lombar; Dor; Enxaqueca; Equilíbrio; Fadiga; Fala; Fatores psicopatológicos; Força da perna e velocidade da perna no pico de potência; Força de aderência (equilíbrio corporal); Funcionamento mental; Funções de tolerância ao exercício; Funções Emocionais; Funções neuromusculoesqueléticas; Humor deprimido; Idioma; Linfedema; Linguagem; Medo de cair; Miastenia gravis; Mobilidade das articulações; Mordida; Motivação; Movimento; Nível de estado depressivo; Nível de medo de queda; Nível energético; Osteoartrite; Pensamentos; Perda de audição; Perda sensorial; Poder Muscular; Postura, equilíbrio, peso; Preocupações pós-transição; Problemas emocionais; Psicomotor; Qualidade de movimento; Queda; Resistência do músculo extensor do tronco; Ruído; Satisfação de vida; Sensações associadas a funções cardiovasculares e respiratórias e estrutura do sistema respiratório; Sentimentos; Sofrimento psicológico; Sono; Vertigem; Vestibulares (distúrbio); Visão.</p>
<p>ESTRUTURA DO CORPO (s) n = 4</p>	<p>Medula (Lesão Medular / lesões não traumáticas da medula espinhal), Cérebro (lesão, deficiência / Lesão cerebral traumática), Fratura úmero, Cabeça e pescoço</p>
<p>ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO (d) n = 43</p>	<p>Alimentação e preparação de refeições; Atividade física; Atividade Funcional; Atividades / interação contextual; Atividades de vida diária; Autocuidado; Bem-estar emocional, psicológico, individual; Caminhada; Capacidade de manter interações sociais; Comunicação; Conversas; Cuidados pessoais; Desempenhar uma tarefa diária; Emprego; Enfrentamento; Escada; Esporte; Estado de autopercepção social; Estigma; Executar tarefas; Habilidade Física; Impacto funcional; Interações interpessoais complexas; Lazer; Leitura; Mobilidade; Mobilidade pessoal, locomover-se; Mudar e manter uma posição corporal; Níveis de atividade física; Perda funcional; Perdas tarefas diárias; Recreação de lazer; Redes sociais; Relacionamentos</p>

COMPONENTES	CATEGORIAS
	sociais informais; Relações familiares; Relações íntimas; Rotina diária; Subir escada; Tarefas diárias; Tempo livre/hobbies; Transporte; Vida doméstica; Vida social ativa.
FATORES AMBIENTAIS (e) n = 50	Acessibilidade; Acesso; Ambiente; Ambiente comunitário; Ambiente domiciliar; Apoio de familiares; Apoio e relacionamentos; Aposentadoria precoce; Atenção multidimensional e integral; Atitudes dos outros no ambiente do participante; Atitudes societárias e serviços, sistemas e políticas; Atributo ambiental; Benefício de pensões; Clima; Consumo de alimentos; Crenças; Cuidados complexos; Cuidados de enfermagem; Cuidados de saúde; Cuidados primários; Enfermagem; Equipamentos de saúde; Familiares imediatos; Fatores culturais, tecnológicos, legais; Geografia física; ILPI; lar de idoso; Insumos de tecnologia leve; Interdisciplinar; Meios de transporte; Motivos e padrões de experiência e comportamento; Neuroreabilitação; Opiniões; Órteses do pé do tornozelo; Ouvir dispositivos de assistência; Participação na sociedade; Produtos para consumo pessoal; Produtos tecnologia; Profissionais de saúde; Profissionais de saúde e suas atitudes; Qualidade do ar; Reabilitação Audiológica; Reabilitação Interdisciplinar; Reabilitação psiquiátrica; Reabilitação Vestibular; Reabilitação Vocacional; Serviços de saúde; Suporte social; Suporte, relacionamento e atitudes; Tecnologia assistiva.
FATORES PESSOAIS n = 18	Baixo nível socioeconômico; Ciclo de vida; Fatores biológicos ou socioculturais; Problemas orgânicos; Problemas ambientais, sociais, culturais e políticos; Incapacidade de terceiros; Idade; Sexo; Local residência; Representações sociais; Envelhecimento; Estado civil; Etnia; Educação; Ocupação; Nacionalidade; Número de filhos; Idoso, idoso frágil e pré-frágil

Analizando os resultados da revisão integrativa, a partir dos artigos incluídos no estudo, pode-se afirmar que a **cognição** ou **estado cognitivo** pode ser considerado um preditor significativo de qualidade de vida em idosos (SÁNCHEZ *et al.*, 2016), o qual compromete a saúde funcional independentemente das doenças (QUERI, 2014). Quando há um comprometimento no desempenho de atividades, mobilidade, autocuidado e participação, tende a aumentar quando o indivíduo tem déficit cognitivo. E quando há um bom estado cognitivo as atividades relacionadas a cuidados pessoais, mobilidade e comunicação sofrem pouca influência (JOSINO *et al.*, 2015). Percebe-se que é necessário a prevenção e promoção dos estados cognitivos podendo ser um facilitador da funcionalidade em idosos e por consequência devem ser constantes nas ações de saúde e demandando rastreamento nos atendimentos da atenção primária à saúde. Quando o indivíduo já se encontra em processo de reabilitação, especialmente neurológica, as limitações cognitivas foram identificadas com menos frequência do que outras restrições (SALTYCHEV *et al.*, 2014).

Outro componente que apresenta associação significativa com a **restrição de participação**, que causa prejuízos a qualidade de vida e compromete a saúde funcional (LIU,

2017; SÁNCHEZ *et al.*, 2016; QUERI, 2014) são os distúrbios psicológicos, o nível de estado depressivo, o sofrimento psicológico e emocional e os problemas emocionais. Sabe-se que o estado emocional ocasiona uma visão não atrativa da vida do indivíduo e avaliar o idoso em sua fase de vida, com peso da idade, das limitações do próprio envelhecimento e a sensação de apatia, entre outros sentimentos, conseqüentemente, mostra-se ser um ponto de escuta valiosa para uma avaliação ampla e integral. Os problemas emocionais diminuem as limitações de funções também em indivíduos que fazem uso de órteses, e um fator que interfere na compreensão do seu uso e o bem-estar (McMONAGLE *et al.*, 2016). Já nos casos de idosos com perda auditiva é um fator que deve ser avaliado por interferir na qualidade de vida desses idosos (GRANBERG *et al.*, 2014).

A **perda sensorial** também é vista como atributo significativo ao desempenho do equilíbrio, é apontada como fator importante para reabilitação audiológica na prática clínica (ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015). Já a disfunção vestibular proporciona dificuldade moderada a grave nas atividades e itens de participação (GRAZIANO, 2013). Nos estudos avaliados a avaliação de perda auditiva apontam a CIF como uma ferramenta multidimensional (GRANBERG *et al.*, 2014), com uso potencial na reabilitação vestibular.

Componente sinalizado como sintoma importante nas avaliações clínicas, por interferir na qualidade de vida, a **dor**, seja ela generalizada, crônica ou lombar, interfere também no desempenho do equilíbrio, dificultando tarefas como escalar escadas, caminhar (THOMAS *et al.*, 2014) e em quadro clínicos de Miastenia Grave, Parkinson e Traumatismo crânio encefálico (TCE) (RAGGI *et al.*, 2015) é um fator de maior probabilidade de dificuldades severas com relação às atividades diárias. Os estudos também enfatizam seu monitoramento em pacientes com problemas no funcionamento do câncer de cabeça e pescoço (KIRSCHNECK *et al.*, 2015). A dor torna-se um componente necessário para avaliações de funcionalidade e pode ser avaliada pela CIF, não necessitando de outras escalas ou instrumentos (FRÉZ *et al.*, 2016).

Os quadros de artrite, cifose e osteoartrite ocasionam impacto nos domínios da CIF (TER WEE *et al.*, 2016), comprometendo a atividade e participação mais frequentemente (MEESTERS *et al.*, 2013). E de forma específica, a cifose, em pacientes de cuidados primários, é um atributo associado ao desempenho do equilíbrio (THOMAS *et al.*, 2014), fazendo-se necessário para avaliação de mudanças individuais e elaboração de programas de reabilitação (MANNBERG BÄCKMAN *et al.*, 2016).

Nos estudos avaliados, identifica-se que, para uma avaliação geral do funcionamento, em todas as condições de saúde, na prática clínica, um dos problemas mais comuns é a **rotina diária** (PTYUSHKIN; CIEZA; STUCKI, 2015). E em idosos em ambiente domiciliar, que se

apresentam ativos e participativos, ser capaz de desempenhar uma tarefa diária, representa um envelhecimento com poucas perdas (LOPES, SANTOS, 2015). Desta forma, ter atividades é vista como uma das condições de saúde importante na avaliação funcional. Nos quadros de artrite reumatoide (TER WEE *et al.*, 2016), pacientes com TCE, com Miastenia Gravis, Parkinson, (RAGGI *et al.*, 2015) esse componente é um fator de impacto considerado importante a ser acompanhado, bem como nos casos de progressão da nefropatia diabética que tem como consequência da própria patologia à deterioração da atividade física e à restrição das atividades diárias (TSUTSUI *et al.*, 2015). Quanto aos pacientes idosos que possuem acesso à tecnologia para mobilidade e transporte, há melhora do desempenho das atividades diárias (CHANG *et al.*, 2014).

Os idosos, pelo próprio envelhecimento, apresentam queixas no aspecto da **mobilidade**, componente que apresenta associação significativa com a restrição de participação (LIU, 2017). Na prática clínica, os problemas mais comuns para avaliação geral do funcionamento estão relacionados à mobilidade, em qualquer condição de saúde (PTYUSHKIN; CIEZA; STUCKI, 2015). Indivíduos com boa função, medidas de mobilidade ocasiona variabilidade considerável no desempenho da atividade (LOKE *et al.*, 2016) e em indivíduos com deficiência, é um componente que se faz relevante (DERNEK; ESMAEILZADEH; ORAL, 2015). Quando se trata de idosos residentes em unidades de longa permanência a mobilidade apresenta pouca dependência (JOSINO *et al.*, 2015). E quanto ao acesso à tecnologia para mobilidade em pacientes mais velhos melhora o desempenho das atividades diárias. Diante dos estudos acima mencionados, a movimentação e a mobilidade do idoso é um fator de sinalização de incapacidade, mencionada frequentemente como mobilidade das articulações, mudar e manter uma posição corporal, subir escadas e locomover-se.

O **autocuidado** e os **cuidados pessoais** causam impacto significativo, quando os indivíduos possuem deficiência (DERNEK; ESMAEILZADEH; ORAL, 2015), os quais são vistos como umas das medidas da incapacidade. E, quanto as pessoas idosas residentes em unidades de longa permanência (JOSINO *et al.*, 2015), estas apresentam pouca dependência nas atividades relacionadas a cuidados pessoais e idosas institucionalizadas e pós acidente vascular cerebral -AVC (ARAÚJO *et al.*, 2015, CHANG *et al.*, 2014) sinalizaram como relevantes na avaliação convencional em idoso o cuidado pessoal, mostrando a interferência entre o ambiente e o autocuidado.

Tanto a CIF como o WHODAS-II (DERNEK, ESMAEILZADEH, ORAL, 2015) identificaram uma proporção considerável de idosos com deficiência em áreas de vida relevantes para a cognição e a vida doméstica, esta última em pacientes com linfedema possui

uma grande relevância tanto como facilitador como barreira (VIEHOFF *et al.*, 2015), enquanto que em participantes em diferentes graus de doença pulmonar obstrutiva crônica grave - DPOC, as restrições de mobilidade e vida doméstica foram as mais frequentes (JÁCOME *et al.*, 2013). Ressalta-se que os fatores da vida doméstica e cívica foram documentados como um problema em 100% dos pacientes nos estudos avaliados, na utilização de escalas de classificação do medo de queda (WANG *et al.*, 2014), é o capítulo que possui conceitos significativos, sendo visto como um fator de impacto. Sua capacidade de execução pode caracterizar um envelhecimento com poucas perdas (LOPES; SANTOS, 2015). Sabe-se que, para uma vida ativa, os idosos buscam manter sua rotina de atividades domésticas como uma forma de sentir-se útil e muitas vezes necessárias para sua sobrevivência, por morarem sozinhos ou não possuírem condições de manter cuidadores.

Em relação a **recreação, lazer, hobbies, tempo livre, esporte, caminhada e leitura**, em todas as condições de saúde são variáveis importantes com relação à avaliação da funcionalidade de idosos. Há uma preocupação com relação a existência de uma grande inconsistência no entendimento da atividade física em idosos, com relação à compreensão conceitual e na prática de atividade funcional, de intensidade leve, bem como atividades sedentárias, consequentes de estudo que mostrou que o comportamento dos idosos com relação a atividade física se relacionam ao esporte, caminhadas e tarefas domésticas (ECKERT; LANGE, 2015). Sabe-se que, em indivíduos pós-AVC (SANTANA; CHUN, 2017), artrite reumatoide (TER WEE *et al.*, 2016) e que necessitem fazer uso de dispositivos de assistência (ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015), há restrição das atividades diárias, recreação, lazer e atividade física, pois apresentam maiores dificuldades.

As limitações físicas em idosos, mesmo com um envelhecimento saudável, são percebidas sem necessidade de estudos e a sua inclusão, como o uso de ouvir dispositivos de assistência (aparelhos auditivos), fala-leitura, e vida social ativa são preditores significativamente de desempenho (ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015). A maioria das categorias nas atividades e componente de participação relacionados a aparelhos auditivos foram frequentemente destacados (GRANBERG *et al.*, 2014). Os produtos e tecnologia foram uma das categorias documentadas como barreiras em mais de 10% e menos de 50% dos pacientes (WANG *et al.*, 2014). Nos estudos acima mencionados pontua a necessidade de uma política pública com ações de promoção de saúde funcional, para uma redução dos prejuízos das incapacidades, melhoria na qualidade de vida das pessoas, a atuação de profissionais específicos, insumos de tecnologia leve e a máxima possibilidade de sua ênfase na atenção básica, propiciando o desenvolvimento e a reintegração social (DE OLIVEIRA BRASIL,

2013). Na prática profissional é visto como se transforma o idoso com relação à autoestima e é perceptível a melhora de funcionalidade de idosos com simples inclusão de equipamentos de saúde tanto de produto de consumo pessoal, quanto tecnologia assistiva bem como insumos de tecnologia leve.

Um fator considerado importante, mas, ainda não avaliado com a devida importância é o **componente ambiente**, seja ele do seu núcleo familiar, comunitário ou o ambiente-contexto que cada um indivíduo vive inserido. Nos estudos avaliados o ambiente atuou como barreira na mobilidade e no autocuidado em >10% das pessoas mais velhas após o AVC (PTYUSHKIN; CIEZA; STUCKI, 2015) e foi considerado um fator de menor indicação na CIF quando se trata de avaliação para enfermeiros, justificado assim devido a formação biomédica dessa categoria (SANTOS *et al.* 2016). E em outro estudo é apontada a necessidade do uso potencial do instrumento, após integração da linguagem universal CIF com o *EASY-Care* (MARQUES *et al.*, 2014), em configurações de atenção primária, para planejamento das intervenções de reabilitação em ambiente comunitário.

Componente essencial no cuidado, os profissionais de saúde foram indicados como um facilitador pela maioria dos pacientes (SANTANA; CHUN, 2017). Também vistos tanto como facilitadores como barreiras por pacientes com linfedema (VIEHOFF *et al.*, 2015). Já entre os participantes em diferentes graus de DPOC, profissionais de saúde e suas atitudes foram mais frequentemente entendidos como facilitadores (JÁCOME *et al.*, 2013). Desta forma os estudos acima mencionados apontam a utilização da CIF para uma melhor comunicação e colaboração interdisciplinar, melhorando a prestação de cuidados de saúde e fornecendo uma compreensão abrangente da saúde e do funcionamento em pessoas com condições crônicas do ponto de vista da pessoa (ALFORD *et al.*, 2015). Assim fortalecendo esse componente estrutural - o cuidado como um fator facilitador.

Todos os cuidados de saúde são considerados importantes para uma atenção integral ao indivíduo e com a população idosa. Do ponto de vista da pessoa, a CIF consegue mensurar de forma eficaz uma avaliação multidimensional e com essas informações elaborar cuidados mais abrangentes direcionados as pessoas com condições crônicas, principalmente por visualizar a saúde e não a doença do indivíduo (ALFORD *et al.*, 2015). Por mais que se subentenda que cuidados de saúde é ação de todos os profissionais, na prática não é assim. Desta forma, os profissionais devem prestar especial atenção aos problemas de saúde relacionados à mobilidade e ao funcionamento emocional em idosos que vivem na comunidade, bem como em pacientes de cuidados primários (SPOORENBERG *et al.*, 2015). Há estudo que enfatiza a existência de

uma política pública com ações de promoção de saúde funcional (DE OLIVEIRA BRASIL, 2013).

Os estudos apontaram muito a reabilitação, principalmente, por a CIF ser muito utilizada no tratamento de reabilitação e por ter muita utilização nas avaliações de incapacidade/deficiência. A CIF oferece uma linguagem e estrutura, e seu uso é potencial na reabilitação vestibular (GRAZIANO, 2013), para pacientes com artrite reumatoide (MEESTERS *et al.*, 2013), na reabilitação audiológica (ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015), na reabilitação vocacional (KIRSCHNECK *et al.*, 2015), na neuroreabilitação (SALTYCHEV *et al.*, 2014), na reabilitação em ambientes comunitários, na reabilitação de pacientes com DPOC (JÁCOME *et al.*, 2013) e na reabilitação interdisciplinar (QUERI, 2014), perfazendo-se uma ferramenta de formato apropriado de avaliação comum, amplamente descritos na CIF (HAAS *et al.*, 2016).

Ser idoso por si já é um fator de impacto nas avaliações de funcionalidade, porém aqueles que são capazes de desempenhar uma tarefa diária, apresenta um envelhecimento com poucas perdas (LOPES, SANTOS, 2015). A velhice é uma fase da vida de maior exposição a doenças, fatores contextuais pessoa-ambiente, funcionamento mental, limitações de atividade e participação como preditores de qualidade de vida e ser idoso mais vulneráveis apresenta maior prevalência à restrição da participação (LIU, 2017, SÁNCHEZ *et al.*, 2016, ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015). O que faz com que se tenha um olhar mais qualitativo nesse ciclo de vida cada vez mais crescente. Na prática clínica, podemos utilizar a CIF que possui componentes validados para medição da funcionalidade (SANTOS *et al.*, 2016).

Em conjunto ao ciclo de vida, idosos que possuem capacidade de manter interações sociais, um certo estado de auto percepção social, redes sociais, relacionamentos sociais informais, terão menor restrição social e maior participação social. São categorias que precisam ser investigadas para o desenvolvimento de um instrumento de acordo com a perspectiva do paciente (CHI *et al.*, 2014). Tem impacto significativo nos pacientes com lesão cerebral (POMMEREHN; DELBONI; FEDOSSE, 2016), artrite reumatoide (TER WEE *et al.*, 2016), DPOC (MARQUES *et al.*, 2013), nefropatia diabética (TSUTSUI *et al.*, 2015) e deficiências (CHI *et al.*, 2014), sustentando a teoria de que a funcionalidade possui natureza multifatorial (LIU, 2017) e fortalece mais ainda a necessidade de uma política pública com ações de promoção de saúde funcional, focado na melhoria na qualidade de vida das pessoas, uma assistência qualificada e contínua com atuação de profissionais específicos, insumos de tecnologia leve e foco na atenção básica, propiciando o desenvolvimento e a reintegração social (JOSINO *et al.*, 2015).

Com menor frequência de citação nos estudos avaliados, mas com grande impacto na funcionalidade as categorias citadas a partir de então mostram-se essenciais na avaliação multidimensional, por exemplo a queda, uma ocorrência que limita o idoso bem como tem consequências muito negativas quando não bem conduzidas acarretando no óbito. Os estudos avaliados apresentam que após ajuste por idade e gênero, dentre os atributos significativamente associados ao desempenho do equilíbrio estão a autoeficácia das quedas (THOMAS *et al.*, 2014). A avaliação de histórico de quedas é essencial para uma boa assistência aos idosos e ações de prevenção e promoção da saúde funcional e a CIF pode ser uma ferramenta rica e estruturada para auxiliar nessa avaliação (BENINATO; PARIKH; PLUMMER, 2014). E uma ação preventiva seria a participação em programa de vídeo ativo de curto prazo que reduz os riscos de queda e melhora a incapacidade em idosos da comunidade (TSENG; HSIEH, 2013).

Com relação a atividade física, há uma preocupação com a existência de uma grande inconsistência no entendimento da atividade física em idosos, com relação a compreensão conceitual e na prática de atividade funcional, de intensidade leve, bem como atividades sedentárias (ECKERT; LANGE, 2015). A habilidade física é outro componente que merece atenção, pois interfere na qualidade de vida e quando existe na rotina do idoso ocorre melhora do desempenho da atividade (LOKE *et al.*, 2016), fortalecendo não só a estrutura física como também emocional. Nos quadros de progressão da nefropatia diabética à deterioração da atividade física (TSUTSUI *et al.*, 2015) bem como uma diminuição de sua habilidade em idosos institucionais (ARAÚJO *et al.*, 2015).

De forma mais específica, outro fator de impacto na avaliação de pacientes com artrite reumatoide (TER WEE *et al.*, 2016), porém de grande importância para todos os indivíduos, é um aspecto necessário para caracterização do perfil do idoso e avaliação de comprometimento (DE OLIVEIRA ARAÚJO; MANCUSSI E FARO, 2014). Nos casos de pacientes que utilizam órteses do pé do tornozelo o bem-estar é pontuado como um componente de auxílio na compreensão das recomendações de uso, consequentemente, níveis mais baixos de comprometimento e limitações de atividade (GOMES; BURANELLO; CASTRO, 2017). Na implantação de uma política pública com ações de promoção de saúde funcional, melhoria na qualidade de vida das pessoas, apresentando um baixo custo agregado, já que as ações demandam, propiciando o desenvolvimento e a reintegração social (DE OLIVEIRA BRASIL, 2013).

Por fim, também apontado nos estudos avaliados é a comunicação e as conversas. É um fator frequentemente destacado na maioria das categorias nas atividades e componentes de participação (CHANG *et al.*, 2014), com pouca dependência em idosos residentes em unidades

de longa permanência (JOSINO *et al.*, 2015), porém são destaques em indivíduos com DPOC (MARQUES *et al.*, 2013).

A partir dessa discussão, pode-se perceber que a funcionalidade é multifatorial e dependente de fatores não só corporal, estrutural e ambiental como também de fatores pessoais e que apesar dos estudos possuírem foco em população específicas, adoecidas mais especificamente, as categorias citadas necessitam ser categorizadas de forma mais simples focando em uma atuação em nível de atenção primária, onde idosos são mais prejudicados devido seu histórico de vida mas, que poderão ser beneficiados com um estilo de vida saudável e ativo.

Os avanços na busca de uma assistência, principalmente em cuidados focados na reabilitação com a CIF, ou seja, reinserção do indivíduo na sociedade, já possui uma grande atuação, porém se requer a inclusão dessa ferramenta útil e grandiosa na classificação da saúde funcional. A revisão integrativa mostrou que essas categorias, identificadas como mais frequentes, com foco na funcionalidade em idosos, se repetem mesmo quando o estudo é direcionado para a uma categoria específica, ou seja, pesquisar a mobilidade em idosos, encontrou-se categorias como autocuidado, risco de queda, apoio familiar.

Diante da identificação das categorias que compõem uma avaliação funcional na pessoa idosa, ressalta-se que os componentes das funções do corpo, atividade e participação e fatores ambientais tiveram as maiores frequências nos estudos avaliados.

Destaca-se nas funções do corpo a cognição, as funções emocionais, a dor, a audição, os quadros de artrite, cifose e osteoartrose e as quedas. Quanto às categorias referentes a atividade e participação, que são os mais relevantes nos estudos, pode-se elencar as atividades de vida diária, a rotina diária, desempenhar tarefas, a categoria da mobilidade que foi significativamente citada nos estudos, como o simples fato de subir escada, mudar e manter uma posição corporal ou locomover-se. Com menor frequência, mas, com uma representativa que merece atenção, a vida doméstica, o autocuidado, a prática de atividade física, o bem-estar psicológico e emocional, a comunicação e as conversas mostraram-se nos estudos avaliados como categorias valiosas para um olhar mais complexo ao avaliar a funcionalidade dos idosos.

Percebe-se que a CIF traz um olhar na saúde e seus determinantes, aliando o aspecto orgânico com a funcionalidade e fatores contextuais (SANTANA; CHUN, 2017) e nesse estudo também foram identificados os fatores pessoais com seu valor e influência, fazendo vislumbrar a perspectiva da tão desejada Clínica Ampliada que foca a prática profissional não só na doença, mas no indivíduo, nos seus contextos e suas complexidades (CAMPOS, 2003).

Com relação aos fatores ambientais, muitas vezes não percebidos como categorias que interferem na qualidade de vida dos idosos, mas mensurados com a utilização da CIF, nos estudos acima mencionados se fizeram importantes os equipamentos de saúde, tecnologia assistia e insumos de tecnologia leve, a influência do ambiente, a prestação dos cuidados de saúde, sejam eles cuidados primários, cuidados complexos, cuidados de enfermagem e por fim, mais não menos significativos os profissionais de saúde e suas atitudes diante dos idosos.

Enfatiza-se que os fatores pessoais, que apesar de não serem mencionados nos estudos, fato compreendido decorrente da própria CIF que não os categorizam, faz-se necessária uma reavaliação, pois são frequentes e fundamentais em suas particularidades. Neste estudo, especificamente, o fato de a pessoa idosa ser frágil ou pré-frágil a tornaria mais vulnerável as incapacidades ou deficiência ou limitações, apresentando-se como um fator preditor de incapacidade.

Durante a conclusão da revisão integrativa, foi percebido que os estudos foram desenvolvidos em indivíduos com alguma dependência funcional, idosos institucionalizados ou da comunidade, com patologias específicas como artrite, osteoartrite, doença de Parkinson, acidente vascular cerebral, DPOC, lesão medular, ainda persistindo a condição de saúde do que propriamente a saúde funcional.

Um fator muito frequente no estudo foi a reabilitação, seja interdisciplinar, audiológica, vocacional, vestibular ou neurológica, porém, percebe-se que essa ocorrência pôde ser decorrente da existência de muitos estudos da CIF terem sido desenvolvidos em serviços de reinserção dos indivíduos ao meio social e profissional, após uma limitação decorrente de uma condição de saúde. Existindo raros trabalhos com foco na saúde funcional e a CIF, principalmente em serviços de atenção primária que tem suas atribuições principais as ações de prevenção, promoção e proteção.

Muitos são os *core set* já desenvolvidos com o foco de amenizar as dificuldades da implantação da Classificação como uma ferramenta de codificação, porém a CIF ainda não tem sua atuação ampla nos serviços de saúde, sua importância ainda consiste em apontar incapacidades e caminhando em pequenos, mas fortes passos, na busca da sua implantação com foco na saúde, na elaboração de plano terapêuticos e utilizados por profissionais de saúde desde a atenção primária até a atenção quaternária.

5.1.2 Segunda Fase - Identificação das Categorias da CIF pelos profissionais da área da saúde

A identificação das categorias da CIF, pelos profissionais da área de saúde, ocorreu em dois momentos. No primeiro momento, a amostra foi constituída por 25 avaliadores, os quais apresentaram o perfil descrito na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos avaliadores da pesquisa de acordo com as variáveis sociodemográficas. João Pessoa-PB, 2020.

Variáveis	N.	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	23	92%
Masculino	2	8%
<i>Faixa etária</i>		
21 a 30 anos	1	4%
31 a 40 anos	11	44%
41 a 50 anos	7	28%
51 a 60 anos	3	12%
60 anos e mais	3	12%
<i>Formação</i>		
Fisioterapia	10	40%
Enfermagem	7	28%
Medicina	7	28%
Tecnólogo em Gestão Hospitalar	1	4%
<i>Residência</i>		
Sim	9	36%
Não	16	64%
<i>Especialização</i>		
Sim	21	84%
Não	4	16%
<i>Mestrado</i>		
Sim	14	56%
Não	11	44%
<i>Doutorado</i>		
Sim	10	40%
Não	15	60%
<i>Instituição de formação</i>		
USP	6	24%
UEPB	5	20%
UFMG	2	8%
UNIFESP	2	8%
USP-RP	1	4%
UFRJ	1	4%

Variáveis	N.	%
Faculdade Boa Viagem – PE	1	4%
Faculdade Santa Emília de Rodat	1	4%
FIP	1	4%
INPER	1	4%
UFPE	1	4%
UNIFESP – Santos	1	4%
UNISANTOS	1	4%
Universidade Lusófona-Lisboa-Portugal	1	4%
<i>Quantos anos de formação profissional</i>		
10 – 15 anos	10	40%
16 – 20 anos	5	20%
21 – 25 anos	3	12%
Mais de 26 anos	7	28%
<i>Área de atuação profissional</i>		
Assistência	12	48%
Assistência, Ensino	8	32%
Ensino	5	20%
<i>Tem experiência profissional no atendimento à pessoa idosa</i>		
Sim	24	96%
Não	1	4%
<i>Área de experiência profissional com idosos</i>		
APS	6	24%
APS, Atenção Secundária à Saúde, Ensino, Pesquisa	4	16%
APS, Atenção Secundária à Saúde	3	12%
APS, Ensino	2	8%
APS, Atenção Secundária à Saúde, Pesquisa	2	8%
Atenção Secundária à Saúde	2	8%
APS, Pesquisa	1	4%
APS, Atenção Secundária à Saúde, Ensino	1	4%
APS, Atenção Secundária à Saúde, Ensino, Pesquisa, como voluntária em	1	4%
Instituição de Longa Permanência		
Atenção Secundária à Saúde, Ensino, Pesquisa	1	4%
Atenção Secundária à Saúde, Pesquisa	1	4%
Nenhuma	1	4%
<i>Possui conhecimento sobre a CIF</i>		
Sim	20	80%
Não	5	20%
<i>Possui experiência no atendimento multiprofissional na avaliação funcional da pessoa idosa</i>		
Sim	20	80%
Não	5	20%

A amostra dessa fase caracterizou-se por apresentar com relação ao sexo, 23 avaliadores do sexo feminino e dois do sexo masculino. A variável faixa etária, obteve sua maior representatividade nas idades de 31 a 40 anos, com 11 avaliadores, seguida de 41 a 50 anos

com sete avaliadores, de 51 a 60 anos e de 60 anos e mais, três avaliadores cada e apenas um avaliador, na faixa etária de 21 a 30 anos.

Com relação a formação profissional (graduação), se fez com maior representatividade os profissionais de fisioterapia, com dez avaliadores, seguidos pelos médicos e enfermeiros, com sete avaliadores cada, e de um Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Com relação a dados acadêmicos, nove avaliadores cursaram residência, 21 possuem especialização, 14 cursaram mestrados e dez o doutorado. Quanto à variável anos de formação, dez avaliadores tinham de dez a 15 anos, seguidos por sete avaliadores com mais de 26 anos de formados.

Com experiência profissional no atendimento à pessoa idosa, 24 avaliadores responderam que sim, mas 20 tinham experiência no atendimento multiprofissional na avaliação funcional do Idoso. Dos 24 avaliadores, cinco não conhecia a CIF.

Outra variável importante, descrita no instrumento, refere-se a área de experiência profissional com idosos, ou seja, em que nível de saúde esses profissionais estão atuando, sendo identificada a Atenção Primária à Saúde – APS, em 20 avaliadores, com a exclusividade de seis avaliadores.

Nesse primeiro momento, dos 130 componentes, foram sinalizados 117 como mais relevantes para a avaliação funcional da pessoa idosa: 27 termos de Função do corpo, 9 termos de Estruturas do Corpo, 36 componentes de Atividades e Participação e 33 componentes dos Fatores Ambientais, e 12 dos Fatores Pessoais.

Esses componentes, identificados a partir do $IVC \geq 0.80$, foram incluídos na base de um novo formulário, no *Google Forms*[®], como as categorias de maior significância.

Quadro 5 – Resultado das categorias mais relevantes que alcançaram $IVC \geq 0.80$ no primeiro momento da Segunda Fase. João Pessoa-PB, 2021.

TERMO	IVC ≥ 0.80
<i>FUNÇÕES DO CORPO</i>	
b1. FUNÇÕES MENTAIS	
b110 Consciência	0.88
b114 Orientação (tempo, lugar, pessoa)	0.96
b117 Funções intelectuais (incluir retardo mental, demência)	0.92
b134 Sono	0.84
b140 Atenção	0.88
b144 Memória	0.96

TERMO	IVC ≥ 0.80
b152 Funções emocionais	0.92
b156 Funções da percepção	0.88
b164 Funções cognitivas superiores	0.88
b167 Funções mentais da linguagem	0.88
b2. FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR	
b210 Visão	0.96
b230 Audição	0.96
b235 Vestibular (incluir funções de equilíbrio)	0.96
b280 Dor	0.92
b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA	
b310 Voz	0.92
b4. FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO	
b410 Funções do Coração	0.84
b420 Pressão sanguínea	0.92
b440 Funções do sistema respiratório (respiração)	0.92
b5. FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO	
b515 Funções digestivas	0.80
b525 Funções de defecação	0.84
b530 Manutenção do peso	0.96
b6. FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS	
b620 Funções urinárias	0.96
b640 Funções sexuais	0.80
b7. FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO	
b710 Mobilidade das articulações	1.00
b730 Força muscular	1.00
b735 Tônus muscular	0.80
b765 Movimentos involuntários	0.92
b8. FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS QUAISQUER OUTRAS FUNÇÕES DO CORPO	
ESTRUTURAS DO CORPO	
s2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS	0.80
s4. ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO	
s410 Sistema cardiovascular	0.84
s430 Sistema respiratório	0.84
s7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO	
s710 Região de cabeça e pescoço	0.80
s730 Extremidade superior (braço, mão)	0.88
s740 Pelve	0.92
s750 Extremidade inferior (perna, pé)	1.00
s760 Tronco	0.80
s8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS QUAISQUER OUTRAS	0.80
ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO	
d1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO	
d110 Observar/assistir	0.80
d115 Ouvir	0.80
d2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS	
d210 Realizar uma única tarefa	0.88

d220 Realizar tarefas múltiplas	0.84
d3. COMUNICAÇÃO	
d310 Comunicação – recepção de mensagens verbais	0.96
d315 Comunicação – recepção de mensagens não verbais	0.88
d330 Fala	0.88
d335 Produção de mensagens não verbais	0.84
d350 Conversação	0.92
d4. MOBILIDADE	
d430 Levantar e carregar objetos	0.84
d440 Uso fino das mãos (pegar, segurar)	0.92
d450 Andar	0.92
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	0.92
d470 Utilização de transporte (carros, ônibus, trem, avião, etc.)	0.88
d5. CUIDADO PESSOAL	
d510 Lavar-se (banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc.)	0.96
d520 Cuidado das partes do corpo (escovar os dentes, barbear-se, etc.)	0.96
d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção	0.96
d540 Vestir-se	0.96
d550 Comer	0.96
d560 Beber	0.96
d570 Cuidar da própria saúde	0.96
d6. VIDA DOMÉSTICA	
d620 Aquisição de bens e serviços (fazer compras, etc.)	0.92
d630 Preparação de refeições (cozinhar, etc.)	0.84
d640 Tarefas domésticas (limpar a casa, lavar louça, roupas, passar a ferro, etc.)	0.80
d660 Ajudar os outros	0.84
d7. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS	
d710 Interações interpessoais básicas	0.92
d740 Relações formais	0.84
d760 Relações familiares	0.96
d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA	
d850 Trabalho remunerado	0.80
d860 Transações econômicas básicas	0.92
d870 Autossuficiência econômica	0.96
d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA	
d910 Vida comunitária	1.00
d920 Recreação e lazer	1.00
d930 Religião e espiritualidade	0.96
d940 Direitos humanos	0.88
d950 Vida política e cidadania	0.80
FATORES AMBIENTAIS	
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal (comida, remédios)	0.96
e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	0.88
e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	0.92
e125 Produtos e tecnologia para comunicação	0.84
e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO	
e240 Luz	0.88
e250 Som	0.88
e3. APOIO E RELACIONAMENTOS	

e310 Família imediata	1.00
e320 Amigos	1.00
e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	0.92
e340 Cuidadores e assistentes pessoais	0.96
e355 Profissionais da saúde	1.00
e360 Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde	0.92
e4. ATITUDES	
e410 Atitudes individuais de membros da família imediata	0.96
e420 Atitudes individuais dos amigos	0.84
e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	0.96
e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	0.92
e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde	0.88
e460 Atitudes sociais	0.84
e5. SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	
e525 Serviços, sistemas e políticas de habitação	0.84
e535 Serviços, sistemas e políticas de comunicação	0.88
e540 Serviços, sistemas e políticas de transporte	0.96
e550 Serviços, sistemas e políticas legais	0.84
e570 Serviços, sistemas e políticas da previdência social	0.96
e575 Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral	1.00
e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	0.96
FATORES PESSOAIS	
Nível socioeconômico	0.96
Problemas orgânicos	0.84
Idade	0.92
Sexo	0.80
Local residência	0.96
Representações sociais	0.80
Envelhecimento	0.92
Estado civil	0.80
Educação	0.96
Ocupação	1.00
Número de filhos	0.80
Ciclo de Vida	0.80

Posteriormente, foi realizado um segundo momento, em que todos os componentes relevantes no momento anterior, foram subdivididos, de acordo com a versão mais atual da CIF (2015) e reencaminhado, por meio eletrônico, para a amostra de avaliadores. Com objetivo de proporcionar maior amplitude e conhecimento de todos os itens presentes em cada componente CIF analisados como qualificador ou dificultador para a qualidade de vida do indivíduo, foram incluídos os termos sinalizado pelos avaliadores, como importantes para a avaliação multidimensional da pessoa idosa, que não constavam na versão anterior da CIF.

O instrumento encaminhado recebeu uma escala do tipo *Likert* com 4 alternativas: 1- não significante ou não representativo, 2 – item necessita de grande revisão para ser significante/representativo, 3 – item necessita de pequena revisão para ser significante/representativo, 4 – item significante e representativo, para cada um dos

itens/termos. O formulário encaminhado, nesse segundo momento, continha 310 componentes sendo destes 14 componentes pertencentes aos Fatores Pessoais. Destes, 230 componentes obtiveram $IVC \geq 0.80$, sendo destes 14 componentes dos Fatores Pessoais.

Quadro 6 - Resultado da identificação das categorias mais relevantes que alcançaram $IVC \geq 0.80$ no segundo momento da Segunda Fase. João Pessoa-PB, 2021.

TERMO	IVC ≥ 0.80
<i>FUNÇÕES DO CORPO</i>	
b1. FUNÇÕES MENTAIS	
b1100 Nível da Consciência	1.00
b1102 Qualidade da consciência	0.93
b1140 Orientação em relação ao tempo	0.90
b1141 Orientação com relação ao lugar	0.81
b1142 Orientação com relação à pessoa	0.90
b1143 Orientação em relação a objetos	0.81
b1144 Orientação em relação ao espaço	0.93
b117 Funções intelectuais (incluir Retardo mental, demência)	0.93
b1263 Estabilidade Psíquica	0.84
b1266 Confiança	0.90
b1340 Quantidade de sono	0.84
b1343 Qualidade do sono	1.00
b140o Manutenção da atenção	0.96
b1440 Memória de curto prazo	0.87
b1441 Memória de longo prazo	0.87
b147 Funções psicomotoras	0.96
b1470 Controle psicomotor	0.96
b1471 Qualidade das funções psicomotoras	0.84
b1520 Adequação da emoção	0.81
b1560 Percepção auditiva	0.93
b1561 Percepção visual	0.96
b1562 Percepção olfativa	0.87
b1563 Percepção gustativa	0.87
b1564 Percepção tátil	0.90
b1565 Percepção visioespacial	0.84
b160 Funções do pensamento	0.81
b1640 Abstração	0.87
b1641 Organização e planejamento	0.93
b1644 Autoconhecimento (insight)	0.84
b1645 Julgamento	0.84
b1646 Resolução de problemas	0.87
b1670 Recepção da linguagem	0.96
b1671 Expressão da linguagem	1.00
b1672 Funções integradoras da linguagem	0.84
b2. FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR	
b2100 Funções da acuidade visual (longe e perto)	0.84
b2101 Funções do campo visual	0.84
b2102 Qualidade da visão	0.90
b2300 Detecção do som	0.93

TERMO	IVC ≥ 0.80
b2304 Discriminação da fala	0.87
b2350 Função vestibular de posição	0.96
b2351 Função vestibular de equilíbrio	0.96
b2352 Função vestibular do movimento	0.93
b2400 Zumbido nas orelhas	0.87
b2401 Tontura	0.90
b2402 Sensação de cair	0.96
b2403 Náusea associada à tontura ou vertigem	0.84
b250 Função gustativa	0.90
b255 Funções olfativa	0.90
b260 Função proprioceptiva	0.96
b265 Função Tátil	0.96
b2700 Sensibilidade à temperatura	0.90
b2703 Sensibilidade a estímulo nocivos	0.90
b2800 Dor generalizada	0.90
b2801 Dor localizada	0.84
b2802 Dor em múltiplas partes do corpo	0.87
b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA	
b3100 Produção da voz	1.00
b330o Fluência da fala	0.87
b4. FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO	
b4100 Frequência cardíaca	0.96
b4101 Ritmo cardíaco	0.84
b4200 Aumento da pressão sanguínea	0.81
b4202 Manutenção da pressão sanguínea	0.81
b4400 Frequência respiratória	0.93
b4401 Ritmo respiratório	0.81
b4550 Resistência física geral	0.93
b4551 Capacidade aeróbica	0.87
b4552 Fadiga	0.87
b5. FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO	
b5102 Mastigar	0.87
b5103 Manipulação dos alimentos na boca	0.84
b5105 Deglutição	1.00
b5150 Transporte de alimentos por meio do estômago e dos intestinos	0.84
b5152 Absorção dos nutrientes	0.81
b5153 Tolerância aos alimentos	0.93
b5250 Eliminação de fezes	1.00
b5252 Frequência de defecção	0.93
b5253 Continência fecal	1.00
b530 Funções de manutenção do peso	0.90
b6. FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS	
b6200 Micção	1.00
b6201 Frequência da Micção	0.93
b6202 Continência urinária	1.00
b6400 Funções da fase de excitação sexual	0.81
b6403 Funções da fase de resolução sexual	0.81
b6700 Desconforto associado à relação sexual	0.81
b6702 Desconforto associado à menopausa	0.90
b7. FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO	

TERMO	IVC ≥ 0.80
MOVIMENTO	
b7101 Mobilidade de várias articulações	0.87
b7102 Mobilidade generalizada das articulações	0.90
b7301 Força dos músculos de um membro	0.93
b7302 Força dos músculos de um lado do corpo	0.87
b7303 Força dos músculos da metade inferior do corpo	0.90
b7304 Força dos músculos de todos os membros	0.90
b7305 Força dos músculos do tronco	0.90
b7350 Tônus de músculos isolados e grupos de músculos	0.81
b7353 Tônus dos músculos da metade inferior do corpo	0.81
b7354 Tônus dos músculos de todos os membros	0.81
b7651 Tremor	0.87
b76800 Sensação de rigidez muscular	0.90
b76801 Sensação de espasmo muscular	0.90
ESTRUTURAS DO CORPO	
s2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS	1.00
s4. ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO	
s410 Estrutura do sistema cardiovascular	0.93
s430 Estrutura do sistema respiratório	0.93
S7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO	
s710 Estrutura da região de cabeça e do pescoço	1.00
s730 Estrutura da extremidade superior (braço, antebraço e mão)	1.00
s740 Estrutura da região pélvica	0.81
s750 Estrutura da extremidade inferior (coxa, perna e pé)	0.90
s760 Estrutura do tronco	0.90
s8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS	0.93
ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO	
d1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO	
d115 Ouvir	0.96
d1550 Aquisição de habilidades básicas	0.96
d177 Tomar decisões	0.93
d2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS	
d2100 Realizar uma tarefa simples	1.00
d2101 Realizar uma tarefa complexa	0.81
d2102 Realizar uma tarefa única, de forma independente	0.81
d2200 Realizar tarefas múltiplas	0.84
d2301 Gerenciar a rotina diária	0.90
d2401 Lidar com estresse	0.84
d3. COMUNICAÇÃO	
d310 Comunicação – recepção de mensagens orais	0.93
d3150 Comunicação – recepção de gestos corporais	0.81
d330 Falar	0.93
d345 Escrever mensagens	0.84
d3500 Iniciar uma conversa	0.81
d3503 Conversar com uma pessoa	1.00
d3504 Conversar com muitas pessoas	0.81
d3600 Utilização de dispositivos de comunicação	0.84
d4. MOBILIDADE	

TERMO	IVC ≥ 0.80
d4100 Deitar-se	1.00
d4103 Sentar-se	1.00
d4104 Levantar-se	1.00
d4106 Mudar o centro de gravidade do corpo	0.93
d4153 Permanecer sentado	0.87
d4154 Permanecer em pé	0.96
d4200 Transferir-se enquanto estiver sentado	0.81
d4300 Levantar objetos	0.90
d4301 Carregar nas mãos	0.87
d4400 Pegar	0.93
d4402 Manipular	0.93
d4403 Soltar	0.90
d4500 Andar distâncias curtas	0.90
d4501 Andar distâncias longas	0.84
d4502 Andar sobre superfícies diferentes	0.81
d4503 Andar desviando-se de obstáculos	0.96
d4551 Subir	0.84
d4600 Deslocar-se dentro de casa	0.96
d4601 Deslocar-se dentro de outros edifícios que não a própria casa	0.90
d4602 Deslocar-se fora de casa e outros prédios	0.90
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	0.90
d4701 Utilização de transporte motorizado privado (carro, barco, táxi, avião, etc.)	0.84
d4702 Utilização de transporte público	1.00
d5. CUIDADO PESSOAL	
d5100 Lavar partes do corpo	0.93
d5101 Lavar todo o corpo	0.84
d5102 Secar-se	0.93
d5200 Cuidado da pele	0.87
d5201 Cuidado dos dentes	0.87
d5300 Regulação da micção	0.93
d5301 Regulação da defecação	0.93
d5400 Vestir-se	1.00
d5401 Despir-se	1.00
d5402 Calçar	1.00
d5403 Tirar o calçado	0.93
d5404 Escolha de roupa apropriada	0.84
d550 Comer	1.00
d560 Beber	1.00
d5700 Garantir o próprio conforto físico	0.96
d5702 Manter a própria saúde	0.96
d6. VIDA DOMÉSTICA	
d6200 Comprar	0.87
d6201 Obtenção das necessidades diárias	0.96
d6300 Preparar refeições simples	0.93
d6505 Cuidar de plantas internas e externas	0.81
d6600 Ajudar os outros no cuidado pessoal	0.87
d6601 Ajudar os outros a se mover	0.87
d7. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS	
d7100 Respeito e afeto nos relacionamentos	0.84
d7101 Apreciação nos relacionamentos	0.81
d7102 Tolerância nos relacionamentos	0.81

TERMO	IVC ≥ 0.80
d7103 Atitude crítica nos relacionamentos	0.81
d7106 Diferenciar pessoas da família	0.90
d7402 Relações com pares	0.87
d7600 Relações pai-filho	0.84
d7601 Relações filho-pai	0.84
d7602 Relações entre irmãos	0.93
d7603 Relações com outros parentes	0.87
d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA	
d8500 Trabalho autônomo	0.81
d860 Transações econômicas básicas	0.90
d8700 Recursos econômicos pessoais	1.00
d8701 Direitos econômicos públicos	0.81
d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA	
d9200 Jogar	0.81
d9201 Praticar esportes	0.84
d9202 Arte e cultura	0.84
d9203 Artesanato	0.87
d9204 Hobbies	0.87
d9205 Socialização	0.93
d9300 Religião organizada	0.87
d9301 Espiritualidade	0.90
d940 Direitos humanos	0.84
FATORES AMBIENTAIS	
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e1100 Alimentos	0.90
e1101 Medicamentos	0.96
e1150 Produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária	0.90
e1151 Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária	0.90
e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO	
e1200 Produtos e tecnologias gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	1.00
e1201 Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos	1.00
e1250 Produtos e tecnologias gerais para comunicação	0.81
e3. APOIO E RELACIONAMENTOS	
e310 Família nuclear	0.93
e320 Amigos	0.93
e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	1.00
e340 Cuidadores e assistentes pessoais	1.00
e355 Profissionais da saúde	1.00
e360 Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde	0.81
e4. ATITUDES	
e410 Atitudes individuais de membros da família nuclear	0.93
e420 Atitudes individuais dos amigos	0.81
e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	0.93
e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	1.00
e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde	0.96
e460 Atitudes sociais	0.96
e5. SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	

TERMO	IVC ≥ 0.80
e5250 Serviço de habilitação	0.81
e5400 Serviços de transporte	1.00
e5401 Sistemas de transporte	0.81
e5500 Serviços legais	1.00
e5700 Serviços da previdência social	0.93
e5750 Serviços de suporte social geral	0.96
e5800 Serviços de saúde	1.00
FATORES PESSOAIS	
Nível socioeconômico	1.00
Problemas orgânicos	0.96
Idade	0.90
Religião	0.96
Sexo	0.81
Local residência	1.00
Representações sociais	0.81
Envelhecimento	0.81
Estado civil	0.81
Educação	0.90
Ocupação	0.90
Número de filhos	0.93
Ciclo de Vida	0.87
Tipo de moradia	0.87

Nesse segundo momento, a amostra foi constituída por oito avaliadores, os quais apresentaram o perfil descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização dos avaliadores da pesquisa de acordo com as variáveis sociodemográficas. João Pessoa-PB, 2020.

Variáveis	N.	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	7	87,5%
Masculino	1	12,5%
<i>Faixa etária</i>		
31 a 40 anos	4	50%
41 a 50 anos	3	37,5%
51 a 60 anos	1	12,5%
<i>Formação</i>		
Enfermagem	3	37,5%
Fisioterapia	3	37,5%
Medicina	2	25%
<i>Residência</i>		
Sim	3	37,5%
Não	5	62,5%
<i>Especialização</i>		

Variáveis	N.	%
Sim	7	87,5%
Não	1	12,5%
<i>Mestrado</i>		
Sim	5	62,5%
Não	3	37,5%
<i>Doutorado</i>		
Sim	4	50%
Não	4	50%
<i>Instituição de formação</i>		
UFPB	2	25%
Faculdade Boa Viagem – PE	1	12,5%
USP	1	12,5%
UFMG	1	12,5%
UNIFESP	1	12,5%
UNISANTOS	1	12,5%
Universidade Lusófona-Lisboa-Portugal	1	12,5%
<i>Quantos anos de formação profissional</i>		
10 – 15 anos	10	40%
16 – 20 anos	5	20%
21 – 25 anos	3	12%
Mais de 26 anos	7	28%
<i>Área de atuação profissional</i>		
Assistência	12	48%
Assistência, Ensino	8	32%
Ensino	5	20%
<i>Tem experiência profissional no atendimento à pessoa idosa</i>		
Sim	8	100
<i>Área de experiência profissional com idosos</i>		
APS, Atenção Secundária à Saúde	2	25%
APS	1	12,5%
APS, Ensino, Pesquisa	1	12,5%
APS, Atenção Secundária à Saúde, Ensino, Pesquisa	1	12,5%
Atenção Secundária à Saúde	1	12,5%
Atenção Secundária à Saúde, Ensino, Pesquisa	1	12,5%
Atenção Secundária à Saúde, Pesquisa	1	12,5%
<i>Possui conhecimento sobre a CIF</i>		
Sim	6	75%
Não	2	25%
<i>Possui experiência no atendimento multiprofissional na avaliação funcional da pessoa idosa</i>		
Sim	7	87,5%
Não	1	12,5%

Com relação a variável sexo, a amostra caracterizou-se por ter sete do sexo feminino e um do sexo masculino. Com relação a faixa etária, a maior representatividade foi de 31 a 40 anos, com quatro avaliadores, seguida de 41 a 50 anos com três avaliadores, de 51 a 60 anos, um avaliador. Com relação a formação profissional (graduação), três fisioterapeutas, três enfermeiros e dois médicos. Um avaliador não possui especialização, todos têm mais de dez anos de formação e com relação a vida acadêmica, cinco possuem mestrado e quatro com doutorado. Com relação a área de atuação na assistência, todos estão na assistência e destes quatro também estão na área de ensino.

Com experiência profissional no atendimento à pessoa idosa, todos os avaliadores responderam que sim, e apenas dois não conhecem a CIF. Com relação a experiência no atendimento multiprofissional na avaliação funcional da pessoa Idosa, apenas um avaliador respondeu não possuir experiência. Com relação a experiência profissional, a atuação na atenção primária à saúde se destaca, e mesmo estando no nível APS, dois ainda estão na atenção secundária, um também atua na área de ensino e pesquisa.

Os itens foram em maior representatividade, decorrente da subdivisão dos itens sinalizados, perfazendo um total de 371 itens, referentes a Funções e Estruturas do Corpo, Atividade e Participação e Fatores Ambientais e 14 itens dos Fatores Pessoais, os quais não consta na classificação da CIF.

Obtiveram um $IVC \geq 0.80$, 216 itens referentes a Funções e Estruturas do Corpo, Atividade e Participação e Fatores Ambientais e todos os 14 itens dos Fatores Pessoais, como importantes a serem incluídas no Instrumento para Avaliação Multidimensional da pessoa idosa.

Quando comparado os itens que obtiveram $IVC \geq 0,80$ na segunda fase, pelos profissionais da área de saúde e os termos resultantes da revisão integrativa (RI) com os estudos associados a CIF e a pessoa idosa na literatura da área da saúde, os componentes referentes aos Fatores Pessoais, a RI sinalizou 16 itens e o instrumento da Fase 2, 14 itens, destes 10 itens estavam presentes em ambos. Com relação aos demais componentes, a RI identificou 158 itens e o instrumento Fase 2, 216 itens, dos quais 46 itens estavam presentes em ambas as fases.

Comparando os termos identificados entre os momentos da Segunda Fase, de acordo com os domínios da CIF, os termos de maior expressão estão presentes nos domínios Funções de Corpo e Atividades e Participação, apresentados no Gráfico 1, que nos mostram o quanto os estudos ainda estão centrados na identificação dos problemas, das perdas, das deficiências, das limitações quanto a execução ou restrição de atividades que o indivíduo poderá enfrentar.

Apesar de já ser mencionado, porém é válido enfatizar, que apesar do domínio Fatores Pessoais não constar na CIF, os termos relacionados a esse domínio são sempre referenciados e sinalizados nos estudos pelos profissionais e são as variáveis mais presentes em quase todos os estudos. Na prática profissional e nas considerações dos estudos apesar de ressaltarem a importância dos fatores ambientais, os avaliadores não fizeram essa sinalização ao serem solicitados. Cabe uma reflexão: será que na prática profissional conseguimos ser mais habilidosos quanto as necessidades individuais, mas ao ser questionados tecnicamente, nos voltamos para a teoria?

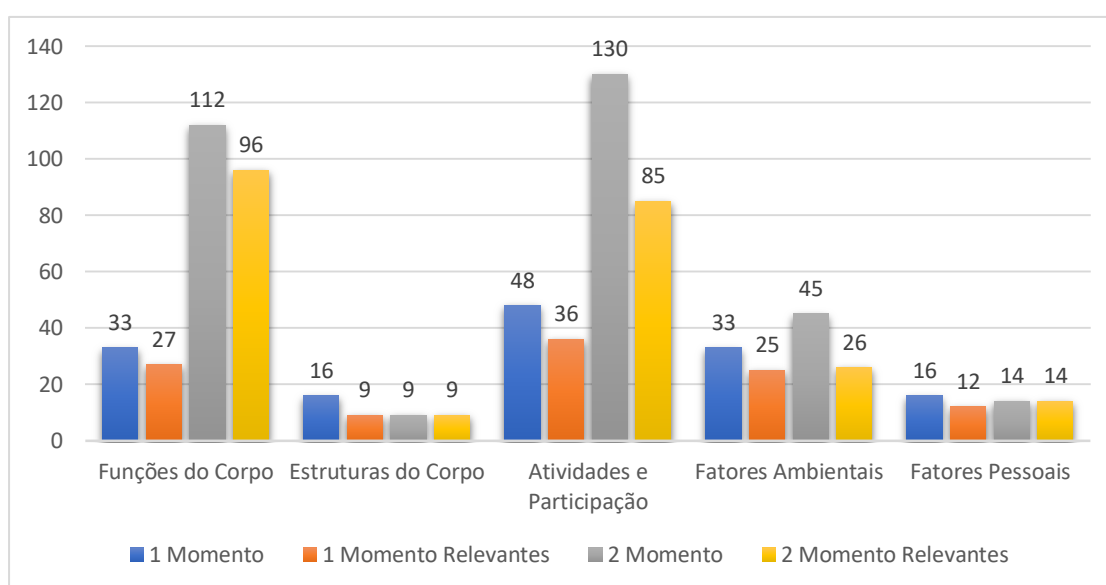


Gráfico 1: Caracterização dos componentes constantes no instrumento encaminhados para os avaliadores julgarem a relevância de utilização na avaliação funcional da pessoa idosa, segundo ao 1º momento e 2º momento, da Segunda Fase. João Pessoa-PB, 2020.

O quadro 7 apresenta a síntese dos resultados nominal das categorias da CIF, identificadas nos momentos 1 e 2 da Segunda Fase, como relevantes para avaliar a funcionalidade da pessoa idosa.

Quadro 7 - Categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde mais relevantes para a avaliação da pessoa idosa, identificadas pelos avaliadores na Segunda Fase. João Pessoa, 2021.

COMPONENTES	CATEGORIAS	
	1º Momento	2º Momento
FUNÇÕES DO CORPO (b)	b110 Consciência b114 Orientação (tempo, lugar, pessoa); b117 Funções intelectuais (incluir Retardo mental, demência); b134 Sono;	b1100 Nível da Consciência; b1102 Qualidade da consciência; b1140 Orientação em relação ao tempo; b1141 Orientação com relação ao lugar; b1142 Orientação com relação à pessoa;

COMPONENTES	CATEGORIAS	
	1º Momento	2º Momento
	b140 Atenção; b144 Memória; b152 Funções emocionais; b156 Funções da percepção; b164 Funções cognitivas superiores; b167 Funções mentais da linguagem; b210 Visão; b230 Audição; b235 Vestibular (incluir Funções de equilíbrio); b280 Dor; b310 Voz; b410 Funções do Coração; b420 Pressão sanguínea; b440 Funções do sistema respiratório (respiração); b515 Funções digestivas; b525 Funções de defecação; b530 Funções de manutenção do peso ; b620 Funções urinárias; b640 Funções sexuais; b710 Mobilidade das articulações; b730 Força muscular; b735 Tônus muscular; b765 Movimentos involuntários;	b117 Funções intelectuais (incluir Retardo mental, demência) ; b1340 Quantidade de sono; b1343 Qualidade do sono; b1400 Manutenção da atenção; b1440 Memória de curto prazo; b1441 Memória de longo prazo; b1520 Adequação da emoção; b1560 Percepção auditiva; b1561 Percepção visual; b1562 Percepção olfativa; b1563 Percepção gustativa; b1564 Percepção tátil; b1565 Percepção visioespacial; b1640 Abstração; b1641 Organização e planejamento; b1644 Autoconhecimento (insight); b1645 Julgamento; b1646 Resolução de problemas; b1670 Recepção da linguagem; b1671 Expressão da linguagem; b1672 Funções integradoras da linguagem; b2100 Funções da acuidade visual (longe e perto); b2101 Funções do campo visual; b2102 Qualidade da visão; b2300 Detecção do som; b2304 Discriminação da fala; b2350 Função vestibular de posição; b2351 Função vestibular de equilíbrio; b2352 Função vestibular do movimento; b2800 Dor generalizada; b2801 Dor localizada; b2802 Dor em múltiplas partes do corpo; b3100 Produção da voz; b3300 Fluência da fala; b4100 Frequência cardíaca; b4101 Ritmo cardíaco; b4200 Aumento da pressão sanguínea; b4202 Manutenção da pressão sanguínea; b4400 Frequência respiratória; b4401 Ritmo respiratório; b5150 Transporte de alimentos por meio do estômago e dos intestinos; b5152 Absorção dos nutrientes; b5153 Tolerância aos alimentos; b5250 Eliminação de fezes; b5252 Frequência de defecção; b5253 Continência fecal; b530 Funções de manutenção do peso ;

COMPONENTES	CATEGORIAS	
	1º Momento	2º Momento
		b6200 Micção; b6201 Frequência da Micção; b6202 Continência urinária; b6400 Funções da fase de excitação sexual; b6403 Funções da fase de resolução sexual; b6700 Desconforto associado à relação sexual; b6702 Desconforto associado à menopausa; b7101 Mobilidade de várias articulações; b7102 Mobilidade generalizada das articulações; b7301 Força dos músculos de um membro; b7302 Força dos músculos de um lado do corpo; b7303 Força dos músculos da metade inferior do corpo; b7304 Força dos músculos de todos os membros; b7305 Força dos músculos do tronco; b7350 Tônus de músculos isolados e grupos de músculos; b7353 Tônus dos músculos da metade inferior do corpo; b7354 Tônus dos músculos de todos os membros; b7651 Tremor;
ESTRUTURA DO CORPO (s)	s410 Sistema cardiovascular; s430 Sistema respiratório; s710 Região de cabeça e pescoço; s730 Extremidade superior (braço, mão); s750 Extremidade inferior (perna, pé); s760 Tronco; s8. Pele e estruturas relacionadas quaisquer outras estruturas do corpo.	s410 Estrutura do sistema cardiovascular; s430 Estrutura do sistema respiratório; s710 Estrutura da região de cabeça e do pescoço; s730 Estrutura da extremidade superior (braço, antebraço e mão); s740 Estrutura da região pélvica; s750 Estrutura da extremidade inferior (coxa, perna e pé); s760 Estrutura do tronco; s8 Pele e estruturas relacionadas
ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO (d)	d115 Ouvir; d210 Realizar uma única tarefa; d220 Realizar tarefas múltiplas; d310 Comunicação – recepção de mensagens verbais; d315 Comunicação – recepção de mensagens não verbais; d330 Fala; d350 Conversação; d430 Levantar e carregar objetos; d440 Uso fino das mãos (pegar, segurar); d450 Andar; d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento; d470 Utilização de transporte (carros, ônibus, trem, avião, etc.);	d115 Ouvir; d2100 Realizar uma tarefa simples; d2101 Realizar uma tarefa complexa; d2102 Realizar uma tarefa única, de forma independente; d2200 Realizar tarefas múltiplas; d2301 Gerenciar a rotina diária; d310 Comunicação – recepção de mensagens orais; d3150 Comunicação – recepção de gestos corporais; d330 Fala; d3500 Iniciar uma conversa; d3503 Conversar com uma pessoa; d3504 Conversar com muitas pessoas; d4300 Levantar objetos; 4301 Carregar nas mãos; d4400 Pegar; d4402 Manipular; d4403 Soltar;

COMPONENTES	CATEGORIAS	
	1º Momento	2º Momento
	d510 Lavar-se (banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc.); d520 Cuidado das partes do corpo(escovar os dentes, barbear-se, etc.); d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção; d540 Vestir-se; d550 Comer; d560 Beber; d570 Cuidar da própria saúde; d620 Aquisição de bens e serviços (fazer compras, etc.); d630 Preparação de refeições (cozinhar, etc.); d660 Ajudar os outros; d710 Interações interpessoais básicas; d740 Relações formais; d760 Relações familiares; d850 Trabalho remunerado; d860 Transações econômicas básicas; d870 Autossuficiência econômica; d920 Recreação e lazer; d930 Religião e espiritualidade; d940 Direitos humanos;	d4500 Andar distâncias curtas; d4501 Andar distâncias longas; d4502 Andar sobre superfícies diferentes; d4503 Andar desviando-se de obstáculos; d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento; d4701 Utilização de transporte motorizado privado (carro, barco, táxi, avião, etc.); d4702 Utilização de transporte público; d5100 Lavar partes do corpo; d5101 Lavar todo o corpo; d5102 Secar-se; d5200 Cuidado da pele; d5201 Cuidado dos dentes; d5300 Regulação da micção; d5301 Regulação da defecação; d5400 Vestir-se; d5401 Despir-se; d5402 Calçar; d5403 Tirar o calçado; d5404 Escolha de roupa apropriada; d550 Comer; d560 Beber; d5700 Garantir o próprio conforto físico; d5702 Manter a própria saúde; d6200 Comprar; d6201 Obtenção das necessidades diárias; d6300 Preparar refeições simples; d6600 Ajudar os outros no cuidado pessoal; d6601 Ajudar os outros a se mover; d7100 Respeito e afeto nos relacionamentos; d7101 Apreciação nos relacionamentos; d7102 Tolerância nos relacionamentos; d7103 Atitude crítica nos relacionamentos; d7106 Diferenciar pessoas da família; d7402 Relações com pares; d7600 Relações pai-filho; d7601 Relações filho-pai; d7602 Relações entre irmãos; d7603 Relações com outros parentes; d8500 Trabalho autônomo; d860 Transações econômicas básicas; d8700 Recursos econômicos pessoais; d8701 Direitos econômicos públicos; d9200 Jogar; d9203 Artesanato; d9204 Hobbies; d9205 Socialização; d9300 Religião organizada; d9301 Espiritualidade; d940 Direitos humanos
FATORES AMBIENTAIS (e)	e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal (comida, remédios);	e1101 Medicamentos; e1100 Alimentos;

COMPONENTES	CATEGORIAS	
	1º Momento	2º Momento
	e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária; e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos; e125 Produtos e tecnologia para comunicação; e310 Família imediata; e320 Amigos; e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade; e340 Cuidadores e assistentes pessoais; e355 Profissionais da saúde; e360 Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde; e410 Atitudes individuais de membros da família imediata; e420 Atitudes individuais dos amigos; e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais; e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde; e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde; e460 Atitudes sociais; e525 Serviços, sistemas e políticas de habitação; e540 Serviços, sistemas e políticas de transporte; e550 Serviços, sistemas e políticas legais; e570 Serviços, sistemas e políticas da previdência social; e575 Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral; e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde;	e1150 Produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária; e1151 Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária; e1200 Produtos e tecnologias gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos; e1201 Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos; e1250 Produtos e tecnologias gerais para comunicação; e310 Família Nuclear; e320 Amigos ; e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade; e340 Cuidadores e assistentes pessoais; e355 Profissionais da saúde; e360 Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde; e410 Atitudes individuais de membros da família nuclear; e420 Atitudes individuais dos amigos; e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais; e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde; e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde; e460 Atitudes sociais; e5250 Serviço de habilitação; e5400 Serviços de transporte; e5401 Sistemas de transporte; e5500 Serviços legais; e5700 Serviços da previdência social; e5750 Serviços de suporte social geral; e5800 Serviços de saúde
FATORES PESSOAIS	Fase 1 e Fase 2 Ciclo de Vida; Educação; Envelhecimento; Estado civil; Idade; Local residência; Nível socioeconômico; Número de filhos; Ocupação; Problemas orgânicos; Representações sociais; Sexo.	

Diante dos resultados encontrados, nos momentos descritos anteriormente, constatou-se que os termos em comum nos dois momentos da Segunda fase, etapas essas com participação de profissionais de saúde, foram representativas em todas as partes da CIF, porém é notável que ao apresentar as categorias e seus níveis, o detalhamento das categorias agrega mais

especificidade para si, por exemplo, a categoria d920 Recreação e lazer, foi sinalizada na Fase 1 e ao abri seu detalhamento, na Fase 2, permitiu visualizar seus níveis de detalhamento e, conseqüentemente, obteve relevância nos seguintes termos: d9200 Jogar; d9203 Artesanato; d9204 Hobbies; d9205 Socialização.

Buscando analisar esse resultado a luz da literatura, conforme discutido no item anterior, observa-se que os estudos pontuam a importância da CIF, na atuação clínica não só referente ao estudo das deficiências, mas, também na busca de elencar a funcionalidade, enfatizando, como objeto deste estudo, na população idosa.

5.2 Construção do Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa - IAMPI

Na construção do Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa - IAMPI, inicialmente buscou-se o conhecimento técnico de avaliadores, tanto no conhecimento clínico e prático, como no conhecimento teórico, e sua afinidade com a CIF, que foi utilizada como base teórica para sua estruturação. Diante de sua amplitude e complexidade, utilizou-se as etapas descritas anteriormente como momento de afinamento de conteúdo para a criação do Instrumento.

Todo esse conteúdo, os diversos fatores citados como imprescindíveis para estruturação da avaliação de qualidade da pessoa idosa e a CIF, ao longo do percurso metodológico foram por muitas vezes revisitado, lidos e relidos, para que não ocorresse mudança de foco e, portanto, tomados como escopo para a criação de uma ferramenta que objetivasse avaliar a multidimensionalidade da pessoa idosa.

A CIF é uma classificação de linguagem universal, que possui um modelo multidimensional, que busca descrever não só as incapacidades mais a saúde e os estados de saúde de um indivíduo, a qual propõe um *Checklist*, como listagem mínima para utilização de sua estrutura, que foi utilizada como esqueleto inicial do instrumento para a avaliação da multidimensionalidade da pessoa idosa.

Antes de iniciar a construção do IAMPI, houve a necessidade de fazer uma paridade entre as categorias da CIF identificadas na literatura e nas categorias da CIF apontadas como relevantes pelos profissionais da saúde, enumerados os componentes que seriam relevantes para compor o instrumento. Em seguida, foram configurados em uma tabela de *Excel*, com suas respectivas definições descritas na CIF, e encaminhada para especialistas em avaliação

multidimensional da pessoa idosa, onde foram identificados itens com sobreposição de conteúdo, não sendo necessários por serem vistos como uma categoria de repetição no instrumento; itens que já estavam implícitos em outro item; itens considerados pelos avaliadores, não sendo necessário elaboração de perguntas decorrentes do detalhamento do mesmo também ter sido relevantes. Com relação aos Fatores Pessoais, esses não poderiam deixar de compor o instrumento, apesar de não constarem na CIF.

Após essa avaliação inicial, o instrumento foi desenhado com apoio de alguns dos especialistas, por *WhatsApp* e *e-mails*, tendo sempre o foco de um instrumento administrável, de clareza para o avaliador e compreensível para o avaliado.

5.2.1 Construção da 1ª Parte do Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

Seguindo o padrão dos demais instrumentos encontrados na literatura, a 1ª parte do IAMPI foi construído contendo os **Fatores Pessoais**, outros dados sociodemográficos, e algumas informações fundamentais para uma avaliação multidimensional, como medicações utilizadas e condições crônicas existentes. Dentre vários itens sinalizados na literatura como fatores sociodemográficos, os itens descritos nesse instrumento foram considerados relevantes tanto no âmbito teórico como na prática clínica.

Inicialmente, foi descrito em seu arcabouço as informações, como apresentado na Figura 17, para que o avaliador obtivesse o maior número de informações necessárias e que sua visibilidade não fosse de algo extenso.

**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
IAMPI-APS**

NOME: _____

Matrícula: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Idade: _____	D. Nasc.: ____/____/____
RG: _____	CPF: _____	Uso Serviço de Saúde: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Particular Se Privado, qual Plano de Saúde? _____	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outro	Ocupação/Profissão: _____	N. de filhos: <input type="checkbox"/> até 2 filhos <input type="checkbox"/> 3 a 5 filhos <input type="checkbox"/> Mais que 6 filhos	
Nível Educacional: <input type="checkbox"/> Menos de 5 anos de estudo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino superior <input type="checkbox"/> Pós doutorado			
Tipo de moradia: <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Financiada	Local de residência: R. _____ Nº _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Contatos telefônicos: _____ Email: _____		
Nível socioeconômico: <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 2 a 4 salários mínimos <input type="checkbox"/> 5 a 9 salários mínimos <input type="checkbox"/> acima de 9 salários mínimos		Religião: <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Espirita <input type="checkbox"/> Sem religião <input type="checkbox"/> Outra _____	
Ciclo de Vida familiar: <input type="checkbox"/> Saindo de casa <input type="checkbox"/> Compromisso com seu parceiro (esposa/esposo) <input type="checkbox"/> Aprender a viver junto <input type="checkbox"/> Chegando filho/neto <input type="checkbox"/> Vivendo com adolescentes <input type="checkbox"/> Saída dos filhos – Ninho vazio <input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Velhice			

Adaptado da série "O Ciclo de Vida da Família" feita pelo Doutor Hubert Van Doorslaer e pelo Professor Edward Sodes para o Programa de Medicina da Família na Austrália, 1989

Figura 17 – Layout da 1ª Parte do IAMPI, contendo os fatores pessoais e outros dados sociodemográficos, João Pessoa – PB, 2021.

Ressalta-se que não foram incluídas no instrumento as categorias dos Fatores Pessoais referente as representações sociais e o envelhecimento, por considerar que ambos os termos poderiam gerar contradições com relação as suas definições e compreensão, tanto por parte do avaliador como do avaliado. É válido ressaltar que os dados sociodemográficos contidos na revisão integrativa e descritos na primeira etapa da metodologia tinham semelhanças com muitos dos Fatores Pessoais.

Com relação às outras informações fundamentais para uma avaliação multidimensional, descritas na Figura 18, também receberam espaço para redação livre e, desta forma, conter todas as informações necessárias e consideradas importantes.

Quadro 8 – Apresentação do primeiro arcabouço do IAMPI – João Pessoa – PB, 2021.

FUNÇÕES DA ORIENTAÇÃO	RELACIONADAS AO CONHECIMENTO E DETERMINAÇÃO DA RELAÇÃO DA PESSOA CONSIGO PRÓPRIO, COM OUTRAS PESSOAS, COM OBJETOS E COM O ESPAÇO	
B1140 ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO AO TEMPO	<i>Funções mentais que produzem consciência de período do dia, dia da semana, data, mês e ano.</i>	- Sabe que dia da semana é hoje? * () Sim () Não
B1141 ORIENTAÇÃO COM RELAÇÃO AO LUGAR	<i>Funções mentais que produzem consciência da localização da pessoa, em relação ao ambiente imediato, à sua cidade ou ao país.</i>	- Sabe onde está neste momento? () Sim () Não
B1142 ORIENTAÇÃO COM RELAÇÃO À PESSOA	<i>Funções mentais que produzem consciência da própria identidade e da dos indivíduos em seu ambiente imediato</i>	- Quantos anos tem? () Sim () Não - Teve quantos filhos? () Sim () Não
B1143 ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO A OBJETOS	<i>Funções mentais que produzem consciência dos objetos ou das características dos objetos.</i>	- Sabe onde estão sua bolsa/carteira/relogio? () Sim () Não
B1144 ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO AO ESPAÇO	<i>Funções mentais que produzem consciência de seu corpo em relação ao espaço físico próximo.</i>	- Sabe onde mora? () Sim () Não

Cada pergunta foi descrita, no primeiro momento, com a visão do conteúdo que cada termo consistia, mas para que as mesmas fossem pautadas na literatura, o resultado da revisão integrativa dos últimos dez anos para identificar os principais instrumentos aplicados na avaliação funcional, na área da saúde, foi substancial para essa etapa.

As escalas e os instrumentos identificados na revisão integrativa foram selecionadas de acordo com o que cada uma aferia, grifando o contexto abordado nas perguntas dos itens que também estariam no Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, foi possível elaborar perguntas objetivas que alcançassem a pessoa idosa no seu dia a dia.

Posteriormente, a elaboração das perguntas referente ao componente **Funções do corpo** buscou manter a essência de sua definição, como centro da pergunta, ao mesmo tempo em que seu conteúdo deveria ser assimilado pela pessoa idosa como algo prático e real para sua fase de vida, para identificar quais as deficiências e sua extensão no seu dia a dia.

Com relação ao componente, **Estruturas do corpo**, aqui representadas pela anatomia do corpo dos órgãos, o propósito das perguntas foi avaliar se essa anatomia apresenta deficiências ou não.

O terceiro componente, referente a **Atividades e Participação**, que mensura o desempenho e a capacidade por meio da execução de uma atividade ou ação de situações

rotineiras, buscou preservar a definição de cada item descrito na CIF, com foco na execução de tal atividade. As perguntas precisavam, nessa parte do instrumento, ter movimento, ou seja, foco prático na vida diária da pessoa idosa, onde ele visualizasse sua rotina diária.

Por fim, o quarto componente, **Fatores contextuais**, que se subdivide em Fatores ambientais e Fatores pessoais, já apresentado. Com relação aos **Fatores ambientais**, esses integram o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem o dia a dia. O objetivo é avaliar se cada item é facilitador ou dificultador, ou seja, barreira, na situação descrita pelo indivíduo.

A estrutura seguiu a descrição primeiramente da codificação, igual a apresentada na CIF, a pergunta seguida pelo qualificador, positivo ou negativo. A Figura 19 detalha a formatação da versão inicial.

Funções do Corpo		
b1100	- Permanece durante o dia mais ativa, realizando alguma atividade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não *
b1102	*- Queixa- de ver objetos ou escutar pessoas conversando quando está sozinha?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b1140	- Sabe que dia da semana é hoje? *	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b1141	- Sabe onde você está neste momento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b1142	- Quantos anos tem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, sabe quantos anos tem?
	- Teve quantos filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, sabe quantos filhos tem?
b1143	- Sabe onde estão sua bolsa/carteira/relógio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b1144	- Sabe onde mora?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b117	- Consegue ler um livro e falar sobre ele?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	- Tem queixa de alguma dificuldade em entender conversas, filmes, notícias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	- Escreve (eu) cartas, poesias, recados, lista de feira?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b1263	- Apresenta-se no seu dia a dia?	<input type="checkbox"/> equilibrado, calmo e sossegado ou <input type="checkbox"/> irritável, preocupado, inconstante e genioso
b1266	- Avalia seu temperamento pessoal como?	<input type="checkbox"/> seguro, ousado e assertivo, ou <input type="checkbox"/> tímido, inseguro e humilde
b1340	- Quantas horas dorme durante a noite?	<input type="checkbox"/> Mais de 7h <input type="checkbox"/> Menos de 7h

Figura 19 - Estrutura da 2ª parte do IAMPI, João Pessoa – PB, 2021.

Algumas categorias precisaram mensurar qualitativamente algumas variáveis, portanto seus qualificadores já foram pré-determinados, tomando como base o conteúdo de sua definição, como exemplo o item **b1263**, que se refere a *Estabilidade psíquica*, e sua descrição: Funções mentais que produzem um *temperamento pessoal equilibrado, calmo e sossegado*, em contraste com *temperamento irritável, preocupado, inconstante e genioso* (CIF, 2015, p.69).

Assim ocorreu em todo os demais componentes: estruturas do corpo, atividade e participação e fatores ambientais. Entretanto, percebeu-se que a CIF elenca qualificadores para cada um dos componentes e após essa releitura, entendeu-se que se fazia necessária a inclusão, antes de cada componente da definição dos seus qualificadores, para mensuração da resposta positiva ou negativa de cada categoria. Cada componente possui qualificador ou qualificadores como apresentados no Quadro 9, segundo a própria CIF (2015).

Quadro 9 – Descrição dos qualificadores da CIF.

Componentes	Qualificadores	
Funções do Corpo	<p><i>Primeiro Qualificador: grau de alteração funcional</i></p> <p>0 Nenhuma DEFICIÊNCIA (nenhuma, ausente, escassa...)</p> <p>1 Deficiência LEVE (leve, baixa, intensidade de tolerância e que ocorre raramente nos últimos 30 dias)</p> <p>2 Deficiência MODERADA (média, regular, intensidade que interfere e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias)</p> <p>3 Deficiência GRAVE (elevada, extrema intensidade que prejudica/rompe parcialmente e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias)</p> <p>4 Deficiência COMPLETA (total, intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa nos últimos 30 dias)</p> <p>8 Não especificado (informação insuficiente para especificar a gravidade da deficiência)</p> <p>9 Não aplicável (inapropriado aplicar um código particular)</p>	
Estrutura do Corpo	Primeiro Qualificador: <i>Extensão de deficiência</i>	Segundo Qualificador: Natureza da alteração
	<p><i>Primeiro Qualificador: grau de alteração funcional</i></p> <p>0 Nenhuma DEFICIÊNCIA (nenhuma, ausente, escassa...)</p> <p>1 Deficiência LEVE (leve, baixa, intensidade de tolerância e que ocorre raramente nos últimos 30 dias)</p> <p>2 Deficiência MODERADA (média, regular, intensidade que interfere e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias)</p> <p>3 Deficiência GRAVE (elevada, extrema intensidade que prejudica/rompe parcialmente e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias)</p> <p>4 Deficiência COMPLETA (total, intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa nos últimos 30 dias)</p> <p>8 Não especificado (informação insuficiente para especificar a gravidade da deficiência)</p> <p>9 Não aplicável (inapropriado aplicar um código particular)</p>	<p>0 Nenhuma mudança na estrutura</p> <p>1 Ausência total</p> <p>2 Ausência parcial</p> <p>3 Parte adicional</p> <p>4 Dimensões aberrantes</p> <p>5 Descontinuidade</p> <p>6 Posição desviada</p> <p>7 Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido</p> <p>8 Não especificada</p> <p>9 Não aplicável</p>
Atividade e Participação	Primeiro Qualificador: <i>Desempenho</i> <i>Extensão da Restrição à Participação</i>	Segundo Qualificador: Capacidade <i>(sem assistência)</i> <i>Extensão da limitação de Atividade</i>
	<p><i>Primeiro Qualificador: grau de alteração funcional</i></p> <p>0 Nenhuma DEFICIÊNCIA (nenhuma, ausente, escassa...)</p> <p>1 Deficiência LEVE (leve, baixa, intensidade de tolerância e que ocorre raramente nos últimos 30 dias)</p> <p>2 Deficiência MODERADA (média, regular, intensidade que interfere e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias)</p> <p>3 Deficiência GRAVE (elevada, extrema intensidade que prejudica/rompe parcialmente e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias)</p>	

Componentes	Qualificadores	
	<i>4 Deficiência COMPLETA</i> (total, intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa nos últimos 30 dias) <i>8 Não especificado</i> (informação insuficiente para especificar a gravidade da deficiência) <i>9 Não aplicável</i> (inapropriado aplicar um código particular)	
Fatores Ambientais	<i>.0 NENHUMA</i> barreira <i>.1 Barreira LEVE</i> <i>.2 Barreira MODERADA</i> <i>.3 Barreira GRAVE</i> <i>.4 Barreira COMPLETA</i> <i>.8 Barreira, não especificada</i> <i>.9 Não aplicável</i>	<i>+0 NENHUM</i> facilitador <i>+1 Facilitador LEVE</i> <i>+2 Facilitador MODERADO</i> <i>+3 Facilitador CONSIDERÁVEL</i> <i>+4 Facilitador COMPLETO</i> <i>+8 Facilitador, não especificado</i> <i>+9 Não aplicável</i>

Fonte: CIF, 2015.

O instrumento recebeu a descrição do qualificador ou qualificadores de cada componente, antecedendo suas perguntas, como exemplificado na Figura 20.

<i>Primeiro Qualificador: grau de alteração funcional</i> <i>0 Nenhuma DEFICIÊNCIA (nenhuma, ausente, escassa...)</i> <i>1 Deficiência LEVE (leve, baixa, intensidade de tolerância e que ocorre raramente nos últimos 30 dias)</i> <i>2 Deficiência MODERADA (média, regular, intensidade que interfere e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias)</i> <i>3 Deficiência GRAVE (elevada, extrema intensidade que prejudica/rompe parcialmente e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias)</i> <i>4 Deficiência COMPLETA (total, intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa nos últimos 30 dias)</i> <i>8 Não especificado (informação insuficiente para especificar a gravidade da deficiência)</i> <i>9 Não aplicável (inapropriado aplicar um código particular)</i>			
COD.	Funções do Corpo		Qualificador
b1100	- Permanece durante o dia mais ativa, realizando alguma atividade?	() Sim () Não	
b1102	- Queixa- de ver objetos ou escutar pessoas conversando quando está sozinha?	() Sim () Não	
b1140	- Sabe que dia da semana é hoje? *	() Sim () Não	
b1141	- Sabe onde você está neste momento?	() Sim () Não	

Figura 20 – Exemplo da representação da descrição dos qualificadores da CIF para as Funções do corpo, no IAMPI, João Pessoa – PB, 2021.

Após todo esse processo apresenta-se abaixo a primeira versão do Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – IAMPI.

5.2.3 – Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – IAMPI – Primeira Versão



NOME:			
Matrícula:	Sexo: () F () M	Idade:	D. Nasc.: / /
RG:	CPF:	Uso Serviço de Saúde: () Público () Privado () Particular Se Privado, qual Plano de Saúde? _____	
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Outro	Ocupação/Profissão:	N. de filhos: () até 2 filhos () 3 a 5 filhos () Mais que 6 filhos	
Nível Educacional: () Menos de 5 anos de estudo () Ensino Médio completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Fundamental completo	() Ensino Fundamental incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Médio incompleto () Ensino superior	() Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós doutorado	
Ciclo de Vida familiar () Saindo de casa () Compromisso com seu parceiro (esposa/esposo) () Aprender a viver junto () Chegando filho/neto () Vivendo com adolescentes () Saída dos filhos – Ninho vazio () Aposentadoria () Velhice <i>Adaptado da série “O Ciclo de Vida da Família” feito pelo Doutor Hubert Van Doorn e pelo Professor Edward Bader para o Programa de Medicina da Família na Austrália, 1989</i>			
Tipo de moradia () Alugada () Própria () Financiada	Local de residência: R. _____ Nº _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Contatos telefônicos: _____ E-mail: _____		
Nível socioeconômico () 1 salário mínimo () 2 a 4 salários mínimos () 5 a 9 salários mínimos () acima de 9 salários mínimos		Religião: () Católica () Protestante () Evangélico () Espirita () Sem religião () Outra _____	
Profissionais assistentes:		Registro do Conselho	
Nome:			

CONDIÇÃO DE SAÚDE (CID):		
Medicações utilizadas/posologia:		
Funções do Corpo		
<p><i>Primeiro Qualificador: grau de alteração funcional</i></p> <p>0 Nenhuma DEFICIÊNCIA (nenhuma, ausente, escassa...)</p> <p>1 Deficiência LEVE (leve, baixa, intensidade de tolerância e que ocorre raramente nos últimos 30 dias)</p> <p>2 Deficiência MODERADA (média, regular, intensidade que interfere e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias)</p> <p>3 Deficiência GRAVE (elevada, extrema intensidade que prejudica/rompe parcialmente e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias)</p> <p>4 Deficiência COMPLETA (total, intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa nos últimos 30 dias)</p> <p>8 Não especificado (informação insuficiente para especificar a gravidade da deficiência)</p> <p>9 Não aplicável (inapropriado aplicar um código particular)</p>		
COD.	Funções do Corpo	Qualificador
b1100	- Permanece durante o dia mais ativa, realizando alguma atividade?	() Sim () Não
b1102	- Queixa- de ver objetos ou escutar pessoas conversando quando está sozinha?	() Sim () Não
b1140	- Sabe que dia da semana é hoje? *	() Sim () Não
b1141	- Sabe onde você está neste momento?	() Sim () Não
b1142	- Quantos anos tem?	() Sim () Não Se SIM, sabe quantos anos tem?
	- Teve quantos filhos?	() Sim () Não Se sim, sabe quantos filhos tem?
b1143	- Sabe onde estão sua bolsa/carteira/relógio?	() Sim () Não
b1144	- Sabe onde mora?	() Sim () Não
b117	- Consegue ler um livro e falar sobre ele?	() Sim () Não
	- Tem queixa de alguma dificuldade em entender conversas, filmes, noticiais?	() Sim () Não
	- Escreve (eu) cartas, poesias, recados, lista de feira?	() Sim () Não
b1263	- Apresenta-se no seu dia a dia?	() equilibrado, calmo e sossegado ou () irritável, preocupado, inconstante e genioso

b1266	- Avalia seu temperamento pessoal como?	() seguro, ousado e assertivo, ou () tímido, inseguro e humilde	
b1340	- Quantas horas dorme durante a noite?	() Mais de 7h () Menos de 7h	
b1343	- Acorda durante a noite?	() Sim () Não	
	- As horas que dorme, restabelece suas energias?	() Sim () Não	
b1400	- Faz alguma atividade que requer sua concentração como crochê, <i>vagonite</i> ou macramê?	() Sim () Não	
b1441	- Lembra do nome de uma antiga grande amiga?	() Sim () Não	
b1470	- Apresenta-se (Observado pelo entrevistador)?	() mover-se e falar lentamente, diminuição da gesticulação e espontaneidade () excitação psicomotora como tamborilar com os dedos, apertar as mãos, agitação e inquietude () coerente, falar adequadamente, mantém a espontaneidade	
b1471	- Apresenta-se		
b1520	- Quando recebe notícias boas fica feliz?	() Sim () Não	
b1560	- Considera sua audição (escuta) boa?	() Sim () Não	
b1561	- A visão é tida como boa?	() Sim () Não	
b1562	- Sente o cheiro de perfume, de comida, de coisa estragada?	() Sim () Não	
b1563	- Consegue sentir o gosto do doce, salgado e azedo?	() Sim () Não	
b1564	- Ao pegar em algo percebe se está frio ou quente ou liso ou áspero?	() Sim () Não	
b160	- No momento tem queixa?	() Pensamentos negativos () Pensamentos constantes () Pensamentos obsessivos em algo () Pensamentos compulsivos () Pensamentos sobre delirantes	
b1640	- Consegue criar uma história para seus netos ou sobrinhos?	() Sim () Não	
b1641	- Consegue organizar sua cozinha, guarda-roupa, planejar uma visita ou viagem?	() Sim () Não	
b1645	- Considera mentir, matar, roubar um comportamento certo?	() Sim () Não	
b1646	- Vamos fazer uma conta? $10-8+4 = 6$	() Sim seria a resposta certa () Não conseguiu responder	
b2100	- Considera sua visão para perto como boa?	() Sim () Não	
	- Considera sua visão para longe como boa?	() Sim () Não	
b2102	- Tem queixa quanto prejuízo da visão ao se expor:	() Luz () Visão das cores	
b235	- Se consegue ficar de pé sem apoio sem sentir tontura?	() Sim () Não	
b2352	- Se consegue andar sem perder o equilíbrio durante o trajeto?	() Sim () Não	

b2400	- Tem queixa de:	() Zumbido	
b2401		() Tontura	
b2402		() Sensação de queda	
b2403		() Náusea associada à tontura ou vertigem	
b250	- Consegue sentir:	() Sabor amargo () Sabor doce () Sabor ácido () Sabor salgado	
b255		() Sentir odores () Sentir aromas	
b260		() Sentir braços () Sentir as pernas () Sentir o movimento da cabeça	
b265		() Sentir ao tocar em algo áspero () Qualidade de um tecido	
b2700		() Sentir ao tocar em algo frio () Sentir ao tocar em algo quente	
b2800		- Apresenta sensação de dor em todo corpo?	() Sim () Não
b2801	- Sente alguma dor específica? Em algum local específico?	() Sim () Não	
b2802	- Sente dor em mais de uma parte no corpo?	() Sim () Não	
b3100	- Apresenta queixa com relação a voz?	() Sim () Não	
b3300	- Consegue conversar, falando, sem cansaço, utilizando bem as palavras?	() Sim () Não	
b4100	- Sente alguma aceleração nos batimentos do coração?	() Sim () Não	
b4200	- Percebe se sua PA se eleva em algum momento?	() Sim () Não	
b4400	- Consegue perceber alguma alteração na sua respiração?	() Sim () Não	
b4550	- Consegue realizar alguma atividade física?	() Sim () Não	
b4551	- Se sim, sente:	() Falta de ar () Fadiga () Vigor () Ritmo lento () Desenvolve sem queixas	
b4552	- Sente-se sem disposição física na maior parte do tempo?	() Sim () Não	
b5102	- Apresenta alguma dificuldade, ao se alimentar, em mastigar os alimentos?	() Sim () Não Se sim, () faz uso de próteses () há falta de dentes suficientes para boa mastigação?	
b5105		() Deglutir líquidos () Deglutir comidas mais secas () Deglutir pouco alimento () Costuma se engasga	
b5153	() Apresenta alguma Intolerância a algum alimento específico?	() Sim () Não	
b5252	- Vai diariamente ao banheiro eliminar fezes?	() Sim () Não	
b5253	- Consegue ter controle na eliminação das fezes?	() Sim () Não	

b530	- Tem dificuldade de ganhar peso?	() Sim () Não	
	- Tem dificuldade para perder peso?	() Sim () Não	
b6200	- Apresenta alguma queixa ao urinar?	() Sim () Não	
b6201	- Sente que vai mais vezes ao banheiro urinar que antigamente?	() Sim () Não	
b6202	- Sente se apresenta falta de controle na micção?	() Sim () Não	
b6400	- Consegue perceber excitação e/ou interesse sexual?	() Sim () Não	
b6403	- Se sim, ao realizar sente satisfação ou relaxamento após o orgasmo?	() Sim () Não	
b6700	- Sente desconforto ao realizar ato sexual?	() Sim () Não	
b6702	- Sente algum desconforto com a chegada da menopausa?	() Sim () Não	
b7101	- Consegue realizar movimento:	() Articulações como braços e pernas	
b7102		() Não consegue fazer movimentos com articulações	
b7301	- Apresenta força muscular	() Um membro (braço direito/esquerdo)	
b7302		() Um lado do corpo (Lado direito; esquerdo)	
b7303		() Parte inferior do corpo (tórax/pernas)	
b7304		() Todos os músculos	
b7305		() Força no tronco (levantar o corpo deitado)	
b7651		() Tremor	
b7800	- Apresenta:	() Rigidez muscular	
b7801		() Sensação de espasmo explicar mais claro para o entrevistado	
ESTRUTURAS DO CORPO			
Primeiro Qualificador: Extensão de deficiência		Segundo Qualificador: Natureza da alteração	
Primeiro Qualificador: grau de alteração funcional 0 Nenhuma DEFICIÊNCIA (nenhuma, ausente, escassa...) 1 Deficiência LEVE (leve, baixa, intensidade de tolerância e que ocorre raramente nos últimos 30 dias) 2 Deficiência MODERADA (média, regular, intensidade que interfere e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias) 3 Deficiência GRAVE (elevada, extrema intensidade que prejudica/rompe parcialmente e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias) 4 Deficiência COMPLETA (total, intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa nos últimos 30 dias) 8 Não especificado (informação insuficiente para especificar a gravidade da deficiência) 9 Não aplicável (inapropriado aplicar um código particular)		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 8 Não especificada 9 Não aplicável	
CÓD	ESTRUTURAS DO CORPO		1ºQual. <i>Extensão da deficiência</i> 2ºQual. <i>Natureza da alteração</i>
s410	- Apresenta alguma alteração na estrutura:	() Sim () Não	

	Estrutura do sistema cardiovascular			
s430	Estrutura do sistema respiratório	() Sim () Não		
s710	Estrutura da região de cabeça e do pescoço	() Sim () Não		
s730	Estrutura da extremidade superior (braço, antebraço e mão)	() Sim () Não		
s740	Estrutura da região pélvica	() Sim () Não		
s750	Estrutura da extremidade inferior (coxa, perna e pé)	() Sim () Não		
s760	Estrutura do tronco	() Sim () Não		
(s8)	Pele e estruturas relacionadas	() Sim () Não		

ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO				
Primeiro Qualificador: <i>Desempenho</i> <i>Extensão da Restrição à Participação</i>		Segundo Qualificador: <i>Capacidade (sem assistência)</i> <i>Extensão da limitação de Atividade</i>		
Primeiro Qualificador: grau de alteração funcional 0 Nenhuma DEFICIÊNCIA (nenhuma, ausente, escassa...) 1 Deficiência LEVE (leve, baixa, intensidade de tolerância e que ocorre raramente nos últimos 30 dias) 2 Deficiência MODERADA (média, regular, intensidade que interfere e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias) 3 Deficiência GRAVE (elevada, extrema intensidade que prejudica/rompe parcialmente e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias) 4 Deficiência COMPLETA (total, intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa nos últimos 30 dias) 8 Não especificado (informação insuficiente para especificar a gravidade da deficiência) 9 Não aplicável (inapropriado aplicar um código particular)				
CÓD.	ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO			
d115	- Tem dificuldade em/na:	() ouvir		
d1550		() Realizar atividades como escrever, desenhar, dar laços...		
d177		() Tomar decisões		
d2100		() Realizar atividade simples, como escovar os dentes, trocar de roupa, tomar café, no dia a dia		
d2101		() Realizar atividade mais complexa, arrumar a casa, lavar roupa, sair para fazer um pagamento, no dia a dia		
d2102		() Realizar atividades independente de alguém		
d310		() Compreender mensagens verbal		
d3150		() Compreender gestos corporais		
d330	- Consegue falar sobre si aos outros?	() Sim () Não		
d345	- Ainda consegue escrever bilhetes/cartas/lista da feira?	() Sim () Não		
d3500	-Consegue iniciar uma conversa com as pessoas no dia a dia?	() Sim () Não		
d3503	-Conversa com alguém durante o dia a dia?	() Sim () Não		
d3504	- Quando tem mais de uma pessoa juntos conversando, consegue manter uma conversa com eles?	() Sim () Não		
d3600	- Faz uso de telefone, computador e outros aparelhos eletrônicos como meio de comunicação	() Sim () Não		

ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO				
d4100	- Consegue deitar-se sozinha?	() Sim () Não		
d4103	- Consegue sentar-se sozinha?	() Sim () Não		
d4104	- Consegue levantar-se sozinha?	() Sim () Não		
d4106	- Deitada consegue vira de um lado para o outro?	() Sim () Não		
d4153	- Consegue ficar sentada por mais de 5m?	() Sim () Não		
d4154	-Consegue ficar em pé por mais de 5m?	() Sim () Não		
d4300	- Consegue levantar objetos como panela, bacias, cadeiras?	() Sim () Não		
d4301	- Consegue carregar objetos de um lugar para outro?	() Sim () Não		
d4400	- Consegue pegar tesoura, faca, agulhas?	() Sim () Não		
d4402	- Consegue colocar água em um copo?	() Sim () Não		
d4403	- Consegue	() Sim () Não		
d4500	- No seu dia a dia, há dificuldades	() Andar curtas distâncias		
d4501		() Andar longas distâncias		
d4502		() Andar por diferentes superfícies		
d4503		() Andar desviando de obstáculos		
d4551		() Subir escadas/degraus		
d4600		() Deslocar-se dentro de casa		
d4601		() Deslocar-se dentro de outros ambientes, sem ser em casa		
d4602		() Deslocar-se fora de casa		
d465	- Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento?	() Sim () Não		
d4701	- Utiliza algum tipo de transporte motorizado?	() Sim () Não		
d4702	- Utiliza transporte público?	() Sim () Não		
d5100	- No seu dia a dia consegue fazer sozinha?	() Lavar partes do corpo		
d5101		() Lavar todo o corpo		
d5102		() Secar-se		
d5200		() Cuidado da pele		
d5201		() Cuidado dos dentes		
d5400	- Consegue realizar sozinho:	() Vestir-se		
d5401		() despir-se		
d5402		() Calçar		
d5403		() Tirar calçado		
d5404		() Escolher uma roupa		
d550		() Alimentar-se		
d560		() Beber água		
d5700		() Garantir o próprio conforto físico		
d5702		() Manter própria saúde		
d6200		() Realizar compras		
d6201		() Obter suas necessidades diárias		
d6300		() Preparar as refeições simples		
d6505		() Cuidar de plantas		
d6600		() Auxiliar os outros em seus cuidados pessoais		
d6601		() Auxiliar os outros a se mover		
d7100	- Apresenta dificuldades/reclamações:	() Respeito e afeto nos relacionamentos		
d7101		() Apreciação nos relacionamentos		
d7102		() Tolerância nos relacionamentos		
d7103		() Atitude crítica nos relacionamentos		
d7106		() Diferenciar pessoas da família		

ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO				
d7402		() Relações com esposo (a)		
d7600		() Relação com filhos, netos		
d7602		() Relações com irmãos, irmãs		
d7603		() Relação com primos, cunhados		
d8500	- Realiza algum trabalho remunerado	() Sim () Não		
d860	- Realiza transações financeiras, como utilizar dinheiro para comprar comida ou fazer permutas, trocar mercadorias ou serviços; ou economizar dinheiro.	() Sim () Não		
d8700	- Precisa ter cuidados com seus recursos financeiros pessoais para se manter?	() Sim () Não		
d8701	- Precisa solicitar benefícios do setor público para manter suas necessidades futuras?	() Sim () Não		
d9200	- Faz alguma dessas atividades?	() Jogar		
d9201		() Praticar esportes		
d9202		() Arte e cultura		
d9203		() Artesanato		
d9204		() Hobbies		
d9205		() Socialização		
d9300		() Religião		
d9301		() Espiritualidade		
FATORES AMBIENTAIS				
<i>Qualificador no ambiente: Barreiras ou facilitadores</i>				
0 NENHUMA barreira		0 NENHUM facilitador		
1 Barreira LEVE		+1 Facilitador LEVE		
2 Barreira MODERADA		+2 Facilitador MODERADO		
3 Barreira GRAVE		+3 Facilitador CONSIDERÁVEL		
4 Barreira COMPLETA		+4 Facilitador COMPLETO		
CÓD.	FATORES AMBIENTAIS		<i>Qualificador Barreiras ou Facilitadores</i>	
e1100	Alimentos			
e1101	Medicamentos			
e1150	Produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária			
e1151	Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária			
e1200	Produtos e tecnologias gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos			
e1201	Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos			
e1250	Produtos e tecnologias gerais para comunicação			
e310	Família Nuclear			
e320	Amigos			
e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade			
e340	Cuidadores e assistentes pessoais			
e355	Profissionais da saúde			
e360	Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde			
e410	Atitudes individuais de membros da família nuclear			
e420	Atitudes individuais dos amigos			
e440	Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais			
e450	Atitudes individuais dos profissionais da saúde			
e455	Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde			

ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO		
e460	Atitudes sociais	
e5250	Serviço de habilitação	
e5400	Serviços de transporte	
e5401	Sistemas de transporte	
e5500	Serviços legais	
e5700	Serviços da previdência social	
e5750	Serviços de suporte social geral	
e5800	Serviços de saúde	

Por fim, ao concluir essa estruturação, o IAMPI foi submetido a Validação de conteúdo e aparência, para que o instrumento inicial, pudesse receber os ajustes, considerações, correções e ponderações.

5.3 Validação de conteúdo e aparência do Instrumento para a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa - IAMPI

Tendo em vista a pandemia da Covid-19, conforme já relatado anteriormente, não foi possível realizar a validação de conteúdo e aparência do Instrumento para a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – IAMPI como tinha sido planejada. Para tanto, foi constituído um grupo de três especialistas no atendimento a pessoa idosa, escolhidos por conveniência, para avaliar o IAMPI no que diz respeito a validação de conteúdo enfatizando a pertinência, clareza e organização da pergunta em questão, e a validação da aparência, relacionado ao layout, visual e organização geral do instrumento.

Desta forma, quando foi finalizada a elaboração da versão inicial do instrumento, foi encaminhado, via e-mail, para os três especialistas, os quais aceitaram participar dessa etapa, para avaliar o conteúdo e a aparência do instrumento. Um desses especialistas é geriatra, especializado em avaliação multidimensional, de atuação clínica no nível primário e secundário de saúde, o outro especialista é fisioterapeuta, referência nacional e internacionalmente, no uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, e o terceiro é enfermeira, doutora em Enfermagem e com área de atuação na atenção a pessoa idosa.

Inicialmente, as discussões foram organizadas em aspectos como ajustes, considerações e correções de termos, até a redação das perguntas. Por etapas de discussões, a 1ª Parte do IAMPI recebeu pequenas considerações, com foco maior de sua aparência.

Com relação aos termos Representações sociais e Envelhecimento, também por sugestão dos especialistas, essas categorias permaneceram não incluídas no instrumento.

Os especialistas consideraram pequenas alterações na 1ª Parte do IAMPI, como informações como Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF), dados que não precisariam de espaços, da forma como foi colocado no instrumento inicial.

Outro ponto discutido e sugerido, foi a não utilização do termo CID-10, apenas CID, já que é uma Classificação que é revisada com certa periodicidade e ocasionaria uma desatualização do instrumento no futuro.

Com relação a informação referente ao Conselho Regional de Medicina – CRM, do(s) médico(s) assistente(s), os especialistas pontuaram a flexibilidade da mesma, e o seu não preenchimento, não impactar na operacionalização do IAMPI. É sabido, que não há, por parte dos indivíduos nem a curiosidade e nem o armazenamento desse tipo de informação, portanto, por ser uma informação que poderá apresentar falta de conhecimento dos avaliados, ela não será obrigatória. Entretanto, caso as possuam, é válida a informação para que possa ser realizado a referência e a contrarreferência das informações obtidas com a aplicação do instrumento. O mesmo se aplica para os Conselhos Federais dos demais profissionais de saúde que fizerem o atendimento à pessoa idosa.

As maiores considerações ocorreram com relação à estruturação da 2ª Parte do IAMPI e os qualificadores a serem utilizados. Com relação aos ajustes, foram pontuadas as repetições dos conteúdos abordados em cada termo que, apesar de estarem em domínios diferentes, abordavam o mesmo teor, por exemplo, o termo **b1562** - Percepção olfativa (Funções mentais envolvidas na diferenciação de odores) assemelhava-se à **b255** - Funções olfativa (Funções sensoriais que permitem sentir odores e aromas).

Os ajustes foram feitos a partir dos termos que deveriam permanecer ou deveriam ser extraídos do instrumento, por se repetirem (Quadro 10). Observamos que poucos foram os termos que necessitaram ser extraído da versão inicial, por abordarem o mesmo conteúdo.

Os avaliadores alertaram para o entendimento e escrita clara das perguntas, por termo, para que o profissional de saúde que for fazer a avaliação da pessoa idosa, tenha domínio do conteúdo e alcance respostas claras e verídicas, a exemplo, a questão: **b7801** Sensação de espasmo muscular, sua pergunta foi descrita com detalhamento de como pode ser sentido um espasmo, elaborando a pergunta: *Sensação de contração muscular, involuntário, com ou sem dor (espasmo)*. Após as considerações dos avaliadores, a melhor redação para que possa ser adquirido conhecimento sobre a sensação de espasmo muscular seria uma redação das possibilidades de como o espasmo pode ser percebido pelo indivíduo, consideramos o detalhamento mais claro e abrangente, como foi colocado na versão final.

Quadro 10 – Apresentação dos códigos extraídos presentes no IAMPI, após consulta aos avaliadores. João Pessoa – PB, 2021.

<i>Código Extraído</i>	<i>Pergunta</i>	<i>Termo que também abrange o mesmo conteúdo (código que permaneceu)</i>
b1562	- Sente o cheiro de perfume, de comida, de coisa estragada?	b255
b1563	- Consegue sentir o gosto do doce, salgado e azedo?	b240
b1564	- Ao pegar em algo percebe se está frio ou quente ou liso ou áspero?	b265; b2700
d2100	Realizar atividade simples, como escovar os dentes, trocar de roupa, tomar café, no dia a dia	d5401; d5402
d2101	Realizar atividade mais complexa, arrumar a casa, lavar roupa, sair para fazer um pagamento, no dia a dia	d6200; d6201; d6300; d860
d345	- Ainda consegue escrever bilhetes/cartas/lista da feira?	d117
d4602	Deslocar-se fora de casa	d4601

Outra consideração importantíssima foi com relação à ordem das partes no instrumento, diante do seu objetivo que é a avaliação multidimensional da pessoa idosa, foi sugerido que o instrumento iniciasse com as perguntas referentes ao componente Fatores Ambientais, seguido de Atividades e Participação, posteriormente Estruturas do Corpo e por fim Funções do Corpo. Consideração essa justificável diante da possibilidade de maior visibilidade e importância dos Fatores Ambientais na avaliação multidimensional da pessoa idosa. Para atender essa sugestão, o IAMPI passou por uma grande alteração na sua aparência, mas sem interferir no conteúdo dos componentes da CIF.

Com relação às correções, foram poucas ocorrências, por exemplo, ajustes de português, repetição das variáveis: Ciclo de Vida e Religião (Fatores Pessoais e dados sociodemográfico). Após todas as correções de sua versão mais atualizada, o Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa precisou ser revisto com relação aos qualificadores da CIF, tendo em vista que, ao longo da validação de conteúdo, foram muito discutidos os qualificadores e a forma como seriam incluídos. Sabe-se o quão difícil é a utilização dos qualificadores da CIF, tanto pela sua extensão, quanto pela subjetividade que eles se apresentam. Em leituras e releituras da própria CIF, do Manual de utilização da CIF em Saúde Funcional (ARAÚJO, 2011), alguns artigos (MAIA *et al.*, 2020; PIEXAK; CEZAR-VAZ, BONOW, 2019; FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010), a possibilidade de utilização de qualificadores genéricos no instrumento, foi sendo desenhada, vislumbrando a possibilidade de se ter o instrumento mais aplicável, em nível primário de saúde.

Considerando como base a CIF, optou-se na primeira versão do IAMPI, por utilizar os qualificadores da própria CIF, mas devido à complexidade dos mesmos e, após a discussão com os avaliadores, decidiu-se como sendo mais coerente, devido sua compreensão, prática e clareza, o uso de qualificadores genéricos sugerido no estudo de Fontes, Fernandes e Botelho (2010) (Quadro 11).

Quadro 11 – Descrição dos qualificadores genéricos do IAMPI. João Pessoa-PB, 2021.

1º Qualificador ou Qualificador Genérico		
0 – Nenhuma deficiência/ dificuldade	0 – Nenhum Obstáculo	0 – Nenhum Facilitador
1 – Deficiência/Dificuldade Leve	1 – Obstáculo Leve	1 – Facilitador Leve
2 – Deficiência/Dificuldade Moderada	2 – Obstáculo Moderado	2 – Facilitador Moderado
3 – Deficiência/Dificuldade Grave	3 – Obstáculo Grave	3 – Facilitador Grave
4 – Deficiência/Dificuldade Completa	4 – Obstáculo Completo	4 – Facilitador Completo

Fonte: Fontes, Fernandes e Botelho, 2010.

É válido ressaltar que esse instrumento não é um *checklist* da CIF, nem um *core set*, ele é um instrumento que possui sua fundamentação teórica em uma classificação universal, com um modelo teórico multidimensional, que embasa toda a proposta desse Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa. Portanto, para facilitar a compreensão dos qualificadores, optou-se por utilizar as palavras deficiência/dificuldades para os componentes Atividade e Participação, Estruturas do Corpo e Funções do Corpo e as palavras obstáculo/facilitador para os Fatores Ambientais.

A partir das orientações e sugestões pelos especialistas, a inclusão de uma escala tipo *likert* com os qualificadores, seria mais prático e daria melhor visibilidade ao avaliador. Também foi sugerido a inclusão de um espaço para incluir, a partir da avaliação multidimensional da pessoa idosa, o diagnóstico multidimensional em cada um dos componentes do instrumento, para facilitar o desenvolvimento do plano de cuidados da equipe no final do instrumento, conforme pode ser visualizado no layout final do IAMPI, apresentado a seguir.

5.3.1 Versão Final do Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – IAMPI

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA- IAMPI ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA			
NOME:			
Cartão SUS/Matrícula Funcional:	Sexo: () F () M	Idade:	Data de Nasc.: ____/____/____
RG: _____ CPF: _____	Uso Serviço de Saúde: () Público () Privado () Particular Se Privado, qual Plano de Saúde?		
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) () Outro	Ocupação/Profissão:	N. de filhos: () até 2 filhos () 3 a 5 filhos () Mais que 6 filhos	
Nível Educacional: () Menos de 5 anos de estudo () Ensino Fundamental incompleto () Especialização () Ensino Médio completo () Ensino Médio completo () Mestrado () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio incompleto () Doutorado () Ensino Fundamental completo () Ensino superior () Pós doutorado			
Ciclo de Vida familiar () Saindo de casa () Compromisso com seu parceiro(a) () Aprender a viver junto () Chegada filho/neto () Vivendo com adolescentes () Saída dos filhos(Ninho vazio) () Aposentadoria () Velhice <i>Adaptado da série "O Ciclo de Vida da Família" feito pelo Doutor Hubert Van Doorn e pelo Professor Edward Bader para o Programa de Medicina da Família na Austrália, 1989.</i>			
Tipo de moradia () Alugada () Própria () Financiada	Local de residência: R. _____ Nº _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Contatos telefônicos: _____ E-mail: _____		
Nível socioeconômico () 1 salário mín. () 2- 4 salário mín. () 5- 9 salário mín. () mais 9 salário mín.		Religião: () Católica () Protestante () Evangélica () Espirita () Sem religião () Outra	

Profissionais Assistentes:

Nome:	Registro do Conselho

CONDIÇÃO DE SAÚDE (CID):

Medicações / Posologia

Qualificador no Ambiente: obstáculos ou facilitadores						
0 NENHUM obstáculo			0 NENHUM facilitador			
1 Obstáculo LEVE			+1 Facilitador LEVE			
2 Obstáculo MODERADO			+2 Facilitador MODERADO			
3 Obstáculo GRAVE			+3 Facilitador CONSIDERÁVEL			
4 Obstáculo COMPLETO			+4 Facilitador COMPLETO			
CÓD.	FATORES AMBIENTAIS	↓	↓	↓	↓	↓
e1100	<i>Alimentos consumidos, incluindo líquidos, ervas e minerais</i>					
e1101	<i>Medicamentos alopáticos e naturais</i>					
e1150	<i>Equipamentos, roupas, móveis, materiais de limpeza e ferramentas para uso pessoal na vida diária</i>					
e1151	<i>Equipamento, produtos e tecnologias adaptados ou projetadas, dispositivos protéticos e ortopédicos, sistema de controle remoto, controlados por vozes, para uso pessoal na vida diária</i>					
e1200	<i>Equipamento, produtos e tecnologias utilizados nas atividades de deslocamento dentro e fora de edifícios, como veículos motorizados ou não</i>					
e1201	<i>Equipamento, produtos e tecnologias adaptados ou projetadas para ajudar as pessoas a se deslocar, como carros, vans, cadeira de rodas, ciclomotores</i>					
e1250	<i>Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados pelas pessoas em atividades de comunicação, como equipamentos de vídeos, telefones, computadores</i>					
e310	<i>Família nuclear, pertencentes os cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pai adotivos ou não</i>					
e320	<i>Amigos, são próximos e contínuos em relacionamentos caracterizados por confiança e apoio mútuos</i>					
e325	<i>Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade, que mantêm uma relação de familiaridade entre si</i>					
e340	<i>Cuidadores e assistentes pessoais, que fornecem serviços necessários para dar suporte em suas atividades diárias, como cuidadores, ajuda paga ou voluntária</i>					
e355	<i>Profissionais da saúde, pertencentes ao sistema de saúde</i>					
e360	<i>Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde, que estão fora do sistema de saúde</i>					
e410	<i>Opiniões ou crenças gerais ou específicas dos membros familiares sobre si ou sobre outras questões que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>					
e420	<i>Opiniões ou crenças gerais ou específicas dos amigos sobre si ou sobre outras questões que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>					
e440	<i>Opiniões ou crenças gerais ou específicas dos cuidadores e assistentes pessoais sobre si ou sobre outras questões que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>					
e450	<i>Opiniões ou crenças gerais ou específicas dos profissionais da saúde sobre si ou sobre outras questões que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>					

e455	<i>Opiniões ou crenças gerais ou específicas dos profissionais relacionados a saúde sobre si ou sobre outras questões que influenciam o comportamento e as ações individuais</i>					
e460	<i>Opiniões e crenças gerais ou específicas mantidas pelas pessoas da comunidade sobre outros indivíduos ou questões que influenciam o comportamento e as ações do indivíduo ou do grupo</i>					
e5250	<i>Serviços e programas voltados para abrigos, albergues, casas de repouso</i>					
e5400	<i>Serviços voltados para deslocamento de pessoas ou mercadorias por estradas, ferrovias, ar ou água privados ou públicos</i>					
e5401	<i>Controle administrativo voltados para monitoramento do transporte de pessoas ou mercadorias pelas estradas, ferrovias, ar ou água</i>					
e5500	<i>Serviços e programas destinados a aplicar a autoridade do Estado, como cartórios, fóruns, tribunais e outros organismos para resolver litígios e julgamentos criminais</i>					
e5700	<i>Serviços e programas voltados para o fornecimento de suporte econômico devido idade, pobreza, desemprego, condições de saúde ou incapacidade</i>					
e5750	<i>Serviços e programas voltados para fornecer suporte social, como apoio para compras, trabalho doméstico, transporte, cuidados pessoais</i>					
e5800	<i>Serviços e programas destinados ao fornecimento de intervenções para o bem-estar biopsicossocial, nos níveis de atenção primária, secundária, terciária e quaternária, pública ou privada</i>					

<i>Descrição</i>		0	1 +1	2 +2	3 +3	4 +4
e1	PRODUTOS E TECNOLOGIA					
e3	APOIO E RELACIONAMENTOS					
e4	ATITUDES					
e5	SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS					

CONSIDERAR:

<i>Qualif.</i>	<i>Legenda</i>	<i>Orientações/Recomendações</i>
0 e 1	Não há obstáculo ou facilitador relevantes	SEM PREJUÍZO NA FUNCIONALIDADE
2	Há obstáculo ou facilitador relevantes	OBSTÁCULOS CAUSAM PREJUÍZOS LEVES NA FUNCIONALIDADE
3	Há significativas obstáculo ou facilitador relevantes	OBSTÁCULOS CAUSAM PREJUÍZOS MODERADOS NA FUNCIONALIDADE
4	Há obstáculo ou facilitador relevantes	OBSTÁCULOS CAUSAM PREJUÍZOS GRAVES DA FUNCIONALIDADE

DIAGNÓSTICO:

<i>(Considerar a influência desses fatores sem assistência) 2º Qualificador: CAPACIDADE</i>		↓
<i>(Considerar a atividade ou participação realizada com a influência dos fatores ambientais e pessoais)</i>		
1º Qualificador: DESEMPENHO		↓
		↓
(Nenhuma, ausente, escassa...)	Nenhuma DEFICIÊNCIA/ DIFICULDADE -	0 0

(Leve, baixa, intensidade de tolerância que ocorre raramente nos últimos 30 dias) Deficiência/ Dificuldade LEVE -		1	1
(Média, intensidade que interfere ocasionalmente nos últimos 30 dias) Deficiência/ Dificuldade MODERADA -		2	2
(Elevada, extrema intensidade que prejudica e ocorre nos últimos - 30 dias) Deficiência/ Dificuldade GRAVE -		3	3
Deficiência/ Dificuldade COMPLETA -		4	4
CÓD.	ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO	1º	2º
d115	<i>Tem dificuldade em ouvir?</i>		
d1550	<i>Tem dificuldade em realizar atividades como escrever, desenhar, dar laços?</i>		
d177	<i>Tem dificuldade e tomar decisões?</i>		
d2102	<i>Tem dificuldade em realizar atividades independente de alguém?</i>		
d310	<i>Tem dificuldade em compreender mensagens verbais?</i>		
d3150	<i>Tem dificuldade em compreender gestos corporais?</i>		
d330	<i>Consegue falar sobre si aos outros?</i>		
d345	<i>Ainda consegue escrever bilhetes/cartas/lista da feira?</i>		
d3500	<i>Consegue iniciar uma conversa com as pessoas no dia a dia?</i>		
d3503	<i>Conversa com alguém durante o dia a dia?</i>		
d3504	<i>Quando tem mais de uma pessoa juntos conversando, consegue manter uma conversa com eles?</i>		
d3600	<i>Faz uso de telefone, computador e outros aparelhos eletrônicos como meio de comunicação</i>		
d4100	<i>Consegue deitar-se sozinha?</i>		
d4103	<i>Consegue sentar-se sozinha?</i>		
d4104	<i>Consegue levantar-se sozinha?</i>		
d4106	<i>Deitada consegue vira de um lado para o outro?</i>		
d4153	<i>Consegue ficar sentada por mais de cinco minutos?</i>		
d4154	<i>Consegue ficar em pé por mais de cinco minutos?</i>		
d4300	<i>Consegue levantar objetos como panela, bacias, cadeiras?</i>		
d4301	<i>Consegue carregar objetos de um lugar para outro?</i>		
d4400	<i>Consegue colocar água em um copo?</i>		
d4402	<i>Consegue pegar tesoura, faca, agulhas?</i>		
d4500	<i>No seu dia a dia, há dificuldades em andar curtas distâncias?</i>		
d4501	<i>No seu dia a dia, há dificuldades em andar longas distâncias?</i>		
d4502	<i>No seu dia a dia, há dificuldades em andar por diferentes superfícies?</i>		
d4503	<i>No seu dia a dia, há dificuldades em andar desviando de obstáculos?</i>		
d4551	<i>No seu dia a dia, há dificuldades em subir escadas/degraus?</i>		
d4600	<i>No seu dia a dia, há dificuldades em se deslocar dentro de casa?</i>		
d4601	<i>No seu dia a dia, há dificuldades em se deslocar dentro de outros ambientes, sem ser em casa?</i>		
d465	<i>Move-se de um lugar para outro utilizando dispositivos específicos, para facilitar a movimentação, como cadeiras de rodas, andador, patins, bicicletas?</i>		
d4701	<i>Possível de ser transportado como passageiro, por carro, taxi?</i>		
d4702	<i>Possível de ser transportado como passageiro, por ônibus, trem, metrô, aeronave?</i>		
d5100	<i>No seu dia a dia consegue fazer sozinha, como lavar partes do corpo?</i>		
d5101	<i>No seu dia a dia consegue fazer sozinha, como lavar todo o corpo?</i>		

d5102	<i>No seu dia a dia consegue fazer sozinha, como secar-se?</i>		
d5200	<i>No seu dia a dia consegue fazer sozinha, como ter cuidado com a pele?</i>		
d5201	<i>No seu dia a dia consegue fazer sozinha, como ter cuidado com os dentes?</i>		
d5400	<i>Consegue vestir-se sozinho(a)?</i>		
d5401	<i>Consegue despir-se sozinho(a)?</i>		
d5402	<i>Consegue calçar-se sozinho(a)?</i>		
d5403	<i>Consegue tirar o calçado sozinho(a)?</i>		
d5404	<i>Consegue escolher uma roupa sozinho(a)?</i>		
d550	<i>Consegue se alimentar sozinho(a)?</i>		
d560	<i>Consegue beber água sozinho(a)?</i>		
d5700	<i>Consegue garantir o próprio conforto físico sozinho(a)?</i>		
d5702	<i>Consegue manter a própria saúde sozinho(a)?</i>		
d6200	<i>Consegue realizar compras sozinho(a)?</i>		
d6201	<i>Consegue obter suas necessidades diárias sozinho(a)?</i>		
d6300	<i>Consegue preparar as refeições simples sozinho(a)?</i>		
d6505	<i>Consegue cuidar de plantas?</i>		
d6600	<i>Consegue auxiliar os outros em seus cuidados pessoais?</i>		
d6601	<i>Consegue auxiliar os outros a se mover?</i>		
d7100	<i>Apresenta dificuldades ou reclamações com relação a respeito e afeto nos relacionamentos?</i>		
d7101	<i>Apresenta dificuldades ou reclamações com relação a apreciação nos relacionamentos?</i>		
d7102	<i>Apresenta dificuldades ou reclamações com relação a tolerância nos relacionamentos?</i>		
d7103	<i>Apresenta dificuldades ou reclamações com relação a atitude crítica nos relacionamentos?</i>		
d7106	<i>Apresenta dificuldades ou reclamações com relação a diferenciar pessoas da família?</i>		
d7402	<i>Apresenta dificuldades ou reclamações a convivência com esposo(a)?</i>		
d7600	<i>Apresenta dificuldades ou reclamações com relação a convivência com filhos, netos?</i>		
d7602	<i>Apresenta dificuldades ou reclamações das relações com irmãos, irmãs?</i>		
d7603	<i>Apresenta dificuldades ou reclamações da relação com primos, cunhados?</i>		
d8500	<i>Consegue realizar algum trabalho como artista/artesão, agricultor/escritor, sem relação formal?</i>		
d860	<i>Desenvolve transações financeiras, como utilizar dinheiro para comprar comida ou fazer permutas, trocar mercadorias ou serviços; ou economizar dinheiro?</i>		
d8700	<i>Consegue ter cuidados com seus recursos financeiros pessoais para se manter?</i>		
d8701	<i>Consegue ter cuidados com recursos financeiros públicos para necessidades futuras?</i>		
d9200	<i>Consegue realizar atividade como jogar?</i>		
d9201	<i>Consegue realizar atividade como praticar esportes?</i>		
d9202	<i>Consegue realizar atividade como arte e cultura?</i>		
d9203	<i>Consegue realizar atividade como artesanato?</i>		
d9204	<i>Consegue ter alguma atividade como hobbies?</i>		
d9205	<i>Consegue se socializar?</i>		
d9300	<i>Consegue realizar atividade como religião?</i>		

d9301	Consegue realizar atividade de espiritualidade?		
--------------	---	--	--

Descrição		0		1		2		3		4	
		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
d1	APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO										
d2	TAREFAS E DEMANDAS GERAIS										
d3	COMUNICAÇÃO										
d4	MOBILIDADE										
d5	CUIDADO PESSOAL										
d6	VIDA DOMÉSTICA										
d7	RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS										
d8	ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA										
d9	VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA										

CONSIDERAR:

Qualif.	Legenda	Escala
0	NENHUMA dificuldade em atividade ou participação realizada	SEM COMPROMETIMENTO NA FUNCIONALIDADE
1	LEVE dificuldade em atividade ou participação realizada	COMPROMETIMENTO LEVE NA FUNCIONALIDADE
2	MODERADA dificuldade em atividade ou participação realizada	COMPROMETIMENTO MODERADO NA FUNCIONALIDADE
3	GRAVE dificuldade em atividade ou participação realizada	COMPROMETIMENTO GRAVE DA FUNCIONALIDADE
4	COMPLETA dificuldade em atividade ou participação realizada	COMPROMETIMENTO TOTAL DA FUNCIONALIDADE

DIAGNÓSTICO:

1º Qualificador Extensão da deficiência		2º Qualificador Natureza da alteração	
(Nenhuma, ausente, escassa...) Nenhuma DEFICIÊNCIA/ DIFICULDADE - 0		0 Nenhuma mudança	
(Leve, baixa, intensidade de tolerância que ocorre raramente nos últimos 30 dias) Deficiência / Dificuldade LEVE - 1		1 Ausência total	
(Média, intensidade que interfere ocasionalmente nos últimos 30 dias) Deficiência / Dificuldade MODERADA - 2		2 Ausência parcial	
(Elevada, extrema intensidade que prejudica e ocorre nos últimos 30 dias) Deficiência/ Dificuldade GRAVE - 3		3 Parte adicional	
Deficiência/ Dificuldade COMPLETA - 4		4	
CÓD.	ESTRUTURAS DO CORPO	Dimensões aberrantes	
		5 Descontinuidade	
		6 Posição desviada	
		7 Mudanças qualitativas	
		(Incluir acúmulo de líquido)	

Apresenta alguma alteração na:		↓	↓	↓	↓	↓	8 Não especificada 9 Não aplicável ↓
s410	Estrutura do sistema cardiovascular (coração, artérias, veias, capilares)						
s430	Estrutura do sistema respiratório (traqueia, pulmões, cavidade torácica, músculos da respiração)						
s710	Estrutura da região de cabeça e do pescoço (ossos, articulações, músculos e ligamentos do crânio, face, região do pescoço)						
s730	Estrutura da extremidade superior (braço, antebraço e mão)						
s740	Estrutura da região pélvica (ossos, articulações, músculos e ligamentos da região pélvica)						
s750	Estrutura da extremidade inferior (ossos, articulações, músculos e ligamentos da coxa, perna e pé)						
s760	Estrutura do tronco (coluna vertebral e cóccix)						
(s8)	Pele e estruturas relacionadas (áreas da pele, glândulas da pele, unhas e pelos)						

Descrição		0	1	2	3	4
s4	ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO					
s7	ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO					
s8	PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS					

CONSIDERAR:

1. Correlatos das **ESTRUTURAS DO CORPO** são projetados para funcionar em paralelo com **FUNÇÕES DO CORPO**.

Qualif.	Legenda	Escala
0	NÃO há perda na estrutura (função) do corpo	SEM COMPROMETIMENTO NA FUNCIONALIDADE
1	LEVE perda na estrutura (função) do corpo	COMPROMETIMENTO LEVE NA FUNCIONALIDADE
2	MODERADA perda na estrutura (função) do corpo	COMPROMETIMENTO MODERADO NA FUNCIONALIDADE
3	GRAVE perda na estrutura (função) do corpo	COMPROMETIMENTO GRAVE DA FUNCIONALIDADE
4	COMPLETA perda na estrutura (função) do corpo	COMPROMETIMENTO TOTAL DA FUNCIONALIDADE

DIAGNÓSTICO:

Qualificador das funções do corpo: desvio ou perda
--

(Nenhuma, ausente, escassa...)		Nenhuma DEFICIÊNCIA/ DIFICULDADE – 0				
(Baixa, intensidade de tolerância que ocorre raramente nos últimos 30 dias) Deficiência/ Dificuldade LEVE – 1			↓			
(Média, intensidade que interfere ocasionalmente nos últimos 30 dias) Deficiência/ Dificuldade MODERADA – 2			↓	↓		
(Elevada, extrema intensidade que prejudica e ocorre nos últimos 30 dias) Deficiência/ Dificuldade GRAVE – 3			↓	↓	↓	
Deficiência/ Dificuldade COMPLETA – 4			↓	↓	↓	↓
CÓD.	FUNÇÕES DO CORPO	↓	↓	↓	↓	↓
b1100	<i>Permanece durante o dia mais ativa, realizando alguma atividade?</i>					
b1102	<i>Queixa- de ver objetos ou escutar pessoas conversando quando está sozinha?</i>					
b1140	<i>Sabe que dia da semana é hoje?</i>					
b1141	<i>Sabe onde você está neste momento?</i>					
b1142	<i>Quantos anos tem?</i>					
	<i>Teve quantos filhos?</i>					
b1143	<i>Sabe onde estão sua bolsa/carteira/relógio?</i>					
b1144	<i>Sabe onde mora?</i>					
b117	<i>Consegue ler um livro e falar sobre ele?</i>					
	<i>Tem queixa de alguma dificuldade em entender conversas, filmes, noticiais?</i>					
b1263	<i>Apresenta-se no seu dia a dia um temperamento mais equilibrado, calmo e sossegado?</i>					
	<i>Apresenta-se no seu dia a dia um temperamento mais irritável, preocupado, inconstante e genioso?</i>					
b1340	<i>Quanto ao seu estado de sono, apresenta queixas?</i>					
b1343	<i>O seu sono, com uso de medicação, resulta em descanso e relaxamento físico e mental?</i>					
b1400	<i>Faz alguma atividade que requer sua concentração como crochê, vagonite ou macramê?</i>					
b1441	<i>Lembra de momentos passados, com relato dos fatos?</i>					
b1470	<i>Mover-se e falar lentamente, diminuição da gesticulação e espontaneidade?</i>					
	<i>Excitação psicomotora como tamborilar com os dedos, apertar as mãos, agitação e inquietude?</i>					
	<i>Coerente, falar adequadamente, mantém a espontaneidade</i>					
b1471	<i>Apresenta comportamento adequado no andar, tocar objetos?</i>					
b1520	<i>Quando recebe notícias boas fica feliz?</i>					
b1560	<i>Considera sua audição (escuta) boa?</i>					
b1561	<i>A visão é tida como boa?</i>					
b160	<i>Queixas de pensamentos negativos?</i>					
	<i>Queixas de pensamentos constantes?</i>					
	<i>Queixas de pensamentos obsessivos em algo?</i>					
	<i>Queixas de pensamentos compulsivos?</i>					
	<i>Queixas de pensamentos delirantes?</i>					
b1640	<i>Consegue criar uma estória para seus netos ou sobrinhos?</i>					
b1641	<i>Consegue organizar sua cozinha, guarda-roupa, planejar uma visita ou viagem?</i>					

b1645	<i>Considera mentir, matar, roubar um comportamento certo?</i>								
b1646	<i>Vamos fazer uma conta? $10-8+4=6$</i>								
b2100	<i>Como considera sua visão para perto?</i>								
b2100	<i>Como considera sua visão para longe?</i>								
b2102	<i>Tem queixa quanto prejuízo da visão ao se expor a luz?</i>								
b2352	<i>Consegue andar sem perder o equilíbrio durante o trajeto?</i>								
b2400	<i>Tem queixa de zumbido?</i>								
b2401	<i>Tem queixa de tontura?</i>								
b2402	<i>Tem queixa de Sensação de queda?</i>								
b2403	<i>Tem queixa de Náusea associada à tontura ou vertigem?</i>								
b250	<i>Consegue sentir sabor: amargo, doce, ácido e salgado?</i>								
b255	<i>Consegue sentir os braços, as pernas, o movimento da cabeça?</i>								
b260	<i>Consegue sentir odores e/ou aromas?</i>								
b265	<i>Consegue sentir ao tocar em algo áspero, qualidade de um tecido?</i>								
b2700	<i>Consegue sentir ao tocar em algo frio e/ou quente?</i>								
b2800	<i>Apresenta sensação de dor em todo corpo?</i>								
b2801	<i>Sente alguma dor específica? Em algum local específico?</i>								
b2802	<i>Sente dor em mais de uma parte no corpo?</i>								
b3100	<i>Apresenta queixa com relação a voz?</i>								
b3300	<i>Consegue conversar, falando, sem cansaço, utilizando bem as palavras?</i>								
b4100	<i>Sente alguma aceleração nos batimentos do coração?</i>								
b4200	<i>Percebe se sua PA se eleva em algum momento?</i>								
b4400	<i>Consegue perceber alguma alteração na sua respiração?</i>								
b4550	<i>Consegue realizar alguma atividade física?</i>								
b4551	<i>Ao realizar alguma atividade física, sente falta de ar?</i>								
	<i>Ao realizar alguma atividade física, sente fadiga?</i>								
	<i>Ao realizar alguma atividade física, sente vigor?</i>								
	<i>Ao realizar alguma atividade física, sente ritmo lento</i>								
	<i>Ao realizar alguma atividade física, desenvolve sem queixas?</i>								
b4552	<i>Sente-se sem disposição física na maior parte do tempo?</i>								
b5102	<i>Apresenta alguma dificuldade, ao se alimentar, em mastigar os alimentos?</i>								
	<i>Mesmo com uso de próteses, apresenta dificuldade na mastigação dos alimentos?</i>								
	<i>Há falta de dentes suficientes para boa mastigação?</i>								
	<i>Há dificuldades quanto a deglutição de líquidos?</i>								
	<i>Há dificuldades quanto a deglutição de comidas mais secas?</i>								
	<i>Há dificuldades quanto a deglutição de pouco alimento?</i>								
	<i>Costuma se engasgar?</i>								
b5153	<i>Apresenta alguma Intolerância a algum alimento específico?</i>								
b5252	<i>Vai diariamente ao banheiro eliminar fezes?</i>								
b5253	<i>Consegue ter controle na eliminação das fezes?</i>								
b530	<i>Tem dificuldade de ganhar peso?</i>								
	<i>Tem dificuldade para perder peso?</i>								
b6200	<i>Apresenta alguma queixa ao urinar?</i>								
b6201	<i>Sente que vai mais vezes ao banheiro urinar que antigamente?</i>								
b6202	<i>Sente se apresenta falta de controle na micção?</i>								
b6400	<i>Consegue perceber excitação e/ou interesse sexual?</i>								

b6403	<i>Se sim, ao realizar sente satisfação ou relaxamento após o orgasmo?</i>					
b6700	<i>Sente desconforto ao realizar ato sexual?</i>					
b6702	<i>Sente algum desconforto com a chegada da menopausa?</i>					
b7101	<i>Consegue realizar movimentos nas articulações como braços e pernas?</i>					
b7102	<i>Consegue fazer movimentos com articulações em todo o corpo?</i>					
b7301	<i>Apresenta força muscular um membro (braço direito/esquerdo)?</i>					
b7302	<i>Apresenta força muscular em um lado do corpo?</i>					
b7303	<i>Apresenta força muscular na parte inferior do corpo, como tórax/pernas?</i>					
b7304	<i>Apresenta força muscular em todos os músculos?</i>					
b7305	<i>Apresenta força muscular no tronco (levantar o corpo deitado)?</i>					
b7651	<i>Apresenta tremor?</i>					
b7800	<i>Apresenta rigidez muscular?</i>					
b7801	<i>Apresenta sensação de contração muscular, involuntário, com ou sem dor (espasmo)?</i>					

<i>Descrição</i>		0	1	2	3	4
b1	FUNÇÕES MENTAIS					
b2	FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR					
b3	FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA					
b4	FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIO, HEMATO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO					
b5	FUNÇÕES DOS SIST. DIGESTÓRIO, METABÓLICO E ENDÓCRINO					
b6	FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS					
b7	FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO					

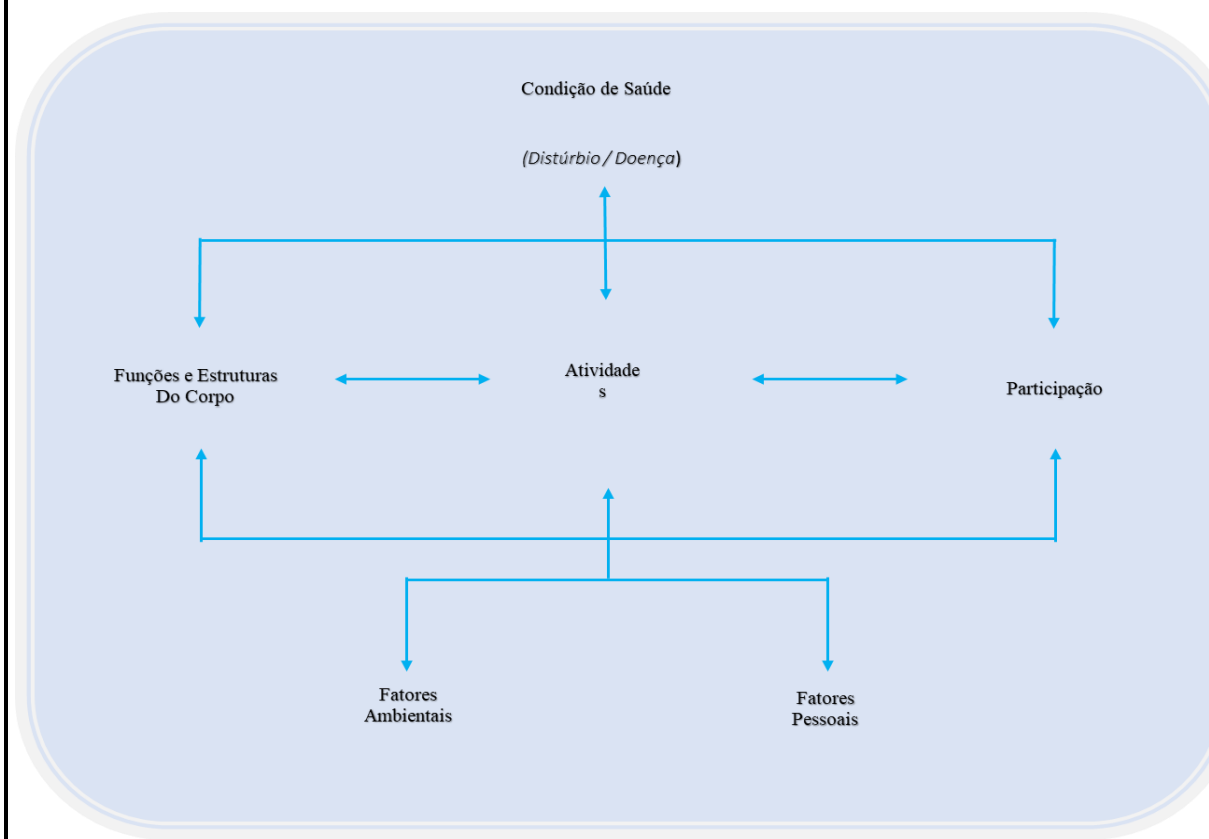
CONSIDERAR:

1. Correlatos das **FUNÇÕES DO CORPO** são projetados para funcionar em paralelo com **ESTRUTURAS DO CORPO**.

<i>Qualif.</i>	<i>Legenda</i>	<i>Escala</i>
<i>0</i>	NÃO há perda na estrutura (função) do corpo	SEM COMPROMETIMENTO NA FUNCIONALIDADE
<i>1</i>	LEVE perda na estrutura (função) do corpo	COMPROMETIMENTO LEVE NA FUNCIONALIDADE
<i>2</i>	MODERADA perda na estrutura (função) do corpo	COMPROMETIMENTO MODERADO NA FUNCIONALIDADE
<i>3</i>	GRAVE perda na estrutura (função) do corpo	COMPROMETIMENTO GRAVE NA FUNCIONALIDADE
<i>4</i>	COMPLETA perda na estrutura (função) do corpo	COMPROMETIMENTO TOTAL DA FUNCIONALIDADE

DIAGNÓSTICO:

PLANO DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL



Qualif	Legenda	Orientações/Recomendações	Periodicidade ESF
0	SEM COMPROMETIMENTO NA FUNCIONALIDADE	1. Acompanhamento pela equipe ESF e registro das informações de saúde no prontuário do paciente (ambulatorial); 2. Atividades de estímulo a autonomia do idoso; 3. Orientações aos familiares de como manter a autonomia do idoso; 4. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, como atividade física, alimentação adequada, higiene do sono; ingestão de água; cessação de tabaco e bebida alcoólica; 5. Manter adesão aos tratamentos medicamentosos já prescritos.	Anual
1	LEVE COMPROMETIMENTO NA FUNCIONALIDADE	1. Acompanhamento pela equipe ESF e registro das informações de saúde no prontuário do paciente (ambulatorial); 2. Atividades de estímulo a autonomia do idoso; 3. Orientações aos familiares de como manter a autonomia do idoso; 4. Ações de prevenção de doenças: atividade física, alimentação adequada, higiene do sono; ingestão de água; cessação de tabaco e bebida alcoólica; oficina de memória, terapias seriadas como psicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia e fonoterapia; 5. Manter adesão aos tratamentos medicamentosos já prescritos; 6. Avaliação com geriatra/neurologista;	Semestral

		7. Avaliar a indicação da avaliação neuropsicológica	
2	COMPROMETIMENTO MODERADOS NA FUNCIONALIDADE	1. Acompanhamento pela equipe ESF e registro das informações de saúde no prontuário do paciente (ambulatorial); 2. Ações de prevenção de doenças: atividade física, alimentação adequada, higiene do sono; ingestão de água; cessação de tabaco e bebida alcoólica; oficina de memória, terapias seriadas como psicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia e fonoterapia; 3. Manter adesão aos tratamentos medicamentosos já prescritos; 4. Recomendação de sistematização do acompanhamento com equipe multiprofissional; 5. Indicação de avaliação neuropsicológica; 6. Avaliação e acompanhamento com especialistas como geriatra / neurologista / psiquiatra; 7. Encaminhar para terapias seriadas com frequência semanal (psico, TO, fisio, fono); 8. Caso necessite encaminhar para acompanhamento com nutricionista; 9. Avaliar introdução do cuidador; 10. Aquisição de prontuário domiciliar.	Trimestral
3	COMPROMETIMENTO GRAVES NA FUNCIONALIDADE	1. Acompanhamento pela equipe ESF e registro das informações de saúde no prontuário do paciente (ambulatorial); 2. Iniciar registro das informações de saúde do paciente no prontuário domiciliar; 3. Coordenar os cuidados com relação a alimentação, sono; ingestão de água, frequência e estímulo a adesão as terapias seriadas (psicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia e fonoterapia); 4. Cumprir com horários e posologia correta das medicações prescritas pelos médicos assistentes; 5. Manter coordenação de cuidados com ESF e retornos periódicos aos especialistas assistentes; 6. Equipe multiprofissional deverá acompanhar os relatórios assistenciais das terapias seriadas; 7. Caso necessite, solicitar acompanhamento com nutricionista; 8. Manter cuidador com treinamento/capacitação;	Bimestral
4	COMPROMETIMENTO TOTAL NA FUNCIONALIDADE	1. Coordenação de cuidados pela equipe ESF; 2. Acompanhamento periódico de especialistas; 3. Manter os cuidados com relação a alimentação, sono; ingestão de água, frequência e estímulo a adesão as terapias seriadas (psicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia e fonoterapia); 4. Cumprir prescrição medicamentosa com atenção a horários e posologia corretas, alterações, comunicar ao médico assistente; 5. Manter coordenação de cuidados com ESF e retornos periódicos aos especialistas assistentes; 6. Acompanhar relatórios assistenciais das terapias seriadas;	Mensal

		7. Caso necessite, solicitar acompanhamento com nutricionista; 8. Manter cuidador com treinamento/capacitação; 9. Manter registros no prontuário domiciliar do paciente com informações essenciais aos seus cuidados; 10. Avaliar necessidade de homecare.	
--	--	---	--

1. META A CURTO PRAZO (20 a 60 dias)

2. META A MÉDIO PRAZO (60 a 120 dias)

3. META A LONGA PRAZO (120 a 240 dias)

Esquema medicamentoso prescrito	<i>Esquema medicamentoso realizado</i>

O instrumento que foi desenvolvido neste estudo, destina-se aos profissionais de saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família e tem como principal meta a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados da equipe, a partir da avaliação multidimensional da pessoa idosa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da Covid-19 tornou o ano de 2020 atípico e certamente inesquecível e ficará marcado na vida de todas as pessoas, de diferentes formas. Este estudo tinha sido planejado para ser concluído em julho de 2020, mas em vista do isolamento social não foi possível executar todo o desenho metodológico traçado e aprovado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFPB e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPB. Ressalta-se então, que a limitação do estudo se pauta na não possibilidade de no momento da pandemia, não ser viável a validação clínica do instrumento, sendo essa fase encaminhada para estudos permanentes e contínuos da pesquisadora e sua orientadora. Porém enfatiza-se também que, o estudo possibilitou a criação do instrumento com validação de expertises do arquétipo parcial de uma ferramenta multidimensional com base na CIF, que será foco de uma avaliação formal de funcionalidade na APS.

O produto final do estudo consiste no Instrumento de Avaliação Multidimensional para a Pessoa Idosa - IAMPI, construído contando com a colaboração de vários profissionais da saúde, em áreas de atuação distintas e profissões diversas, comprovando o quanto o assunto em tese representa interessante e relevância tanto para a prática profissional, quanto para a atuação nos diversos níveis de saúde - a academia e pesquisa. Apesar de alguns obstáculos, comuns e recorrentes na pesquisa, a presteza e disponibilidade dos profissionais foram de suma importância tanto para a conclusão das fases metodológicas, como para a finalização do instrumento.

Evidenciou-se também o quanto os dados pessoais são importantes e influenciam na saúde das pessoas idosas. Valorizar os dados sócios-demográficos, contendo variáveis como nome, idade, estado civil, sexo, composição familiar, nível educacional e econômico, ciclo de vida e as morbidades referidas, reforça como mais um estudo que identifica a importância dos fatores pessoais e quais os principais fatores pessoais precisam ser colhidos com mais atenção e sistematização.

Entretanto, as informações referentes ao uso de tabaco e uso de substâncias psicoativas, não foram sinalizados em nenhuma das fases pelos avaliadores, portanto não foram incluídos nesse instrumento, mesmo sendo considerados como dados de saúde importantes para avaliação clínica em qualquer faixa etária, além de serem considerados grandes fatores de riscos cardiovascular. Esse é um aspecto que precisa ser considerado quando for feita a validação clínica do IAMPI.

A proposta inicial da construção de um instrumento que abarcasse componentes de saúde física, mental, funcional, dinâmica familiar, qualidade de vida, qualificadores de saúde, dificultadores da funcionalidade do idoso, foi alcançado e poderá se tornar realidade. Sabe-se o quanto a caminhada foi e será complexa, de muitas dúvidas e considerações, mas que enfrentadas como intervenções para que o IAMPI não seja um instrumento longo, de difícil aplicabilidade e compreensão, mas que tenha seu objetivo claro e bem descrito, facilitando seu manuseio no serviço de saúde ainda na atenção primária à saúde, que deve ser a porta de entrada da pessoa idosa nos serviços de saúde, fortalecendo a prevenção e promoção à saúde, bem como uma base teórica que fundamente a avaliação multidimensional da pessoa idosa.

Ressalta-se a pertinência do modelo teórico selecionado para o estudo, a CIF uma vez que seu uso pelos profissionais não só geram uma legitimação e sistematização da prática profissional, como também gera informações ricas e reais que facilitam elaborações de políticas públicas mais legítimas e locais, geram estatísticas que proporciona melhorias à saúde e ao sistema de saúde como um todo, com apropriação das reais necessidades.

Apesar da CIF ser complexa e de difícil aplicação, o seu modelo proporciona uma linguagem homogênea para todos, traduzida por uma terminologia que abrange especialistas, favorecendo a prática profissional, principalmente na comunicação entre a equipe multiprofissional e profissionais de outras áreas, como também não especialistas e, conseqüentemente, fortalecendo a prática clínica na saúde, para obtenção de maior resolutividade e sistematização da assistência prestada.

A CIF foi escolhida, por causa de seu modelo conceitual e sua estrutura, como base teórica para embasar o instrumento proposto de avaliação multidimensional da pessoa idosa a ser aplicado por profissionais de saúde, na APS. A CIF é uma classificação abrangente, complexa e ainda de pouca utilização pelos diversos profissionais de saúde.

Muitas foram as contribuições do estudo para a pesquisadora, podendo aqui descrever como a mais motivadora, o estudo aprofundado da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, sua divisão, codificação e seu modelo biopsicossocial, que inverte todo a nossa visão teórica-clínica, adquirida na academia e que nos dias de hoje, por muitas vezes nos traz limitações profissionais.

O estudo apontou o quanto nossa prática profissional precisa ser levada para pesquisa e devolvida para a nossa prática, para que aqueles que nos inquietam, possa receber os benefícios das melhorias, da evolução do conhecimento, que de alguma forma foi instigado por ele. Todo o questionamento norteador dessa tese, foi impulsionada das diversas queixas recorrentes das pessoas idosas nos atendimentos clínicos, em que a doença era o motivo para o

encaminhamento, e seu contexto de vida eram os fatores que influenciavam o agravamento de seu quadro de saúde.

Para a pesquisa, muitos são os ganhos advindos de uma terminologia multiprofissional, tendo como foco a saúde e não a doença, possibilitaria práticas em saúde sistemáticas, baseada em evidências com tomadas de decisão nas necessidades reais dos indivíduos. Teríamos uma linguagem técnico-científica unificada no âmbito nacional e internacional, condutas e encaminhamentos compreendidos pelos especialistas e não especialistas, garantido uma assistência contínua e qualificada.

Para a assistência, favorecerá a execução do cuidado por excelência uma escuta mais qualificada, o acolhimento prestado e as condutas mais compreensíveis do ponto de vista multiprofissional e interdisciplinar, baseados em uma clínica ampliada. O foco é que a assistência seja prestada com base em evidências científica, sistematizada e personalizada para as reais necessidades das pessoas idosas, gerando informações consistentes para que possam ser elaboradas políticas de saúde e linhas de cuidados com aspectos que influenciam no cuidado e na saúde da população idosa.

A aplicabilidade desse instrumento, na Atenção Primária à Saúde, facilitará o reconhecimento dos aspectos multidimensionais que permeiam o dia a dia das pessoas idosas e são imprescindíveis para o serviço de saúde. Ação que acarretará a prestação de uma assistência à saúde sistematizada, pautada no modelo biopsicossocial do indivíduo. Consequentemente, maior resolutividade em suas reais necessidades, podendo acarretar diminuições de encaminhamentos e exposição desnecessárias, qualificando assim a escuta e os desdobramentos mais eficazes e com possibilidade de coordenação de cuidados por qualquer membro da equipe multiprofissional.

Acredita-se que a grande implicação do estudo é transformar a CIF em uma Classificação de Funcionalidade, com foco na saúde e ter seu uso igualitário entre as demais classificações e nas diversas profissões, fazer presente seu modelo biopsicossocial de conhecimento e parte integrante na prática da clínica ampliada, para um empoderamento baseado em evidências para um melhor plano de cuidado da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.C.A *et al.* Envelhecimento e responsabilidade: uma reflexão sobre as políticas de saúde brasileiras para o idoso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. 1, p. 73-79, 2011.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro [online]. v.16, n.7, p. 3061-3068, Jul 2011. ISSN 1413-8123. DOI:10.1590/S1413-81232011000800006.

ALFAKIR, R.; HOLMES, A. E.; NOREEN, F. Functional performance in older adults with hearing loss: Application of the International Classification of Functioning brief core set for hearing loss: A pilot study. **Int J Audiol**, v.54: n.9, p.579-586, 2015, DOI:10.3109 / 14992027.2015.1023903.

ALFORD, V. M. *et al.* The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to understand the health and functioning experiences of people with chronic conditions from the person perspective: a systematic review. **Disabil Rehabil**, v. 37, n. 8, p. 655-66, 2015.

ALLENDORF, D. B. *et al.* Elderly resistance training practitioners have better mobility than physically active elderly non-practitioners. **R. bras. Ci. e Mov**, v.24, n.1, p.134-144, jan.-mar. 2016. Tab.

ALVES, J. E .D. **Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU**. 2019. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/413699500/Envelhecimento-populacional-no-Brasil-e-no-mundo-segundo-as-novas-projecoes-da-ONU>. Acesso em: 02 jan. 2020.

ALVES, L.C; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J.. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n.3, 2010.

ARAÚJO E. S. CIF-WIN-S 2017. **Revista Científica CIF Brasil**, v. 6, n. 6, p.2-5, 2016.

ARAÚJO E. S. CIF: Uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial. **Revist Fisioterapia em Saúde Funcional**, v. 2, n. 1, p. 6-13, 2013.

ARAÚJO, E. S. **Manual de utilização da CIF em Saúde Funcional**. São Paulo: Andreoli, 2011.

ARAÚJO, E. S.; BUCHALLA, C. M. The use of the International Classification of Functioning. Disability and Health in health surveys: a reflexion on its limits and possibilities. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 3, p.720-4, 2015.

ARAÚJO, L. B. *et al.* Investigating information regarding functional capacity and quality of life in institutionalized elderly according to the ICF. **Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 3, set. 2015.

BARBIERI, N. A. Velhice: melhor idade? **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p.116-119, 2012.

BENINATO, M.; PARIKH, V.; PLUMMER, L. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health as a framework for analyzing the Stroke Impact Scale-16 relative to falls. **Physiother Theory Pract**, v. 30, n. 3, p. 149-56, apri, 2014.

BICCA, M. G.; ARGIMON, I. I. L. **Cognitive skills and the use of benzodiazepinic drugs in institutionalized elderly women.** **J. bras. psiquiatr.** [online], v.57, n.2, p.133-138, 2008. ISSN 0047-2085. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000200009>.

BILGIC, A. *et al.* Nutritional status and depression, sleep disorder, and quality of life in hemodialysis patients. **J. Ren Nutr.**, v.17, n. 6, p. 381-8, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.jrn.2007.08.008>.

BIZ, M. C. P., LIMA, D. P., MACHADO, W. F. Perspectiva da utilização da CIF na prática interdisciplinar. **Revista Científica CIF Brasil**, v.7, n.7, p.2-11, 2017.

BRASIL. **Brasil 2050** [recurso eletrônico]: desafios de uma nação que envelhece / Câmara dos Deputados, Centro de Estudos e Debates Estratégicos, Consultoria Legislativa; relator Cristiane Brasil; consultores legislativos Alexandre Cândido de Souza (coord.), Alberto Pinheiro [*et al.*]. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017. – (Série estudos estratégicos; n. 8 PDF).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral. **XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**. Junho, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de out.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf. Acesso em: 05 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 702 de 12 de abril de 2002**. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 abr. 2002.

BRASIL. Ministérios da Saúde. **Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de jul. 1996.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: **Coletânea Saúde Paidera**; São Paulo: Hucitec. 2003.

CARDOSO, M.C. et. al. Análise da capacidade funcional dos idosos de Porto Alegre e sua associação com autopercepção de saúde. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 111-124, 2012.

CASTRO, S. S. *et al.* Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Rev. Bras. Epidemiol.** [Internet]. Sep [cited 2020 Dec 10], v.19, n.3, p.679-87, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/19805497201600030018>.

CHAMPAGNE, A. *et al.* Psychometric properties of the French Canadian version of the Geriatric Anxiety Inventory, **Aging & Mental Health**, v. 22, n. 1, p.40-5, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1226767>.

CHANG, K. *et al.* Environmental effects on WHODAS 2.0 among patients with stroke with a focus on ICF category e120. **Qual Life Rev**, v. 23, n. 6, p. 1823-31, 2014 Aug.

CHI, W. *et al.* Measuring disability and its predicting factors in a large database in Taiwan using the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. **Int J Environ Res Public Health**, v. 11, n. 12, p.12148-61, 2014 Nov 25.

CIF. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.] São Paulo: EDUSP, 2015.

COELHO, L.P.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280404, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280404>.

COOPER, H. M. **The integrative research review**: a systematic approach. Beverly Hills (CA): Sage Publications, 1984.

COSTA, *et al.* Health policy for elderly people: perception of professionals about its implementation in primary care. **Rev Pesq Saúde**, v. 16, n. 2, p. 95-101, mai-ago, 2015.

COSTA, S. G. *et al.* Funcionalidade em idosos: revisão integrativa da literatura. **RIASE online**, v.3, n.2, p. 942-53; ago 2017.

COUTINHO, A.T. *et al.* Integralidade do cuidado com idoso na Estratégia de Saúde da Família: visão da equipe. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 17, n. 4, p. 628-37, out-dez., 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130005>.

CRUZ, DT; CAETANO, VC; LEITE, ICG. Aging and lega basis of health care of the elderly. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-8, 2010.

CUNHA, A. C. N. P.; CUNHA, N. N. P.; BARBOSA, M. T. Geriatric teaching in Brazilian medical schools in 2013 and considerations regarding adjustment to demographic and epidemiological transition. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Belo Horizonte, v. 2, n. 62, p. 179-183, 2016.

DE OLIVEIRA ARAUJO, C. L.; MANCUSSI E FARO, A. C. Health conditions and functionality of the elderly Valley Paraíba, São Paulo, Brazil. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 13, n. 33, p. 83-99, jan. 2014. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2019.

DE OLIVEIRA BRASIL, A. C. Promoção de saúde e a funcionalidade humana - Promotion of health and human functionality. **Rev. bras. promoç. saúde** (Impr.), v. 26, n. 1, mar. 2013.

DERNEK, B.; ESMAEILZADEH, S.; ORAL, A. The utility of the International Classification of Functioning, Disability and Health checklist for evaluating disability in a community-dwelling geriatric population sample. **Int J Rehabil Res.** v. 38, n. 2, p. 144-55, Jun, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MRR.0000000000000101>.

DIAS, E.G. *et al.* Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. **Rev Ter Ocup**, v. 22, n. 1, p.45-51, 2011.

DRUMMOND, A.; ALVES, E.D. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 727-738, 2013.

DUARTE, Y. A. O. **Família**: rede de suporte ou fator estressor - a ótica de idosos e cuidadores familiares. (Tese) 2001.Universidade de São Paulo, São Paulo; 196f, 2001.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007.

ECKERT, K. G.; LANGE, M. A. Comparison of physical activity questionnaires for the elderly with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) an analysis of content. **BMC Public Health**, v. 15, p. 249, Mar 2015.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, p. 187-193, 2005.

FARIAS, R. G. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade** [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Minimal state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.**, 1975; v.12, n.3, p. 189-98. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

FONTANA, M.B. **Funcionalidade de participantes de um serviço de atenção ao idoso com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. [Dissertação] Pontifícia Universidade Católica Paraná. 132f. 2015.

FONTES, A. P. *et al.*. **Psychological resilience: protector factor for elderly assisted in ambulatory**. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online], v. 18, n. 1, p.7-17, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13201>.

FONTES, A. P.; FERNANDES, A. A.; BOTELHO, M.A. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Rev Port Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 171-8. 2010.

FREITAS, R. S. *et al.*. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul Enferm.**; v. 25, n. 6, p. 933-9, 2012.

FRÉZ, A. R. *et al.* Functional profile of active older adults with low back pain, according to the ICF. **Rev. bras. med. esporte**; v. 22, n. 4, p. 252-5, July-Aug. 2016.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.**, Washington, v. 56, p. M146-56, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>. PMID: 11253156.

GOMES, C. S.; BURANELLO, M. C.; CASTRO, S. S. Assessment instruments of functioning in Brazilian elderly and the ICF: a systematic review. **Fisioter. mov.**, v. 30, n. 3, p. 625-37, Sept. 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502017000300625&lng=en&nrm=iso. Access on 20 Feb. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.003.AR03>

GORDON A. L.; MASUD T.; GLADMAN J. R. F. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take? **Age and Ageing**, v. 43, n. 1, p. 8-9, 2014. DOI:10.1093/ageing/aft161.

GRANBERG, S. *et al.* The ICF core sets for hearing loss project: International expert survey on functioning and disability of adults with hearing loss using the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). **Int J Audiol**; v. 53, n. 8, p. 497-506, Aug 2014.

GRATÃO, A. C. M. *et al.* Functional dependency of older individuals and caregiver burden. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p.137-44, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>.

GRAZIANO, M. Introduction to the international classification of functioning disability and health - ICF - in the context of vestibular rehabilitation. **J Vestib Res.**, v. 23, n. 6, p. 293-6, 2013.

HAAS, B. *et al.* Rehabilitation goals of people with spinal cord injuries can be classified against the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for spinal cord injuries. **Spinal Cord.**, v. 54, n. 4, p. 324-8, Apr. 2016.

JÁCOME, C. *et al.* Chronic obstructive pulmonary disease and functioning: implications for rehabilitation based on the ICF framework. **Disabil Rehabil.**, v. 35, n. 18, p. 1534-45, Aug. 2013.

JOSINO, J. B. *et al.* Analysis of functional status of elderly residents in long-term care institutions. **Rev Bras Promoção Saúde**, Fortaleza, v.28, n.3, p. 351-60, jul./set., 2015.

KIRSCHNECK, M. *et al.* ICF Core Sets für die Erstellung von sozialmedizinischen Gutachten bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente hilfreich sein?--Ein erster Vorschlag. - [Can ICF core sets be helpful in preparing a social-medical expert report due to incapacity to work?--a first proposal]. **Rehabilitation** (Stuttg), v. 54, n. 2, p. 92-101, Apr. 2015.

KOHLER, F. *et al.* Developing core sets for persons following amputation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. **Prosthet Orthot Int.**, v. 33, n. 2, p. 117-29, 2009.

LACY, M.; KAEMMER, T.; CZIPRI, S. Standardized Mini-Mental State Examination Scores and Verbal Memory Performance at a Memory Center: Implications for Cognitive Screening. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®**, v. 30, n. 2, p. 145-52, Mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1533317514539378>.

LANA, L. D.; SCHNEIDER, R. H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 673-80, 2014.

LIMA, B. M.; ARAÚJO, F. A.; SCATTOLIN, F. A. A.. Quality of life and functional independence of the elderly goes to the elderly house in the city of Sorocaba. **ABCS health sci**, v. 41, n. 3, p. 168-75, 2016.

LIU, J. Y. W. The severity and associated factors of participation restriction among community-dwelling frail older people: an application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO-ICF). **BMC Geriatr.**, v. 17, n. 1, p. 43, Jan. 2017.

LOKE, S. C. *et al.* Examining the Disability Model From the International Classification of Functioning, Disability, and Health Using a Large Data Set of Community-Dwelling Malaysian Older Adults. **J Aging Health.**, v. 28, n. 4, p. 704-25, 2016.

LOPES, G. L.; SANTOS, M. I. P. O. Functionality elderly enrolled in a family health strategy unit according to the level of the international classification of functioning. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 18, n. 1, p. 71-83, Jan-Mar 2015.

MAIA, L.C *et al.* Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. **Rev. Saúde Pública**, v.54, n. 35, 2020. DOI: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>.

MANNBERG BÄCKMAN, S. *et al.* Validity and sensitivity to change of the Patient Specific Functional Scale used during rehabilitation following proximal humeral fracture. **Disability**

and rehabilitation, v. 38, n. 5, p. 487-92, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2015.1044623>.

MARCIANO, J. A.; LIMA, M. T. O. Avaliação Multidimensional da saúde do idoso na atenção primária: possibilidades e desafios. **Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde – ICBS**, PUCMinas: 2010.

MARI, F. R *et al.* The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. **Rev. Bras. Geriatr. Geronto**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 35-44, 2016.

MARINHO, L. M. *et al.* Degree of dependence of elderly residents in geriatric long-term care facilities in Montes Claros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Minas Gerais, v. 1, n. 34, p. 104-110, 2013.

MARQUES, A. *et al.* Comprehensive ICF core set for obstructive pulmonary diseases: validation of the activities and participation component through the patients perspective. **Disabil Rehabil**, v. 35, n. 20, p. 1686-91, Sep. 2013.

MARQUES, A. *et al.* Linking the EASY-care standard to the international classification of functioning, disability and health. **Disabil Rehabil**, v. 36, n. 7, p. 593-9, 2014.

MARQUES, H. *et al.* Berg balance range: protocol to evaluate quality of life of elderly. **Rev. Salusvita (Online)**, v.35, n.1, p. 53-65, 2016.

McMONAGLE, C. *et al.* Use of the ICF to investigate impairment, activity limitation and participation restriction in people using ankle-foot orthoses to manage mobility disabilities. **Disabil Rehabil**, v. 38, n. 6, p. 605-12, 2016.

MEDEIROS, E. N. *et al.* Determinants of risk of falls among elderly: a systematic study. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 6, n. 5, p. 11-120, dec. 2014. ISSN 2175-5361. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4515>. Acesso em: 05 aug. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i5.11-120>.

MEDEIROS, E.N.; FERREIRA FILHA, M.O.; VIANNA, R.P.T. Estudos epidemiológicos na área de saúde mental realizados no Brasil. **Online braz. j. nurs.** (Online), v.5, n.1, abr .2006.

MEDEIROS, F. A. L. **Processo de cuidar em instituições de longa permanência de idosos: (Re)pensando a função dos cuidadores**. Tese (Doutorado em Enfermagem e em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFPB, João Pessoa, 2014.

MEDEIROS; E.N; BESERRA, P.J.F.; NÓBREGA, M.M.L. Instrumentos utilizados na avaliação da pessoa idosa: revisão integrativa nos últimos dez anos. **International Journal of Development Research**. v. 11, 2021. DOI: /10.37118/ijdr.20873.01.2021.

MEEESTERS, J. *et al.* Goal-setting in multidisciplinary team care for patients with rheumatoid arthritis: an international multi-center evaluation of the contents using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. **J Rehabil Med**, v. 45, n. 9, p. 888-99, Sep. 2013.

MELLO, A. C.; ENGSTROM, E. M.; ALVES, L. C. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cad Saude Publica**, v. 30, n.6, p. 1143-1168, 2014.

MENEZES, A. V. *et al.* Efetividade de uma intervenção fisioterapêutica cognitivo-motora em idosos institucionalizados com comprometimento cognitivo leve e demência leve. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n.11, p. 3459-67, 2016.

MENEZES, J.N *et al.* A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. **Revista Contexto & Saúde**. Editora Unijuí. v.18, n. 35, jul/dez. 2018.

MENEZES, R.L. *et al.* Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da Saúde de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.14, n.3: 485-496, 2011.

MOLINA, N. P. F. M. *et al.* Quality of life and morbidities among elderly with and without indicative of depression. **Rev. enferm. atenção saúde**, v. 7, n. 2 (supl), p. 54-67, Ago/Set. 2018.

MONTEIRO, G. T. R. **Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados**. 1.ed. Curitiba: Appris, 2013.

MORAES E. N. *et al.* A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). **J Aging Res Clin Pract.**, v. 5, n. 1, p.24-30, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.14283/jarcp.2016.84>.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E. N. **Avaliação Multidimensional do Idoso: a consulta do idoso e os instrumentos de rastreio**. 4.ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.

MOTA, F.R.N. *et al.* Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 14, n. 4, p.833-8, 2010.

MUELLER, M. *et al.* Identification of ICF categories relevant for nursing in the situation of acute and early post-acute rehabilitation. **BMC nursing**, v. 7, n. 3, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-7-3>.

NOGUEIRA, B. M. S.; MIRANDA, M. A. L. Promoting Healthy Aging: Evaluating the Functional Capacity of Elderly. **Com. Ciências Saúde**, v.23, n. 4, p. 313-325, 2012.

NUBILA, Heloisa B. V. Di. Uma introdução à CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 122-123, June 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100013&lng=en&nrm=iso. access on 23 Feb. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000100013>.

NUNES, W.A *et al.* Cognição funcionalidade e indicativa de depressão entre idosos. **Rev Rene.**; v.17, n. 1, p. 103-11, Jan-Fev 2016.

OLIVEIRA NETA, R. S. O. *et al.* Impact of a three-month resistance training program for elderly persons with knee osteoarthritis residing in the community of Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 950-7, Dec. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160040>.

OLIVEIRA, C. E. S. *et al.* Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em um centro de convivência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 33, p. eAPE20190172, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0172>.

OMS. **Classificações:** outras classificações. Online. Disponível em <https://www.who.int/classifications/other-classifications/en/> Acesso em 20 out. 2020.

OMS. **Como usar a CIF:** Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** [Tradução Suzana Gontijo]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 03 fev. 2019.

OMS. **Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health – ICF.** (WHO/EIP/GPE/CAS/01.3): Genebra, 2002.

OMS. **Trabajar en pro de la salud:** Presentación de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2006. Disponível em: http://www.who.int/about/brochure_es.pdf. Acesso em 09 nov 2020.

OMS. **World Reporto n Ageing and Haelth.** 2015. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1) 1. Acesso em: 03 jan. 2020. ISBN 978 92 4 069481 1 (PDF).

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** World Health Organization. [Tradução Suzana Gontijo]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 03 fev. 2019.

ORTA, A. C. A. **Contributo dos Centros de Dia para o bem-estar subjetivo dos idosos.** Dissertação (Mestrado em Psicogerontologia Comunitária), Instituto Politécnico de Beja, Beja, 2014. 265f.

PARANÁ/SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Avaliação multidimensional do idoso.** Secretaria de Atenção à Saúde. Curitiba: SESA, 2018.

PAULA, A. F. M. *et al.* Assessing the functional, cognitive capacity, and depressive symptoms in elderly patients from geriatric servisse. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 212-8, 2013.

PELLEGRINI FILHO, A. Políticas públicas e os determinantes sociais da saúde: o desafio da produção e uso de evidências científicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 2, p. s135-s140, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 fev. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400002>.

PEREIRA, C. *et al.* Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. **Rev. Port. Saúde pública**, Lisboa, v.29, n.1, p. 53-63, jan. 2011.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, p. 893-908, 2015.

PEREIRA, E. E. B. *et al.* Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Rev Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro; v. 17, n. 1, p. 165-76, 2014.

PIEXAK, D.R.; CEZAR-VAZ, M.R.; BONOW, C.A. International Classification of Functioning, Disability and Health: a Content Analysis. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 363-369, jan. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.363-369>.

POLIT, D. F., BECK, C. T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMMERHEHN, J.; DELBONI, M. C. C.; FEDOSSE, E. International Classification of Functioning, Disability and Health, and aphasia: a study of social participation. **Codas**, v. 28, n. 2, p.132-140, apr., 2016.

PTYUSHKIN, P.; CIEZA, A.; STUCKI, G. Most common problems across health conditions as described by the International Classification of Functioning, Disability, and Health. **Int J Rehabil Res.**; v. 38, n. 3, p. 253-62. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MRR.0000000000000124>.

QUERI, S. ICF-Assessment in der psychiatrischen Rehabilitation-Begründung einer eigenständigen Rehabilitationsdiagnostik. [ICF assessment in the field of psychiatric rehabilitation-a rationale for a stand-alone rehabilitation assessment]. **Rehabilitation** (Stuttg); v. 53, n. 4, p. 230-6, Aug. 2014.

RAGGI, A. *et al.* Determinants of disability using count-based approaches to ICF-based definition of neurological disability. **NeuroRehabilitation**, v. 36, n. 1, p. 23-9, 2015.

RAZALI, R. *et al.* A Is the Bahasa Malaysia version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA-BM) a better instrument than the Malay version of the Mini Mental State Examination (M-MMSE) in screening for mild cognitive impairment (MCI) in the elderly? **Compr Psychiatry**, v. 55, Suppl 1, p. S70-5, jan., 2014.

REIS, D.L.A. *et al.* Avaliação multidimensional rápida aplicada em idosos de uma instituição de longa permanência em Tucuruí-PA. **Braz. J of Develop.**, Curitiba, v.6, n.3, p. 12018-34, mar. 2020.

RIBEIRO, C. R. *et al.* Factors associated with urinary between elderly of rural área. **Rev. enferm. atenção saúde**, v.7, n.1, p. 3-14, Jan-Jul, 2018.

RODRIGUES, J. N; MEDEIROS, F. A. L.; MEDEIROS, A. C. T. Políticas públicas de saúde a pessoa idosa no Brasil: um caminho para o futuro? **International Journal of Development Research**, v.10, Issue, 06, p. 37189-37192, June, 2020. DOI: <https://doi.org/10.37118/ijdr.19084.06.2020>.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, Sept. 2007.

RODRIGUES-MAÑAS, L. R. *et al.* Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v.68, n. 1, p.62-7, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/gls119>.

RUARO, J. A.; RUARO, M. B.; GUERRA, R. O. International Classification of Functioning, Disability and Health core set for physical health of older adults. **J Geriatr Phys Ther**; v. 37, n. 4, p. 147-53, Oct-Dec 2014.

SALTYCHEV, M. *et al.* Differences between rehabilitation team, rehabilitants, and significant others in opinions on functioning of subacute stroke survivors: Turku ICF study. **Int J Rehabil Res.**, v. 37, n. 3, p. 229-35, Sep. 2014.

SÁNCHEZ, J. *et al.* Predicting quality of life in adults with severe mental illness: Extending the International Classification of Functioning, Disability, and Health. **Rehabil Psychol**; v. 61, n. 1, p. 19-31, Fev. 2016.

SANTANA, M. T. M.; CHUN, R. Y. S. Language and functionality of post-stroke adults: evaluation based on International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Codas**, v. 29, n. 1, p. e20150284, Mar, 2017.

SANTOS, G.S.; CUNHA, I.C.K.O. Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 2, n. 3, p. 268-78, 2014.

SANTOS, M.I.P.O.; NEVES, E.O.S.; FEITOSA, L.S. Avaliação funcional de idosos atendidos em uma unidade de referência à saúde do idoso. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1639-44, Abr. 2017.

SANTOS, S. S. C *et al.* Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.9, n.1: p.129-136. 2010.

SANTOS, S. S. C. *et al.* Validation of categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health for the elderly. **Rev. RENE**; v. 17, n. 4, p. 475-82, jul-ago, 2016.

SILVA, C. A. M. *et al.* Valoración del estado funcional de e adultos mayores com dependência moderada y severa pertenecientes a um centro de salud familiar. **Fisioter Pesq.**, v. 22, n. 1, p. 76-83, 2015.

SILVA, M. J. *et al.* Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 18, n. 3, p.527-32, Jul-Set, 2014.

SOUZA, R.A *et al.* Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 469-76, 2014.

SPOORENBERG, S. L. W. *et al.* The Geriatric ICF Core Set reflecting health-related problems in community-living older adults aged 75 years and older without dementia: development and validation. **Disabil Rehabil**, v. 37, n. 25, p. 2337-43, 2015.

SPOSITO, G. *et al.* Relationship between subjective well-being and the functionality of elderly outpatients. **Acta Fisiatr.**, v.17, n. 3, p.103-8, 2010.

SPOSITO, G. *et al.* Satisfaction with life and functionality among elderly patients in a geriatric outpatient clinic. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 18, n. 12, p.3475-82, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200004>.

TAKANO, N. A. *et al.* Quality of life in elderly with dizziness. **Braz. j. otorhinolaryngol.** (Impr.), v. 76, n. 6, p. 769-775, 2010.

TAVARES, D.M.S *et al.* Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. **Rev Rene**, Fortaleza; v.12, n. esp., p. 895-903, 2011.

TER WEE, M. M. *et al.* Content validity of the Dutch Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID) score: results of focus group discussions in established rheumatoid arthritis patients and comparison with the International Classification of Functioning, Disability and Health core set for rheumatoid arthritis. **Arthritis Res Ther**; v. 18, n. 22, Jan. 2016.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v.41, n.10, p.1403-1409, 1995, nov. DOI: 10.1016 / 0277-9536 (95) 00112-k.

THOMAS, J. C. *et al.* Reconceptualizing balance: attributes associated with balance performance. **Exp Gerontol**; v. 57, p. 218-23, Sep. 2014.

TORRES, G.V. *et al.* Qualidade de vida e fatores associados e idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr**. v. 58, n. 1, p. 39-44, 2009a.

TORRES, G.V. *et al.* Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p.19-30, jan./mar., 2010.

TORRES, G.V. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Avaliação Psicológica**, v.8, n.3. p. 415-423,2009b.

TSENG, W.; HSIEH, R. Effects of short-term active video game play on community adults: under International Classification of Functioning, Disability and Health consideration. **Chin Med J (Engl)**; 126(12): 2313-9, 2013 Jun.

TSUTSUI, H. *et al.* Validation of the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for Diabetes Mellitus in patients with diabetic nephropathy. **Clin Exp Nephrol**, v.19, n.2, p. 254-63, 2015 Apr.

TUIJL, J. *et al.* Screening for cognitive impairment in older general hospital patients: Comparison of the Six-Item Cognitive Impairment Test with the Mini-Mental State Examination. **International journal of geriatric psychiatry**, v.27, p. 755-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2776>, 2012.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). **World Population Prospects 2019: Highlights** (ST/ESA/SER.A/423). ISBN: 978-92-1-148316-1 Disponível em: World Population Prospects 2019 Highlights (un.org). Acesso em: 05 jan.2020.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n.3, p.548-54, 2009.

VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.22, n.2, p.370-378, Jun., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Feb. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200013>.

VIEHOFF, P. B. *et al.* Identification of relevant ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) categories in lymphedema patients: A cross-sectional study. **Acta Oncol**, v. 54, n. 8, p. 1218-24, 2015.

WANG, P. *et al.* The feasibility and validity of the comprehensive ICF core set for stroke in Chinese clinical settings. **Clin Rehabil**, v. 28, n. 2, p. 159-71, 2014 Feb.

WILLIG, MH; LENARDT, MH; MÉIER, MJ. A trajetória das políticas públicas do idoso no brasil: breve análise. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n.3, p. 574-8, jul - set, 2012.

YEN, C. *et al.* Validity and reliability of the Functioning Disability Evaluation Scale-Adult Version based on the WHODAS 2.0--36 items. **J Formos Med Assoc.**, v.113, n. 11, p. 839-49, 2014 nov.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Avaliadores – Fase 1

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre a construção de um instrumento para avaliação multidimensional da pessoa idosa. Trata-se de uma tese de doutorado que está sendo desenvolvida pela pesquisadora **Emilene Nóbrega Medeiros**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega.

O estudo tem como objetivo geral a construir um instrumento de avaliação multidimensional para a pessoa idosa a ser utilizado na Estratégia Saúde da Família e posteriormente, validação do instrumento construído para a avaliação multidimensional tendo como principal meta a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados da equipe, com foco de atuação na atenção primária à saúde.

Solicitamos a sua colaboração para verificar a relevância dos componentes, presentes no *checklist* da Organização Mundial de Saúde- OMS, com relação ao uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- CIF, para a prática clínica multiprofissional direcionada a essa clientela, por meio do preenchimento de um instrumento. Também, solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

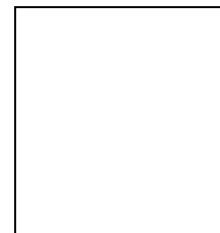
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A participação é voluntária, portanto, não haverá remuneração.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relacionados à exaustão física e mental decorrente do processo de análise do conteúdo dos enunciados, os quais serão minimizados a partir da utilização de um instrumento com *design* adequado, sem ilustração e letras em tamanho adequado para a leitura. Quanto aos benefícios, se aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento do cuidado multiprofissional a pessoa idosa direcionado para ações de prevenção e promoção à saúde a partir de uma linguagem padronizada útil para os profissionais de saúde, principalmente na atenção primária.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa



Espaço para Impressão
dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Emilene Nóbrega Medeiros, contato telefônico (83) 98898-4680, e-mail: emilenenobrega@gmail.com. Endereço (Setor de Trabalho): Laboratório de Cuidar em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58051-900.

Este documento possui duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a). Para mais informações, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPB, Campus I - Cidade Universitária CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB. Tel: (83) 3216 7791. E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Avaliadores – Fase 2

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre a construção de um instrumento para avaliação multidimensional da pessoa idosa. Trata-se de uma tese de doutorado que está sendo desenvolvida pela pesquisadora **Emilene Nóbrega Medeiros**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega.

O estudo tem como objetivo geral a construir um instrumento de avaliação multidimensional para a pessoa idosa a ser utilizado na Estratégia Saúde da Família e posteriormente, validação do instrumento construído para a avaliação multidimensional tendo como principal meta a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados da equipe, com foco de atuação na atenção primária à saúde.

Solicitamos a sua colaboração para verificar a relevância dos componentes, presentes no *Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa*, com relação ao uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- CIF, para a prática clínica multiprofissional direcionada a essa clientela, por meio do preenchimento de um instrumento. Também, solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

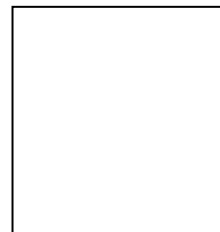
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A participação é voluntária, portanto, não haverá remuneração.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relacionados à exaustão física e mental decorrente do processo de análise do conteúdo dos enunciados, os quais serão minimizados a partir da utilização de um instrumento com *design* adequado, sem ilustração e letras em tamanho adequado para a leitura. Quanto aos benefícios, se aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento do cuidado multiprofissional a pessoa idosa direcionado para ações de prevenção e promoção à saúde a partir de uma linguagem padronizada útil para os profissionais de saúde, principalmente na atenção primária.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa



Espaço para Impressão
dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Emilene Nóbrega Medeiros, contato telefônico (83) 98898-4680, e-mail: emilenenobrega@gmail.com. Endereço (Setor de Trabalho): Laboratório de Cuidar em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58051-900.

Este documento possui duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a). Para mais informações, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPB, Campus I - Cidade Universitária CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB. Tel: (83) 3216 7791. E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

APÊNDICE C - Carta convite enviada via e-mail para os avaliadores, na Segunda Fase.
João Pessoa, 2019.

ASSUNTO: Carta-convite para participação no estudo **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL PARA IDOSOS**

Prezado(a) Profissional de saúde,

Meu nome é Emilene Nóbrega Medeiros, psicóloga, aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Estou desenvolvendo uma tese intitulada *Avaliação Multidimensional da pessoa idosa com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: construção e validação de instrumento*, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega.

Os objetivos desta pesquisa são construir um instrumento de avaliação multidimensional para a pessoa idosa a ser utilizado na Estratégia Saúde da Família, e testar a operacionalização desse instrumento com pessoas idosas, para a avaliação multidimensional tendo como principal meta a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados da equipe, com foco de atuação na atenção primária à saúde.

Conhecedora de sua experiência profissional por meio do seu currículo Lattes e ciente de sua valiosa contribuição nessa etapa de nosso estudo, venho convidá-lo(a) a emitir seu julgamento sobre a relevância dos termos da CIF para construção de um instrumento de avaliação multidimensional para a pessoa idosa.

Sua participação envolverá o preenchimento de um formulário *online* composto de duas partes. A primeira inclui as características sócio-demográficas do respondente e a segunda parte apresenta um *checklist* dos termos ou componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- CIF, para a prática clínica multiprofissional direcionada a esta clientela, que deverão ser analisados por você quanto a relevância ou não dos mesmos para serem incluídos no instrumento de *Avaliação Multidimensional da pessoa idosa com base na CIF*.

Caso deseje participar, solicitamos a gentileza de responder a este e-mail, no prazo de sete dias, manifestando a sua concordância e explicitando se deseja receber o material: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); instrumento de coleta de dados; e instruções para o preenchimento do instrumento.

Esclarecemos caso aceitei participar do estudo o(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, quando também será assegurado o sigilo quanto ao seu nome a partir da omissão total de quaisquer informações.

Solicitamos, caso tenha conhecimento de outros profissionais que possam participar da referida pesquisa, enviar nome e e-mail para que possamos realizar contato.

Desde já aguardamos sua resposta e agradecemos por sua honrosa colaboração.

Muito atentamente,

Emilene Nóbrega Medeiros
emilenenobrega@gmail.com
(83) 98898-4680

Apêndice D - Categorias relacionadas aos componentes da CIF, identificadas nos estudos analisados na avaliação da pessoa idosa. João Pessoa, 2019.

DOMINIOS	CAPÍTULO	COMPONENTES	RESULTADOS	AUTORES
FUNÇÕES DO CORPO	Capítulo 1 - FUNÇÕES MENTAIS	Afasia	<i>Apresenta impacto na participação social, nas atividades diárias, causando limitações e restrições de acordo com a CIF.</i>	POMMERHEHN; DELBONI; FEDOSSE, 2016
		Áreas psicossociais Problemas Psicossociais	<i>São considerados importantes na avaliação de pacientes com nefropatia diabética.</i>	TSUTSUI <i>et al.</i> , 2015
			<i>Em pacientes com problemas no funcionamento do câncer de cabeça e pescoço, profissionais de saúde recomendam avaliar o monitoramento de terapia, consumo de alimentos, dor, outros problemas orgânicos / testes laboratoriais e áreas psicossociais.</i>	KIRSCHNECK <i>et al.</i> , 2015
		Auto eficácia	<i>Em indivíduos com idade avançada e que sofreram lesão da medula espinhal experimentam menor auto eficácia e menos uso de estratégia de enfrentamento.</i>	GEYH <i>et al.</i> , 2016
			<i>A auto eficácia de quedas também é significativamente associada ao desempenho do equilíbrio, após ajuste por idade e gênero.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
		Cognição Estado cognitivo	<i>A incapacidade está fortemente relacionada à doença crônica, comprometimento funcional, alto comprometimento cognitivo.</i>	LOKE <i>et al.</i> , 2016
			<i>Fator importante de avaliação da qualidade vida em idosos.</i>	SÁNCHEZ <i>et al.</i> , 2016
			<i>Tanto a lista da CIF como o WHODAS-II identificaram uma proporção considerável de idosos com deficiência em áreas de vida relevantes para a cognição e a vida doméstica de forma semelhante.</i>	DERNEK, ESMAEILZADEH, ORAL, 2015
			<i>Vista como um fator de comprometimento da saúde funcional independentes das doenças da CID-10.</i>	QUERI, 2014
			<i>As limitações na atividade cognitiva foram identificadas menos frequentemente do que outras restrições.</i>	SALTYCHEV <i>et al.</i> , 2014
			<i>Idosas institucionalizadas apresentam, médio estado cognitivo e dependência funcional leve.</i>	JOSINO <i>et al.</i> , 2015

			<i>O bom estado cognitivo em idosos, é possível constatar pouca dependência nas atividades relacionadas a cuidados pessoais, mobilidade e comunicação, e visualizar um cenário de funcionalidade e estratégias de promoção de saúde mais efetivas para essa população.</i>	ARAÚJO <i>et al.</i> , 2015
		Demência	<i>Vista como fator forte para incapacidade.</i>	LOKE <i>et al.</i> , 2016
			<i>Em idosos adultos, sem demência, os problemas mais frequentemente relatados foram mobilidade das funções das articulações, funções emocionais e funções de tolerância ao exercício.</i>	SPOORENBERG <i>et al.</i> , 2015
		Despesas de energia, Nível energético	<i>Em idosos as atividades físicas não são de grande intensidade.</i>	ECKERT; LANGE, 2015
			<i>O nível energético é componente que influencia a qualidade de vida.</i>	ARAUJO <i>et al.</i> , 2015
		Distúrbio psicológico, Nível do estado depressivo, Sofrimento psicológico / emocional, Problemas emocionais	<i>Apresentaram associação significativa com a restrição de participação, interferem na qualidade de vida e compromete a saúde funcional.</i>	LIU 2017
			<i>Fator importante de avaliação da qualidade vida em idosos.</i>	SÁNCHEZ <i>et al.</i> , 2016
			<i>As funções emocionais, é vista como um dos problemas mais frequentemente relatados por idosos adultos sem demência, que vivem na comunidade.</i>	SPOORENBERG <i>et al.</i> , 2015
			<i>Funções emocionais é fator de comprometimento da saúde funcional independentes das doenças da CID-10.</i>	QUERI, 2014
			<i>As funções emocionais foram destacadas como mais frequentes, na maioria das categorias nas funções mentais</i>	GRANBERG <i>et al.</i> , 2014
			<i>Os participantes que utilizam as órteses do pé do tornozelo como recomendado relataram menores limitações de função devido a problemas emocionais e níveis mais baixos de ansiedade em comparação com pessoas que não utilizam as órteses do pé do tornozelo como recomendado.</i>	MCMONAGLE <i>et al.</i> , 2016
			<i>O nível emocional é visto como um dos componentes que interferem na qualidade de vida de idosos institucionalizadas que apresentam médio estado cognitivo e dependência funcional leve.</i>	ARAÚJO <i>et al.</i> , 2015
		Fatores psicopatológicos	<i>Fatores psicopatológicos são mais experimentados, da forma negativa, nos indivíduos com lesão de medula espinhal.</i>	GEYH <i>et al.</i> , 2016

		Funcionamento mental, Pensamentos	<i>Preditor na qualidade de vida.</i>	SÁNCHEZ <i>et al.</i> , 2016
		Linguagem, Distúrbio do idioma	<i>Impacto das dificuldades linguísticas na vida dos adultos pós-AVC.</i>	SANTANA; CHUN, 2017
		Psicomotor	<i>Independente da doença crônica, o fator psicomotor compromete a saúde funcional.</i>	QUERI, 2014
		Sono	<i>Fator que interfere qualidade de vida de idosos.</i>	ARAUJO <i>et al.</i> , 2015
	Capítulo 2 - FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR	Ansiedade	<i>Indivíduos que fazem uso de órteses como recomendado apresentam baixos níveis de ansiedade diante daqueles que não utilizam como recomendado.</i>	MCMONAGLE <i>et al.</i> , 2016
		Fala	<i>O uso de ouvir dispositivos de assistência, fala-leitura, e vida social ativa são preditores significativamente de desempenho.</i>	ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015
		Atenção, Concentrar	<i>A função de atenção é particularmente importante nos casos de deglutição e como alvos de tratamento com idosos.</i>	DONG <i>et al.</i> , 2016
			<i>A incapacidade foi medida como tendo pelo menos uma dificuldade grave ou extrema nas funções corporais, como o concentrar.</i>	MITRA; SAMBAMOORTHY, 2014
		Perda auditiva, Audição, Perda sensorial, Vertibulares, Ruídos, Vertigem	<i>A função auditiva foi identificada pela CIF como fator importante para, na prática clínica, na reabilitação audiológica.</i>	ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015
			<i>A perda sensorial é um dos atributos significativamente associados ao desempenho do equilíbrio.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
			<i>Para avaliar pessoas com perda auditiva, a CIF é uma ferramenta multidimensional importante.</i>	GRANBERG <i>et al.</i> , 2014
			<i>O uso da CIF na reabilitação vestibular, é potencial e relevante na categoria vertigem.</i>	GRAZIANO, 2013
			<i>As propriedades psicométricas da Questionário de Atividades e Participação - VAP demonstraram muito boa confiabilidade e validade em pessoas com equilíbrio e disfunção vestibular, podendo ser úteis para identificar as limitações de atividade e participação.</i>	ALGHWIRI; ALGHADIR; WHITNEY, 2013
			<i>A função auditiva foi identificada pela CIF como fator importante para, na prática clínica, na reabilitação audiológica.</i>	ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015
		Desequilíbrio	<i>A ICF oferece uma linguagem e estrutura, e seu uso é potencial na reabilitação vestibular sendo relevantes a categoria vertigem.</i>	GRAZIANO, 2013

		Dor, Dor lombar, Dor generalizada crônica, Enxaqueca	<i>Fator de impacto na avaliação de pacientes com artrite reumatoide.</i>	TER WEE <i>et al.</i> , 2016
			<i>A dor lombar ou dor generalizada crônica, podem ser avaliadas pela CIF, com objetivo de avaliar as condições de saúde e propor de forma específica a reabilitação vocacional e auxílio em relatórios para seguro de pensão legal alemão.</i>	KIRSCHNECK <i>et al.</i> , 2015
			<i>São maiores as probabilidades de dificuldades severas com relação as atividades diárias em pacientes com TCE, com Miastenia Gravis, Parkinson.</i>	RAGGI <i>et al.</i> , 2015
			<i>Dor é um dos atributos associados ao desempenho do equilíbrio, em pacientes de cuidados primários.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
			<i>Em pacientes com problemas no funcionamento do câncer de cabeça e pescoço, profissionais de saúde recomendam avaliar o monitoramento da dor.</i>	KIRSCHNECK <i>et al.</i> , 2015
			<i>A dor lombar pode ser avaliada pela CIF.</i>	FRÉZ <i>et al.</i> , 2016
			<i>A dor, em idosas institucionalizadas que apresentam médio estado cognitivo e dependência funcional leve, é identificada com um dos componentes que interferem na qualidade de vida.</i>	ARAÚJO <i>et al.</i> , 2015
		Equilíbrio, Força de aderência (equilíbrio corporal)	<i>A Escala Funcional Específica do Paciente (PSFS) e a CIF, mostram propriedades de medição satisfatórias e pode ser um complemento útil na avaliação de mudanças individuais durante um período de reabilitação após a fratura do úmero proximal.</i>	MANNBERG BÄCKMAN <i>et al.</i> , 2016
			<i>Após o ajuste por idade e gênero, os atributos significativamente associados ao desempenho do equilíbrio foram autoeficácia das quedas, resistência do músculo extensor do tronco, perda sensorial e velocidade da perna no pico de potência.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
			<i>O questionário de Atividades e Participação Vestibular (VAP) aponta dificuldade com a atividade ou item de participação como uma dificuldade moderada a grave em pessoas com equilíbrio e disfunção vestibular.</i>	ALGHWIRI; ALGHADIR; WHITNEY, 2013
		Humor	<i>Participantes que eram mais velhos e sofreram lesão da medula espinhal mais recentemente experimentaram um humor mais deprimido, menos efeitos positivos, menos avaliação de desafio, menor satisfação de vida, menor finalidade na vida e menor auto eficácia.</i>	GEYH <i>et al.</i> , 2016

		Medo, nível de medo de cair	<i>Apresenta associação significativa com a restrição de participação, sustentando assim sua natureza multifatorial.</i>	LIU, 2017
			<i>Escalas de classificação do medo de queda, abrangeram os capítulos de mobilidade e vida doméstica como conceitos significativos.</i>	BLADH <i>et al.</i> , 2013
		Motivação, Satisfação	<i>Participantes que eram mais velhos e sofreram lesão da medula espinhal mais recentemente experimentaram um humor mais deprimido, menos efeitos positivos, menos avaliação de desafio, menor satisfação de vida, menor finalidade na vida e menor auto eficácia.</i>	GEYH <i>et al.</i> , 2016
			<i>A Escala Funcional Específica do Paciente (PSFS) pode ser útil para a definição de metas, motivação e adaptação individual de atividades de reabilitação.</i>	MANNBERG BÄCKMAN <i>et al.</i> , 2016
		Movimento	<i>Identificadas como um problema em mais de 90% dos pacientes as funções do sistema cardiovascular e funções neuromusculoesqueléticas, relacionadas ao movimento.</i>	WANG <i>et al.</i> , 2014
		Preocupação	<i>As mulheres australianas mais velhas, suas preocupações com a vida pós-transição não foram adequadamente classificadas, impedindo potencialmente uma recuperação total.</i>	TAVENER <i>et al.</i> , 2015
		Qualidade do sono	<i>Apresenta associação significativa com a restrição de participação, sustentando assim sua natureza multifatorial.</i>	LIU, 2017
		Queda	<i>Após ajuste por idade e gênero, um dos atributos significativamente associados ao desempenho do equilíbrio foi auto eficácia das quedas.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
			<i>A CIF é mais precisa na avaliação de pacientes com histórico de queda, podendo ser um modelo útil para análise de ferramentas de triagem para pessoas com AVC crônico.</i>	BENINATO; PARIKH; PLUMMER, 2014
			<i>Escalas de classificação do medo de queda, abrangeram os capítulos de mobilidade e vida doméstica como conceitos significativos.</i>	BLADH <i>et al.</i> , 2013
			<i>O uso de programa de vídeo ativo de curto prazo reduz os riscos de queda.</i>	TSENG; HSIEH, 2013

		Visão, ver	<i>São atributos associados ao desempenho do equilíbrio, em pacientes de cuidados primários, dificuldades ou modificação ou modificação de tarefas escalando um lance de escadas ou caminhando a uma milha, auto eficácia, dor, depressão, função executiva, visão, perda sensorial, tempo de reação, cifose, amplitude das pernas, resistência do músculo extensor do tronco, força da perna e velocidade da perna no pico de potência.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
			<i>A incapacidade é altamente prevalente entre os adultos sendo medida como tendo pelo menos uma dificuldade grave ou extrema com funções corporais, como ver e concentrar, e atividades como movimentação e autocuidado.</i>	MITRA; SAMBAMOORTHY, 2014
		Sentimentos	<i>Participantes que eram mais velhos e sofreram lesão da medula espinhal mais recentemente experimentaram um humor mais deprimido, menos efeitos positivos, menos avaliação de desafio, menor satisfação de vida, menor finalidade na vida e menor auto eficácia.</i>	GEYH <i>et al.</i> , 2016
	Capítulo 4 - FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO	Fadiga	<i>Fator de impacto na avaliação de pacientes com artrite reumatoide.</i>	TER WEE <i>et al.</i> , 2016
		Linfedema	<i>Pacientes com linfedema, os itens mencionados com mais frequência são: poder muscular e mobilidade das articulações, fazer tarefas domésticas e mudar e manter uma posição corporal, profissionais de saúde, que podem atuar tanto como facilitadores como barreiras.</i>	VIEHOFF <i>et al.</i> , 2015
		Funções de tolerância ao exercício	<i>Em idosos adultos sem demência, que vivem na comunidade, os problemas mais frequentemente relatados foram mobilidade das funções das articulações, funções emocionais e funções de tolerância ao exercício.</i>	SPOORENBERG <i>et al.</i> , 2015
			<i>Fator importante, entre os participantes em diferentes graus de DPOC.</i>	JÁCOME <i>et al.</i> , 2013
		Sensações associadas a funções cardiovasculares e respiratórias e estrutura do sistema respiratório	<i>Entre os participantes em diferentes graus de DPOC, as deficiências das funções e estruturas do corpo foram relacionadas a funções de tolerância ao exercício, sensações associadas a funções cardiovasculares e respiratórias e estrutura do sistema respiratório.</i>	JÁCOME <i>et al.</i> , 2013

	<i>Capítulo 5 - FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTÓRIO, METABÓLICO E ENDOCRINO</i>	Disfagia, Deglutição	<i>Possui grande impacto em idosos após AVC além da limitação para alimentar-se, possui dano psicossocial porque comer é uma atividade social prazerosa e a incapacidade de comer normalmente pode afetar a moral e a qualidade de vida do paciente.</i>	DONG <i>et al.</i> , 2016
			<i>Para o impacto da disfagia após o gerenciamento do tratamento não cirúrgico de câncer de cabeça e pescoço, foram vinculadas com sucesso códigos referentes aos componentes das Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais.</i>	NUND <i>et al.</i> , 2014
		Mordida	<i>A mordida, nos casos de disfagia, é particularmente importante nos casos de deglutição e alvo de tratamento com idosos.</i>	DONG <i>et al.</i> , 2016
		Controle glicêmico	<i>Um controle glicêmico fraco contribui para problemas aumentados.</i>	TSUTSUI <i>et al.</i> , 2015
	<i>Capítulo 7 - FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO</i>	Ação motora, Qualidade do movimento	<i>No estudo a qualidade de movimento ou aspectos de especificidade e mensurabilidade de um objetivo não pode ser expressada pelos códigos CIF. Em Taiwan, o uso da CIF na avaliação do desempenho e capacidade, aponta fatores como atributo ambiental e ação do motor aceitáveis para medição das atividades e participação para pessoas com deficiência.</i>	HAAS <i>et al.</i> , 2016, YEN <i>et al.</i> , 2014
		Artrite, Cifose Osteoartrite	<i>A artrite reumatoide tem impacto em impacto em cinco domínios CIF: bem-estar emocional, dor, realização de atividades diárias, fadiga e enfrentamento.</i>	TER WEE <i>et al.</i> , 2016
			<i>A Escala Funcional Específica do Paciente (PSFS) e a CIF, mostram propriedades de medição satisfatórias e pode ser um complemento útil na avaliação de mudanças individuais durante um período de reabilitação após a fratura do úmero proximal.</i>	MANNBERG BÄCKMAN <i>et al.</i> , 2016
			<i>A cifose é um dos atributos associados ao desempenho do equilíbrio, em pacientes de cuidados primários.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
			<i>Os objetivos estabelecidos em um ambiente de reabilitação em equipe para pacientes com artrite reumatoide estão relacionados a todos os componentes da CIF, sendo "Atividades e Participação" o mais frequentemente abordado.</i>	MEESTERS <i>et al.</i> , 2013
			<i>As representações mentais de pessoas com osteoartrite foram consistentes com o quadro teórico da CIF.</i>	POLLARD; DIXON; JOHNSTON, 2013

			<i>A artrite reumatoide tem impacto em impacto em cinco domínios CIF: bem-estar emocional, dor, realização de atividades diárias, fadiga e enfrentamento.</i>	TER WEE <i>et al.</i> , 2016
		Doença de Parkinson	<i>São maiores as probabilidades de dificuldades severas com relação as atividades diárias em pacientes com TCE, com Miastenia Gravis, Parkinson.</i>	RAGGI <i>et al.</i> , 2015
		Amplitude das pernas, Mobilidade das articulações	<i>Pacientes com linfedema, os itens mencionados com mais frequência são: poder muscular e mobilidade das articulações, fazer tarefas domésticas e mudar e manter uma posição corporal, profissionais de saúde, que podem atuar tanto como facilitadores como barreiras.</i>	VIEHOFF <i>et al.</i> , 2015
			<i>Em idosos adultos sem demência, que vivem na comunidade, os problemas mais frequentemente relatados foram mobilidade das funções das articulações, funções emocionais e funções de tolerância ao exercício.</i>	SPOORENBERG <i>et al.</i> , 2015
			<i>Após o ajuste por idade e gênero, os atributos significativamente associados ao desempenho do equilíbrio foram autoeficácia das quedas, resistência do músculo extensor do tronco, perda sensorial e velocidade da perna no pico de potência.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
		Contraturas articulares	<i>As contraturas conjuntas são um problema de saúde comum em pessoas idosas com impacto significativo nas atividades da vida diária. As categorias ICF reveladas continuam a ser validadas em populações com contraturas conjuntas em termos de relevância clínica e impacto pessoal.</i>	BARTOSZEK <i>et al.</i> , 2016
		Miastenia gravis, Resistência do músculo extensor do tronco Força da perna e velocidade da perna no pico de potência	<i>São maiores as probabilidades de dificuldades severas com relação as atividades diárias em pacientes com TCE, com Miastenia Gravis, Parkinson.</i>	RAGGI <i>et al.</i> , 2015
			<i>Após o ajuste por idade e gênero, os atributos significativamente associados ao desempenho do equilíbrio foram autoeficácia das quedas, resistência do músculo extensor do tronco, perda sensorial e velocidade da perna no pico de potência.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
		Ombro	<i>A Escala Funcional Específica do Paciente (PSFS) e a CIF, mostram propriedades de medição satisfatórias e pode ser um complemento útil na avaliação de mudanças individuais durante um período de reabilitação após a fratura do úmero proximal.</i>	MANNBERG BÄCKMAN <i>et al.</i> , 2016

		Poder muscular	<i>Pacientes com linfedema, os itens mencionados com mais frequência são: poder muscular e mobilidade das articulações, fazer tarefas domésticas e mudar e manter uma posição corporal, profissionais de saúde, que podem atuar tanto como facilitadores como barreiras.</i>	VIEHOFF <i>et al.</i> , 2015
		Funções neuromusculoesquelético	<i>São maiores as probabilidades de dificuldades severas com relação as atividades diárias em pacientes com TCE, com Miastenia Gravis, Parkinson. Após o ajuste por idade e gênero, os atributos significativamente associados ao desempenho do equilíbrio foram autoeficácia das quedas, resistência do músculo extensor do tronco, perda sensorial e velocidade da perna no pico de potência.</i>	WANG <i>et al.</i> , 2014
ESTRUTURA DO CORPO	Capítulo 1 - ESTRUTURAS DO SISTEMA NERVOSO	Medula (Lesão Medular / lesões não traumáticas da medula espinhal)	<i>Aplicação da CIF ajuda a melhorar a assistência prestada pelos enfermeiros, para com os pacientes com lesão medular.</i>	LI <i>et al.</i> , 2016
			<i>Os objetivos interprofissionais de reabilitação em pacientes com lesões não traumáticas na medula espinhal, podem ser amplamente descritos pela CIF.</i>	HAAS <i>et al.</i> , 2016
			<i>Participantes que eram mais velhos e sofreram lesão da medula espinhal mais recentemente experimentaram um humor mais deprimido, menos efeitos positivos, menos avaliação de desafio, menor satisfação de vida, menor finalidade na vida e menor auto eficácia.</i>	GEYH <i>et al.</i> , 2016
		Cérebro (lesão, deficiência / Lesão cerebral traumática)	<i>A restrição na participação foi a mais evidente, principalmente devido a fatores ambientais quando comparadas as sequelas resultantes da lesão cerebral.</i>	POMMERHEHN; DELBONI; FEDOSSE, 2016
			<i>São maiores as probabilidades de dificuldades severas com relação as atividades diárias em pacientes com TCE, com Miastenia Gravis, Parkinson.</i>	RAGGI <i>et al.</i> , 2015
			<i>As deficiências do cérebro, extremidades superiores e inferiores foram identificadas como um problema em mais de 50% dos pacientes.</i>	WANG <i>et al.</i> , 2014
	Capítulo 7 - ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO	Fratura úmero	<i>A Escala Funcional Específica do Paciente (PSFS) e a CIF, mostram propriedades de medição satisfatórias e pode ser um complemento útil na avaliação de mudanças individuais durante um período de reabilitação após a fratura do úmero proximal.</i>	MANNBERG BÄCKMAN <i>et al.</i> , 2016

		Cabeça e pescoço	<i>Para o impacto da disfagia após o gerenciamento do tratamento não cirúrgico de câncer de cabeça e pescoço, foram vinculadas com sucesso códigos referentes aos componentes das Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais.</i>	NUND <i>et al.</i> , 2014
			<i>Em pacientes com problemas no funcionamento do câncer de cabeça e pescoço, profissionais de saúde recomendam avaliar o monitoramento de terapia, consumo de alimentos, dor, outros problemas orgânicos / testes laboratoriais e áreas psicossociais.</i>	KIRSCHNECK <i>et al.</i> , 2015
ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO	Capítulo 1 - APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO	Leitura	<i>O uso de ouvir dispositivos de assistência, fala-leitura, e vida social ativa são preditores significativamente de desempenho.</i>	ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015
	Capítulo 2 - TAREFAS E DEMANDAS GERAIS	Atividades, Atividade diárias, Avd's, Desempenhar uma tarefa, Rotina diária, Tarefas diárias, Vida social ativa	<i>A restrição na participação foi a mais evidente, principalmente devido a fatores ambientais quando comparadas as sequelas resultantes da lesão cerebral.</i>	POMMEREHN; DELBONI; FEDOSSE, 2016
			<i>As contraturas conjuntas são um problema de saúde comum em pessoas idosas com impacto significativo nas atividades da vida diária.</i>	BARTOSZEK <i>et al.</i> , 2016
			<i>Fator de impacto na avaliação de pacientes com artrite reumatoide.</i>	TER WEE <i>et al.</i> , 2016
			<i>As atividades / interação contextual é um dos fatores importantes para reabilitação audiológica na prática clínica.</i>	ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015
			<i>A rotina diária, em algumas condições de saúde, na prática clínica, é um dos problemas mais comuns na avaliação geral do funcionamento; e em todas as condições de saúde a vida diária está entre os principais problemas.</i>	PTYUSHKIN; CIEZA, 2015
			<i>A progressão da nefropatia diabética leva à deterioração da atividade física, à restrição das atividades diárias e à diminuição da participação social.</i>	TSUTSUI <i>et al.</i> , 2015
			<i>Ser capaz de desempenhar uma tarefa diárias, na avaliação em idosos em ambiente domiciliar que se apresentam ativos e participativos, talvez represente envelhecimento com poucas.</i>	LOPES; SANTOS, 2015
			<i>São maiores as probabilidades de dificuldades severas com relação as atividades diárias em pacientes com TCE, com Miastenia Gravis, Parkinson.</i>	RAGGI <i>et al.</i> , 2015

			<i>Os pacientes mais velhos que tiveram acesso à tecnologia para mobilidade pessoal e exterior e transporte foram capazes de melhorar o desempenho das atividades diárias.</i>	CHANG <i>et al.</i> , 2014
			<i>A CIF é capaz de direcionar a avaliação funcional dos idosos, pelos enfermeiros, tornando-a integral, realizando esse ser humano como tendo um corpo, com necessidades de realizar atividades e participação e pertencer a um contexto / ambiente.</i>	SANTOS <i>et al.</i> , 2013
			<i>A atividade é uma das condições para uma análise de saúde biopsicossocial.</i>	GOMES; BURANELLO; CASTRO, 2017
		Enfrentamento	<i>Fator de impacto na avaliação de pacientes com artrite reumatoide.</i>	TER WEE <i>et al.</i> , 2016
		Função executiva, Executar tarefas	<i>São atributos associados ao desempenho do equilíbrio, em pacientes de cuidados primários.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
			<i>Os idosos residentes em unidades de longa permanência apresentaram bom estado cognitivo, sendo possível constatar pouca dependência nas atividades relacionadas a cuidados pessoais, mobilidade e comunicação.</i>	JOSINO <i>et al.</i> , 2015
		Problemas físicos	<i>São considerados importantes na avaliação de pacientes com nefropatia diabética os problemas físicos e psicossociais.</i>	TSUTSUI <i>et al.</i> , 2015
	Capítulo 3 - COMUNICAÇÃO	Comunicação, Conversas	<i>A utilização da CIF proporciona uma melhor comunicação e colaboração interdisciplinar, melhorando a prestação de cuidados de saúde e fornece uma compreensão abrangente da saúde e do funcionamento em pessoas com condições crônicas do ponto de vista da pessoa.</i>	ALFORD <i>et al.</i> , 2015
			<i>Comunicação é um fator frequentemente destacado na maioria das categorias nas atividades e componentes de participação em avaliação de pacientes com perda auditiva.</i>	GRANBERG <i>et al.</i> , 2014
			<i>De acordo com o ponto de vista do paciente com DPOC, as conversas foram amplamente apoiadas e, na perspectiva do paciente necessitam ser investigadas para melhora dos instrumentos de avaliação.</i>	MARQUES <i>et al.</i> , 2013
			<i>Os idosos residentes em unidades de longa permanência apresentaram pouca dependência dentre as atividades, a comunicação.</i>	JOSINO <i>et al.</i> , 2015

Capítulo 4 - MOBILIDADE	Atividade física, Atividade funcional Habilidade física	<i>Com boa função e atividade física, há variabilidade considerável no desempenho da atividade.</i>	LOKE <i>et al.</i> , 2016
		<i>Existe uma grande inconsistência no entendimento da atividade física em idosos, com relação a compreensão conceitual e na prática de atividade funcional, de intensidade leve, bem como atividades sedentárias.</i>	ECKERT; LANGE, 2015
		<i>A progressão da nefropatia diabética leva à deterioração da atividade física, à restrição das atividades diárias e à diminuição da participação social.</i>	TSUTSUI <i>et al.</i> , 2015
		<i>A habilidade física é um dos componentes que interferem a qualidade de vida em idosos institucionalizadas apresentam, médio estado cognitivo e dependência funcional leve.</i>	ARAÚJO <i>et al.</i> , 2015
	Escada, Subir escada, Mobilidade, Movimentação, locomover-se, Mudar e manter uma posição corporal	<i>Apresenta associação significativa com a restrição de participação, sustentando assim sua natureza multifatorial.</i>	LIU, 2017
		<i>Com boa função, medidas de mobilidade, redes sociais e atividade física, são consideráveis no desempenho da atividade.</i>	LOKE <i>et al.</i> , 2016
		<i>Mobilidade das articulações, fazer tarefas domésticas e mudar e manter uma posição corporal, podem atuar como facilitadores ou barreiras para pacientes com linfedema.</i>	VIEHOFF <i>et al.</i> , 2015
		<i>Na prática clínica, a avaliação geral do funcionamento em algumas condições de saúde, à mobilidade é dos problemas mais comuns, bem como em todas as condições de saúde.</i>	PTYUSHKIN; CIEZA, 2015
		<i>As proporções para indivíduos com deficiência, com diferença estatisticamente significativa, nos domínios dos dois instrumentos foram relevantes para a mobilidade.</i>	DERNEK; ESMAEILZADEH, ORAL, 2015
		<i>Na avaliação do desempenho do equilíbrio de pacientes de cuidados primários, foi auto relatada dificuldades como modificação de tarefas escalando um lance de escadas ou caminhando a uma milha.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
		<i>Os pacientes mais velhos que tiveram acesso à tecnologia para mobilidade pessoal e transporte foram possíveis para melhorar o desempenho das atividades diárias.</i>	CHANG <i>et al.</i> , 2014
		<i>A incapacidade é altamente prevalente entre os adultos sendo medida como tendo pelo menos uma dificuldade grave ou extrema com funções corporais, como ver e concentrar, e atividades como movimentação e autocuidado.</i>	MITRA, 2014

			<i>De acordo com o ponto de vista do paciente com DPOC, a manutenção de uma posição corporal, precisaria ser amplamente apoiada e investigada.</i>	MARQUES <i>et al.</i> , 2013
			<i>Escalas de classificação do medo de queda, abrangeram os capítulos de mobilidade e vida doméstica como conceitos significativos.</i>	BLADH <i>et al.</i> , 2013
			<i>Os idosos residentes em unidades de longa permanência apresentaram pouca dependência nas atividades relacionadas a mobilidade.</i>	JOSINO <i>et al.</i> , 2015
		Perda funcional, Impacto funcional	<i>A modificação do meio ambiente beneficia aqueles com comprometimento funcional moderado, mas não com graus mais elevados de perda funcional.</i>	LOKE <i>et al.</i> , 2016
			<i>O quadro de disfagia causa um grande impacto funcional e seu gerenciamento pode ser mensurado na CIF e foram vinculadas com sucesso códigos referentes aos componentes das Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais, refletindo o impacto multifacetado.</i>	NUND <i>et al.</i> , 2014
		Transporte	<i>Apresenta associação significativa com a restrição de participação, sustentando assim sua natureza multifatorial.</i>	CHANG <i>et al.</i> , 2014
	Capítulo 5 - CUIDADO PESSOAL	Autocuidado, Cuidados pessoais	<i>O autocuidado foi relevante em indivíduos com deficiência.</i>	DERNEK; ESMAEILZADEH, ORAL, 2015
			<i>O ambiente atuou como barreira na mobilidade e no autocuidado em > 10% das pessoas mais velhas após o AVC.</i>	CHANG <i>et al.</i> , 2014
			<i>A incapacidade é medida como tendo pelo menos uma dificuldade grave ou extrema como movimentação e autocuidado.</i>	MITRA, 2014
			<i>Os idosos residentes em unidades de longa permanência apresentaram bom estado cognitivo, sendo possível constatar pouca dependência nas atividades relacionadas a cuidados pessoais.</i>	JOSINO <i>et al.</i> , 2015
			<i>A distribuição de frequência da CIF evidenciou aspectos não observados na avaliação convencional das idosas institucionalizadas, apresentando grande especificidade no cuidado pessoal entre outros componentes.</i>	ARAÚJO <i>et al.</i> , 2015

		Bem estar psicológico, emocional, individual	<i>Fator de impacto na avaliação de pacientes com artrite reumatoide.</i>	TER WEE <i>et al.</i> , 2016
			<i>Valorizar a avaliação do bem-estar psicológico dos pacientes para obter uma melhor compreensão do uso de órteses do pé do tornozelo.</i>	MCMONAGLE <i>et al.</i> , 2016
			<i>Vista como um fator importante, juntamente com o estado de funcionalidade na definição da saúde funcional.</i>	DE OLIVEIRA BRASIL, 2013
			<i>Considerado um aspecto necessário para caracterização do perfil do idoso e avaliação de comprometimento.</i>	DE OLIVEIRA ARAÚJO; MANCUSSI E FARO, 2014
		Nível de atividade física, saúde física	<i>Apresenta associação significativa com a restrição de participação, sustentando assim sua natureza multifatorial.</i>	LIU, 2017
			<i>A saúde física e o envolvimento de adultos mais velhos são pontos relacionados ao funcionamento e à saúde relevantes para serem avaliados.</i>	RUARO; RUARO; GUERRA, 2014
	Capítulo 6 - VIDA DOMÉSTICA	Alimentação e preparação de refeições	<i>De acordo com o ponto de vista do paciente com DPOC, as categorias: interações interpessoais complexas, relacionamentos sociais informais, relações familiares, conversas, manutenção de uma posição corporal, alimentação e preparação de refeições, foram amplamente apoiadas e precisam ser investigadas para desenvolver um instrumento de acordo com a perspectiva do paciente.</i>	MARQUES <i>et al.</i> , 2013
		Tarefas diárias	<i>A capacidade e o desempenho para a realização das AVD'S em idosos dependentes, de acordo com a CIF, apresentou diferença entre a capacidade e o desempenho que foi estatisticamente significativa na maioria das tarefas do cotidiano.</i>	MACHADO; MACHADO; SOARES, 2013
		Vida doméstica	<i>Pode atuar como facilitador ou barreiras em pacientes com linfedema, dentre os mencionados fazer tarefas domésticas.</i>	VIEHOFF <i>et al.</i> , 2015
			<i>Em indivíduos residentes na comunidade com idade igual ou superior a 65 anos a proporção de idosos com deficiência em áreas de vida relevantes para a cognição e a vida doméstica de forma semelhante.</i>	DERNEK; ESMAEILZADEH; ORAL, 2015
			<i>Estudo mostrou a relação entre o comportamento dos idosos com relação a atividade física se relacionam com o esporte, a caminhadas e por fim tarefas domésticas.</i>	ECKERT; LANGE, 2015

			<i>Avaliação em idosos em ambiente domiciliar, apresentam-se ativos e participativos, ser capaz de desempenhar uma tarefa diária, pode representar um envelhecimento com poucas perdas.</i>	LOPES; SANTOS, 2015
			<i>Os fatores vida doméstica e cívica foram documentadas como um problema em 100% dos pacientes.</i>	WANG <i>et al.</i> , 2014
			<i>Em participantes em diferentes graus de DPOC, as restrições de mobilidade e vida doméstica foram as mais frequentemente.</i>	JÁCOME <i>et al.</i> , 2013
			<i>Escalas de classificação do medo de queda, abrangeram os capítulos de mobilidade e vida doméstica como conceitos significativos.</i>	BLADH <i>et al.</i> , 2013
	Capítulo 7 - RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS	Interações, Atividades / interação contextual	<i>A função auditiva, outras funções, Atividades / interação contextual, e incapacidade de terceiros são fatores importantes para reabilitação audiológica na prática clínica.</i>	ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015
			<i>Amplamente apoiadas e precisam ser investigadas para desenvolver um instrumento de acordo com a perspectiva do paciente.</i>	Ptyushkin; Cieza; 2015
		Capacidade de manter interações sociais Estado de auto percepção social Redes sociais Relacionamentos sociais informais Restrição social, Participante social	<i>Apresenta associação significativa com a restrição de participação, sustentando assim sua natureza multifatorial.</i>	LIU, 2017
			<i>A restrição na participação foi a mais evidente, principalmente devido a fatores ambientais quando comparadas as sequelas resultantes da lesão cerebral.</i>	POMMERHNN; DELBONI; FEDOSSE, 2016
			<i>Com boa função, medidas de mobilidade, redes sociais e atividade física, são consideráveis no desempenho da atividade.</i>	LOKE <i>et al.</i> , 2016
			<i>Fator de impacto na avaliação de pacientes com artrite reumatoide.</i>	TER WEE <i>et al.</i> , 2016
			<i>A progressão da nefropatia diabética leva à deterioração da atividade física, à restrição das atividades diárias e à diminuição da participação social.</i>	TSUTSUI <i>et al.</i> , 2015
			<i>Fatores que contribuem para melhora da participação social e a independência: a idade, o sexo, o local de residência e os tipos e gravidade da deficiência.</i>	CHI <i>et al.</i> , 2014
			<i>Os relacionamentos sociais informais, relações familiares e conversas, segundo o ponto de vista do paciente com DPOC, são categorias que devem ser investigadas.</i>	MARQUES <i>et al.</i> , 2013

			<i>Restrição social é vista como consequência forte das incapacidades e deficiências.</i>	DE OLIVEIRA BRASIL, 2013
			<i>A capacidade de manter e controlar interações sociais foram preservadas, em idosas institucionalizadas, com bom estado cognitivo e dependência funcional leve.</i>	JOSINO <i>et al.</i> , 2015
		Relações familiares	<i>Fator amplamente sinalizados, de acordo com o ponto de vista do paciente com DPOC e precisam ser investigadas numa perspectiva do paciente.</i>	MARQUES <i>et al.</i> , 2013
		Relações íntimas	<i>Para a avaliação geral do funcionamento, na prática clínica dos indivíduos em qualquer condição clínica, pontua como um dos problemas mais comuns.</i>	PTYUSHKIN; CIEZA, 2015
	Capítulo 8 - ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA	Emprego	<i>Para a avaliação geral do funcionamento, independentes das condições de saúde, na prática clínica, é visto como um dos problemas mais comuns.</i>	PTYUSHKIN; CIEZA, 2015
			<i>São fatores que contribuem para as incapacidades, usando o WHODAS 2.0, a idade, o sexo, o local de residência e os tipos e gravidade da deficiência. Visto também que a população estudada tinha em comum ser de baixo nível socioeconômico e diferença de taxa de emprego.</i>	CHI <i>et al.</i> , 2014
	Capítulo 9 - VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA	Recreação, lazer, hobbies/ tempo livre, esporte, caminhada, Leitura	<i>Indivíduos pós-AVC relatam que na atividade e participação, a recreação e lazer possuem mais dificuldades.</i>	SANTANA; CHUN, 2017
			<i>Fator de impacto na avaliação de pacientes com artrite reumatoide.</i>	TER WEE <i>et al.</i> , 2016
			<i>O uso de ouvir dispositivos de assistência, fala-leitura, e vida social ativa são preditores significativamente de desempenho.</i>	ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015
			<i>Na avaliação geral do funcionamento, em todas as condições de saúde, na prática clínica, dentre os problemas mais comuns estão o lazer.</i>	PTYUSHKIN; CIEZA, 2015
			<i>Estudo mostrou que o comportamento dos idosos com relação a atividade física se relacionam ao esporte, caminhadas e tarefas domésticas.</i>	ECKERT; LANGE, 2015
		Fatores contextuais pessoa-ambiente	<i>Fator importante de avaliação da qualidade vida em idosos.</i>	SÁNCHEZ <i>et al.</i> , 2016
		Vida social ativa, comunidade,	<i>O uso de ouvir dispositivos de assistência, fala-leitura, e vida social ativa são preditores significativamente de desempenho.</i>	ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015

FATORES AMBIENTAIS		Participação várias esferas da vida	<i>A CIF e o WHODAS-II identificaram uma proporção considerável de idosos com deficiência em áreas de vida, no entanto, as proporções daqueles com deficiência apresentaram diferença estatisticamente significativa nos domínios dos dois instrumentos relevantes para a mobilidade, autocuidado e participação na sociedade.</i>	DERNEK; ESMAEILZADEH; ORAL, 2015
			<i>Na área da enfermagem psiquiátrica, a CIF é uma ferramenta de avaliação da capacidade do paciente para participar de várias esferas da vida.</i>	JOHANSSON, et al., 2013
		Estigma	<i>Fator importante de avaliação da qualidade vida em idosos.</i>	SÁNCHEZ et al., 2016
	Capítulo I - PRODUTOS E TECNOLOGIA	Consumo de alimentos	<i>Em pacientes com problemas no funcionamento do câncer de cabeça e pescoço, profissionais de saúde recomendam avaliar o monitoramento de terapia, consumo de alimentos, dor, outros problemas orgânicos / testes laboratoriais e áreas psicossociais.</i>	KIRSCHNECK et al., 2015
		Atributo ambiental	<i>Em Taiwan, o uso da CIF na avaliação do desempenho e capacidade, aponta fatores como atributo ambiental e ação do motor aceitáveis para medição da atividade e participação para pessoas com deficiência.</i>	YEN et al., 2014
		Equipamentos de saúde Ouvir dispositivos de assistência, Tecnologia assistiva (aparelhos auditivos) Produtos tecnologia Produtos para consumo pessoal, Orteses do pé do tornozelo Insumos de tecnologia leve	<i>O uso de ouvir dispositivos de assistência é um preditor significativamente de desempenho.</i>	ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015
			<i>Um dos fatores de maior frequência, aparelhos auditivos ou ruídos, na maioria das categorias nas atividades e componente de participação.</i>	GRANBERG et al., 2014
			<i>Produtos e tecnologia foram vistos como barreiras em mais de 10% e menos de 50% dos pacientes.</i>	WANG et al., 2014
			<i>Produtos para consumo pessoal foi entendido como um facilitador.</i>	JÁCOME et al., 2013
			<i>O uso de órteses do pé do tornozelo como recomendado ocasional níveis mais baixos de comprometimento e limitações de atividade, maiores níveis de energia, maior funcionamento físico, menores limitações de função devido a problemas emocionais e níveis mais baixos de ansiedade em comparação com pessoas que não utilizam as órteses do pé do tornozelo como recomendado.</i>	MCMONAGLE et al., 2016

			<i>Uma política pública com ações de promoção de saúde funcional, equipamentos de saúde e insumos de tecnologia leve, aumenta a redução dos prejuízos as sequelas das incapacidades e deficiências.</i>	DE OLIVEIRA BRASIL, 2013
		Fatores culturais, tecnológicos, legais	<i>Fator importante na funcionalidade humana, na presença de doenças, em especial, das crônicas, ocasionando incapacidades que acarretam prejuízos ao cidadão, a seguridade social, diminuição da qualidade de vida.</i>	DE OLIVEIRA BRASIL, 2013
		Meios de transporte	<i>São para a CIF aspectos necessários para caracterização do perfil do idoso e avaliação de comprometimento: sexo, idade, estado civil, etnia autodeclarada, escolaridade, ocupação, renda individual, número de filhos, naturalidade, condições de moradia, meio de locomoção que utiliza para movimentação e atividade física preferida e descrever as condições de saúde e desempenho nas atividades de vida diária dos idosos.</i>	DE OLIVEIRA ARAUJO; MANCUSSI E FARO, 2014
	Capítulo 2 - AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO	Ambiente, Ambiente comunitário, Ambiente/contexto	<i>Fator de menor indicação na CIF quando se trata de avaliação de enfermeiros.</i>	SANTOS et al. 2016
			<i>O ambiente atuou como barreira na mobilidade e no autocuidado em > 10% das pessoas mais velhas após o AVC.</i>	CHANG et al., 2014
			<i>A maioria das categorias nas atividades e componente de participação estão relacionados, dentre eles os fatores ambientais.</i>	GRANBERG et al., 2014
			<i>A integração da linguagem universal do ICF no EASY-Care ilustra o potencial de usar este instrumento em configurações de atenção primária podendo ser usadas para planejar intervenções de reabilitação em ambientes comunitários para adultos mais velhos a nível comunitário.</i>	MARQUES et al., 2014
			<i>A CIF é capaz de direcionar a avaliação funcional dos idosos como pertencente a um contexto / ambiente, tornando a integral.</i>	SANTOS et al., 2013
		Enfermagem, Enfermagem Psiquiátrica, Interdisciplinar	<i>Aplicação da CIF pelos enfermeiros, para com os pacientes com lesão medular, ajuda a melhorar a assistência prestada.</i>	LI et al., 2016
			<i>A utilização da CIF proporciona uma melhor comunicação e colaboração interdisciplinar, melhorando a prestação de cuidados de saúde e fornece uma compreensão abrangente da saúde e do funcionamento em pessoas com condições crônicas do ponto de vista da pessoa.</i>	ALFORD et al., 2015

			<i>Na área da enfermagem psiquiátrica, a CIF é uma ferramenta de avaliação da capacidade do paciente para participar de várias esferas da vida.</i>	JOHANSSON, <i>et al.</i> , 2013
		Geografia física, Clima, Qualidade do ar	<i>Os fatores produtos e tecnologia, geografia física, atitudes societárias, serviços, sistemas e políticas foram documentadas como barreiras em mais de 10% e menos de 50% dos pacientes.</i>	WANG <i>et al.</i> , 2014
			<i>Entre os participantes em diferentes graus de DPOC, os produtos para consumo pessoal, familiares imediatos, profissionais de saúde e suas atitudes foram mais frequentemente entendidos como facilitadores, enquanto o clima e a qualidade do ar foram percebidos como barreiras.</i>	JÁCOME <i>et al.</i> , 2013
		Lar de idoso	<i>As contraturas conjuntas são um problema de saúde comum em pessoas idosas com impacto significativo nas atividades da vida diária. As categorias ICF reveladas continuam a ser validadas em populações com contraturas conjuntas em termos de relevância clínica e impacto pessoal.</i>	BARTOSZEK <i>et al.</i> , 2016
	Capítulo 3 - APOIO E RELACIONAMENTOS	Ambiente domiciliar	<i>A avaliação em idosos em ambiente domiciliar, apresentam-se ativos e participativos, sendo capaz de desempenhar uma tarefa diária, o que talvez represente um envelhecimento com poucas perdas.</i>	LOPES; SANTOS, 2015
		Apoio de familiares Familiares imediatos	<i>O apoio de familiares foi considerado um fator facilitador importante de funcionamento.</i>	SALTYCHEV <i>et al.</i> , 2014
			<i>Entre os participantes em diferentes graus de DPOC, os produtos para consumo pessoal, familiares imediatos, profissionais de saúde e suas atitudes foram mais frequentemente entendidos como facilitadores, enquanto o clima e a qualidade do ar foram percebidos como barreiras.</i>	JÁCOME <i>et al.</i> , 2013
		Apoio e relacionamentos	<i>A maioria das idosas institucionalizadas apresentaram um médio estado cognitivo e dependência funcional leve. O domínio que mais interferiu na qualidade de vida das idosas foi a habilidade física, nível energético, sono, dor, emocional e social, respectivamente. A distribuição de frequência da CIF evidenciou aspectos não observados na avaliação convencional das idosas, sobretudo, apresentou grande especificidade nas funções mentais, sensoriais e dor, sistema digestivo, metabólico e</i>	ARAUJO <i>et al.</i> , 2015

			<i>endócrino, psicomotora, movimento, cuidado pessoal, apoio e relacionamentos e atividades individuais.</i>	
		Confiança	<i>A maioria das categorias nas atividades e componente de participação relacionados à comunicação, fatores ambientais mais frequentes relacionados ao ambiente físico, como aparelhos auditivos ou ruídos, funções mentais, como a confiança ou as funções emocionais foram frequentemente destacados.</i>	GRANBERG <i>et al.</i> , 2014
		Suporte, Suporte e atitudes dos outros no ambiente do participante, Suporte, relacionamento e atitudes	<i>Os tratamentos baseados em evidências focados no aumento da competência social, do apoio social e da participação devem ser desenvolvidos para promover os resultados da reabilitação e qualidade de vida global.</i>	SÁNCHEZ <i>et al.</i> , 2016
			<i>As categorias suporte, relacionamentos e atitudes, foram identificadas como facilitadores em mais de 90% dos pacientes.</i>	WANG <i>et al.</i> , 2014
			<i>Foram considerados altamente influentes para o funcionamento e a deficiência.</i>	GRANBERG <i>et al.</i> , 2014
		Profissionais de saúde Profissionais de saúde e suas atitudes	<i>Os profissionais de saúde foram indicados como um facilitador pela maioria dos participantes.</i>	SANTANA; CHUN, 2017
			<i>Pacientes com linfedema, mencionam entre os itens mais citados, os profissionais de saúde como um facilitador ou uma barreira.</i>	VIEHOFF <i>et al.</i> , 2015
			<i>A utilização da CIF proporciona uma melhor comunicação e colaboração interdisciplinar, melhorando a prestação de cuidados de saúde e fornece uma compreensão abrangente da saúde e do funcionamento em pessoas com condições crônicas do ponto de vista da pessoa.</i>	ALFORD <i>et al.</i> , 2015
	Capítulo 4 - ATITUDES	Crenças	<i>Fator de importante em participantes que eram mais velhos e sofreram lesão da medula espinhal.</i>	GEYH <i>et al.</i> , 2016
		Motivos e padrões de experiência e comportamento	<i>São experimentados em participantes que eram mais velhos e sofreram lesão da medula espinhal.</i>	GEYH <i>et al.</i> , 2016
		Participação na sociedade	<i>As proporções para indivíduos com deficiência, com diferença estatisticamente significativa, nos domínios dos dois instrumentos foram relevantes para a mobilidade, autocuidado e participação na sociedade.</i>	DERNEK; ESMAEILZADEH; ORAL, 2015
		Opiniões	<i>As opiniões sobre as restrições de funcionamento podem diferir entre a equipe interdisciplinar e os reabilitadores.</i>	SALTYCHEV <i>et al.</i> , 2014

Capítulo 5 - SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	Acessibilidade Acesso	<i>O ter acesso à tecnologia para mobilidade pessoal e exterior e transporte possibilita melhoras no desempenho das atividades diárias.</i>	CHANG <i>et al.</i> , 2014
		<i>Há existência de uma política pública com ações de promoção de saúde funcional, aumenta a redução dos prejuízos consequentes da incapacidade, o desenvolvimento e a reintegração social.</i>	DE OLIVEIRA BRASIL, 2013
	Benefício de pensões Auxílio-doença Aposentadoria precoce	<i>Há existência de uma política pública com ações de promoção de saúde funcional, aumenta a redução dos prejuízos à seguridade social, advindos dessas incapacidades.</i>	DE OLIVEIRA BRASIL, 2013
		<i>Com relação a dor lombar ou dor generalizada crônica, a CIF consegue avaliar as condições de saúde e fornecer pelo menos em 50%, uma base para a preparação de relatórios para seguro de pensão legal alemão.</i>	KIRSCHNECK <i>et al.</i> , 2015
	Cuidados de saúde Cuidados primários Cuidados complexos Cuidados de enfermagem para idosos Atenção multidimensional e integral	<i>Do ponto de vista da pessoa, o uso da CIF proporciona uma melhor comunicação e colaboração interdisciplinar, melhorando a prestação de cuidados de saúde, fornecendo uma compreensão abrangente da saúde e do funcionamento em pessoas com condições crônicas.</i>	ALFORD <i>et al.</i> , 2015
		<i>Os profissionais devem prestar especial atenção aos problemas de saúde relacionados à mobilidade e ao funcionamento emocional, pois estes são os problemas mais prevalentes em adultos idosos que vivem na comunidade e interferem os cuidados primários e complexos.</i>	LOPES; SANTOS, 2015
		<i>São atributos associados ao desempenho do equilíbrio, em pacientes de cuidados primários, dificuldades ou modificação de tarefas, auto eficácia, dor, depressão entre outros.</i>	THOMAS <i>et al.</i> , 2014
		<i>A classificação é capaz de direcionar uma avaliação funcional dos idosos, tornando a integral, como tendo um corpo, com necessidades de realizar atividades e participação e pertencer a um contexto / ambiente.</i>	SANTOS <i>et al.</i> , 2013
		<i>Priorizar a manutenção da funcionalidade dos idosos, com monitoramento das condições de saúde, ações preventivas específicas de saúde e educação, e cuidados buscando uma atenção multidimensional e integral, não necessariamente centrada na doença, aumenta a redução dos prejuízos à</i>	DE OLIVEIRA BRASIL, 2013

			<i>seguridade social, apresentando um baixo custo agregado, já que as ações demandam, basicamente, a atuação de profissionais específicos, insumos de tecnologia leve e a máxima possibilidade de sua ênfase na atenção básica, propiciando o desenvolvimento e a reintegração social.</i>	
		Atitudes societárias, serviços, sistemas e políticas	<i>Os fatores produtos e tecnologia, geografia física, atitudes societárias, serviços, sistemas e políticas foram documentadas como barreiras em mais de 10% e menos de 50% dos pacientes.</i>	WANG <i>et al.</i> , 2014
		ILPI Institucionalização	<i>Os idosos residentes em unidades de longa permanência apresentaram bom estado cognitivo, sendo possível constatar pouca dependência nas atividades relacionadas a cuidados pessoais, mobilidade e comunicação. O uso da CIF permite visualizar o cenário de funcionalidade dos idosos, o que pode facilitar estratégias de promoção de saúde mais efetivas para essa população.</i>	JOSINO <i>et al.</i> , 2015
			<i>Idosas institucionalizadas apresenta, médio estado cognitivo e dependência funcional leve. Os componentes que interferiu a qualidade de vida foram: a habilidade física, nível energético, sono, dor, emocional e social. A CIF evidenciou grande especificidade nas funções mentais, sensoriais e dor, sistema digestivo, metabólico e endócrino, psicomotora, movimento, cuidado pessoal, apoio e relacionamentos e atividades individuais.</i>	ARAUJO <i>et al.</i> , 2015
		Reabilitação (Interdisciplinar, Psiquiátrica, Audiológica, Vocacional, Vestibular) Neuroreabilitação	<i>Os objetivos interprofissionais de reabilitação podem ser amplamente descritos pelo CIF.</i>	HAAS <i>et al.</i> , 2016
			<i>A função auditiva, outras funções, atividades / interação contextual, e incapacidade de terceiros são fatores importantes para reabilitação audiológica na prática clínica.</i>	ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015
			<i>Na reabilitação vocacional, a dor lombar ou dor generalizada crônica, podem ser avaliadas pela CIF.</i>	KIRSCHNECK <i>et al.</i> , 2015
			<i>O conjunto do núcleo mostra a validade de construção discriminante em relação aos diagnósticos da CID-10. A análise de fatores identificou 3 tipos de comprometimento da saúde funcional independentes das doenças da CI-10: tipo cognitivo, psicomotor e emocional.</i>	QUERI, 2014
			<i>As opiniões sobre as restrições de funcionamento podem diferir entre a equipe interdisciplinar, os reabilitadores e outros</i>	SALTYCHEV <i>et al.</i> , 2014

			<i>significativos e devem ser consideradas no processo de neuroreabilitação.</i>	
			<i>A integração da linguagem universal da CIF no EASY-Care ilustra o potencial de usar este instrumento em configurações de atenção primária podendo ser usadas para planejar intervenções de reabilitação em ambientes comunitários para adultos mais velhos a nível comunitário.</i>	MARQUES <i>et al.</i> , 2014
			<i>A CIF oferece uma linguagem e estrutura, e seu uso é potencial</i>	MARQUES <i>et al.</i> , 2013
			<i>Os objetivos estabelecidos em um ambiente de reabilitação em equipe para pacientes com artrite reumatoide estão relacionados a todos os componentes da CIF, sendo "Atividades e Participação" o mais frequentemente abordado.</i>	MEESTERS <i>et al.</i> , 2013
			<i>Foram extraídas recomendações desse estudo para melhorar intervenções abrangentes de reabilitação para pacientes com DPOC com base no quadro da ICF.</i>	JÁCOME <i>et al.</i> , 2013
			<i>O Conjunto de Núcleo Abrangente para AVC foi considerado um bom ponto de partida potencial para a implementação prática da CIF em uma unidade de reabilitação de AVC.</i>	SALTYCHEV <i>et al.</i> , 2013
			<i>Na reabilitação vestibular a CIF oferece uma linguagem e estrutura relevantes na categoria vertigem</i>	GRAZIANO, 2013
			Serviços de saúde	<i>Uma política pública com ações de promoção de saúde funcional, aumenta a redução dos prejuízos à seguridade social, advindos dessas incapacidades, melhoria na qualidade de vida das pessoas, apresentando um baixo custo agregado, já que as ações demandam, basicamente, a atuação de profissionais específicos, insumos de tecnologia leve e a máxima possibilidade de sua ênfase na atenção básica, propiciando o desenvolvimento e a reintegração social.</i>
FATORES PESSOAIS	Baixo nível socioeconômico	<i>São fatores que contribuem para as incapacidades, usando o WHODAS 2.0, a idade, o sexo, o local de residência e os tipos e gravidade da deficiência. Visto também que a população estudada tinha em comum ser de baixo nível socioeconômico e diferença de taxa de emprego.</i>	CHI <i>et al.</i> , 2014	
	Ciclo de vida	<i>Não se tem conhecimento, no Brasil, de políticas públicas que acompanhem, de modo transversal e integral, todas as fases do ciclo de vida ou delineiem o perfil da funcionalidade e o acompanhamento da incidência de incapacidade neste prisma.</i>	DE OLIVEIRA BRASIL, 2013	

	Fatores biológicos ou socioculturais Problemas orgânicos Condições biológicas, ambientais, sociais, culturais e políticas	<i>A restrição na participação foi a mais evidente, principalmente devido a fatores ambientais quando comparadas as sequelas resultantes da lesão cerebral.</i>	POMMERHEHN; DELBONI; FEDOSSE, 2016
		<i>Em pacientes com problemas no funcionamento do câncer de cabeça e pescoço, profissionais de saúde recomendam avaliar o monitoramento de terapia, consumo de alimentos, dor, outros problemas orgânicos / testes laboratoriais e áreas psicossociais</i>	KIRSCHNECK <i>et al.</i> , 2015
		<i>Para uma análise de saúde biopsicossocial, é necessário considerar que não se origina apenas de condições biológicas, mas também ambientais, sociais, culturais e políticas e os domínios de maior frequência em instrumentos estudados, são as condição de saúde, estrutura corporal e função, atividade, participação, fatores ambientais e fatores pessoais.</i>	GOMES; BURANELLO; CASTRO, 2017
	Incapacidade de terceiros	<i>A função auditiva, outras funções, Atividades / interação contextual, e incapacidade de terceiros são fatores importantes para reabilitação audiológica na prática clínica.</i>	ALFAKIR; HOLMES; NOREEN, 2015
	Idade	<i>Para a CIF aspecto necessário para caracterização do perfil do idoso e avaliação de comprometimento.</i>	CHI <i>et al.</i> , 2014
		<i>Contribui para as incapacidades.</i>	DE OLIVEIRA ARAUJO; MANCUSSI E FARO, 2014
	Sexo	<i>Para a CIF aspecto necessário para caracterização do perfil do idoso e avaliação de comprometimento.</i>	CHI <i>et al.</i> , 2014
		<i>Contribui para as incapacidades.</i>	DE OLIVEIRA ARAUJO; MANCUSSI E FARO, 2014
	Local residência	<i>Para a CIF aspecto necessário para caracterização do perfil do idoso, avaliação de comprometimento e contribui para as incapacidades.</i>	CHI <i>et al.</i> , 2014
	Representações sociais	<i>As representações mentais pessoas com osteoartrite foram consistentes com o quadro teórico da CIF.</i>	POLLARD; DIXON; JOHNSTON, 2013
	Envelhecimento	<i>Fator que contribui para as incapacidades.</i>	DE OLIVEIRA ARAUJO; MANCUSSI E FARO, 2014

	Estado civil	<i>Fator que contribui para as incapacidades.</i>	DE OLIVEIRA ARAUJO; MANCUSSI E FARO, 2014
	Etnia	<i>Fator que contribui para as incapacidades.</i>	DE OLIVEIRA ARAUJO; MANCUSSI E FARO, 2014
	Educação	<i>Fator que contribui para as incapacidades.</i>	DE OLIVEIRA ARAUJO; MANCUSSI E FARO, 2014
	Ocupação	<i>Fator que contribui para as incapacidades.</i>	DE OLIVEIRA ARAUJO; MANCUSSI E FARO, 2014
	Nacionalidade	<i>Fator que contribui para as incapacidades.</i>	DE OLIVEIRA ARAUJO; MANCUSSI E FARO, 2014
	Número de filhos	<i>Fator que contribui para as incapacidades.</i>	DE OLIVEIRA ARAUJO; MANCUSSI E FARO, 2014
	Idoso, idoso frágil e pré-frágil	<i>Idosos mais vulneráveis apresentam maior prevalência à restrição da participação.</i>	LIU, 2017
		<i>A CIF possui componentes validados para medição da funcionalidade.</i>	SANTOS <i>et al.</i> 2016
		<i>As contratações conjuntas são um problema de saúde comum em pessoas idosas com impacto significativo nas atividades da vida diária.</i>	BARTOSZEK <i>et al.</i> , 2016
		<i>Fase da vida de maior exposição a doenças, fatores contextuais pessoa-ambiente, funcionamento mental, limitações de atividade e participação como preditores de qualidade de vida.</i>	SÁNCHEZ <i>et al.</i> , 2016
		<i>Idosos em ambiente domiciliar que se apresentam ativos e participativos, capazes de desempenhar uma tarefa diária, representa um envelhecimento com poucas perdas.</i>	LOPES; SANTOS, 2015
		<i>A participação no programa de vídeo ativo de curto prazo reduz os riscos de queda e melhora a incapacidade em idosos da comunidade.</i>	TSENG; HSIEH, 2013
		<i>Idosos mais vulneráveis apresentam maior prevalência à restrição da participação.</i>	LIU, 2017

Apêndice E - Elaboração das perguntas por categorias relacionadas aos componentes da CIF, com IVC $\geq 0,80$, fase 2, para constituírem o Instrumento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – IAMPI. João Pessoa, 2019

FUNÇÕES DO CORPO – Deficiências - (1º Qualificador – indicar extensão – negativo)

CAP.1 - FUNÇÕES MENTAIS	
Funções Mentais Globais (b110-b139)	
FUNÇÕES DA CONSCIÊNCIA	
b1100 Nível da Consciência	- Permanece durante o dia mais ativa, realizando alguma atividade? () Sim () Não - Tem queixa de alguma dificuldade em entender conversas, filmes, notícias? () Sim () Não Consegue responder de forma coerente as perguntas com relação a si? () Sim () Não
b1102 Qualidade da consciência	- Percebe-se mais distante da rotina da casa, das conversas, do seu dia a dia? () Sim () Não - Queixa- de ver objetos ou escutar pessoas conversando quando está sozinha? () Sim () Não
FUNÇÕES DA ORIENTAÇÃO	
b1140 Orientação em relação ao tempo	- Que dia da semana é hoje? () Sim () Não
b1141 Orientação com relação ao lugar	- No momento onde estás? () Sim () Não
b1142 Orientação com relação à pessoa	- Quantos anos tem? () Sim () Não - Teve quantos filhos? () Sim () Não
b1143 Orientação em relação a objetos	- Onde está sua bolsa/carteira/relógio? () Sim () Não
b1144 Orientação em relação ao espaço	- Onde mora/ onde estás no momento? () Sim () Não
FUNÇÕES INTELECTUAIS	
b117 Funções intelectuais (incluir Retardo mental, demência)	- Consegue ler um livro e falar sobre ele? () Sim () Não - Escreve (eu) cartas, poesias...? () Sim () Não
FUNÇÕES DO TEMPERAMENTO E DA PERSONALIDADE	
b1263 Estabilidade Psíquica	- Apresenta-se no seu dia a dia? () equilibrado, calmo e sossegado ou () irritável, preocupado, inconstante e genioso
b1266 Confiança	- Avalia seu temperamento pessoal como? () seguro, ousado e assertivo, ou () tímido, inseguro e humilde
FUNÇÕES DO SONO	
b1340 Quantidade de sono	- Quantas horas dormi durante a noite? () Mais de 7h () Menos de 7h
b1343 Qualidade do sono	- Acorda durante a noite? () Sim () Não - As horas que dorme, restabelece suas energias? () Sim () Não
Funções Mentais Específicas (b140-b189)	
FUNÇÕES DA ATENÇÃO	
b1400 Manutenção da atenção	- Faz alguma atividade que requer sua concentração como crochê, vagonite ou macramê? () Sim () Não
FUNÇÕES DA MEMÓRIA	
b1440 Memória de curto prazo	- Recorda que dia é hoje? () Sim () Não (relata o dia da semana)

b1441 Memória de longo prazo	- Lembra do nome de uma grande amiga? () Sim () Não
FUNÇÕES PSICOMOTORAS	
b1470 Controle psicomotor	- Apresenta-se? () mover-se e falar lentamente, diminuição da gesticulação e espontaneidade () excitação psicomotora como tamborilar com os dedos, apertar as mãos, agitação e inquietude () coerente, falar adequadamente, mantém a espontaneidade
b1471 Qualidade das funções psicomotoras	
FUNÇÕES EMOCIONAIS	
b1520 Adequação da emoção	- Quando recebe notícias boas fica feliz? () Sim () Não
FUNÇÕES DA PERCEPÇÃO	
b1560 Percepção auditiva	- Considera sua audição (escuta) boa? () Sim () Não
b1561 Percepção visual	- A visão é tida como boa? () Sim () Não
b1562 Percepção olfativa	- Sente o cheiro de perfume, de comida, de coisa estragada? () Sim () Não
b1563 Percepção gustativa	- Consegue sentir o gosto do doce, salgado e azedo? () Sim () Não
b1564 Percepção tátil	- Ao pegar em algo percebe se está frio ou quente ou liso ou áspero? () Sim () Não
b1565 Percepção visioespacial	- No momento está sentada na minha frente? () Sim () Não
FUNÇÕES DO PENSAMENTO	
b160 Funções do pensamento	No momento tem queixa? () Pensamentos negativos () Pensamentos constantes () Pensamentos sobre delirantes () Pensamentos obsessivos em algo () Pensamentos compulsivos
FUNÇÕES COGNITIVAS SUPERIORES	
b1640 Abstração	- Consegue criar uma história para seus netos ou sobrinho? () Sim () Não
b1641 Organização e planejamento	- Consegue organizar sua cozinha, guarda-roupa, planejar uma visita ou viagem? () Sim () Não
b1644 Autoconhecimento (insight)	- Considera que conheci a si mesma? () Sim () Não
b1645 Julgamento	- Considera mentir, matar, roubar um comportamento certo? () Sim () Não
b1646 Resolução de problemas	- Vamos fazer uma conta? $10-8+4=6$ () Sim () Não
FUNÇÕES MENTAIS DA LINGUAGEM	
b1670 Recepção da linguagem	Consegue verbalizar seus pensamentos, emoções, situações por meio: () Verbal/oral () Escrita () Gestos/sinais
b1671 Expressão da linguagem	
b1672 Funções integradoras da linguagem	() Utiliza as formas necessárias para dar significado/expressão

CAP.2 - FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR

Visão e funções relacionadas (b210-b229)

FUNÇÕES DA VISÃO	
b2100 Funções da acuidade visual (longe e perto)	- Considera sua visão para perto como boa? () Sim () Não - Considera sua visão para longe como boa? () Sim () Não
b2101 Funções do campo visual	

b2102 Qualidade da visão	Tem queixa quanto prejuízo da visão ao se expor: () Luz () Sensibilidade à contraste () visão das cores
--------------------------	---

Funções auditivas e vestibulares (b230-b249)

b2300 Detecção do som	Consegue perceber barulho, conversa ou qualquer som ao entrar em um ambiente? () Sim () Não
b2304 Discriminação da fala	Consegue perceber quando alguém está falando consigo? () Sim () Não
b2350 Função vestibular de posição	
b2351 Função vestibular de equilíbrio	
b2352 Função vestibular do movimento	

SENSAÇÕES ASSOCIADAS À AUDIÇÃO E A FUNÇÃO VESTIBULAR

b2400 Zumbido nas orelhas	Tem queixa de: () Zumbido
b2401 Tontura	() Tontura
b2402 Sensação de cair	() Sensação de queda
b2403 Náusea associada à tontura ou vertigem	() Náusea associada à tontura ou vertigem

Funções sensoriais adicionais (b250-b279)

FUNÇÕES SENSORIAIS ADICIONAIS

b250 Função gustativa	Consegue sentir: () Sabor amargo () Sabor doce () Sabor ácido () Sabor salgado
b255 Funções olfativa	() Sentir odores () Sentir aromas
b260 Função proprioceptiva	() Sentir braços () Sentir as pernas () Sentir o movimento da cabeça
b265 Função Tátil	() Senti ao tocar em algo áspero () Qualidade de um tecido

FUNÇÕES SENSORIAIS RELACIONADAS À TEMPERATURA E A OUTROS ESTÍMULOS

b2700 Sensibilidade à temperatura	() Senti ao tocar em algo frio () Sentir ao tocar em algo quente
b2703 Sensibilidade a estímulo nocivos	() Percebe quando está confortável () Percebe quando está desconfortável

Dor (b280-b289)

SENSAÇÃO DE DOR

b2800 Dor generalizada	- Apresenta sensação de dor em todo corpo? () Sim () Não
b2801 Dor localizada	- Sente alguma dor específica? () Sim () Não
b2802 Dor em múltiplas partes do corpo	- Sente dor em mais de uma parte no corpo? () Sim () Não

CAP. 3 - FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA**FUNÇÃO DA VOZ**

b3100 Produção da voz	Apresenta queixa com relação a voz? () Sim () Não
-----------------------	---

FUNÇÕES DA FLUÊNCIA E DO RITMO DA FALA

b3300 Fluência da fala	Consegue conversar, falando de forma pausada, sem cansaço, com coerência na utilização das palavras? () Sim () Não
------------------------	---

CAP. 4 - FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO

Funções do sistema cardiovascular (b410-b429)

FUNÇÕES DO CORAÇÃO

b4100 Frequência cardíaca	Sente alguma aceleração nos batimentos do coração? () Sim () Não
b4101 Ritmo cardíaco	O coração de momentos mais agitados durante o ritmo ou seus batimentos são sempre no mesmo ritmo? () Sim () Não
FUNÇÕES DA PRESSÃO SANGÜINEA	
b4200 Aumento da pressão sanguínea	- Percebe algum aumento da sua PA? () Sim () Não
b4202 Manutenção da pressão sanguínea	-A sua PA é sempre a mesma durante o dia? () Sim () Não

Funções do sistema respiratório (b440-b449)

FUNÇÕES RESPIRATÓRIAS	
b4400 Frequência respiratória	Consegue perceber a sua respiração? () Sim () Não
b4401 Ritmo respiratório	Se sim, ela é mais: () Agitada () harmoniosa () localiza-se na região do tórax () normal () outra

Funções e sensações adicionais dos sistemas cardiovascular e respiratório (b450-b469)

FUNÇÕES DE TOLERÂNCIA A EXERCÍCIOS	
b4550 Resistência física geral	Consegue realizar alguma atividade física? () Sim () Não
b4551 Capacidade aeróbica	Se sim, sente: () falta de ar () fadiga () vigor () ritmo lento () desenvolve sem queixas
b4552 Fadiga	

CAP. 5 - FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTÓRIO, METABÓLICO E ENDÓCRINO

Funções relacionadas ao Sistema digestório (b510-b539)

FUNÇÕES DE INGESTÃO	
b5102 Mastigar	Ao se alimentar, consegue mastigar os alimentos com os dentes de trás (molares)? () Sim () Não
b5103 Manipulação dos alimentos na boca	Se sim, tem dificuldades: () mover a comida na boca com os dentes e a língua
b5105 Deglutição	() deglutir líquidos () deglutir comidas mais secas () deglutir pouco alimento
FUNÇÕES DIGESTIVAS	
b5150 Transporte de alimentos por meio do estômago e dos intestinos	() na digestão dos alimentos
b5152 Absorção dos nutrientes	() absorção dos alimentos
b5153 Tolerância aos alimentos	() tolerância com algum alimento específico
FUNÇÕES DE DEFECACÃO	
b5250 Eliminação de fezes	Consegue perceber se o intestino funciona bem? () Sim () Não
b5252 Frequência de defecção	Se sim, consegue ir diariamente ao banheiro eliminar fezes? () Sim () Não
b5253 Continência fecal	Consegue ter controle na eliminação das fezes? () Sim () Não
b530 Funções de manutenção do peso	Tem dificuldades de ganhar peso? () Sim () Não E perder peso? () Sim () Não

CAP. 6 - FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS

Funções urinárias (b610-b639)

FUNÇÕES URINÁRIAS	
b6200 Micção	Apresenta alguma queixa ao urinar? () Sim () Não

b6201 Frequência da Micção	Sente que vai mais vezes ao banheiro urinar que antigamente? () Sim () Não
b6202 Continência urinária	Sente se apresenta falta de controle na micção? () Sim () Não

Funções genitais e reprodutivas (b640-b679)

FUNÇÕES SEXUAIS	
b6400 Funções da fase de excitação sexual	Consegue perceber excitação e/ou interesse sexual? () Sim () Não
b6403 Funções da fase de resolução sexual	Se sim, ao realizar sente satisfação ou relaxamento após o orgasmo? () Sim () Não
SENSAÇÕES ASSOCIADAS ÀS FUNÇÕES GENITAIS E REPRODUTIVAS	
b6700 Desconforto associado à relação sexual	Sente desconforto ao realizar ato sexual? () Sim () Não
b6702 Desconforto associado à menopausa	Sente algum desconforto com a chegada da menopausa/ () Sim () Não

CAP.7 - FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO

Funções das articulações e dos ossos (b710-b729)

FUNÇÕES RELACIONADAS À MOBILIDADE DAS ARTICULAÇÕES	
b7101 Mobilidade de várias articulações	Consegue realizar movimento: () Articulações como braços e pernas
b7102 Mobilidade generalizada das articulações	() Como dançar, pular, malhar () Não consegue fazer movimentos com articulações

Funções musculares (b730-b749)

FUNÇÕES RELACIONADAS À FORÇA MUSCULAR	
b7301 Força dos músculos de um membro	Apresenta força muscular () Um membro (braço direito/esquerdo)
b7302 Força dos músculos de um lado do corpo	() Um lado do corpo (Lado direito/esquerdo)
b7303 Força dos músculos da metade inferior do corpo	() Parte inferior do corpo (tórax/pernas)
b7304 Força dos músculos de todos os membros	() Todos os músculos
b7305 Força dos músculos do tronco	() Força no tronco (levantar o corpo deitado)
FUNÇÕES RELACIONADAS AO TÔNUS MUSCULAR	
b7350 Tônus de músculos isolados e grupos de músculos	
b7353 Tônus dos músculos da metade inferior do corpo	
b7354 Tônus dos músculos de todos os membros	

Funções dos movimentos (b750-b789)

FUNÇÕES RELACIONADAS AOS MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS	
b7651 Tremor	Apresenta: () Tremor
SENSAÇÕES RELACIONADAS AOS MÚSCULOS E FUNÇÕES DE MOVIMENTO	
b7800 Sensação de rigidez muscular	() Rigidez muscular
b7801 Sensação de espasmo muscular	() Sensação de espasmo

ESTRUTURAS DO CORPO –Deficiências

(1º Qualificador –extensão da deficiência – negativo)

(2º Qualificador – mudança na estrutura corporal)

(3º Qualificador – localização)

CAP. 4 - ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO

ESTRUTURA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR	- Apresenta alguma alteração na estrutura:
s410 Estrutura do sistema cardiovascular	() Sim () Não
s430 Estrutura do sistema respiratório	() Sim () Não

CAP. 7 - ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO

s710 Estrutura da região de cabeça e do pescoço	() Sim () Não
s730 Estrutura da extremidade superior (braço, antebraço e mão)	() Sim () Não
s740 Estrutura da região pélvica	() Sim () Não
s750 Estrutura da extremidade inferior (coxa, perna e pé)	() Sim () Não
s760 Estrutura do tronco	() Sim () Não

CAP. 8 - PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS

PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS (s8)	() Sim () Não
-------------------------------------	-----------------

ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO – Desempenho / Capacidade

Limitação – são dificuldades para executar uma atividade

Restrições – são problemas enfrentados ao se envolver em situações vitais

CAP. 1 - APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DE CONHECIMENTO

Experiências sensoriais intencionais (d110-d129)

EXPERIÊNCIAS SENSORIAIS INTENCIONAIS	
d115 Ouvir	Tem dificuldade em/na: () ouvir
Aprendizado básico (d130-d159)	
AQUISIÇÃO DE HABILIDADES	
d1550 Aquisição de habilidades básicas	() Realizar atividades como escrever, desenhar, dar laços...
d177 Tomar decisões	() Tomar decisões

CAP. 2 - TAREFAS E DEMANDAS GERAIS

d210 - Realizar uma única tarefa

REALIZAR UMA ÚNICA TAREFA	
d2100 Realizar uma tarefa simples	() Realizar atividade simples, como escovar os dentes, trocar de roupa, tomar café, no dia a dia
d2101 Realizar uma tarefa complexa	() Realizar atividade mais complexa, arrumar a casa, lavar roupa, sair para fazer um pagamento, no dia a da=ia-
d2102 Realizar uma tarefa única, de forma independente	() Realizar atividades independente de alguém

CAP. 3 – COMUNICAÇÃO

Comunicação-recepção (d310-d329)

COMUNICAÇÃO-RECEPÇÃO	
d310 Comunicação – recepção de mensagens orais	() Compreender mensagens verbal
COMUNICAÇÃO-RECEPÇÃO DE MENSAGEM NÃO VERBAIS	
d3150 Comunicação – recepção de gestos corporais	() Compreender gestos corporais

Comunicação-produção (d330-d349)

COMUNICAÇÃO-PRODUÇÃO	
d330 Fala	- Consegue falar sobre si aos outros? () Sim () Não
d345 Escrever mensagens	- Ainda consegue escrever bilhetes/cartas/lista da feira? () Sim () Não

Conversação e utilização dos dispositivos e técnicas de comunicação (d350-d369)

CONVERSAÇÃO	
d3500 Iniciar uma conversa	-Consegue iniciar uma conversa com as pessoas no dia a dia? () Sim () Não
d3503 Conversar com uma pessoa	-Conversa com alguém durante o dia a dia? () Sim () Não
d3504 Conversar com muitas pessoas	- Quando tem mais de uma pessoa juntos conversando, consegue manter uma conversa com eles? () Sim () Não

UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVO E TÉCNICOS DE COMUNICAÇÃO	
d3600 Utilização de dispositivos de comunicação	Faz uso de telefone, computador e outros aparelhos eletrônicos como meio de comunicação () Sim () Não

CAP. 4 – MOBILIDADE

Mudança e manutenção da posição do corpo (d410-d429)

MUDAR A POSIÇÃO BÁSICA DO CORPO	
d4100 Deitar-se	- Consegue deitar-se sozinha? () Sim () Não
d4103 Sentar-se	- Consegue sentar-se sozinha? () Sim () Não
d4104 Levantar-se	Consegue levantar-se sozinha? () Sim () Não
d4106 Mudar o centro de gravidade do corpo	- Deitada consegue vira de um lado para o outro? () Sim () Não
MANTER A POSIÇÃO DO CORPO	
d4153 Permanecer sentado	- Consegue ficar sentada por mais de 5min? () Sim () Não
d4154 Permanecer em pé	-Consegue ficar em pé por mais de 5min? () Sim () Não
TRANSFERIR A PRÓPRIA POSIÇÃO	
d4200 Transferir-se enquanto estiver sentado	

Carregar, mover e manusear objetos (d430-d449)

LEVANTAR E CARREGAR OBJETOS	
d4300 Levantar objetos	- Consegue levantar objetos como panela, bacias, cadeiras? () Sim () Não
d4301 Carregar nas mãos	- Consegue carregar objetos de um lugar para outro? () Sim () Não
USO FINO DA MÃO	
d4400 Pegar	- Consegue pegar tesoura, faca, agulhas? () Sim () Não
d4402 Manipular	- Consegue colocar água em um copo? () Sim () Não
d4403 Soltar	- Consegue? () Sim () Não

Andar e mover-se (d450-d469)

ANDAR	
d4500 Andar distâncias curtas	No seu dia a dia, há dificuldades: () Andar curtas distâncias
d4501 Andar distâncias longas	() Andar longas distâncias
d4502 Andar sobre superfícies diferentes	() Andar por diferentes superfícies
d4503 Andar desviando-se de obstáculos	() Andar desviando de obstáculos
DESLOCAR-SE	
d4551 Subir	() Subir escadas/degraus
DESLOCAR-SE POR DIFERENTES LOCAIS	
d4600 Deslocar-se dentro de casa	() Deslocar-se dentro de casa
d4601 Deslocar-se dentro de outros edifícios que não a própria casa	() Deslocar-se dentro de outros ambientes, sem ser em casa
d4602 Deslocar-se fora de casa e outros prédios	() Deslocar-se fora de casa
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento? () Sim () Não

Deslocar-se utilizando transporte (d470-d499)

UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTE	
d4701 Utilização de transporte motorizado privado (carro, barco, táxi, avião, etc.)	Utiliza algum tipo de transporte motorizado? () Sim () Não

d4702 Utilização de transporte público	Utiliza transporte público? () Sim () Não
--	--

CAP. 5 - CUIDADO PESSOAL

LAVAR-SE	
d5100 Lavar partes do corpo	- No seu dia a a consegue fazer sozinha? () Sim () Não
d5101 Lavar todo o corpo	() Sim () Não
d5102 Secar-se	() Sim () Não
CUIDADO DAS PARTES DO CORPO	
d5200 Cuidado da pele	() Sim () Não
d5201 Cuidado dos dentes	() Sim () Não
CUIDADOS RELACIONADOS AOS PROCESSOS DE EXCREÇÃO	
d5300 Regulação da micção	
d5301 Regulação da defecação	
VESTIR-SE	
d5400 Vestir-se	Consegue realizar sozinho: () Vestir-se
d5401 Despir-se	() despir-se
d5402 Calçar	() Calçar
d5403 Tirar o calçado	() Tirar calçado
d5404 Escolha de roupa apropriada	() Escolher uma roupa
d550 Comer	() Alimentar-se
d560 Beber	() Beber água
CUIDAR DA PRÓPRIA SAÚDE	
d5700 Garantir o próprio conforto físico	() Garantir o próprio conforto físico
d5702 Manter a própria saúde	() Manter própria saúde

CAP. 6 - VIDA DOMÉSTICA

Aquisição do necessário para viver (d610-d629)

AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS	
d6200 Comprar	() Realizar compras
d6201 Obtenção das necessidades diárias	() Obter suas necessidades diárias

Tarefas domésticas (d630-d649)

PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES	
d6300 Preparar refeições simples	() Preparar as refeições simples

Cuidar dos objetos da casa e ajudar os outros (d650-d669)

CUIDAR DOS OBJETOS DA CASA	
d6505 Cuidar de plantas internas e externas	() Cuidar de plantas
AJUDAR OS OUTROS	
d6600 Ajudar os outros no cuidado pessoal	() Auxiliar os outros em seus cuidados pessoais
d6601 Ajudar os outros a se mover	() Auxiliar os outros a se mover

Cap. 7 - RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS

Interações interpessoais gerais (d710-d729)

INTERAÇÕES INTERPESSOAIS BÁSICAS	
d7100 Respeito e afeto nos relacionamentos	Apresenta dificuldades/reclamações: () Respeito e afeto nos relacionamentos
d7101 Apreciação nos relacionamentos	() Apreciação nos relacionamentos
d7102 Tolerância nos relacionamento	() Tolerância nos relacionamento
d7103 Atitude crítica nos relacionamentos	() Atitude crítica nos relacionamentos
d7106 Diferenciar pessoas da família	() Diferenciar pessoas da família

Interações interpessoais particulares (d730-d779)

RELAÇÕES FORMAIS	
d7402 Relações com pares	() Relações com esposo (a)
RELAÇÕES FAMILIARES	
d7600 Relações pai-filho	() Relação com filhos, netos
d7601 Relações filho-pai	-----
d7602 Relações entre irmãos	() Relações com irmãos, irmãs
d7603 Relações com outros parentes	() Relação com primos, cunhados

Cap. 8 - ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA

Trabalho e emprego (d840-d859)

TRABALHO REMUNERADO	
d8500 Trabalho autônomo	Realiza algum trabalho remunerado () Sim () Não

Vida econômica (d860-d879)

d860 Transações econômicas básicas	Realiza transações financeiras, como utilizar dinheiro para comprar comida ou fazer permutas, trocar mercadorias ou serviços; ou economizar dinheiro. () Sim () Não
AUTOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA	
d8700 Recursos econômicos pessoais	Precisa ter cuidados com seus recursos financeiros pessoais para se manter? () Sim () Não
d8701 Direitos econômicos públicos	Precisa solicitar benefícios do setor público para manter suas necessidades futuras? () Sim () Não

Cap. 9 - VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA

RECREAÇÃO E LAZER	
Faz alguma dessas atividades?	
d9200 Jogar	() Jogar
d9201 Praticar esportes	() Praticar esportes
d9202 Arte e cultura	() Arte e cultura
d9203 Artesanato	() Artesanato
d9204 Hobbies	() Hobbies
d9205 Socialização	() Socialização
RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE	
d9300 Religião organizada	() Religião
d9301 Espiritualidade	() Espiritualidade
d940 Direitos humanos	

FATORES AMBIENTAIS - Facilitadores ou Dificultadores (*obstáculos*)

Cap. 1 - Produtos e tecnologia

PRODUTOS OU SUBSTÂNCIAS PARA CONSUMO PESSOA	
e1100 Alimentos	() Facilitador () Dificultador
e1101 Medicamentos	() Facilitador () Dificultador
PRODUTOS E TECNOLOGIA PARA USO PESSOAL NA VIDA DIÁRIA	
e1150 Produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária	() Facilitador () Dificultador
e1151 Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária	() Facilitador () Dificultador
PRODUTOS E TECNOLOGIA PARA MOBILIDADE E TRANSPORTE PESSOAL EM AMBIENTES INTERNOS E EXTERNOS	

e1200 Produtos e tecnologias gerais para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	() Facilitador () Dificultador
e1201 Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos	() Facilitador () Dificultador
PRODUTOS E TECNOLOGIA PARA COMUNICAÇÃO	
e1250 Produtos e tecnologias gerais para comunicação	() Facilitador () Dificultador

Cap. 3 - Apoio e relacionamentos

e310 Família Nuclear	() Facilitador () Dificultador
e320 Amigos	() Facilitador () Dificultador
e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	() Facilitador () Dificultador
e340 Cuidadores e assistentes pessoais	() Facilitador () Dificultador
e355 Profissionais da saúde	() Facilitador () Dificultador
e360 Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde	() Facilitador () Dificultador

Cap. 4 – Atitudes

e410 Atitudes individuais de membros da família nuclear	() Facilitador () Dificultador
e420 Atitudes individuais dos amigos	() Facilitador () Dificultador
e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	() Facilitador () Dificultador
e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	() Facilitador () Dificultador
e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde	() Facilitador () Dificultador
e460 Atitudes sociais	() Facilitador () Dificultador

CAP. 5 - SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS

SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS DE HABITAÇÃO	
e5250 Serviço de habilitação	() Facilitador () Dificultador
SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS DE TRANSPORTE	
e5400 Serviços de transporte	() Facilitador () Dificultador
e5401 Sistemas de transporte	() Facilitador () Dificultador
SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS LEGAIS	
e5500 Serviços legais	() Facilitador () Dificultador
SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	
e5700 Serviços da previdência social	() Facilitador () Dificultador
SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS DE SUPORTE SOCIAL GERAL	
e5750 Serviços de suporte social geral	() Facilitador () Dificultador
SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE	
e5800 Serviços de saúde	() Facilitador () Dificultador

ANEXOS

**Anexo A – Certidão de Aprovação do Projeto no Grupo de Estudo e Pesquisa sobre
Fundamentação da Assistência de Enfermagem**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



CERTIDÃO

Certifico, para fins de comprovação, que o Projeto de Tese intitulado:
“Avaliação multidimensional da pessoa idosa com base na Classificação Internacional de Funcionalidade”, da doutoranda **EMILENE NÓBREGA MEDEIROS**, sob orientação da Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, foi **APROVADO** pelo Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem, no dia 06 de agosto de 2018, e **HOMOLOGADO** na 322ª Reunião do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, no dia 13 de agosto de 2018.

João Pessoa, 04 de setembro de 2018.


Profa. Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Drª Simone H. dos Santos Oliveira
 Pós-Graduação em Enfermagem
 UFPB Coordenadora
 SIAPE 1222702

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 Centro de Ciências da Saúde, Campus I da UFPB
 Ramal: 3216-7109
 E-mail: enfermagemposgraduacao@gmail.com
 Endereço eletrônico: <http://www.ufpb.br/pos/ppgenf>

Anexo B - Parecer Consubstanciado do CEP

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA
COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE

Pesquisador: EMILENE NOBREGA MEDEIROS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 09355919.1.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.426.184

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado vinculado ao Programa de Pós-graduação de enfermagem com proposta de pesquisa metodológica que envolve a organização sistemática para elaboração, avaliação, validação e aperfeiçoamento de instrumentos e técnicas de pesquisa, assim como de estratégias metodológicas, comumente utilizando métodos complexos e sofisticados, incluindo métodos mistos.

Objetivo da Pesquisa:

Construir um instrumento de avaliação multidimensional para a pessoa idosa a ser utilizado na Estratégia Saúde da Família

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: oferece riscos mínimo e imprevisíveis como desconfortos decorrentes de dificuldade ou demora no preenchimento do instrumento.

Benefícios: avanço no conhecimento sobre as definições conceituais e operacionais que poderão ser usadas em pesquisas futuras; uniformizar/padronizar a coleta de dados, evitando erros de interpretação na avaliação das pessoas idosas; favorecerá o planejamento e implementação de avaliação multiprofissional efetiva, de qualidades e sobretudo direcionados às reais necessidades das pessoas idosas.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.426.184

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os termos e documentos obrigatórios

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS DO PROJETO_1297741.pdf	27/05/2019 12:58:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Emilene_Maio_19.pdf	27/05/2019 12:57:06	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Emilene_Nobrega_Medeiros_abril2019_modificado.pdf	21/04/2019 18:51:45	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Emilene_N_Medeiros_Fev2019. pdf	18/04/2019 11:48:53	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_modificado.pdf	17/04/2019 23:10:04	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_modificado.pdf	17/04/2019 23:09:50	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARA_AVALIADORES_FASE_2_modificado.pdf	17/04/2019 23:09:33	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_PARA_AVALIADORES_FASE_I_modificado.pdf	17/04/2019 23:09:20	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito
Ausência	TCLE_PARA_AVALIADORES_FASE_I_modificado.pdf	17/04/2019 23:09:20	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARA_PESSOA_IDOSA_modificado.pdf	17/04/2019 23:09:00	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito
Outros	CertidaoPPGENF.pdf	26/02/2019 20:58:04	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito
Outros	CartaDeAnuencia.pdf	26/02/2019 20:57:35	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/02/2019 21:05:28	EMILENE NOBREGA MEDEIROS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 29 de Junho de 2019

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Página 02 de 02

Endereço: UNIVERSITARIO S/N		CEP: 58.051-900
Bairro: CASTELO BRANCO	Município: JOAO PESSOA	
UF: PB		
Telefone: (83)3216-7791	Fax: (83)3216-7791	E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br