

Aplicação das regras de vinculação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde com a Avaliação Geriátrica Ampla

Linking the content of the Comprehensive Geriatric Assessment of a reference center for the health of the elderly with the International Classification of Functioning, Disability and Health

 Diana Oliveira Noronha¹,  Kionna Oliveira Bernardes Santos¹,  Marina Carvalho Arruda Barreto²,  Luciana Castaneda³,  José Garcia Vivas Miranda¹,  Cleber Luz-Santos¹

RESUMO

Objetivo: Vincular o conteúdo da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) de um centro de referência na saúde da pessoa idosa com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e apresentar seu Conjunto Básico de categorias da CIF. **Método:** A AGA foi vinculada à CIF por dois especialistas, treinados de acordo com as regras de vinculação estabelecidas. A concordância entre os especialistas foi determinada com base no índice kappa de Cohen. **Resultados:** A concordância entre os especialistas foi considerada perfeita para cada domínio da CIF ($k = 0,91$; $p < 0,00$; concordância = 93,32%). A AGA continha 419 itens, sendo que 106 não puderam ser vinculados à CIF, por estarem associados a condições de saúde ou não se enquadrarem nas categorias da CIF. Foi verificado que 313 estavam ligados aos domínios da CIF e que 181 (60,13%) estavam relacionados às funções do corpo, 18 (5,98%) às estruturas do corpo, 73 (24,258%) à atividade e participação, 30 (9,97%) a fatores ambientais e 11 (3,51%) aos fatores pessoais. **Conclusões:** A CIF pode ser inserida em contextos específicos dos serviços de saúde sendo viável a vinculação da CIF com formulários elaborados pelos próprios serviços de saúde. A correspondência entre um instrumento de avaliação geriátrico e a CIF potencializa discussões de casos, planos terapêuticos e cuidado continuado. A dinâmica do processo de cuidado padronizado pela CIF pode facilitar a ampliação do cuidado e estabelecimento de metas terapêuticas que ultrapassem o contexto do serviço e alcancem a esfera familiar e social.

Palavras-chaves: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Procedimentos Clínicos, Avaliação Geriátrica, Serviços de Saúde, Idoso

ABSTRACT

Objective: Linking the content of the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) of a reference center for the health of the elderly with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and present its Basic Set of ICF codes. **Method:** The AGA were linked to the ICF by two specialists, trained according to the established linking rules. Agreement between the health professionals was determined based on Cohen's kappa index. **Results:** The agreement between the two health professionals was considered perfect for each ICF domain ($k = 0.91$; $p < 0.00$; agreement = 93.32%). The AGA contained 419 items, 106 of which could not be linked to the ICF, as they were associated with health conditions or did not fit into any category. It was found that 313 were linked to the ICF domains and that 181 (60.13%) were related to body functions, 18 (5.98%) to body structures, 73 (24.258%) to activity and participation, 30 (9.97%) to environmental factors and 11 (3.51%) to personal factors. **Conclusions:** The ICF can be inserted in specific contexts of health services, making it feasible to link the ICF with forms prepared by the health services themselves. The correspondence between a geriatric assessment instrument and the ICF enhances case discussions, therapeutic plans and continued care. The dynamics of the care process standardized by the ICF can facilitate the expansion of care and the establishment of therapeutic goals that go beyond the context of the service and reach the family and social sphere.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health, Critical Pathways, Geriatric Assessment, Health Services, Aged

¹Universidade Federal da Bahia – UFBA

²Universidade Federal do Ceará – UFC

³Instituto Federal do Rio de Janeiro – IFRJ

Autor Correspondente

Diana Oliveira Noronha

E-mail: diananoronhafisio@gmail.com

Conflito de Interesses

Nada a declarar

Submetido: 18 maio 2023

Aceito: 17 novembro 2023

Como citar

Noronha DO, Santos KOB, Barreto MCA, Castaneda L, Miranda JGV, Luz-Santos C. Aplicação das regras de vinculação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde com a avaliação geriátrica ampla. Acta Fisiátr. 2023;30(4):225-231.

Financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)

DOI: 10.11606/issn.23170190.v30i4a212189

ISSN 2317-0190 | Copyright © 2023 | Acta Fisiátrica
Instituto de Medicina Física e Reabilitação – HCFMUSP



Este trabalho está licenciado com uma licença
Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

INTRODUÇÃO

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é uma abordagem multidisciplinar e multidimensional para identificação das condições clínicas, psicossociais e funcionais da pessoa idosa frágil ou em risco de fragilização.^{1,2} Para capturar a condição geral da pessoa idosa são realizadas entrevistas, questionários, testes clínico-funcionais e exames diagnósticos que variam de acordo com o perfil dos indivíduos e as características do serviço. Estas informações quando sistematizadas favorecem o planejamento terapêutico no longo prazo. A AGA já é considerada padrão-ouro no cuidado de idosos frágeis hospitalizados,³ onde o uso sistemático aumentou a probabilidade de o paciente estar vivo e em sua própria casa em até 12 meses.⁴

A sistematização dos dados aumenta a quantidade de informações disponíveis, favorecendo o gerenciamento dos casos nos serviços de saúde. Uma das principais dificuldades ao gerenciar procedimentos clínicos é a diversidade de termos técnicos não padronizados que podem ser usados na AGA. Para padronizar a linguagem técnica dos dados relativos à funcionalidade, é possível utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esta classificação é formada por domínios, que permitem a avaliação das condições de vida, sendo eles funções do corpo (funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas do corpo), estruturas do corpo (partes anatômicas do corpo), atividades e participação (como são exercidas as atividades diárias e o engajamento na vida social, considerando as funções e estruturas do corpo) e os fatores ambientais (ambiente físico, social e atitudinal onde o indivíduo vive).^{5,6} Este sistema de classificação estratifica as informações em códigos que padronizam as informações biopsicossociais do indivíduo.⁷

Vale ressaltar que assim como a CIF, a AGA é composta por várias dimensões e incorpora escalas que permitem diversos achados. Entretanto, é necessária a sistematização para que esses achados possam ser utilizados de forma transversal entre a equipe interdisciplinar. Portanto, as informações da AGA podem ser vinculadas aos códigos da CIF, evidenciando a proporção e representatividade de cada domínio da CIF neste instrumento de avaliação.⁸⁻¹³ Entre os benefícios decorrentes desta vinculação estão a precisão diagnóstica do perfil funcional da pessoa idosa, a criação de indicadores de funcionalidade e o trânsito das informações sobre a funcionalidade entre os diferentes serviços de saúde.

Em 2002, um grupo de pesquisadores estabeleceu um conjunto de regras de vinculação das medidas de avaliação com a CIF¹⁴ que foram refinadas em 2005¹⁵ e 2016.¹⁶ Desde então, as medidas de avaliação podem ser vinculadas à CIF mediante aplicação do checklist com as 10 regras de vinculação. O repertório de medidas de avaliação funcional da pessoa idosa já vinculadas à CIF cresce progressivamente.¹⁷ O Mini-exame do estado mental¹⁸ e o Índice Barthel¹⁹ são exemplos de instrumentos utilizados em diversas versões da AGA que já estão vinculados à CIF.

OBJETIVO

Este estudo visa vincular o conteúdo abordado nas medidas de avaliação estabelecidas na AGA de um centro de referência à saúde da pessoa idosa com a CIF e ao mesmo tempo identificar a distribuição dos domínios da CIF na AGA.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de concordância para identificar as categorias da CIF que melhor descrevem o conteúdo de cada item da AGA de um centro de referência à saúde da pessoa idosa. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia CAAE 84994917.9.0000.5662, parecer nº 2.635.027.

Avaliação Geriátrica Ampla

A AGA utilizada neste estudo foi adaptada para uso interdisciplinar no Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde da pessoa idosa no estado da Bahia (CREASI). A equipe que aplica a AGA é composta por médico geriatra, enfermeira, fisioterapeuta e assistente social. O CREASI utiliza um sistema de triagem para verificar o nível de fragilidade da pessoa idosa antes de efetuar a matrícula na unidade. Para tanto, se apoia nos princípios do SUS de hierarquização e equidade, e conta com o preenchimento do Formulário de Referência por um profissional da Atenção Básica (AB), que aplica o instrumento denominado Classificação Analógica de Fragilidade Clínico-funcional dos Idosos (CAF) proposto por Moraes et al.²⁰ que foi desenvolvida para a população brasileira e classifica a pessoa idosa em robusta (1 a 3 pontos), em risco de fragilização (4 a 5 pontos) e frágil (6 a 10 pontos).

Os idosos em risco de fragilização ou frágeis pela CAF são matriculados na unidade e conduzidos à equipe interdisciplinar para aplicação da AGA que contempla quatro dimensões (3) (Figura 1). Cada dimensão é composta por subdimensões que são mensuradas através de instrumentos de avaliação (Tabela 1), que foram selecionados em consonância com a AGA praticada em diferentes serviços de saúde.¹⁹ O conteúdo dos instrumentos foi plotado numa única planilha para realização da vinculação totalizando 419 conceitos significantes. Esta quantidade elevada de conceitos exigiu que o processo de vinculação fosse realizado em quatro etapas. Esta vinculação foi baseada nas regras de vinculação de Cieza et al.¹⁴⁻¹⁶

Primeiramente foram selecionados dois avaliadores independentes, especialistas em gerontologia e com experiência prévia em protocolos de pesquisa envolvendo as regras de vinculação propostas por Cieza.¹⁶ Os conceitos não codificáveis foram designados como não cobertos (*nc*). Em seguida os avaliadores foram treinados e testados para verificar o grau de concordância inter-examinador. Para isto, cada avaliador recebeu um formulário digital com 64 conceitos significantes (20% do total) para treinamento e verificação da concordância dos domínios.

Após as duas etapas anteriores, foi elaborada uma planilha com todos os conceitos significantes e enviada aos avaliadores que realizaram o processo de vinculação de modo independente.

Ao final da terceira etapa, foi verificado o grau de concordância entre os avaliadores e uma reunião consensual foi realizada para deliberar sobre os pontos de discordância. No caso de desacordo, um terceiro avaliador independente, experiente nas regras de vinculação, arbitrou e definiu a categoria de vinculação com a CIF.

Vinculando a CIF

Os conceitos significantes dos instrumentos de avaliação foram inicialmente classificados de acordo com os domínios da CIF (estrutura (*s*), função corporal (*b*), atividade e participação (*d*), fator ambiental (*e*) e fatores pessoais (*pf*). As condições de saúde (*cs*) e os conceitos não cobertos (*nc*) também foram identificados.

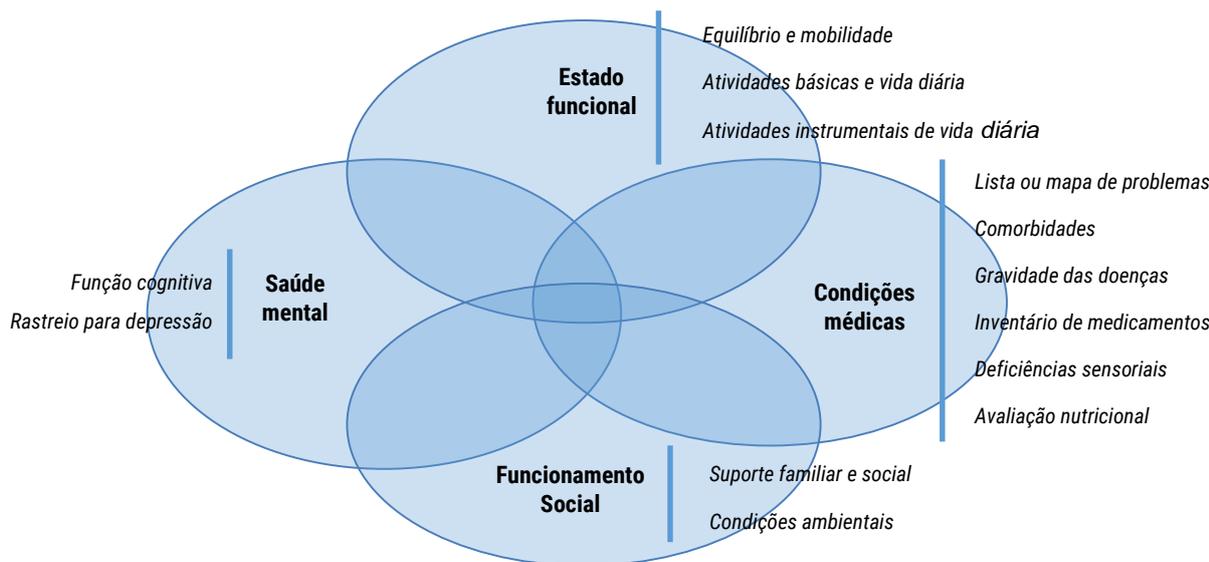


Figura 1. Representação esquemática das dimensões e subdimensões da AGA

Tabela 1. Medidas de avaliação para as subdimensões da AGA realizada no CREASI

Dimensão	Profissional	Subdimensões	Instrumentos de avaliação
Clínica	Médico / Enfermeiro	Lista ou mapa de problemas	Anamnese,
		Gravidade das doenças	Exame físico e complementares
		Comorbidades	Interrogatório sistemático de queixas
		Medicamentos	Inventário de medicamentos/Interrogatório sistemático de queixas
		Deficiências sensoriais	Exames complementares
Funcionamento social	Assistente Social / Fisioterapeuta	Avaliação nutricional	Medidas antropométricas e Mini Avaliação nutricional
		Suporte familiar e social	Avaliação sociofamiliar / APGAR de família e de amigos
		Condições ambientais	Checklist de avaliação da segurança no ambiente domiciliar e urbanos
Saúde Mental	Médico / Enfermeiro	Função cognitiva	Minixame do Estado Mental
		Rastreamento para depressão	GDS-15
Estado Funcional	Fisioterapeuta	Equilíbrio e mobilidade	TUG (Time up go)
		Atividades básicas de vida diária	Escala Barthel Modificado
		Atividades instrumentais de vida diária	Questionário de Pfeffer

De acordo com a quarta regra de Cieza et al.¹⁶ que prevê a identificação da perspectiva adotada, os conceitos significantes foram classificados em: 1) Perspectiva descritiva (performance ou desempenho), 2) Avaliação e necessidade ou dependência.

Em seguida, os avaliadores identificaram as categorias da CIF até o 2º ou 3º nível que melhor atendiam aos conceitos significantes e descreviam suas justificativas. Após a vinculação, as categorias foram separadas por domínios da CIF e a proporção de cada domínio da CIF foi identificada.

A confiabilidade geral entre os dois profissionais de saúde foi determinada com o kappa de Cohen para cada nível da classificação da CIF.²¹ Os valores positivos do kappa de Cohen variam de 0 a 1 e podem ser categorizados como: concordância leve (0,0-0,20), concordância razoável (0,21-0,40), concordância moderada (0,41-0,60), concordância substancial (0,61-0,80) e perfeita concordância (≥0,80).²²

Já valores negativos do kappa de Cohen indicam uma concordância menor que aquela esperada pelo acaso.²³ Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o software estatístico SPSS® (Versão 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL).

RESULTADOS

A concordância geral interexaminador entre os dois avaliadores foi considerada perfeita para os domínios da CIF, se mantendo elevada nos capítulos, ou primeiro nível e no segundo nível com kappa de Cohen (Tabela 2).

Tabela 2. Concordância geral interexaminador em relação à vinculação das categorias da AGA com os componentes da CIF

	k	p	Concordância
Domínios da CIF	0,91	0	93,32%
Capítulos (primeiro nível)	0,91	0	91,88%
Segundo nível	0,86	0	90,21%

* Os valores positivos do kappa de Cohen podem ser categorizados como: concordância leve (0,0-0,20), concordância razoável (0,21-0,40), concordância moderada (0,41-0,60), concordância substancial (0,61-0,80) e perfeita concordância (≥0,80)²²

É importante considerar que ao realizar a análise interexaminador por domínios, observa-se que Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Fatores Ambientais e Atividades e Participação tiveram

a concordância considerada perfeita. Entretanto, Fatores Pessoais e as categorias não cobertos pela CIF tiveram um valor de kappa negativo, indicando uma concordância pior que a esperada pelo acaso (Tabela 3).

Tabela 3. Concordância geral interexaminador em relação à vinculação das categorias da AGA com os componentes da CIF por domínio

	k	p	Concordância
Funções do Corpo	0,87	0	89,10%
Estruturas do Corpo	1	0	100%
Atividades e Participação	0,83	0	85,80%
Fatores Ambientais	0,8	0	86,70%
Fatores Pessoais	-0,07	0,411	53,80%
Não Coberto	-0,04	0,44	81,40%

* Os valores positivos do kappa de Cohen podem ser categorizados como: concordância leve (0,0-0,20), concordância razoável (0,21-0,40), concordância moderada (0,41-0,60), concordância substancial (0,61-0,80) e perfeita concordância ($\geq 0,80$)²²

** Os valores negativos do kappa de Cohen indicam uma concordância pior que aquela atribuída ao acaso²³

Vinculando a AGA à CIF

Dentre as 419 categorias da AGA, 313 (74,70%) foram vinculados às categorias da CIF, contemplando todos os domínios e cada um dos capítulos da CIF (Tabela 4). O domínio de Funções corporais obteve mais categorias da AGA com 181 categorias (60,13%), seguido pelo componente Atividades e participação com 73 categorias (24,25%) e Fatores ambientais com 30 categorias (9,97%). O domínio Estruturas do corpo foi o que apresentou a menor quantidade de categorias vinculados na AGA, sendo 18 no total (5,98%).

Categorias da CIF

A AGA teve 313 vinculações à CIF, sendo 302 conectadas às categorias da CIF e 11 aos fatores pessoais (Figura 2). Ao observar o domínio de funções corporais, observa-se que a AGA apresenta conexões com os oito capítulos deste domínio (65 categorias de funções mentais, 32 categorias de funções sensoriais e dor, 25 categorias de funções musculoesqueléticas e do movimento, 18 categorias de funções cardiovasculares, de sangue, imunológicas e respiratórias, 16 categorias de funções genitúrias e reprodutivas, 15 categorias de funções do sistema digestivo, metabólico e endócrino, oito categorias de funções da pele e duas categorias de funções de voz e fala).

No entanto, as categorias de estruturas do corpo relacionadas a essas funções do corpo não acompanham, sendo verificadas 18 categorias de estruturas do corpo na AGA. Quanto ao domínio de atividades e participação foram vinculadas categorias nos nove capítulos deste domínio, sendo encontrado maior volume de vinculações nos capítulos 5 (autocuidados), capítulo 4 (mobilidade), e capítulo 6 (vida doméstica). As categorias relacionadas a fatores ambientais estão concentradas principalmente no capítulo 1 (produtos e tecnologias), capítulo 3 (apoio e relacionamentos) e capítulo 5 (serviços, sistemas e políticas).

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou uma análise do conteúdo da AGA de um centro de referência de saúde da pessoa idosa tendo como base a CIF. A maior parte do conteúdo da AGA estava vinculada

à CIF, demonstrando boa validade de conteúdo. Apesar da AGA ser um instrumento multidimensional com foco na funcionalidade da pessoa idosa, não havia um estudo que explorasse a conexão dos seus itens com as categorias da CIF. Este estudo mostrou que os resultados obtidos com a AGA podem ser compreendidos em diversos contextos e culturas por apresentar uma elevada adesão à CIF, podendo se apoiar em sua linguagem padrão.

Todos os capítulos de cada um dos domínios da CIF estão contidos na AGA. Apesar da menor representatividade das estruturas do corpo na AGA, este instrumento é particularmente utilizado na identificação e acompanhamento da fragilidade em idosos.²¹ Como a fragilidade representa a perda de funções físicas e acúmulo de múltiplos déficits, a AGA é o instrumento multidisciplinar que melhor avalia as dimensões que afetam a fragilidade tais como aspectos genéticos, biológicos, funcionais, cognitivos, psicológicos e socioeconômicos.²² Portanto a AGA não pode, por essência, ser integralmente vinculada à CIF, visto que as dimensões genéticas e biológicas não estão contempladas na CIF.

As funções corporais foram responsáveis pela maioria dos vínculos com a CIF, demonstrando um foco maior nos prejuízos decorrentes das funções corporais. Sendo as funções mentais (capítulo 1) e as funções sensoriais e de dor (capítulo 2) com maior destaque na AGA. Tanto as funções mentais quanto sensoriais foram descritas como funções diretamente afetadas pelo processo de envelhecimento.^{24,25} As funções cardiovasculares também foram contempladas na AGA e correspondem a uma preocupação na pessoa idosa, visto que as doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortalidade e morbidade nesta população.^{26,27}

Atividade e participação foi o segundo domínio com maior apresentação na AGA. Este fato revela o interesse em avaliar os idosos em seu contexto social. A despeito de todos os capítulos de atividade e participação terem sido contemplados na AGA, os capítulos de mobilidade, autocuidado e vida doméstica se destacaram. A importância destes capítulos na AGA foi descrita em estudos anteriores, que recomendam investigar autocuidados e mobilidade em idosos frágeis.^{28,29} Uma revisão sobre os conjuntos de código da CIF desenvolvidos para idosos demonstrou maior predomínio das categorias de atividade e participação.^{29,30}

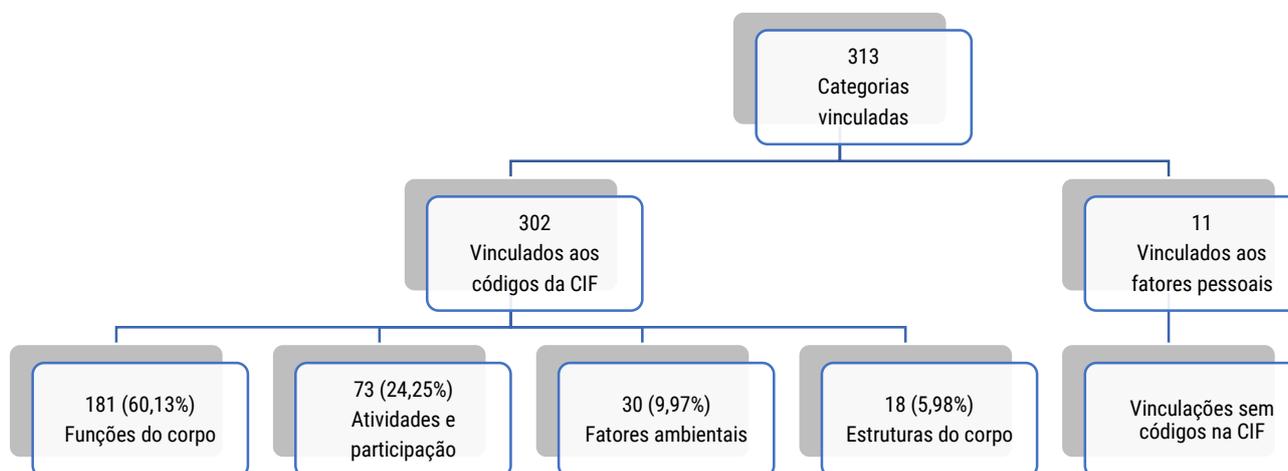
Para ampliar a avaliação, geralmente as equipes multidisciplinares acrescentam instrumentos complementares à AGA. Instrumentos amplamente utilizados na AGA são: Miniexame do estado mental (teste rápido e bastante utilizado para rastreio de déficit cognitivo),³¹ Índice de Barthel (utilizado para avaliação das atividades básicas de vida diária)³² e Índice de Pfeffer (avaliação das atividades instrumentais de vida diária).³³ Desta forma é possível obter um quadro mais completo do nível de atividade e participação dos idosos.

A AGA também inclui categorias vinculadas a todos os capítulos do domínio fatores ambientais, permitindo a descrição do contexto ambiental em que vivem os idosos. Os capítulos Produtos e tecnologia, Serviços, sistemas e políticas e apoio e relacionamentos foram os mais representados, mostrando que a AGA favorece o ambiente mais próximo à pessoa idosa.³⁴ Onze categorias da AGA foram associadas a fatores pessoais e precisam ser considerados na avaliação e no manejo de pessoas idosas.

Esses fatores pessoais podem contribuir para a individualização do cuidado e abordagens mais assertivas, considerando as necessidades da pessoa idosa. As categorias não cobertas pela CIF revelaram que a AGA não pode ser resumida nos domínios de função, atividade e participação, estrutura e fatores ambientais.

Tabela 4. Vinculações entre a AGA realizada no CREASI e a CIF, considerando todos os Domínios e Capítulos da CIF

Domínio	Capítulo	Quantidade de vinculações	
		n	%
Funções do corpo		181	6013,00%
	Capítulo 1 - Funções mentais	65	2159,00%
	Capítulo 2 - Funções sensoriais e de dor	32	10,63
	Capítulo 3 - Funções da voz e da fala	2	0,66
	Capítulo 4 - Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório	18	598,00%
	Capítulo 5 - Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino	15	498%
	Capítulo 6 - Funções geniturinárias e reprodutivas	16	532,00%
	Capítulo 7 - Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento	25	831,00%
	Capítulo 8 - Funções da pele e estruturas relacionadas	8	266,00%
Estruturas do corpo		18	598,00%
	Capítulo 1 - Estrutura do sistema nervoso	1	0,33
	Capítulo 2 - Olho, ouvido e estruturas relacionadas	1	0,33
	Capítulo 3 - Estruturas relacionadas com a voz e a fala	1	0,33
	Capítulo 4 - Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório	2	0,66
	Capítulo 5 - Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino	1	0,33
	Capítulo 6 - Estruturas relacionadas com os aparelhos geniturinário e reprodutivo	1	0,33
	Capítulo 7 - Estruturas relacionadas com o movimento	10	3,32
	Capítulo 8 - Pele e estruturas relacionadas	1	0,33
Atividades e participação		73	24,25
	Capítulo 1 - Aprendizagem e aplicação do conhecimento	4	1,33
	Capítulo 2 - Tarefas e exigências gerais	1	0,33
	Capítulo 3 - Comunicação	6	1,99
	Capítulo 4 - Mobilidade	16	5,32
	Capítulo 5 - Autocuidados	24	7,97
	Capítulo 6 - Vida doméstica	8	2,66
	Capítulo 7 - Interações e relacionamentos interpessoais	4	1,33
	Capítulo 8 - Áreas principais da vida	6	1,99
	Capítulo 9 - Vida comunitária, social e cívica	4	1,33
Fatores ambientais		30	9,97
	Capítulo 1 - Produtos e tecnologia	17	5,65
	Capítulo 2 - Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem	1	0,33
	Capítulo 3 - Apoio e relacionamentos	6	1,99
	Capítulo 4 - Atitudes	1	0,33
	Capítulo 5 - Serviços, sistemas e políticas	5	1,66
Fator Pessoal		11	3,51
Não coberto		106	25,3

**Figura 2.** Fluxograma das categorias da AGA vinculados com as categorias da CIF com base nas regras de vinculação propostas por Cieza et al.¹⁶

As categorias relacionadas a doenças e exames complementares não são contemplados pela CIF. Conjuntamente, a AGA possui categorias que não estão descritas na CIF como quedas, segurança em casa, segurança ambiente externo, morte de um parente e satisfação com a vida, impossibilitando a vinculação destes conceitos. Isso destaca uma limitação da CIF, pois ela não pode incluir todas as experiências individuais com o nível de especificação exigido pela AGA. Porém, em relação às quedas, por se tratar de um problema de importância global que afeta os idosos,³⁵ deve-se considerar o acréscimo desse conceito.

A lista de categorias da CIF incluídas na AGA fornece uma visão geral do que estamos avaliando atualmente em idosos com esta ferramenta de avaliação abrangente. No futuro, esta lista de categorias, junto com categorias de outras medidas, pode contribuir para o desenvolvimento de uma relação das categorias da CIF essenciais para descrever a funcionalidade e a incapacidade de pessoas idosas frágeis.

Como o processo de vinculação do estudo foi baseado no método de vinculação proposto com Cieza et al.¹⁶ uma possível limitação pode estar relacionada ao método qualitativo que pode denotar alguma subjetividade. No entanto, a concordância quase perfeita entre os dois profissionais de saúde demonstrou a confiabilidade e reprodutibilidade do processo de vinculação.

Importante ressaltar que a dificuldade em vincular algum item da AGA à CIF levava os profissionais a classificá-lo como não coberto, ou como Fator Pessoal. Assim, nestas categorias houve maiores discordâncias, sendo, portanto, as duas únicas cuja concordância foi menor que a esperada pelo acaso. O histórico dos vinculadores, bem como seu treinamento na CIF, também pode ter influenciado o processo de vinculação. Portanto, pode-se supor que outros profissionais de saúde teriam decidido de forma diferente.

CONCLUSÃO

A maior parte do conteúdo da AGA estava vinculada à CIF e todos os cinco domínios da CIF estavam representados, assim como cada um de seus capítulos. Essa correspondência evidencia que assim como a CIF, a AGA abarca as dimensões biomédica, psicológica e social da pessoa idosa.

A integração da linguagem universal da CIF com este instrumento ilustra que o uso da AGA em serviços especializados na saúde da pessoa idosa está em consonância com a visão ampla da funcionalidade. A AGA é um instrumento alinhado aos princípios da CIF e a sua vinculação demonstra que a adaptação de instrumentos formatados para serviços de saúde à CIF pode aumentar a especificidade e melhorar o grau de incorporação da CIF na prática clínica, favorecendo o compartilhamento de dados e informações de diferentes centros de saúde ao redor do mundo.

AGRADECIMENTO

Ao Dr. Shamy de Castro Sullyvan, pela sua valorosa contribuição técnica arbitrando nos casos em que houveram divergências entre os revisores quanto à vinculação dos itens da AGA à CIF.

REFERÊNCIAS

1. Rubenstein LZ, Siu AL, Wieland D. Comprehensive geriatric assessment: toward understanding its efficacy. *Aging (Milano)*. 1989;1(2):87-98. Doi: [10.1007/BF03323881](https://doi.org/10.1007/BF03323881)

2. Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR. Comprehensive geriatric assessment--a guide for the non-specialist. *Int J Clin Pract*. 2014;68(3):290-3. Doi: [10.1111/ijcp.12313](https://doi.org/10.1111/ijcp.12313)
3. Parker SG, McCue P, Phelps K, McCleod A, Arora S, Nockels K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing*. 2018;47(1):149-155. Doi: [10.1093/ageing/afx166](https://doi.org/10.1093/ageing/afx166)
4. Eamer G, Taheri A, Chen SS, Daviduck Q, Chambers T, Shi X, et al. Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;1(1):CD012485. Doi: [10.1002/14651858.CD012485.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012485.pub2)
5. Barreto MCA, Andrade FG, Castaneda L, Castro SS. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como dicionário unificador de termos. *Acta Fisiátr*. 2021;28(3):207-13. Doi: [10.11606/issn.2317-0190.v28i3a188487](https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v28i3a188487)
6. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Organização Mundial da Saúde; 2004.
7. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):CD006211. Doi: [10.1002/14651858.CD006211.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3)
8. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343:d6553. Doi: [10.1136/bmj.d6553](https://doi.org/10.1136/bmj.d6553)
9. Jiménez Buñuales MT, González Diego P, Martín Moreno JM. International classification of functioning, disability and health (ICF) 2001. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76(4):271-9. Doi: [10.1590/s1135-57272002000400002](https://doi.org/10.1590/s1135-57272002000400002)
10. Castro SS, Castaneda L, Silveira H. Identification of common content between the questionnaire of the Health Survey (ISA-SP) and the International Classification of Functionality, Disability, and Health. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(1):59-70. Doi: [10.1590/1415-790x201400010006eng](https://doi.org/10.1590/1415-790x201400010006eng)
11. Dantas THM, Castaneda L, Magalhães AG, Dantas DS. Linking of assessment scales for women with urinary incontinence and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*. 2019;41(12):1443-1449. Doi: [10.1080/09638288.2018.1431695](https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1431695)
12. Corrêa APC, Ribeiro CTM, Horovitz DDG, Ribeiro LC. Identification of relevant International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) categories in patients with 22q11.2 Deletion Syndrome: a Delphi exercise. *Codas*. 2020;32(6):e20190158. Doi: [10.1590/2317-1782/20202019158](https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019158)
13. Souza NCO, Cabral LCJ, Souza LCMR, Pone MVS, Ribeiro LC, Ribeiro CTM. Ligação de um instrumento de avaliação clínica de exposição ao vírus Zika com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátr*. 2020;27(4):193-8. Doi: [10.11606/issn.2317-0190.v27i4a176351](https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v27i4a176351)

14. Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med.* 2002;34(5):205-10. Doi: [10.1080/165019702760279189](https://doi.org/10.1080/165019702760279189)
15. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med.* 2005;37(4):212-8. Doi: [10.1080/16501970510040263](https://doi.org/10.1080/16501970510040263)
16. Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil.* 2019;41(5):574-83. Doi: [10.3109/09638288.2016.1145258](https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1145258)
17. Bartoszek G, Fischer U, Müller M, Strobl R, Grill E, Nadolny S, et al. Outcome measures in older persons with acquired joint contractures: a systematic review and content analysis using the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) as a reference. *BMC Geriatr.* 2016;16:40. Doi: [10.1186/s12877-016-0213-6](https://doi.org/10.1186/s12877-016-0213-6)
18. De Vriendt P, Gorus E, Bautmans I, Mets T. Conversion of the Mini-Mental State Examination to the International Classification of Functioning, Disability and Health terminology and scoring system. *Gerontology.* 2012;58(2):112-9. Doi: [10.1159/000330088](https://doi.org/10.1159/000330088)
19. Grill E, Stucki G, Scheuringer M, Melvin J. Validation of International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Sets for early postacute rehabilitation facilities: comparisons with three other functional measures. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006;85(8):640-9. Doi: [10.1097/01.phm.0000228537.17239.7f](https://doi.org/10.1097/01.phm.0000228537.17239.7f)
20. Moraes EN, Lanna FM. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium; 2014.
21. Elliott A, Woodward W. Statistical Analysis Quick Reference Guidebook. Statistical Analysis Quick Reference Guidebook. London: SAGE; 2007.
22. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-74.
23. Cohen J. A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educ Psychol Meas.* 1960;20(1):37-46. Doi: [10.1177/001316446002000104](https://doi.org/10.1177/001316446002000104)
24. Lee H, Lee E, Jang IY. Frailty and Comprehensive Geriatric Assessment. *J Korean Med Sci.* 2020;35(3):e16. Doi: [10.3346/jkms.2020.35.e16](https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e16)
25. Pilotto A, Custodero C, Maggi S, Polidori MC, Veronese N, Ferrucci L. A multidimensional approach to frailty in older people. *Ageing Res Rev.* 2020;60:101047. Doi: [10.1016/j.arr.2020.101047](https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101047)
26. Burns A, Zaudig M. Mild cognitive impairment in older people. *Lancet.* 2002;360(9349):1963-5. Doi: [10.1016/S0140-6736\(02\)11920-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11920-9)
27. Jakobsson U, Klevsgård R, Westergren A, Hallberg IR. Old people in pain: a comparative study. *J Pain Symptom Manage.* 2003;26(1):625-36. Doi: [10.1016/s0885-3924\(03\)00145-3](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(03)00145-3)
28. Cabrera MA, de Andrade SM, Mesas AE. A prospective study of risk factors for cardiovascular events among the elderly. *Clin Interv Aging.* 2012;7:463-8. Doi: [10.2147/CIA.S37211](https://doi.org/10.2147/CIA.S37211)
29. Webber SC, Porter MM, Menec VH. Mobility in older adults: a comprehensive framework. *Gerontologist.* 2010;50(4):443-50. Doi: [10.1093/geront/gnq013](https://doi.org/10.1093/geront/gnq013)
30. Yazdanyar A, Newman AB. The burden of cardiovascular disease in the elderly: morbidity, mortality, and costs. *Clin Geriatr Med.* 2009;25(4):563-77. Doi: [10.1016/j.cger.2009.07.007](https://doi.org/10.1016/j.cger.2009.07.007)
31. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7. Doi: [10.1590/S0004-282X1994000100001](https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001)
32. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, de Campos Oliveira MA. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):218-23. Doi: [10.1590/S0103-21002010000200011](https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011)
33. Dutra MC, Ribeiro RS, Pinheiro SB, Melo GF, Carvalho GA. Acurácia e confiabilidade do questionário de Pfeffer para a população idosa Brasileira. *Dement Neuropsychol.* 2015;9(2):176-83. Doi: [10.1590/1980-57642015DN92000012](https://doi.org/10.1590/1980-57642015DN92000012)
34. Vaughan M, LaValley MP, AlHeresh R, Keysor JJ. Which features of the environment impact community participation of older adults? a systematic review and meta-analysis. *J Aging Health.* 2016;28(6):957-78. Doi: [10.1177/0898264315614008](https://doi.org/10.1177/0898264315614008)
35. Vaishya R, Vaish A. Falls in older adults are serious. *Indian J Orthop.* 2020;54(1):69-74. Doi: [10.1007/s43465-019-00037-x](https://doi.org/10.1007/s43465-019-00037-x)