

FILIPA ISABEL PEREIRA ROSA SILVA REIS

**PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO –
PROPOSTA PARA UNIFORMIZAÇÃO NAS
UNIDADES DE INTERNAMENTO DA REDE
NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS**

Orientadora: Prof. Doutora Filipa Cristina Henriques Rodrigues
Lopes dos Reis

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola da Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2014

FILIPA ISABEL PEREIRA ROSA SILVA REIS

**PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO –
PROPOSTA PARA UNIFORMIZAÇÃO NAS
UNIDADES DE INTERNAMENTO DA REDE
NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de
Mestre em Cuidados Continuados Integrados no curso
de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados
conferido pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof. Doutora Filipa Cristina Henriques
Rodrigues Lopes dos Reis

Co-orientador: Mestre Carla Sandra Martins Pereira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2014

AGRADECIMENTOS

O meu sincero agradecimento às orientadoras deste estudo, a Prof. Filipa Reis e a Mestre Carla Pereira, pela paciência, apoio e conselhos ao longo de todo este tempo. Obrigado por se manterem presentes apesar das minhas ausências e demoras.

Às Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que aceitaram integrar este estudo através da participação dos seus profissionais e/ou da disponibilização de documentos por permitirem que este estudo acontecesse.

A todos os participantes que se disponibilizaram para responder aos vários questionários abdicando do seu tempo para isso.

À Direcção da Residência S. João de Ávila que apoia e incentiva os colaboradores a apostarem na sua formação e desenvolvimento académico.

À Andreia, à Eliana e à Inês, obrigada por se terem disponibilizado para a revisão do texto.

A todos os meus amigos pelo incentivo e apoio ao longo do desenrolar do estudo.

A toda a minha família por toda a compreensão, incentivo e apoio, muito obrigada por tudo.

RESUMO

Problema de investigação: A RNCCI não desenvolveu uma imagem e linguagem comum para o Plano Individual de Intervenção o que poderá prejudicar a eficácia da comunicação dentro da própria Rede, nomeadamente, quando existe transferência de utentes entre os vários níveis de cuidados. Para além disso, apesar de existirem indicadores de Ganhos em Saúde na RNCCI, estes não quantificam os ganhos em funcionalidade que sustentam a filosofia da Rede e não são comparáveis internacionalmente.

Questão orientadora: Como incluir o modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no Plano Individual de Intervenção das Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?

Objectivo geral: Contribuir para o desenho do Plano Individual de Intervenção das Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Objectivos específicos: Analisar e caracterizar o Plano Individual de Intervenção em uso nas Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Definir um *Core Set* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para os utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Tipo de estudo: Utilizou-se a metodologia qualitativa, num estudo descritivo, com diferentes métodos de recolha de dados, análise de conteúdo e método de Delphi modificado – revisão sistemática de literatura e painel de Delphi.

Conclusões: A análise efectuada aos Planos Individuais de Intervenção em uso por Unidades da RNCCI permitiu constatar as grandes diferenças de apresentação, de forma de registo e de objectivos da utilização que existem relativamente aos PII's. Através da Revisão Sistemática de Literatura e do Painel de Delphi definiram-se 27 códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde que poderão caracterizar os utentes da RNCCI. Foi proposto um modelo para o Plano Individual de Intervenção que integra o modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde que deverá ser validado posteriormente.

Palavras-chave: Plano Individual de Intervenção, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Rede Nacional de Cuidados Continuados

ABSTRACT

Research problem: The RNCCI (National Network of Integrated Care) has not developed a common language and image to the Individual Intervention Plan which could undermine the effectiveness of communication within the network itself, namely, when there is a transfer of users between various levels of care. Furthermore, even though there are indicators of health gains in RNCCI, they do not quantify the gains in functionality that support the philosophy of the Network and are not internationally comparable.

Guiding question: How to include the conceptual model of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Individual Intervention Plan inpatient Units of the National Network for Continuing Care?

General objective: To contribute to the design of the Individual Intervention Plan Inpatient Unit of the National Network of Integrated Care.

Specific objectives: To analyze and characterize the Individual Intervention Plan in use in inpatient Units of the National Network of Continuous Care; Defining a Core Set of International Classification of Functioning, Disability and Health for users of the National Network for Integrated Continuous Care.

Study design: It was used a qualitative methodology in a descriptive study with different data collection methods, content analysis and modified Delphi method - a systematic literature review and Delphi panel.

Conclusions: The content analysis of Individual Intervention Plans in use by RNCCI units have revealed large differences in presentation, registration and use objectives that exist in relation to PII 's. Through Systematic Literature Review and Delphi panel set up 27 codes from the International Classification of Functioning and Health that may characterize RNCCI users. It was proposed a model for the Individual Intervention Plan that integrates the conceptual model of the International Classification of Functioning and Health that should be validated.

Keywords: Individual Intervention Plan, International Classification of Functioning, Disability and Health, National Network for Continuing Care

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

APA – *American Psychological Association*

ARS – Administração Regional de Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

EASYcare – *Elderly Assessment System*

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

IAI – Instrumento de Avaliação Integral

ICF – *International Classification of Functioning, Disability and Health*

IP – *Individual Plan*

ISP – *Intervention Service Plan*

MAB – Método de Avaliação Biopsicossocial

NHS – *National Health Service*

NSF – *National Service Framework for People with Long-Term Conditions*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PII – Plano Individual de Intervenção

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRISMA – *Program of Research on the Integration of Services for the Maintenance of Autonomy*

RAI – *Resident Assessment Scale*

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC – Unidade de Convalescença

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

- excluído

✓ incluído

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1- CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	14
1.2- PRÁTICA CENTRADA NO UTENTE	19
1.3- PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO	21
1.3.1- Experiência Internacional	28
1.3.2- Experiência Nacional	33
1.4- INDICADORES E GANHOS EM SAÚDE	35
1.4.1- EASYcare	38
1.4.2- <i>Resident Assessment Instrument</i>	39
1.4.3- Instrumento de Avaliação Integrada	41
1.5- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE	45
1.5.1- <i>ICF Tools</i>	49
2- METODOLOGIA	54
2.1- DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	54
2.2- PROBLEMA	55
2.3- QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	55
2.4- OBJECTIVOS	55
2.4.1- Objectivo geral	55
2.4.2- Objectivos específicos	55
2.5- ABORDAGEM METODOLÓGICA	56
2.7- TÉCNICA DE AMOSTRAGEM	57
2.7.1- Objectivo específico 1	59
2.7.2- Objectivo específico 2	59
2.8- MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS	60
2.8.1- Objectivo específico 1	60
2.8.2- Objectivo específico 2	63
2.9- INSTRUMENTOS	67
2.9.1- Objectivo específico 1	67
2.9.2- Objectivo específico 2	67
2.10- PROCEDIMENTOS	69
2.10.1- Objectivo específico 1	69
2.10.2- Objectivo específico 2	70

2.11- MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	74
2.11.1- Objectivo específico 1.....	74
2.11.2- Objectivo específico 2.....	74
3- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	75
3.1- OBJECTIVO ESPECÍFICO 1	75
3.1.1- Dimensão Aparência.....	75
3.1.2- Dimensão Conteúdo.....	78
3.1.3- Dimensão Intervenientes.....	84
3.2- OBJECTIVO ESPECÍFICO 2	86
3.2.1- Revisão Sistemática da Literatura.....	86
3.2.2- Painei de Delphi.....	97
3.3- SÍNTESE DA DISCUSSÃO DE RESULTADOS	105
LIMITAÇÕES.....	115
CONCLUSÃO	117
PROPOSTAS FUTURAS	119
BIBLIOGRAFIA.....	122
APÊNDICES.....	I
APÊNDICE I – <i>E-mail</i> para solicitar de autorização do estudo.....	II
APÊNDICE II – Questionário Primeira Ronda.....	IV
APÊNDICE III – Linhas Orientadoras.....	XII
APÊNDICE IV – Referências para a Revisão Sistemática da Literatura.....	XXXIV
APÊNDICE V – Grelha de Análise	VI
APÊNDICE VI – Questionário pré-teste	XI
APÊNDICE VII – Questionário Segunda Ronda.....	XX
APÊNDICE VIII – Questionário Terceira Ronda.....	XXIX
APÊNDICE IX – <i>E-mail</i> a solicitar o Plano Individual de Intervenção	XXXVIII
APÊNDICE X – Caracterização dos participantes.....	LXXXIII
APÊNDICE XI – Guião de preenchimento do modelo do Plano Individual de Intervenção proposto	LXXIV
ANEXOS.....	LXXIV
ANEXO I – Instrumento de Avaliação Integrada	LXXV
ANEXO II – <i>ICF Categorical Profile</i>	LXXVIII
ANEXO III – <i>ICF Assessment Sheet</i>	LXXIV
ANEXO IV – <i>ICF Assignment Map</i>	LXXIV
ANEXO V – <i>ICF Intervention Table</i>	LXXIV

ANEXO VI – <i>ICF Evaluation Display</i>	LXXV
ANEXO VII – Declaração do estabelecimento de ensino	LXXIV
ANEXO VIII – Planos Individuais de Intervenção disponibilizados pelas Unidades	LXXV

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – ELEMENTOS-CHAVE DO PROCESSO DE PLANEAMENTO DE CUIDADOS	25
TABELA 2 – ABORDAGEM METODOLÓGICA	56
TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES QUE DEFERIRAM O ESTUDO ..	59
TABELA 4 – MATRIZ DE ANÁLISE.....	63
TABELA 5 – IDENTIFICAÇÃO DOS PII’S DISPONIBILIZADOS	70
TABELA 6 – DIMENSÃO APARÊNCIA; CATEGORIA CONFIGURAÇÃO	76
TABELA 7 - DIMENSÃO APARÊNCIA; CATEGORIA ELEMENTOS PRÉ-DEFINIDOS	77
TABELA 8 – DIMENSÃO CONTEÚDO; CATEGORIA COMPONENTE - “IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE”	78
TABELA 9 – DIMENSÃO CONTEÚDO; CATEGORIA COMPONENTE - “DATA”	78
TABELA 10 – DIMENSÃO CONTEÚDO; CATEGORIA COMPONENTE - “OUTROS CAMPOS DE PREENCHIMENTO”	79
TABELA 11 – DIMENSÃO CONTEÚDO; CATEGORIA COMPONENTES – “ASSINATURAS”	81
TABELA 12 – DIMENSÃO CONTEÚDO; CATEGORIA INDICAÇÕES DE REDACÇÃO – “RESULTADOS”	83
TABELA 13 – DIMENSÃO INTERVENIENTES; CATEGORIA PARTICIPANTES.....	84
TABELA 14 – LISTAGEM DOS CÓDIGOS CIF PRESENTES NOS ARTIGOS ANALISADOS	87
TABELA 15 – FREQUÊNCIA DE DESCRIÇÃO DE CÓDIGOS	93
TABELA 16 – CÓDIGOS COM FREQUÊNCIA DE DESCRIÇÃO >50%.....	94
TABELA 17 – RESULTADOS DO PAINEL DE DELPHI.....	98
TABELA 18- RESUMO DOS RESULTADOS	100

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – <i>INDIVIDUAL SERVICE PLAN</i>	33
FIGURA 2 – MODELO CONCEPTUAL DA CIF	47
FIGURA 3 – MODELO PROPOSTO PARA O PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO	110

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde, serviços sociais e apoios relacionados no tempo e local certo para os utentes crónicos ou com pluripatologia é difícil de colocar em prática (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Os problemas que normalmente surgem estão relacionados com a dificuldade em obter a avaliação de necessidades, reunir todos os serviços necessários, coordenar todos os prestadores de cuidados e serviços, assegurar a continuidade, monitorizar o estado de saúde e de funcionalidade, responder a agudizações, dar apoio aos cuidadores informais e conseguir efectuar tudo isto com as restrições de recursos humanos e financeiros (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

São vários os autores que salientam a necessidade de que os cuidados integrados sejam centrados no utente (Kodner & Spreeuwenberg, 2002) (Leichsenring, 2004) (Lloyd & Wait, 2005), permitindo-lhe ter poder de decisão e escolha. A inclusão do utente no planeamento de cuidados está inerente à implementação de cuidados integrados pois permite que os utentes tenham maior oportunidade de efectuar decisões informadas sobre as opções de cuidados e de tratamentos que lhes são prestados (Goodwin, et al., 2012). Este modelo de intervenção tem por base uma abordagem terapêutica compreensiva e global, integrada e em equipa, capaz de suprir na totalidade as necessidades de cuidados dos utentes (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002). É também defendido que um documento com o plano individual de cuidados é uma componente essencial e imprescindível dos cuidados integrados (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007) (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesø, & Brender, 2011).

Em Portugal, na RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) o PII (Plano Individual de Intervenção) é definido como o “conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a). Este instrumento é parte integrante obrigatória do processo individual de cuidados dos utentes da RNCCI (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2008) e por ter importância não só na prestação de cuidados mas também no âmbito da gestão, a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados, em 2010, promoveu formação sobre o Plano Individual de Intervenção. Foram efectuadas 11 acções de formação num total de 143 horas que abrangeram 279 profissionais das ECL (Equipas de

Coordenação Local), ECCI (Equipas de Cuidados Continuados Integrados) e das Unidades de Internamento (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011b). Apesar disso, não foi definido um modelo de PII para a Rede.

A integração do utente e cuidadores no seu plano de cuidados resulta numa maior qualidade de vida do utente e de ganhos em saúde (Direcção Geral da Saúde, 2012), sendo que estes são um dos conjuntos de indicadores definidos para monitorização do Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Em relação à RNCCI, Lopes e colaboradores (2010) referem que os indicadores conhecidos não expressam devidamente os potenciais Ganhos em Saúde obtidos com este tipo de cuidados. Os autores defendem que tendo em conta que a filosofia da Rede se baseia na promoção da funcionalidade dos utentes os indicadores criados deverão medir o estado funcional dos utentes e para isso sugerem que estes sejam construídos com base na CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), uma das classificações internacionais utilizada pela Comissão Europeia para recolher dados harmonizados de elevada qualidade (Comissão Europeia, 2011). Esta Classificação pode servir com sistema de ligação entre as intervenções e a medição de resultados e tem a vantagem de ter aplicação universal (Organização Mundial da Saúde; Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Pensa-se que o PII poderá ser construído com base no modelo conceptual da CIF, o que permitirá o levantamento das necessidades e problemas do utente, a definição de objectivos e a avaliação da intervenção efectuada na RNCCI de acordo com as indicações da OMS, contribuindo para a implementação da CIF em Portugal e para a criação de indicadores passíveis de serem utilizados a nível internacional.

Iniciou-se este estudo com a questão “Como incluir o modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no Plano Individual de Intervenção das Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados?” e definiu-se como principal objectivo contribuir para o desenho do Plano Individual de Intervenção das Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Para alcançar o objectivo principal foram definidos dois objectivos específicos: analisar e caracterizar o Plano Individual de Intervenção em uso nas Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; definir um *Core Set* da

“Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” para os utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Para alcançar os objectivos definidos optou-se por um estudo qualitativo do tipo descritivo com diferentes métodos de recolha de dados. Para o primeiro objectivo específico efectuou-se a análise de conteúdo e para o segundo objectivo específico implementou-se o método de Delphi modificado com revisão sistemática da literatura e painel de Delphi.

A presente dissertação encontra-se dividido em 5 capítulos:

Enquadramento teórico – apresenta-se a revisão de literatura com o objectivo de justificar a relevância da realização deste estudo;

Metodologia – identifica-se o problema que levou à realização do estudo, defini-se a questão de investigação, os objectivos do estudo, a abordagem metodológica, a técnica de amostragem, os métodos de recolha de dados, os instrumentos, procedimentos e métodos de análise de dados;

Apresentação e Discussão de Resultados – apresentam-se os resultados e discutem-se face à literatura existente;

Conclusões – apresentam-se as conclusões finais do estudo;

Limitações – apresentam-se as limitações do estudo.

Foi utilizada a Norma APA (*American Psychological Association*) para citações e referenciação bibliográfica.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretende-se abordar os conteúdos necessários para compreensão do estudo de investigação levado a cabo. Serão desenvolvidos os conceitos de Cuidados Continuados Integrados, Prática Centrada no Utente, Plano Individual de Intervenção, Indicadores e Ganhos em Saúde, Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde.

1.1- CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Nos últimos anos em alguns países verificou-se a inversão da pirâmide etária com o aumento do número de idosos em relação ao número de jovens. Para além disso, houve também uma grande evolução da qualidade dos cuidados de saúde e por isso algumas doenças que anteriormente eram mortais hoje em dia são crónicas, tornando-se nas principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas e que provocam enormes custos individuais, familiares e sociais (Kodner & Spreeuwenberg, 2002) (Carvalho, 2010). Com isto, os países têm agora populações idosas, dependentes e portadoras de doenças crónicas com dificuldades em realizar as actividades diárias e que necessitam de cuidados sociais e de saúde a nível formal e informal prestados por múltiplos intervenientes (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). De acordo com Kodner¹, os utentes e cuidadores deparam-se com vários desafios: assegurar que os cuidados necessários são prestados; prevenir e gerir agudizações; providenciar a transferência de um tipo ou nível de cuidados para outro; manter a saúde e funcionalidade; lidar com o *stress* do utente e cuidadores (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

Se até há uns anos as famílias conseguiam prestar os cuidados a esta população, actualmente, com a emancipação da mulher e a sua entrada no mercado de trabalho, esta deixou de estar tão disponível para o cuidado à família e as respostas existentes na comunidade passaram a ser insuficientes para a procura. Como consequência, as famílias passaram muitas vezes a delegar aos hospitais a responsabilidade de encontrar soluções para a sua incapacidade de ser cuidador, adiando a alta hospitalar, o que comporta custos muito elevados para os sistemas de saúde (Carvalho, 2010).

¹ Kodner, D. (1995) Chronic illness: the “new” health paradigm. Den Bosch, the Netherlands: SWOOG, 1995

Prestar cuidados a utentes crónicos num hospital fica muito mais dispendioso do que fazê-lo num outro contexto, mesmo que nesse outro contexto apenas se utilizem os serviços hoteleiros do hospital (Andersson & Karlberg, 2000). A permanência destes utentes num hospital enquanto aguardam vaga para outros serviços ou tipos de cuidados tem um efeito ‘bloqueador’ de camas, impedindo a admissão daqueles que necessitam de cuidados agudos (Andersson & Karlberg, 2000). Na Suécia, entre 1989 e 1990 a *Federation of County Councils* reportou que 15% das camas de cuidados agudos estavam bloqueadas por utentes que aguardavam alta (Andersson & Karlberg, 2000).

Com isto, podem identificar-se três grandes motivos para o desenvolvimento dos cuidados continuados:

- necessidade de reduzir custos;
- necessidade de desbloquear camas;
- necessidade de apoiar populações dependentes e com necessidades diferenciadas de forma mais individualizada, habilitada e direccionada para a perspectiva do utente e qualidade de vida, ao invés dos cuidados intensivos e de cariz biomédico de que dispõem os hospitais, promovendo a liberdade de escolha e autonomia.

(Andersson & Karlberg, 2000)

Os cuidados continuados evoluíram numa grande variedade de modalidades e tipos de serviços prestados o que faz com que seja difícil encontrar na literatura uma definição única e consensual para este tipo de cuidados (Grone & Garcia-Barbero, 2001) (Nacional Association of Social Workers, 2003). A nível territorial encontram-se as mais variadas nomenclaturas, só nos países da região europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) são utilizados termos tão diversos como ‘cuidados partilhados’, ‘cuidados transmurais’, ‘cuidados intermédios’, ‘cuidados contínuos’, ‘gestão da doença’, ‘gestão de casos’, ‘cuidados continuados’, ‘vias de cuidados integrados’, ‘redes de distribuição integradas’, ‘cuidados integrados’, ‘cuidados continuados integrados’ (Grone & Garcia-Barbero, 2001).

Na pesquisa bibliográfica obtém-se resultados para o mesmo tipo de prestação de cuidados utilizando termos como ‘*Integrated Care*’, ‘*Long-term Care*’, ‘*Continued Care*’ ou ‘*Continuing Care*’, no entanto, o termo aparentemente mais comum é o de ‘*Integrated Care*’.

A OMS² (Organização Mundial da Saúde) define os Cuidados Integrados como o

“conceito que reúne entradas, saídas, gestão e organização dos serviços relacionados com diagnóstico, tratamento, prestação de cuidados, reabilitação e promoção da saúde. A integração é um meio para melhorar os serviços em relação ao acesso, qualidade, eficiência e satisfação do utilizador”.

(Grone & Garcia-Barbero, 2001) (Leichsenring, 2004)

Em Portugal, utiliza-se desde 2006 o termo “Cuidados Continuados Integrados” definido como

“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

Esta definição contém em si mesma a finalidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados que se concretiza através de um conjunto de respostas que

“devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar”

(Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de Junho)

E, por outro lado, devem “promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de Junho).

Os cuidados integrados também têm diferentes significados para diferentes autores. No geral podem ser definidos como uma abordagem que procura melhorar a qualidade de cuidados através da coordenação e integração de cuidados para cada utente individualmente, utilizadores dos serviços e cuidadores garantindo que os serviços estão bem coordenados para fazer face às suas necessidades (Lloyd & Wait, 2005) (Grone & Garcia-Barbero, 2001) (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

Para Grone e Garcia-Barbero³ (Kodner & Spreeuwenberg, 2002), a integração dos cuidados de saúde significa “reunir as entradas, saídas, a gestão e organização de serviços como meio para melhorar o acesso, qualidade, satisfação do utilizador e eficiência”. Contudo

² WHO European Office for Integrated Health Care Services. Integrated Care. Working Definition; 2001

³ Grone, O & Garcia-Barbero (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Internacional Journal of Integrated Care*.

existem autores que dão ênfase a outros aspectos, Brown & McCool⁴ (Kodner & Spreeuwenberg, 2002) sugerem que a integração permite maior eficácia e eficiência, menor duplicação e desperdício, prestação de serviços mais flexível, melhor coordenação e continuidade dos cuidados.

Kodner⁵ (Leichsenring, 2004) sistematizou os objectivos dos cuidados integrados: “melhorar a qualidade dos cuidados e qualidade de vida; aumentar a eficiência do sistema para clientes cujos problemas complexos se distribuem por múltiplos sistemas e cuidadores”.

Leichsenring, investigador, consultor e coordenador de vários projectos austríacos e europeus com o objectivo de analisar e melhorar os *long-term care* refere que os cuidados integrados necessitam de uma identidade discernível, de políticas específicas, de estruturas, processos, vias, liderança e recursos que possam sustentar as expectativas, conduzir à acção e alcançar os melhores resultados para as pessoas que vivem com necessidades de cuidados prolongados e para os que lhes prestam cuidados (Leichsenring, 2012).

Na prática é difícil conseguir relacionar no tempo e local certo a prestação de cuidados de saúde, serviços sociais e apoios para os utentes crónicos ou com pluripatologia (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Os problemas que normalmente surgem estão relacionados com a dificuldade em obter a avaliação de necessidades, reunir todos os serviços necessários, coordenar todos os prestadores de cuidados e serviços, assegurar a continuidade, monitorizar o estado de saúde e de funcionalidade, responder a agudizações, dar apoio aos cuidadores informais e conseguir efectuar tudo isto com as restrições de recursos humanos e financeiros (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Sabe-se que factores como os fluxos de financiamento, as diferentes culturas organizacionais e profissionais têm contribuído para a divisão da prestação de cuidados de saúde e serviços e dos profissionais que os prestam, o que coloca em causa a filosofia dos cuidados integrados e prejudica a prestação dos cuidados – perdem-se utentes, falha-se ou atrasa-se a entrega/administração dos serviços necessários, a qualidade e a satisfação do utente diminui e diminui o potencial de custo-eficácia (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

⁴ Brown, M & McCool, B. (1992). Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. In: Brown M, editor. Health care management: Strategy, structure and process. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.

⁵ Kodner, DL. (2003). Long-term care integration in four European countries: a review. In: Brodsky, J; Habib, J; Hirschfeld, M, editors. Key policy issues in long-term care. Geneva : World Health Organization collection on long-term care, p. 91-138.

Em 2002, Kodner & Spreeuwenberg, identificaram os métodos e ferramentas dos cuidados integrados em diversas áreas: financeira, administrativa, organizacional, prestação de cuidados e clínica. Destas destacam-se aquelas associadas à prestação de cuidados – treino comum; informação centralizada; encaminhamento e admissão; gestão de casos/cuidados; equipa multi/interdisciplinar; cobertura 24 horas; sistemas de informação integrada – e à área clínica – critérios de diagnóstico *standard*; procedimentos de avaliação uniformes e compreensivos; planeamento de cuidados em equipa; registos clínicos partilhados; monitorização contínua do utente; ferramentas de decisão comuns (protocolos e *guidelines*); contacto regular com o utente/cuidador e suporte contínuo.

Os autores também identificaram as barreiras e obstáculos mais comuns à prestação dos cuidados integrados nos domínios da Prestação de Cuidados; Área Clínica e Envolvimento do utente e família.

Prestação de Cuidados: a forma como a prestação de cuidados é efectuada e gerida, nomeadamente, a formação dos prestadores de cuidados, a forma como realizam as tarefas e responsabilidades, o trabalho em equipa, a relação com os utentes, os cuidadores informais e as suas necessidades, têm um grande impacto no número de variáveis críticas nos cuidados integrados. Estas variáveis incluem o acesso aos cuidados, disponibilidade e flexibilidade, continuidade e coordenação de cuidados, satisfação do consumidor, resultados sobre a qualidade e custos.

Área Clínica: compreensão partilhada das necessidades do utente, critérios e linguagem profissional comum, uso de práticas acordadas e padronizadas durante o ciclo de uma condição ou doença em particular, manutenção de comunicação contínua utente-prestador e o *feedback* são ingredientes de qualidade essenciais aos cuidados integrados.

Envolvimento do utente e família: o sucesso dos cuidados integrados exige o envolvimento contínuo dos utentes e cuidadores informais na programação da intervenção, implementação e avaliação. Tal permite assegurar que as necessidades e expectativas se reflectam onde é importante, e que a satisfação do consumidor possa ser abordada de forma realista.

Recentemente, numa revisão sistemática efectuada por Suter, Oelke, Adair e Armitage⁶ que sintetiza a literatura existente sobre a integração em sistemas de saúde foram sugeridos 10 elementos-chave para uma integração de sucesso: cobertura geográfica e acesso; gestão do desempenho; sistemas de informação; cultura organizacional e de liderança; integração clínica; estrutura administrativa e gestão financeira; serviços compreensivos ao longo da continuidade de cuidados; intervenção focada no utente e prestação de cuidados padronizados através de equipas interdisciplinares (Berchtold & Peytremann-Bridevaux, 2011). São vários os autores que salientam a necessidade de que os cuidados integrados sejam centrados no utente, defendem que o planeamento e provisão dos serviços devem impor a perspectiva do utilizador como o princípio organizador da prestação de serviço para que os cuidados de saúde, serviços sociais e outros suportes necessários aconteçam no momento e local certos (Kodner & Spreeuwenberg, 2002) (Leichsenring, 2004) (Lloyd & Wait, 2005).

1.2- PRÁTICA CENTRADA NO UTENTE

A escolha/decisão do utente deve ser intrínseca à provisão de cuidados integrados pois permite que os utentes tenham oportunidade de tomar decisões informadas sobre as opções de cuidados e de tratamentos que lhes são prestados (Goodwin, et al., 2012). Este modelo de intervenção baseia-se na crença de que é necessária uma abordagem de prestação de cuidados que seja compreensiva, global, integrada e em equipa capaz de suprir na totalidade as necessidades de cuidados dos utentes com doenças complexas ou crónicas sendo este modelo de intervenção o mais eficaz para estas condições (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002).

Esta abordagem reflecte o modelo bio-psico-social relatado em 1977 por Engel⁷ que o descreveu como sendo uma compreensão integrada e holística da experiência de doença que se contrapõe ao modelo biomédico (Carrió, 2002) (Dias, Duque, Silva, & Durá, 2004). O modelo bio-psico-social tem como principal característica a rejeição do pensamento reducionista e dualista existente na abordagem aos processos de saúde e de doença, transformando-a no resultado da interacção tanto de factores biomédicos como psicológicos e

⁶ Suter, E; Oelke, ND; Adair, CE; Armitage (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly*;13;6-11.

⁷ Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196, 129-136

sociais, que devem ser tidos em consideração aquando da análise da etiologia de uma doença e respectivo tratamento (Dias, Duque, Silva, & Durá, 2004).

O modelo bio-psico-social é assim um modelo que supera o modelo clássico de causa-efeito pois dá voz ao utente, passando este de sujeito passivo a sujeito activo do processo clínico e da prestação de cuidados, que incentiva ao conhecimento mais abrangente do utente e do seu meio ambiente, integrando os resultados nas esferas biológicas, psicológicas e sociais e que reconhece a relação terapêutica como componente central do decorrer do processo de intervenção. Neste modelo privilegia-se e optimiza-se o trabalho em equipa, sendo que o profissional de saúde é uma componente do sistema que também deve ser cuidada (Carrió, 2002).

A prática centrada no utente tem como objectivo a optimização da organização da transmissão de informação para que a jornada de saúde do utente seja eficiente, efectiva, livre de problemas e maximizada em qualidade. Os benefícios alcançados com esta abordagem abrangem todos os envolvidos, utentes, prestadores de cuidados e o próprio sistema de saúde (NHS Modernisation Agency, 2005). A prática centrada no utente melhora o estado de saúde e aumenta a eficiência dos cuidados (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002). O desenvolvimento de um processo de planeamento efectivo e centrado no utente é cada vez mais visto como uma das formas mais importantes de como os cuidados de saúde e sociais podem ser transformados em serviços integrados com o utente e/ou o seu cuidador no centro dos cuidados (NHS Modernisation Agency, 2005).

No relatório para o *National Health Service* do Reino Unido (Goodwin, et al., 2012) é referida a necessidade de capacitar os utentes e utilizadores para que estes efectuem escolhas informadas sobre a prestação de cuidados e tratamentos. Para que isto aconteça, os autores sugerem que se coloque em prática um único processo de avaliação que abranja os cuidados de saúde e sociais através do acordo de um plano de cuidados com os utentes e os seus cuidadores. Quando apropriado, os planos deverão garantir o acesso a um gestor de caso nomeado que será responsável por assegurar uma coordenação efectiva de cuidados entre os prestadores de cuidados para que se alcancem os objectivos definidos no plano.

Em Portugal, no PNS (Plano Nacional de Saúde) 2012-2016, no Eixo estratégico Qualidade em Saúde relativamente aos Processos Assistenciais Integrados pode ler-se:

“Os processos assistenciais integrados colocam o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema e englobam, numa lógica de processo contínuo, todas as actuações dos profissionais de saúde em toda a rede de prestação de cuidados, ao longo de todo o circuito do doente (com uma determinada patologia ou problema de saúde), em qualquer ponto de contacto e em qualquer nível de cuidados do sistema de saúde.”

(Ministério da Saúde, 2013)

O desenvolvimento de um processo de planeamento efectivo e centrado no utente é cada vez mais visto como uma das formas mais importante de como os cuidados de saúde e sociais podem ser transformados em serviços integrados com o utente e/ou o seu cuidador no centro dos cuidados (NHS Modernisation Agency, 2005).

1.3- PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

Existem autores que defendem que a formulação de um plano individual de cuidados é uma componente essencial e imprescindível dos cuidados integrados, sendo que para alguns representa mesmo um critério de qualidade (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007) (Bjerkkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011). O planeamento de cuidados pode actuar como um veículo facilitador do movimento dos utentes entre os vários níveis de cuidados (NHS Modernisation Agency, 2005).

Os utentes que têm múltiplas necessidades ou que estas sejam complexas e resultantes da interacção entre necessidades físicas, clínicas, sociais e emocionais irão beneficiar de um plano de cuidados bem definido (Nacional Council of Social Service, 2006). Estes utentes necessitam de uma avaliação qualificada e gestão global de serviços. Tipicamente requerem cuidados bem coordenados e serviços de apoio e há uma necessidade de monitorização e revisão contínua das necessidades do utente (NHS Modernisation Agency, 2005) (Nacional Council of Social Service, 2006).

Em Inglaterra, o planeamento de cuidados deve incluir:

- forças, necessidades, capacidades e preferências do utente;
- sumário interpretativo;
- metas e objectivos específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e temporizáveis;
- planos de intervenção e parceiros comunitários para alcançar objectivos;
- planos de transição e alta, incluindo critérios para alta ou transferências;

- definição dos papéis do cliente, família/cuidadores, colaboradores, voluntários e outros na rede de suporte, por exemplo, os vizinhos.

(Nacional Council of Social Service, 2006)

Consideram-se ainda alguns princípios orientadores dos planos de intervenção:

Prática centrada no utente – o gestor de caso deve promover o *empowerment* do utente e cuidadores, considerar cuidadosamente as suas preferências, ser sensível à sua experiência de vida e circunstâncias únicas. O plano de cuidados deve ser apropriado à cultura e idade do utente e baseado nas suas forças, necessidades, capacidades e preferências. Para além de focar as necessidades dos utentes, deve transmitir as forças, capacidades e preferências dos utentes que devem ser asseguradas para garantir o sucesso de intervenção;

Flexibilidade – deve ser flexível para descrever as alterações nas circunstâncias e ambiente do utente e revisto e modificado regularmente de acordo com isso, o que contribui para que o plano se mantenha relevante. O utente deve ser questionado sobre o seu consenso quanto ao plano definido e deve ser mantido informado sobre qualquer alteração efectuada ao plano de cuidados. Se a entidade não tem capacidade para satisfazer todas as necessidades do utente, isto deve ficar registado e deve encaminhar o utente para quem lhe possa prestar esses cuidados;

Comunicação com o cliente – O gestor de caso deve explicar o propósito, benefícios e o processo do planeamento de cuidados ao utente e cuidador e aferir as suas preocupações. O plano de cuidados deve ser transmitido ao utente para que o nível e ritmo de prestação de cuidados sejam apropriados à história pessoal (profissão, religião e particularidades étnicas), à linguagem e formas preferidas de comunicar, ao seu actual estado intelectual, mental e emocional, à presença de qualquer limitação física;

Alcançar qualidade de vida – quando aborda um utente, o gestor de caso necessita de ser aberto e honesto sobre o quanto os planos são importantes e necessários e que estão abertos ao compromisso e negociação. Há necessidade de priorizar o plano de acção, uma vez que nem todas as alterações podem ser efectuadas imediatamente;

Respeitar a confidencialidade do cliente – o utente e/ou o cuidador deve ser alertado para o facto da informação pessoal, se necessário, poder ser partilhada com outros prestadores de cuidados para assegurar a continuidade de cuidados;

Reconhecimento pelo utente e cuidador – quer o utente, quer o cuidador devem assinar o plano depois de lhe ser apresentado. Na situação de que o utente não seja capaz de o fazer, o cuidador pode ser questionado para ter conhecimento do plano.

(National Council of Social Service, 2006)

A publicação do *National Service Framework for People with Long-Term Conditions* foi solicitada pelo *NHS Modernisation Agency* para identificar e reportar os elementos-chave do bom planeamento de cuidados para pessoas com doenças crónicas. A publicação foca-se nas condições neurológicas, no entanto foi acordado que as conclusões deveriam também ser aplicadas a pessoas com outras doenças crónicas.

Este projecto teve como objectivo produzir um guião amigo do utilizador e ferramentas para apoiar os prestadores de cuidados de saúde e sociais para implementarem planos baseados na evidência e centrados na pessoa. Daqui surgiram duas conclusões principais: o planeamento de cuidados deve ser visto como um processo e não como um item físico, como um meio para atingir um fim em vez de um fim por si próprio. O planeamento de cuidados assenta na negociação, discussão e tomada de decisão que acontece entre os profissionais e o utente. O guião pretende resumir as diferentes etapas que acontecem na prestação de cuidados centrada na pessoa fazendo com que as barreiras profissionais e organizacionais não criem obstáculos à prestação de cuidados. Também foi lembrado que o plano de cuidados por si só necessita de ser escrito de uma forma acessível tanto para a pessoa a quem o plano se refere como para os profissionais de todas as disciplinas que o utilizem (NHS Modernisation Agency, 2005).

Foram identificadas as barreiras que impedem que um bom planeamento de cuidados:

Formação, competência e experiência – os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de planos de cuidados muitas vezes não tiveram oportunidades suficientes para adquirir as capacidades necessárias para conduzir o processo de uma forma que ajude o utente e/ou cuidador a alcançar decisões e resultados numa abordagem de cuidados acordada mutuamente;

Utilização de linguagem apropriada – a linguagem utilizada quer nas discussões que ocorrem durante o planeamento de cuidados, quer na própria documentação pode ser muitas vezes insuficiente para a prática centrada na pessoa sendo que o processo é geralmente

orientado para as intervenções e focado no contexto clínico. Relacionado com isto há também a perspectiva de que os planos de cuidados são algumas vezes confundidos com registos individuais e tidos como meios para armazenar informação para diferentes profissionais interpretarem em vez de serem centrados no indivíduo;

Desenvolver formas efectivas para trabalhar para além das fronteiras – o desafio de incentivar os colaboradores a trabalhar para além das fronteiras profissionais, organizacionais, sectoriais e geográficas, incluindo a partilha de informação, pode diminuir a obtenção de alguns benefícios do planeamento de cuidados. Estas dificuldades também estão relacionadas com os problemas de linguagem enunciados anteriormente, em que a terminologia utilizada por cada profissão individualmente exclui as outras. Outro aspecto importante é o desafio para alcançar um acordo entre o utente, cuidadores e organizações sobre que informação deve ser partilhada e a quem. Também se sabe que o ter a informação em papel cria uma barreira à transferência de informação entre organizações.

(NHS Modernisation Agency, 2005)

Existem vários elementos-chave no processo do planeamento de cuidados: Entrada no sistema, Avaliação holística, Desenvolvimento do Plano de Cuidados, Implementação do Plano de Cuidados, Revisão, Saída e/ou Reentrada no sistema (Tabela 1).

Segundo Jacobson & Winograd⁸ e Adamek e Kaplan⁹ para que a prestação de cuidados continuados e integrados seja efectiva é fundamental a troca de informação entre todos os envolvidos no processo terapêutico, o que pressupõe a necessidade de instrumentos de reunião e transmissão de informação que atravessem as barreiras profissionais e abranjam as diferentes perspectivas de todos os envolvidos no processo de prestação de cuidados (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002).

⁸ Jacobson, DH & Winograd, CH (1994). Psychoactive medications in long-term care setting: differing perspectives among physicians, nursing staff, and patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 7:176-183.

⁹ Adamek, ME & Kaplan, MS. (2000). Caring for depressed and suicidal older patients: a survey of physicians and nurse practitioners. *Int J Psychiatry Med.* 30:111-125.

Tabela 1 – Elementos-chave do processo de planeamento de cuidados

Elementos-chave	Tarefas	Princípios
Entrada	- Identificação do utente com potenciais necessidades - Obtenção de contactos relevantes	- Preferencialmente a informação deve ser obtida uma única vez para evitar duplicação e deve ser partilhada quando apropriado
Avaliação	- Identificação do gestor de caso - Utente e profissionais acordam o que a avaliação e o plano de cuidados pretendem alcançar (resultados) - Identificação holística de necessidades e riscos	- A avaliação deve começar com a história do utente - Abordagem holística na avaliação
Desenvolvimento do plano de cuidados	- Priorização de problemas pelo utente e cuidadores - Desenvolvimento de planos de acção para o serviço e utente - Identificação de qualquer equipamento necessário	- Ser gestor de caso ou do plano requer treino adequado e experiência - O plano de cuidados deve ser desenhado para e com o utente e partilhado com os restantes cuidadores e família se apropriado - O plano de cuidados deve transmitir como viver com a condição - O plano de intervenção deve ser flexível para abranger uma série de necessidades e condições - Os cuidados holísticos e específicos devem ser fornecidos com clareza - O plano de intervenção deve estar acessível ao utente e profissionais
Implementar o plano		- Intervenção em equipa e não como uma série de cuidados individuais - Os prestadores de cuidados e cuidadores informais devem seguir o plano
Revisão	- Rever e actualizar o plano de intervenção por períodos de tempo estabelecidos previamente - O plano de intervenção deve ser revisto e se necessário continuado ou modificado por intervalos de tempo acordados, as alterações devem ser documentadas	
Saída/Reentrada	- Alta para auto-cuidados quando é apropriado, com indicações claras para intervenções profissionais mais intensivas - Plano de fim de vida (quando apropriado)	
Para além dos elementos e princípios	- O processo deve ser avaliado pelas organizações e devem ser identificadas áreas de melhoramento - Os processos e decisões devem ser verificados e documentados	- <i>Empower</i> os profissionais - O processo é conduzido desde o topo e alinhado com os maiores alvos da organização, os colaboradores, é contínuo, não um evento <i>on-off</i> - O processo une a intervenção e partilha de informação entre profissionais e fronteiras organizacionais - O indivíduo sente-se e é visto como uma pessoa na totalidade – e não apenas um utente ou utilizador do serviço - O processo é transparente para todos os indivíduos envolvidos - O processo deve fornecer suporte emocional para o indivíduo e seus cuidadores se necessário

(NHS Modernisation Agency, 2005)

Leichsenring (2012) refere que é urgente a criação de métodos e ferramentas que permitam uma mais rápida troca de informações, avaliações e adaptações transfronteiriças e que proporcionem o desenvolvimento de um entendimento comum. Sem uma linguagem comum para a partilha de informação sobre o progresso do utente, esta torna-se difícil uma vez que poderão ser utilizados diferentes termos para relatar objectivos e resultados (Australian Institute of Health and Welfare, 2003).

Com a utilização de um instrumento deste tipo, os profissionais de saúde, assim como os utentes, percebem as necessidades e problemas específicos na sua globalidade e a sua gestão é efectuada de forma diferenciada e adequada à situação de cada utente em particular. Esta abordagem é fundamental pois diferentes pontos de vista relativamente às necessidades de cuidados e objectivos podem conduzir a estratégias de intervenção inadequadas, comprometer a comunicação e diminuir a adesão do utente ao programa de intervenção definido (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002).

Os autores referem que este instrumento deverá preencher as necessidades do utente e dos profissionais de saúde, deverá ser simples de utilizar e deve ter uma base que possa ser aceite por todos os envolvidos no processo (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002).

Num documento do NHS (*National Health Service*) do Reino Unido foram identificados os benefícios da utilização de um plano de intervenção para os prestadores de cuidados, organizações e utentes:

Continuidade de cuidados – um bom planeamento de cuidados pode melhorar a parcialmente continuidade de cuidados por facilitar a comunicação dentro daquilo que pode ser uma rede complexa de pessoas e organizações. O planeamento de cuidados é tido como um processo de colaboração e negociação entre profissionais e o utente que agrega os profissionais de diferentes áreas organizacionais e geográficas, assim como faculta um guião que é pertença de todos os envolvidos;

Gestão de risco – o planeamento de cuidados é uma boa maneira de identificar e gerir os riscos associados com a condição e necessidades do utente de uma forma estruturada e coordenada;

Ajudar as pessoas a gerir a sua condição – o planeamento de cuidados incentiva o auto-cuidado e fornece suporte às pessoas que vivem com a sua condição, o que poderá

beneficiar quer os utentes, dando-lhes maior controlo, quer as organizações, através da redução da pressão sobre os recursos. Isto pode ser alcançado com indivíduos que sejam capazes de tomar decisões e administrar cuidados a si próprios ou através dos cuidadores, tornando-se *experts* na sua condição e, por exemplo, reduzir a necessidade de intervenções;

Identificar um bom planeamento de cuidados.

(NHS Modernisation Agency, 2005)

Somme, Hebert, Bravo, Blanchard, Saint-Jean (2007) e Holum, (2012) identificaram como principais benefícios da utilização de um documento como o Plano Individual de Intervenção:

- facilitar a cooperação e organização;
- alcançar um entendimento comum da realidade entre os utentes e os prestadores de cuidados e também entre os próprios prestadores de cuidados;
- gerir a calendarização das intervenções a implementar;
- formalizar, recapitular e relembrar as intervenções em curso ou os passos já dados em direcção aos objectivos definidos.

O Plano Individual de Intervenção reflecte o desenvolvimento recente nos cuidados de saúde e sociais em que tem existido um aumento do foco na colaboração e envolvimento do utente, estando de acordo com a Carta de Ottawa¹⁰ para a promoção da saúde (Holum, 2012). Entende-se o PII como um conjunto de processos e um produto em forma de um documento escrito que faz parte do processo do utente (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007).

O PII é tido como um plano director escrito, cujos objectivos são: aumentar a participação do utente através da determinação das suas necessidades; planear os serviços/intervenções para responder às necessidades identificadas; promover uma melhor coordenação das intervenções da equipa multidisciplinar para os utentes que necessitem de serviços de cuidados continuados (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007) (Holum, 2012) (Nacional Council of Social Service, 2006).

Pretende-se assim que o PII seja uma ferramenta para assegurar que os serviços e medidas tomadas na intervenção sejam eficazes e entendidos como unificados, coordenados e

¹⁰ World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva.

adaptados individualmente a cada utente (Holum, 2012). Este documento serve então para promover a integração social e sistematizar uma resposta de serviços individualizada e direccionada para as necessidades pessoais do utente (Holum, 2012).

Para que o Plano Individual de Intervenção seja aplicado na sua plenitude é necessário que o utente ou o representante do utente cooperem e colaborem na elaboração deste plano (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007) pois são os objectivos definidos por estes intervenientes que devem ser os orientadores do planeamento das intervenções (Holum, 2012).

Apesar de importância deste instrumento, não há conhecimento de que algum documento deste género tenha sido validado cientificamente ou de que estejam definidos aspectos como o seu desenho, conteúdo esperado, tamanho e utilidade (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007).

1.3.1- Experiência Internacional

O caso da Noruega é talvez aquele que é mais relevante analisar uma vez que desde 2001 foi introduzida por lei a obrigatoriedade de um plano para os cuidados individuais, o IP (*Individual Plan*) (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011).

Na Noruega, o sistema de saúde procurou desenvolver métodos para fornecer melhores cuidados, coordenados de acordo com as necessidades do utente e o *Individual Plan* foi a resposta encontrada para os cuidados integrados (Holum, 2012).

A lei foi estabelecida para fazer face à necessidade de melhoria na eficiência e qualidade dos serviços de saúde e sociais, para aumentar o envolvimento do utente nestes cuidados e para garantir que os cuidados prestados eram bem coordenados. O Plano destinava-se a utentes com necessidades de cuidados complexos (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011).

No caso da Noruega, é esperado que o plano individual de cuidados seja parte integrante da intervenção, no entanto não substitui os registos relativos ao utente e não deve conter dados pessoais de cariz social ou de saúde, é obrigatória a presença do nome do coordenador dos cuidados. Este plano inclui uma descrição dos objectivos e recursos/capacidades do utente, assim como dos serviços e cuidados necessários,

independentemente do diagnóstico, idade ou nível de cuidados (Bjerkkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011).

Esta lei deu aos utentes o direito de serem envolvidos no processo de definição dos cuidados a serem prestados e a receber cuidados coordenados. Apesar da principal função do documento ser administrativa – definir objectivos e tarefas para áreas seleccionadas, especificar os cuidadores/prestadores de cuidados responsáveis e indicar um cronograma ou horário – os utentes com planos individuais de cuidados adequados relataram que isso contribuiu para uma melhor qualidade de vida (Bjerkkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011).

O processo de colaboração entre intervenientes é essencial e até profissionais fora das áreas da saúde e serviços sociais podem participar no processo de planeamento de cuidados (Bjerkkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011).

O *Norwegian Directorate of Health* preparou *guidelines*, deu formação e iniciou projectos para informar os profissionais sobre os planos individuais de cuidados e para assegurar que todos tinham conhecimento do processo de planeamento. No entanto, apesar dos esforços para estimular a utilização dos planos individuais de cuidados, um levantamento nacional indicou que o interesse na sua utilização é baixo ou modesto o que pode indicar interesse modesto ou barreiras locais ao *Individual Plan* como um modelo de cuidados (Bjerkkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011).

Para conseguir planos individuais de cuidados bem organizados e de elevada qualidade são necessárias estruturas adequadas para colaboração e entendimento de papéis assim como para enfatizar o *empowerment* dos utentes. A associação entre o início e a gestão contínua dos planos individuais de cuidados pode indicar que os profissionais que o iniciam acabam por ser os gestores do mesmo. Tais mecanismos podem facilmente conduzir a uma diferença de trabalho burocrático dispar entre os elementos da equipa e pode tornar-se uma barreira para desenvolvimento futuro dos planos (Bjerkkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011).

Os autores consideram que a abordagem norueguesa ao planeamento de cuidados é a única em que é obrigatória para todos os prestadores de cuidados em base de igualdade.

Pressupõe e requer uma abordagem a vários níveis e colaboração multidisciplinar que é mais ampla e inclui mais serviços do que usualmente em muitas instâncias.

De acordo com declarações políticas, a utilização de planos individuais de cuidados é um indicador importante da qualidade dos cuidados e da satisfação do utilizador (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011).

Hollum (2012) realizou um estudo qualitativo na Noruega com o objectivo de descrever e explorar experiências e reflexões sobre o processo de implementação do *Individual Plan*. Para alcançar este objectivo realizou entrevistas semiestruturadas a 22 gestores. Nas entrevistas pretendia obter informações sobre as experiências com o *Individual Plan*, reflexões sobre este documento enquanto ferramenta, como tinham os gestores implementado o IP na sua organização, quais os desafios e benefícios do seu uso, assim como a sua opinião sobre o seu próprio papel e dos restantes profissionais neste processo.

Nos Factores Organizacionais foram identificados como barreiras gerais à implementação do *Individual Plan*:

- demasiado trabalho administrativo e burocrático;
- falta de recursos, poder e direitos dos utentes;
- falta de tempo;
- responsabilidade não definida.

Foram também identificadas algumas estratégias práticas de implementação:

- treino e supervisão na própria organização, seguindo um plano de formação em que era demonstrada a utilidade do instrumento em reuniões e para supervisão das intervenções;
- formação externa à organização;
- definição de rotinas e procedimentos para a aplicação do *Individual Plan*;
- fazer do *Individual Plan* um tema de discussão regular em reuniões de equipa;
- praticar, aprendizagem com situações reais.

Foram identificados Factores Individuais que contribuem para a implementação do *Individual Plan*:

- tipo de liderança e contexto;

- identificação dos gestores: todos os gestores valorizaram a intenção por detrás do *Individual Plan* e concordam com a necessidade de uma melhor coordenação e colaboração quando se trata de utentes com necessidades de cuidados complexos. No entanto, alguns referiram-se cépticos principalmente devido à falta de recursos e de compromisso. Uma minoria não considera o IP como uma ferramenta útil na sua organização e outros estavam ambivalentes principalmente devido aos desafios da instituição o que fez com que tivessem pouco motivados para implementar o documento. Muitos dos gestores enfatizaram a importância do incentivo da participação do utente como meio para atingir a igualdade entre utentes e profissionais, aumentar os direitos dos utentes e respeitar os objectivos e desejos dos utentes. Um dos gestores afirmou que “A participação do utente no IP não torna o utente necessariamente melhor, mas representa um importante direito democrático”.

No Canadá, num estudo realizado por Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, Saint-Jean (2007) foram analisados 50 Planos de Intervenção e foram entrevistados 13 gestores de caso com o objectivo de analisar o conteúdo e utilização dos ISP (*Intervention Service Plan*) usados na experiência PRISMA (*Program of Research on the Integration of Services for the Maintenance of Autonomy*) levada a cabo no Quebec.

Da análise dos documentos verificou-se que:

- não foram criados documentos propositados quando foi implementada a rede de cuidados integrados, tendo sido adaptados documentos com funções semelhantes;

- na secção dos Objectivos a regra era que fossem registados comportamentos observáveis ou mensuráveis e teriam de ser utilizados verbos de acção. Um dos documentos incluía uma lista de 4 páginas com os verbos a utilizar para a definição de objectivos e aqueles que deveriam ser evitados, por exemplo, manter, reduzir, promover, aumentar. Não existiam regras específicas para outras secções do formulário. Os autores verificaram que as *guidelines* para o preenchimento do plano nunca foram seguidas e a estrutura recomendada nunca foi usada. Nenhum dos 699 objectivos registados nos Planos poderia ser considerado como comportamento observável ou mensurável como solicitado. Em contraste, 80,7% dos objectivos correspondiam às indicações para acções continuadas no tempo expressas por verbos que era suposto serem evitados (compensar, melhorar, manter, monitorizar, aprender...);

- nenhum dos 13 gestores de casos seguiu consistentemente a mesma regra de escrita nos planos a seu cargo.

Das entrevistas realizadas aos gestores de caso salientam-se algumas declarações:

- “O *Intervention Service Plan* é o acto final... É assim que o vejo, quando tenho toda a informação de que necessito”;
- “É um passo que muitas vezes salto... porque simplesmente não me parece útil... é apenas mais um passo, ou se escreve a intervenção ou o ISP”;
- Os gestores não estavam de acordo sobre as informações que deveriam surgir no documento, “Coloco todos os serviços”; “Não, não coloquei tudo”; “Todas as incapacidades devem ser incluídas no plano”;
- “Ninguém tem uma ideia muito clara sobre o que é o ISP”;
- Relativamente à formação, “Não foram claros o suficiente sobre os conteúdos que deveriam estar no *Intervention Service Plan*”;
- Em relação ao formulário referiram a falta de clareza do plano, a sua aparência ser estática e o fardo de ter de escrever;
- Levantaram muitas questões em relação ao próprio conceito “Que utilidade tem? Porque estamos a fazer isto? O que deve conter?”.

A realização deste estudo qualitativo demonstrou a existência de problemas na implementação dos *Intervention Service Plan* quando um estudo quantitativo indicava que a implementação desta ferramenta era um sucesso. Concluiu-se que apesar dos ISP terem os planos de intervenção descritos, estes raramente eram colocados em prática e a sua utilidade permanecia maioritariamente teórica. Especificamente, as motivações subjacentes ao seu desenvolvimento e utilização eram vagas quando escritas. O *Intervention Service Plan* aparentou ser apenas um acessório no processo do utente. De notar que qualquer instrumento utilizado num sistema integrado muitas vezes tem funções clínicas mas também de gestão e orientação. Deste ponto de vista, o facto do documento em análise não ser utilizado para gestão e orientação é indicativo de que não é apropriado para a integração. Todas as entrevistas e análise documental demonstraram a existência de um bom entendimento da tarefa de planeamento individual como descrito na literatura, dos materiais de formação e da gestão de casos no geral com um papel central para a coordenação e continuidade da informação. Também houve uma expectativa de que a tarefa de escrever fosse simplificada e que o aspecto dinâmico do instrumento desse aos gestores de caso um guia que indicasse rapidamente as necessidades, os serviços e outros aspectos pendentes ou indisponíveis e a solução encontrada.

Modificar as *guidelines* elaboradas poderia responder às preocupações dos gestores de caso de forma a fazer do *Intervention Service Plan* mais amigo do utilizador. Para isto, parece também ser necessária a informatização do documento.

Com o objectivo de desenvolver o hábito de procurar a informação no *Intervention Service Plan* os gestores de caso insistem na implementação de formação adequada para os próprios e para a restante rede de cuidadores.

O *Individualized Service Plan* parece constituir um instrumento significativo para os gestores de caso, que devem ajudar a realizar o planeamento individual pois são dinâmicos e facilitam a troca de informação, no entanto, os formulários com cinco colunas principais para além da data), como os utilizados no estudo PRISMA, não parecem ser satisfatórios (Figura 1).

Figura 1 – Individual Service Plan

DATE	No.	PROBLEMS	OBJECTIVES	MEANS/INTERVENTIONS	HEALTH CARE PROVIDERS	SERVICES ALLOCATED
		What are the source and manifestation of the problem?	What is the expected outcome of the intervention?	What intervention is required to correct the problem or difficulty, and achieve the target objective?	Who will intervene?	Number of times or frequency of the intervention

(Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007)

1.3.2- Experiência Nacional

Em Portugal, na RNCCI o Plano Individual de Intervenção é definido como o “conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a). Este instrumento, a sua avaliação periódica e a sua eventual aferição fazem parte integrante obrigatória do processo individual de cuidados dos utentes da RNCCI conforme o n.º2 do Art. 35º, do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho e n.º6 da alínea B) do Anexo I da Portaria n.º 1087-A/2007 de 5 de Setembro (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2008).

Pretende-se que este instrumento seja o reflexo do utente, das suas necessidades, objectivos e das intervenções a realizar para que se alcancem os objectivos definidos (Pereira & Araújo, 2010). Tem ainda como finalidade contribuir para a qualidade de vida do utente

compreendendo as suas necessidades, potencialidades, recursos e limitações para que se possam disponibilizar os meios que facilitem a promoção da autonomia e participação do utente nas situações do dia-a-dia (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a).

A implementação do PII implica: o envolvimento do utente e cuidadores informais na sua elaboração respeitando as suas capacidades, necessidades e preferências; a existência de respostas organizadas e flexíveis da Unidade para colmatar as necessidades e preferências dos utentes; o reconhecimento de que os profissionais de saúde e de acção social são parte de um mesmo sistema em que os objectivos e recursos são partilhados (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a).

Na “Grelha de Acompanhamento das Unidades” que consta no “Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua” o item 6 diz respeito à “Promoção da Autonomia e Cuidados do Utente” e averigua a existência ou não do Plano Individual de Intervenção interdisciplinar e se este é actualizado periodicamente. Verifica ainda se é assegurada a participação do utente, ou seja, se a sua perspectiva é considerada no planeamento dos cuidados, se ele é envolvido na prestação dos cuidados directos e se as suas preferências e expectativas são registadas e respeitadas (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a).

Por considerar o PII um instrumento com importância não só na prestação de cuidados mas também no âmbito da gestão, a UMCCI (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados), em 2010, apostou na formação em relação a este importante aspecto. Foram efectuadas 11 acções de formação num total de 143 horas que abrangeram 279 profissionais das Equipas de Coordenação Local, Equipas de Cuidados Continuados Integrados e das Unidades de Internamento (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011b). Apesar disso, não foi definido um modelo de PII para a Rede.

Através de auditoria externa à RNCCI em realizada 2012 verificou-se o PII era a área mais frágil, com fraca evidência do envolvimento do utente e cuidadores (Lopes M. , et al., 2010). A Unidade de Missão para a RNCCI também identificou entre os principais défices das unidades relativamente aos critérios da “Grelha de Acompanhamento das Unidades” a falta de

evidência relativamente à reavaliação do PII (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011b).

Em 2013, numa auditoria realizada pela UMCCI a 33 instituições que englobavam 9 UC (Unidades de Convalescença), 16 UMDR (Unidades de Média Duração e Reabilitação), 24 UMDL (Unidades de Longa Duração e Manutenção) e 3 UCP (Unidades de Cuidados Paliativos), verificou-se que apenas 48% das unidades auditadas aplicavam o Plano Individual de Intervenção (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2013). Os resultados obtidos fazem questionar sobre a implementação da prática desejável nos cuidados continuados integrados, a Prática Centrada no Utente (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a).

1.4- INDICADORES E GANHOS EM SAÚDE

De acordo com a *Canada-British Columbia*¹¹, a participação e capacitação dos utentes, família e cuidadores informais são objectivos de qualidade em saúde conducentes à promoção da autogestão e autocuidado e à alteração de estilos de vida. O aconselhamento motivacional e acesso à informação, grupos de apoio e de auto-ajuda, assim como o envolvimento na decisão e na organização dos serviços, resultam em maior adesão e aliança terapêutica, melhor qualidade de vida do utente e ganhos em saúde (Direcção Geral da Saúde, 2012).

Uma abordagem compreensiva cria oportunidades únicas para inovar na procura das respostas necessárias em parceria com os utentes. De forma a validar estas respostas torna-se premente a existência de um mecanismo de identificação de ganhos em saúde, que facilite a demonstração de resultados não só às instituições que prestam cuidados como aos diferentes profissionais que prestam cuidados e aos próprios utentes e cuidadores (Pereira C. , 2008).

Embora os aspectos individuais dos serviços de saúde e sociais para as pessoas que dependem do apoio contínuo sejam agora uma área de extensa pesquisa em muitos países, os conceitos, indicadores e modelos para comparações internacionais e a identificação de boas práticas entre os países ainda estão muito no seu início (Pereira C. , 2008).

¹¹ Canada-British Columbia. Ministry of Health. Chronic Disease Management. Disponível em <http://www.health.gov.bc.ca/access/cdm.html>. Consultado em Junho de 2012.

Os Ganhos em Saúde são um dos conjuntos de indicadores definidos para monitorização do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde. (Ministério da Saúde, 2013). Expressam a melhoria dos resultados e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e ainda pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (Ministério da Saúde, 2013).

Como Pereira (2008) refere, no contexto de doenças crónicas não será de esperar que os Ganhos em Saúde se traduzam na ausência de doença, daí que a demonstração de Ganhos em Saúde para os portadores de doenças crónicas deva incluir variáveis ou componentes de saúde que permitam classificar o seu estado de saúde numa perspectiva positiva da saúde, não recorrendo apenas à classificação de componentes de doenças, pois seria muito redutor.

Em Portugal, no caso dos Cuidados Continuados Integrados, a RNCCI avalia continuamente o seu desempenho em diversas dimensões com base nos seguintes indicadores:

Caracterização dos utentes – faixa etária e género; estado civil; número de anos completos de estudos; profissão; “com quem vive”; “de quem recebe apoio”; “que tipo de apoio recebe”; distribuição por distrito e tipologia;

Referenciação – entidade referenciadora; distribuição de utentes para ingresso na RNCCI; distribuição de utentes que cumprem critérios (ingressam) por tipologia da RNCCI; distribuição de utentes que não cumprem critérios (não ingressam) por tipologia na RNCCI; motivo de não ingresso na RNCCI; número de utentes que aguardam avaliação nas ECL; demora média entre os diferentes níveis de referenciação;

Implementação/Produção – taxa de implementação da RNCCI; Distribuição de internamentos por tipologia e região; altas por tipologia e região; taxa de ocupação, por unidade, tipologia e região; média de dias de internamento, por unidade, tipologia e região;

Resultados – motivo de alta, por unidade, por tipologia e por região; encaminhamento dos utentes pós alta, por unidade, por tipologia e por região; número de quedas durante o internamento; motivo de quedas; sequelas de quedas; prevalência de úlceras

de pressão unidade por período de tempo; incidência de úlceras de pressão no internamento na unidade; número de infeções na admissão na unidade; incidência de infeções no internamento na unidade; distribuição por grau de autonomia física na admissão, durante o internamento e alta na unidade; mortalidade; agudização, com recurso ao hospital (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a).

No documento *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal - analisando o presente, perspectivando o futuro* (Lopes M. J., et al., 2010) os autores descrevem as dimensões actualmente medidas na RNCCI: a autonomia física, a utilização de cadeira de rodas, a prevalência de úlceras de pressão e de quedas, a avaliação da dor e o registo dos óbitos. Também é medida a qualidade da interface Hospital/Rede, nomeadamente a qualidade da referenciação hospitalar para a Rede. São ainda utilizadas escalas de medição da funcionalidade, por exemplo, a Escala de Medida de Independência Funcional; a Escala de Lawton e o Índice de Katz, todavia daqui não parece resultar a extracção de qualquer outro indicador (Lopes M. , et al., 2010).

Os autores do documento questionam não só os indicadores escolhidos pela RNCCI mas também a metodologia utilizada para obter os indicadores pois consideram que persistem dúvidas sobre a sua validade e comparabilidade, tal facto já havia sido também questionado no Relatório de Primavera 2009. Não está clarificada a metodologia adoptada e a sua robustez, nomeadamente no que concerne à sua validade e fiabilidade (Lopes M. , et al., 2010).

É referido que os indicadores conhecidos e públicos da RNCCI não expressam devidamente os potenciais Ganhos em Saúde de uma Rede com a dimensão e potencialidades da actual. Os autores justificam esta opinião pelo facto dos indicadores da RNCCI serem exíguos e não serem congruentes com a filosofia da Rede, pois esta centra-se na funcionalidade, nas capacidades dos utentes, logo no seu potencial, o que não é transmitido e percebido com os indicadores atrás referidos.

Lopes e colaboradores (2010) propõem o desenvolvimento de indicadores para a RNCCI que obedeçam aos seguintes critérios:

- Sejam fiéis à filosofia da Rede e revelem o estado funcional dos utentes – propõem-se indicadores construídos a partir de uma avaliação baseada na CIF;

- Relevem os Ganhos em Saúde dos utentes da RNCCI aos diversos níveis;
- Relevem os Ganhos em Saúde relativamente aos restantes níveis de cuidados;
- Sejam internacionalmente comparáveis.

Considerando a filosofia da Rede, é sugerido que sejam ser criados indicadores que meçam o estado funcional dos utentes (Lopes M. , et al., 2010). Segundo Botelho (1999), o conceito de capacidade funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos e a sua perturbação resulta de uma consequência de determinadas situações patológicas.

A avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir de forma objectiva os níveis em uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades ou funções utilizando diversas estratégias, por exemplo, no desempenho das actividades de vida diária, na interacção social, nas actividades de lazer, entre outros. Representa uma forma de avaliar se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as actividades necessárias para cuidar de si mesma de forma independente e, caso não seja, verificar se a necessidade de ajuda é total ou parcial (Mendes, 2008).

A avaliação funcional deve ser efectuada com um instrumento apropriado, fiável e válido (Botelho, 1999). Os instrumentos de avaliação funcional permitem a identificação dos problemas específicos do utente e são medidas objectivas com pontuações finais que facilitam a comunicação entre profissionais de saúde (Mendes, 2008). As recomendações internacionais apontam para um instrumento biopsicossocial integrado para avaliação inicial e contínua de forma a aferir os resultados dos cuidados prestados e a proporcionar investigação futura (Cruz-Jentoft, et al., 2008) (Lopes M. , et al., 2010). Analisando a literatura, observa-se uma proliferação de instrumentos que se propõem a avaliar o estado funcional, por exemplo, o EASYcare (*Elderly Assessment System*), o RAI (*Resident Assessment Scale*) e o IAI (Instrumento de Avaliação Integrada).

1.4.1- EASYcare

O EASYcare é um instrumento de avaliação abrangente das necessidades das pessoas idosas (mais de 64 anos) desenvolvido a nível Europeu e recomendado pela OMS, validado para Portugal na versão 1999-2002 e na versão 2008. Foi criado para os cuidados de

saúde primários mas Silva (2010) considerou relevante adaptar o EASYcare ao contexto institucional, nomeadamente, aos Cuidados Continuados Integrados com o objectivo de uniformizar e sistematizar a intervenção e acompanhamento dos idosos neste contexto, avaliando as suas necessidades e monitorizando a sua qualidade de vida.

Para alcançar o objectivo a autora desenvolveu um estudo exploratório em duas Unidades da RNCCI, sendo a amostra constituída por utentes e profissionais de saúde. Os dados foram recolhidos através da aplicação de dois instrumentos criados pela investigadora: i) questionário sócio-demográfico para identificação da amostra e ii) guião de entrevista semi-estruturada para orientação do *focus group* com os utentes e da entrevista individual realizada a cada profissional.

No *focus group* os resultados foram consensuais, os utentes não fizeram propostas para alteração do instrumento. Nas entrevistas individuais efectuadas aos profissionais de saúde todos propuseram alterações ao EASYcare: reformularam, acrescentaram e retiraram questões. O objectivo destas alterações era tornar o instrumento mais simples, rápido e exequível na sua aplicação, ao mesmo tempo que permitia a recolha da informação essencial para a sua intervenção.

Alguns dos profissionais mencionaram que o EASYcare "é muito mais específico que o próprio IAI, que está a ser aplicado de momento na instituição". Uma enfermeira alerta para o seguinte "O IAI apresenta muitas limitações, e é o instrumento que utilizamos neste momento para avaliar os idosos". No entanto, apesar do impacto positivo identificado em relação ao EASYcare, alguns profissionais alertaram para o facto de ser um instrumento muito extenso que poderá levar à saturação do utente.

1.4.2- Resident Assessment Instrument

O *Resident Assessment Instrument* ajuda a equipa a reunir informações sobre os pontos fortes e as necessidades do utente que devem constar num plano de cuidados individualizado. Também tem a função de ser utilizado pela equipa para aferir se o objectivo foi alcançado e rever planos de cuidados, permitindo acompanhar as mudanças no estado do utente (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2008). Com a utilização do RAI espera-se que a equipa olhe para os utentes de forma holística – como indivíduos para quem a qualidade de vida e qualidade de cuidados são mutuamente importantes e necessários.

A utilização do RAI tem como objectivos:

- gerir factores de risco no plano de cuidados;
- enfrentar os obstáculos que surgem no planeamento dos cuidados;
- utilizar padrões actuais de prática no planeamento de cuidados;
- avaliar os objectivos da intervenção e os resultados do cuidado no processo de planeamento da prestação de cuidados;
- respeitar o direito do utente recusar os cuidados e oferecer alternativas;
- utilizar uma abordagem interdisciplinar para desenvolvimento do plano de intervenção;
- envolver os utentes e/ou outros representantes do utente no planeamento e prestação de cuidados;
- avaliar e planear a assistência necessária para colmatar a necessidade de cuidados;
- envolver a equipa prestadora de cuidados no processo de planeamento das intervenções para alcançar os objectivos definidos.

Com a implementação do RAI verificou-se que:

- melhorou a qualidade do atendimento e da qualidade de vida dos utentes;
- o plano de cuidados reflectia e considerava os problemas individuais de cada utentes, e relacionava-os com as abordagens definidas. Os utentes tinham conhecimento dos objectivos propostos o que melhorou a sua funcionalidade ou fez com que a sua deterioração ocorresse a um ritmo mais lento;
- melhorou a comunicação, foi reforçado o compromisso com o plano de cuidados;
- aumentou o envolvimento do utente e cuidadores;
- as equipas passaram a ter melhor imagem do utente;
- os utentes e cuidadores passaram a compreender melhor os objectivos e o plano de cuidados;
- diminuiu a quantidade de documentação e de informação repetida.

(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2008)

É um instrumento utilizado em 9 Estados Norte-americanos, 8 províncias canadianas e em vários outros países, incluindo um projecto europeu em que participaram 11 países (Berg, et al., 2009).

1.4.3- Instrumento de Avaliação Integrada

A RNCCI aparenta ter seguido as recomendações internacionais e adoptou um instrumento de avaliação único denominado IAI (Anexo I) que tem como objectivo a identificação de perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e hábitos de vida cujos contributos são importantes na definição de um Plano Individual de Intervenção com ênfase na manutenção e recuperação de capacidades. Através deste instrumento é realizada a avaliação biopsicossocial, com uma abordagem diagnóstica de detecção e monitorização longitudinal das pessoas em situação de dependência.

O IAI é transversal a toda a Rede e de aplicação obrigatória, permite monitorizar a informação de forma uniformizada e passível de ser informatizada (UMCCI, 2010) (Silva, 2010). Foi implementado na RNCCI após a validação do instrumento num estudo realizado em parceria entre uma Universidade portuguesa e a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados para poder ser aplicado a todos os utentes das Unidades de Cuidados Continuados (Silva, 2010). Nas Unidades e ECCI's esta ferramenta é utilizada na admissão, aos 15 e 30 dias de internamento, depois mensalmente e à data de alta (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010a).

O IAI abrange um conjunto de informação de natureza bio, psico, social delineado com base em ferramentas internacionais validadas (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010a).

De acordo com a UMCCI, os objectivos inerentes a este instrumento são a identificação de perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais, hábitos de vida e a contribuição para um plano individual de intervenção em que a ênfase é posta na manutenção e recuperação de capacidades (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010a).

Esta ferramenta/instrumento de avaliação é dividida em áreas, em variáveis e nos seus componentes:

“BIO”

- Género;
- Idade;
- Queixas de saúde;
- Estado de nutrição;

- Quedas;
- Locomoção;
- Actividades diárias de autonomia física ou auto-cuidado (Katz ajustado a 4 níveis de categorização: 0 – incapaz; 1 – dependente; 2 – autónomo; 3 – independente);
- Actividades diárias de autonomia instrumental ou adaptação ao ambiente (Lawton and Brody ajustado a 4 níveis de categorização: 0 – incapaz; 1 – dependente; 2 – autónomo; 3 – independente).

“PSICO”

- Queixas emocionais;
- Estado cognitivo (baseado no *Mini-mental State*).

“SOCIAL”

- Estado social;
- Hábitos.

As cotações/*scores* das variáveis e seus componentes que conduzem à classificação das áreas são predominantemente de 4 níveis: 0; 1; 2; 3. Os *scores* significam:

- 0 – Incapacidade – necessidade, indispensável e regular, cuidadores e/ou produtos de apoio para reabilitação funcional; não coopera;
- 1 – Dependente – necessidade, indispensável e regular, cuidadores e/ou produtos de apoio para reabilitação funcional; coopera;
- 2 – Autónomo – necessita de produtos de apoio (não de cuidadores) para a reabilitação funcional; coopera;
- 3 – Independente – sem necessidade para cuidadores e/ou meios para reabilitação funcional.

(Abreu Nogueira, Girão, & Guerreiro, 2010)

O resultado obtido, transcrito sequencialmente, permite um conjunto resumido dos resultados da avaliação, chamado “Perfil bio-psicossocial” com a seguinte sequência: Género, Idade, Queixas de Saúde, Nutrição, Locomoção, Autonomia Física, Autonomia Instrumental, Estado Emocional e Cognitivo, Estado social, Hábitos e é apresentado como uma sequência de 12 dígitos entre 0 e 3 (Abreu Nogueira, Girão, & Guerreiro, 2010).

Os itens do IAI relacionados com a capacidade de completar as actividades da vida diária, “Actividades da Vida diária” e “Actividades Instrumentais da Vida Diária”,

consideram duas escalas internacionais – Katz e Lawton respectivamente – adaptadas e validadas pela Universidade de Medicina para padronizar a categorização com os restantes itens deste instrumento em 0; 1; 2; 3 em que:

0 e 1 – mau/não desejável;

2 e 3 – favoráveis/desejáveis.

Para o item “Quedas”, este instrumento permite a identificação do seu número e das suas causas: intrínsecas (pessoa), extrínsecas (ambiente) ou ambas.

O item “Queixas de Saúde” identifica se existem “Queixas da pele” e avalia e caracteriza as feridas identificadas (Abreu Nogueira, Girão, & Guerreiro, 2010).

A oportunidade para surgir um instrumento como o IAI deve-se ao facto de existir heterogeneidade na avaliação global e compreensiva do utente, nomeadamente, no que respeita ao conteúdo e escalas utilizadas que são aplicadas como adaptações não-padronizadas que comprometem a sua comparabilidade. A compilação das variáveis que constituem o IAI e a decisão da sua categorização em 4 níveis resultou de um trabalho desenvolvido em Portugal, baseado na análise de uma série de estudos efectuados com amostras adequadas, a última efectuada com cerca de 3 mil pessoas representativas da população nacional (Botelho, 1999). A vantagem de sumarizar a informação num *layout* numérico permite a obtenção de um relatório curto e confidencial dos dados por extenso, cada detalhe está implícito e pode sempre ser analisado em maior pormenor e individualmente. Permite também comparar dados facilmente no mesmo indivíduo e em grupos de indivíduos e a soma dos seus componentes pode ser utilizada como *score* (a necessitar de validação) (Abreu Nogueira, Girão, & Guerreiro, 2010).

Lopes e colaboradores (2010) levantaram algumas questões relativamente à validação do instrumento para que permita a comparabilidade internacional e consideraram o instrumento suficientemente extenso para fazer perigar o rigor do seu preenchimento (Lopes M., et al., 2010).

Silva (2010) considera o IAI como insuficiente para delinear um Plano Individual de Intervenção. A autora alerta para o facto do *score* (perfil biopsicossocial) obtido através da sua aplicação ser de difícil interpretação, visto ser um código muito amplo que não traduz as necessidades de intervenção. Os profissionais sentem necessidade de aplicar outros

instrumentos/escalas para complementar esta avaliação, o que faz com que pareça que o IAI não responde às especificidades da avaliação multidimensional no contexto de uma Unidade de cuidados continuados.

Com estes factos, pode concluir-se que é necessário repensar a problemática dos indicadores de modo articulado com as dimensões de investigação e alicerçados na filosofia inerente à Rede. Após um levantamento dos indicadores utilizados em redes semelhantes à RNCCI os autores propuseram alguns:

- Incidência de dificuldades cognitivas;
- Prevalência de sintomas comportamentais que afectem outros;
- Prevalência de diagnóstico ou sintomas de depressão;
- Prevalência de depressão sem tratamento;
- Prevalência no uso de anti psicóticos na ausência de sintomas psicóticos;
- Prevalência do uso de ansiolíticos e/ou hipnóticos;
- Complexidade farmacoterapêutica;
- Prevalência de incontinência urinária e/ou fecal;
- Prevalência de cateterizações vesicais;
- Prevalência de infecções urinárias;
- Prevalência de impactação fecal;
- Prevalência de desidratações;
- Prevalência de perda de peso;
- Prevalência de entubações naso-gástricas;
- Prevalência de acamados;
- Prevalência de pouca ou nenhuma actividade;
- Prevalência do uso da restrição física;
- Nível de independência nas actividades de vida diária;
- Incidência do declínio na perda de actividades de vida diária;
- Prevalência de quedas;
- Prevalência de ferimentos acidentais;
- Nível de qualidade de vida.

(Lopes M. , et al., 2010)

É também é sugerido que os indicadores sejam construídos com base na CIF, uma das classificações internacionais utilizada pela Comissão Europeia para recolher dados

harmonizados de elevada qualidade (Comissão Europeia, 2011). Abreu Nogueira, Girão e Guerreiro (2010) referem que a CIF poderá fornecer uma base conceptual e um sistema de classificação para desenvolver um instrumento de avaliação compreensiva para os cuidados subagudos. Segundo Haley et al¹², para utilizar a CIF com o objectivo de guiar a avaliação de resultados é necessário determinar os principais domínios de actividade que são críticos nos serviços que prestam cuidados e desenvolver um conjunto de itens de actividades para examinar cada um desses domínios (Abreu Nogueira, Girão, & Guerreiro, 2010).

A construção de uma ferramenta de avaliação integrada utilizando a CIF necessita de desenvolvimento e validação para os cuidados subagudos e de longa duração. Abreu Nogueira, Girão e Guerreiro (2010) referem que o objectivo é esse, no entanto, face às recomendações internacionais tal deverá ser efectuado em parcerias internacionais de forma a desenvolver um instrumento que permita alcançar um referencial para obtenção de resultados internacionais.

1.5- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

Em 2001 foi publicada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde após ter sido testada em mais de 50 países, envolvendo um número superior a 1800 profissionais de saúde. Quando apresentada à 54.^a Assembleia Mundial da Saúde, a CIF foi aprovada para utilização internacional como um novo instrumento para a medição da saúde da população, passando a integrar a Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (Buchalla, 2003).

A CIF foi aprovada para criar uma linguagem comum de todos os aspectos da funcionalidade e incapacidade humanas (Escorpizo, Stucki, & Cieza, 2010) e facilitar a comunicação entre os vários utilizadores como sejam os profissionais de saúde, investigadores, gestores, políticos, organismos e organizações da sociedade civil e o público em geral (Grill E. , Huber, Gloor-Juzi, & Stucki, 2010) (Farias & Buchalla, 2005) (Fontes, Fernandes, & Botelho, 2010).

¹² Haley, SM, Coster, WJ, Andres, PL, Ludlow, LH, Ni, P, Bond, TL, Sinclair, SJ, Jette, AM (2004). Activity Outcome Measurement for Postacute Care. *Med Care*, 42(1 Suplemento): I49-61.

O esquema conceptual da CIF divide-se estruturalmente em duas partes – Funcionalidade/Incapacidade e Factores Contextuais – e cada parte divide-se em dois componentes. Da Funcionalidade/Incapacidade fazem parte as Funções e Estruturas do Corpo e as Actividades e Participação. Os Factores Contextuais integram os Factores Ambientais e os Factores Pessoais.

Os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade e operacionalizam-se em duas listas básicas:

1 – Funções do corpo – funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas;

Estruturas do Corpo – partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes, classificados de acordo com os sistemas orgânicos.

2 – Actividades – execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo, representando a perspectiva individual da funcionalidade

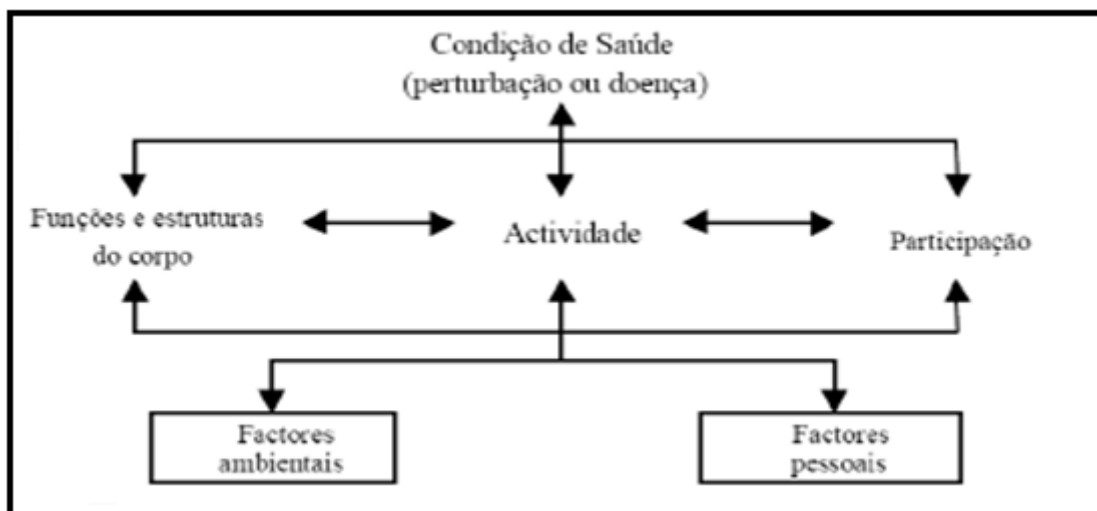
Participação – envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade

Factores Ambientais – interagem com todos estes componentes.

(Fontes, Fernandes, & Botelho, 2010)

Os Factores Contextuais podem ser externos ao indivíduo – Factores Ambientais – ou intrínsecos ao indivíduo – Factores Pessoais. Os Factores Ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida. Referem-se a todos os aspectos do mundo externo ou extrínseco que formam o contexto de vida de um indivíduo, tendo por isso um impacto sobre a funcionalidade dessa pessoa. Nestes Factores estão incluídos o mundo físico e as suas características, o mundo físico criado pelo homem, as outras pessoas em diferentes relacionamentos e papéis, as atitudes e os valores, os serviços e os sistemas sociais, as políticas, as regras e as leis. Os Factores Pessoais são representados pela idade, o sexo, a educação, a profissão, entre outros, ainda não codificados na Classificação (Fontes, Fernandes, & Botelho, 2010).

Todas as dimensões estão inter-relacionadas e sofrem influência umas das outras (Buchalla, 2003) (Figura 2).

Figura 2 – Modelo Conceptual da CIF

(Organização Mundial da Saúde; Direcção-Geral da Saúde, 2004)

Para que uma categoria tenha validade necessita de estar qualificada, para isso foram desenvolvidos os Qualificadores CIF – códigos numéricos que especificam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou incapacidade naquela categoria ou em que medida um factor ambiental facilita ou constitui um obstáculo:

- 0 – NÃO há problema (nenhum, ausente, insignificante) 0-4%;
- 1 – Problema LIGEIRO (leve, pequeno) 5-24%;
- 2 – Problema MODERADO (médio, regular) 25-49%;
- 3 – Problema GRAVE (grande, extenso) 50-95%;
- 4 – Problema COMPLETO (total) 96-100%;
- 8 – Não especificado;
- 9 – Não aplicável.

(Organização Mundial da Saúde; Direcção-Geral da Saúde, 2004)

A CIF pode servir como um sistema de ligação entre as intervenções e a medição de resultados, facilitando a selecção de instrumentos de medida adequados para o objectivo da intervenção e tem a vantagem de ter aplicação universal e poder ser utilizada por todas as pessoas e em qualquer condição de saúde (Organização Mundial da Saúde; Direcção-Geral da Saúde, 2004) (Sampaio & Luz, 2009), podendo ser aplicada em diversos contextos e com diferentes objectivos. Poderá ser utilizada como:

- ferramenta estatística e de gestão da informação para estudos populacionais;
- instrumento de pesquisa para medidas de resultados da qualidade de vida;

- instrumento de planificação e avaliação clínica;
- disciplina dos desenhos curriculares e educacionais;
- instrumento de gestão das políticas sociais e de saúde.

(Organização Mundial da Saúde; Direcção-Geral da Saúde, 2004)

A utilização da CIF em estatística para saúde permite a recolha de dados e a utilização de critérios homogéneos, além da possibilidade de comparações internacionais. Entre os vários usos da Classificação está a aplicação dos seus domínios na elaboração de legislação, regulamentação e normas, além de ser um instrumento educativo e útil no campo dos direitos humanos.

Na prática clínica, permite acompanhar a evolução dos utentes, avaliar os resultados, mensurar a incapacidade ocasionada pelos diferentes níveis de doença ou lesão e relacionar as doenças à qualidade de vida do utente (Buchalla, 2003). Tempest & McIntyre¹³ referem que o uso da CIF em equipas multidisciplinares tem sido documentado como benéfico para a clarificação dos papéis na equipa e facilitar o raciocínio clínico (Saraiva, 2010). Apesar de todos os benefícios, em Portugal, a implementação e difusão da CIF na sua plenitude tem vindo a ser adiada o que poderá estar relacionado com a dificuldade da sua aplicabilidade na prática clínica uma vez que apresenta mais de 1400 códigos, tornando morosa e impraticável a sua utilização (Fontes, Fernandes, & Botelho, 2010) (Sabino, Coelho, & Sampaio, 2008).

Para contornar esta dificuldade e operacionalizar a CIF para a prática clínica e investigação, a OMS e os seus centros colaboradores têm desenvolvido *Core Sets*, pequenas listas de categorias, globalmente acordadas, como sendo as mais relevantes para condições de saúde específicas ou âmbitos de intervenção específicos (Oltman, Neises, Scheible, Mehrtens, & Gruneberg, 2008) (Sabino, Coelho, & Sampaio, 2008).

Os *Core Sets* devem englobar o menor número possível de domínios de forma a serem práticos, mas tantos quanto necessários para serem suficientemente compreensivos de forma a abranger o espectro padrão das limitações da funcionalidade e saúde que se encontram numa condição ou âmbito de intervenção específico (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002). Stucki & Grimby¹⁴ defendem a importância da utilização dos *Core Sets* da CIF em documentação clínica e de transmissão de informação

¹³ Tempest, S & McIntyre, A. (2006). Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 28(10), 663-667.

¹⁴ Stucki, G. & Grimby, G. (2004). Foreword – Applying the ICF in Medicine. *J Rehabil Med*, 44, 5-6.

entre diferentes prestadores de cuidados formais ou informais e o utente pois irá promover a comunicação entre todos os intervenientes (Saraiva, 2010).

Para além dos *Core Sets*, para facilitar e melhorar a intervenção multidisciplinar orientada para o utente e uniformizar o método de registo utilizando a CIF de forma a fornecer informações bem organizadas e abrangentes para as decisões da equipa, surgiram as *ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) Tools – ICF Categorical Profile, ICF Assessment Sheet, ICF Assignment Maps, ICF Intervention Table e ICF Evaluation Display* (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008) (Rauch, Escorpizo, Riddle, Eriks-Hoogland, Stucki, & Cieza, 2010).

1.5.1- ICF Tools

Rauch, Cieza e Stucki (2008) descreveram as *ICF Tools* nos diferentes momentos de gestão do processo de reabilitação.

ICF Categorical Profile

O *ICF Categorical Profile* (Anexo II) é uma ilustração do estado de funcionalidade do utente no momento da avaliação, fornece uma visão clara de todos os aspectos relevantes da funcionalidade e interacção dos Factores ambientais e pessoais (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008).

A base para a criação do *ICF Categorical Profile* é a utilização combinada de um *Core Set* da CIF e a classificação de cada categoria da CIF pelos qualificadores. Não existindo um *Core Set* pré-determinado para aquela condição, o *ICF Categorical Profile* é composto pelas categorias da CIF que sejam relevantes para a descrição do actual estado funcional do utente. Adicionalmente ou alternativamente ao *ICF Categorical Profile* os resultados da avaliação podem ser introduzidos na *ICF Assessment Sheet* (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008).

ICF Assessment Sheet

O *ICF Assessment Sheet* (Anexo III) fornece tal como o *ICF Categorical Profile* uma perspectiva compreensiva da funcionalidade do utente através da apresentação dos resultados da avaliação em todas as componentes da funcionalidade humana. Ao contrário do *ICF Categorical Profile*, esta folha de registo, ilustra a perspectiva dos utentes e dos profissionais reflectindo também o desempenho (perspectiva do utente) e a capacidade (perspectiva dos profissionais). O *ICF Assessment Sheet* desenvolve a perspectiva de funcionalidade e ilustra a

relação entre os objectivos e metas do ciclo de reabilitação (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008) (Rauch, Escorpizo, Riddle, Eriks-Hoogland, Stucki, & Cieza, 2010).

São identificados os problemas e necessidades dos utentes e os aspectos relevantes para a descrição da funcionalidade através de ambas as perspectivas são transferidos para o documento nas áreas correspondentes. As palavras do utente são utilizadas para reflectirem a sua experiência de funcionalidade. Todos os resultados relevantes obtidos pela avaliação dos profissionais também são transferidos o documento (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008) (Rauch, Escorpizo, Riddle, Eriks-Hoogland, Stucki, & Cieza, 2010).

São definidos os objectivos individuais com base na descrição do estado de funcionalidade e a determinação de metas faz-se num processo partilhado entre profissionais e utente e/ou cuidadores. No contexto da CIF, os objectivos são definidos dentro dos Componentes de funcionalidade e de uma estruturação hierárquica de acordo com o decorrer do processo de reabilitação. Os objectivos globais geralmente têm como alvo a conquista da participação ideal na sociedade em relação à funcionalidade ideal. Estes objectivos referem-se ao que se pretende obter no final do processo de reabilitação e normalmente só são alcançados com a implementação de programas de reabilitação colocados em prática por equipas multidisciplinares (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008).

Os objectivos-programa referem-se ao final de programas específicos e para os atingir são definidos objectivos para cada ciclo de reabilitação. Podem ser necessários vários ciclos para alcançar um objectivo-programa pois depende da fase da condição de saúde e do decorrer do processo de reabilitação. Os objectivos-programa e globais são definidos utilizando os componentes de Funções do corpo, Estruturas do corpo, Actividade e/ou Participação (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008).

Para cada ciclo devem ser determinados os objectivos e os alvos de intervenção relevantes. A determinação dos alvos de intervenção relevantes é realizada em três passos:

- identificam-se todos os aspectos ou categorias da CIF que têm um impacto positivo (recurso) ou negativo (barreira) no objectivo definido para ciclo;
- dos aspectos identificados, apenas são escolhidas as categorias modificáveis da CIF;

- apenas são seleccionados como alvos de intervenção relevantes aqueles que supostamente irão influenciar o objectivo do ciclo na situação actual.

(Rauch, Cieza, & Stucki, 2008)

Quer o *ICF Categorical Profile* quer o *ICF Assessment Sheet* facilitam a identificação e descrição dos objectivos de reabilitação e metas de intervenção (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008).

ICF Assignment Map

O *ICF Assignment Map* (Anexo IV) descreve a alocação de alvos de intervenção relevantes para intervenções específicas e identifica os profissionais de saúde responsáveis pelas mesmas (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008).

Contém uma lista de intervenções apropriadas que são atribuídas à categoria CIF específica. Este registo pode facilitar a escolha das intervenções apropriadas para problemas específicos, especialmente para os profissionais de saúde com pouca experiência clínica. As intervenções definidas são atribuídas aos diferentes profissionais, sendo que um alvo de intervenção pode ser atribuído a diferentes intervenientes em simultâneo. Ao determinar que membro da equipa assume a liderança em determinado aspecto da funcionalidade pode ser reduzida a sobreposição de papéis entre profissionais assim como o número de entrevistas e avaliações o que evita transtornos para o paciente (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008) (Rauch, Escorpizo, Riddle, Eriks-Hoogland, Stucki, & Cieza, 2010).

ICF Intervention Table

A *ICF Intervention Table* (Anexo V) contém todas as informações desde a avaliação à definição de intervenientes e técnicas. Todos os alvos de intervenção determinados podem ser transferidos a partir do *ICF Categorical Profile* e/ou do *ICF Assessment Sheet*. Apenas a informação importante para todos os membros da equipa está presente nesta folha de registo, as informações adicionais, como a escolha da técnica de intervenção, frequência e intensidade das intervenções tem de ser documentada separadamente por cada membro da equipa (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008) (Rauch, Escorpizo, Riddle, Eriks-Hoogland, Stucki, & Cieza, 2010).

Os valores que demonstram a evolução do utente ao longo ciclo de reabilitação estão documentados nesta tabela através dos Qualificadores CIF por cada profissional de saúde responsável pela intervenção (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008). A utilização dos Qualificadores

CIF suporta a padronização e a compreensão da funcionalidade na avaliação multidisciplinar. Apresentando a extensão dos problemas e recursos com utilização dos Qualificadores CIF permite a todos os membros da equipa avaliar a extensão dos problemas, mesmo em áreas de funcionalidade em que os profissionais não sejam especialistas (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008) (Rauch, Escorpizo, Riddle, Eriks-Hoogland, Stucki, & Cieza, 2010).

ICF Evaluation Display

A *ICF Evaluation Display* (Anexo VI) é uma ferramenta útil para a documentação e discussão do alcance de objectivos e para a decisão sobre novas medidas a tomar pois resume as alterações no estado de funcionalidade e reflecte a eficácia das intervenções de reabilitação realizadas. Pouco antes do fim do ciclo de reabilitação cada profissional de saúde tem de realizar a avaliação dos alvos de intervenção, com o instrumento previamente seleccionado. O valor final é registado neste documento usando os Qualificadores da CIF. A documentação desses valores ajuda a obter uma visão abrangente e compreensiva do decorrer do ciclo de reabilitação e facilita a discussão da equipa para determinar o novo procedimento a adoptar. Para além disso, hoje em dia a avaliação das alterações no estado de funcionalidade e o atingir os objectivos são medidas de *outcomes* da prática clínica para demonstrar a eficácia dos serviços (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008) (Rauch, Escorpizo, Riddle, Eriks-Hoogland, Stucki, & Cieza, 2010).

Apesar dos benefícios identificados pelos autores existem algumas limitações nesta fase de desenvolvimento destes documentos:

- os documentos são muitas vezes consumidores de tempo e têm um efeito negativo na satisfação dos membros da equipa. O desenvolvimento de documentação em sistema informático pode facilitar a implementação das *ICF Tools* na prática clínica. Para além disto poderá também permitir a recolha de dados que possam contribuir para investigação futura na área da funcionalidade humana;

- a comparação de dados tem como pré-requisito a medição de categorias CIF específicas com base em instrumentos padronizados. Já existem instrumentos específicos e psicométricos ou testes para algumas categorias CIF, no entanto, não há para todas;

- a utilização dos Qualificadores CIF não está ainda operacionalizada. Os primeiros passos foram dados para criar escalas de intervalos de categorias CIF ou para utilizar a escala

de classificação dos Qualificadores CIF directamente em vez de instrumentos ou testes específicos caso estes não existam (Rauch, Cieza, & Stucki, 2008).

De acordo com McColl¹⁵ e Fitzpatrick¹⁶, a utilização de sistemas de classificação de saúde permite obter uma imagem imediata do estado de saúde e bem-estar de um indivíduo, permite aos profissionais de saúde obter um quadro completo dos seus utentes e às autoridades de saúde a identificação de padrões de necessidades das populações locais. Permite também diagnosticar, examinar e/ou detectar a presença de problemas de saúde e identificar necessidades de tratamento, prever a preferência de/e por cuidados e melhorar a comunicação prestador/utente. Reconhecendo que a informação sobre os componentes de saúde é um indicador de Ganhos em Saúde, nomeadamente no contexto das doenças crónicas, e sabendo ainda que qualquer modelo de gestão integrada das doenças crónicas está dependente da recolha de informação sobre o estado de saúde do indivíduo ou população, considera-se que a implementação de um modelo padronizado para o registo de saúde que permita a descrição do estado de saúde poderá ser um contributo para a identificação de Ganhos em Saúde e um facilitador na implementação de modelos de gestão das doenças crónicas (Pereira C. , 2008).

¹⁵ McColl, M A (1997), Social support and occupational therapy. Occupational therapy: overcoming human performance deficits. 411-425.

¹⁶ Fitzpatrick, JL (1994). Alternative models for structuring of professional preparation programs. The Preparation of Professional Evaluators. 62,41-50.

2- METODOLOGIA

Neste capítulo será delimitada a problemática, o problema, a questão de investigação, os objectivos e o desenho do estudo. Será também definido o método de investigação, o tipo de estudo, a selecção e caracterização dos participantes, a descrição dos instrumentos utilizados, dos procedimentos realizados e dos métodos de análise de dados. Como estes parâmetros foram completamente distintos para cada um dos objectivos específicos, serão apresentados por objectivo específico.

2.1- DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Até final de Dezembro de 2011 existiam 256 acordos com diferentes entidades que integravam a RNCCI (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2012), se cada uma destas entidades tiver um documento próprio para o Plano Individual de Intervenção não existe uma imagem e linguagem comum a toda a Rede o que pode prejudicar a qualidade dos serviços prestados, nomeadamente, quando existem transferências de utentes entre Unidades pois a transmissão de informação poderá ficar comprometida. Há ainda o facto de não se poderem utilizar os dados resultantes deste documento para indicadores da prestação de cuidados pois não existe uma forma de registo e linguagem comum a todas as Unidades. Considera-se que este aspecto carece de desenvolvimento para que se passe a utilizar uma linguagem comum na RNCCI e para que os dados resultantes do preenchimento de um documento como o PII possam ter a utilidade como indicadores de qualidade da prestação de cuidados efectuada na Rede, comparáveis com os dados de outros países ou de outros tipos de intervenção. Pensa-se que o PII poderá ser construído com base no modelo conceptual da CIF, o que permitirá o levantamento das necessidades e problemas do utente, a definição de objectivos e a avaliação da intervenção efectuada na RNCCI de acordo com as indicações da OMS, contribuindo para a implementação da CIF em Portugal e para a criação de indicadores passíveis de serem utilizados a nível internacional.

2.2- PROBLEMA

A RNCCI não desenvolveu uma imagem e linguagem comum para o Plano Individual de Intervenção o que poderá prejudicar a eficácia da comunicação dentro da própria Rede, nomeadamente, quando há transferência de utentes entre tipologias.

Apesar de existirem indicadores de Ganhos em Saúde na RNCCI, estes não quantificam os ganhos em funcionalidade que sustentam a filosofia da Rede e não são comparáveis internacionalmente.

2.3- QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Como incluir o modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no Plano Individual de Intervenção das Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?

2.4- OBJECTIVOS

2.4.1- Objectivo geral

Contribuir para o desenho do Plano Individual de Intervenção das Unidade de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

2.4.2- Objectivos específicos

1. Analisar e caracterizar o Plano Individual de Intervenção em uso nas Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
2. Definir um *Core Set* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para os utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

2.5- ABORDAGEM METODOLÓGICA

Para alcançar os objectivos definidos efectuou-se um estudo qualitativo com diferentes métodos de recolha de dados para cada objectivo específico (Tabela 2).

Tabela 2 – Abordagem metodológica

Objectivo geral	Objectivo específico	Tipo de estudo	Desenho metodológico	Método de recolha de dados
Contribuir para o desenho do Plano Individual de Intervenção das Unidade de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Analisar e caracterizar o Plano Individual de Intervenção em uso nas Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.	Qualitativo	Descritivo	Análise de conteúdo
	Definir um <i>Core Set</i> da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para os utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados			Método de Delphi modificado: Revisão Sistemática da Literatura e Painel de Delphi com 3 rondas de questionários

A investigação qualitativa é uma abordagem que foca a descrição e entendimento de um fenómeno ou conceito e pode ser aplicada por vários motivos: quando se conhece pouco acerca de um fenómeno ou conceito devido à escassa investigação existente sobre o assunto; quando é uma nova área de interesse ou é uma área que tem evoluído e a investigação ou teoria existentes deixaram dar o suporte teórico necessário; quando o fenómeno ou conceito em causa não é adequado à investigação quantitativa (Hupcey, 2010).

Optou-se por um tipo de estudo qualitativo descritivo porque pretendeu-se analisar temas pouco desenvolvidos na investigação em Portugal – o Plano Individual de Intervenção e CIF aplicada à RNCCI – procurando descobrir padrões e significados ao longo do estudo (Parse, 2001).

Os estudos descritivos visam obter mais informações sobre as características de determinado assunto ou sobre fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação e que exijam o reconhecimento e a descrição de vários conceitos que reflectam o fenómeno em estudo (Duhamel & Fortin, 2009). Têm como objectivo discriminar factores determinantes ou conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo e podem utilizar vários

métodos de recolha de dados, entre os quais a análise de conteúdo de tipo qualitativo (Duhamel & Fortin, 2009). Um estudo descritivo simples consiste em descrever um fenómeno ou um conceito de forma a estabelecer as características do tema em estudo. Para que se possa alcançar o objectivo do estudo descritivo é necessária a descrição do fenómeno em estudo, a especificação dos conceitos decorrentes desse fenómeno e da elaboração de um quadro conceptual que para além de definir a perspectiva de estudo serve de ligação entre os conceitos e a sua descrição (Duhamel & Fortin, 2009). A descrição dos conceitos tem como objectivo conduzir a uma interpretação da significação teórica dos resultados do estudo e à descoberta das relações entre os conceitos o que é importante para o desenvolvimento e formulação de hipóteses (Duhamel & Fortin, 2009).

Para a análise de conteúdo do tipo qualitativa utilizaram-se os documentos do PII existentes nas Unidades da Rede que foram analisados de forma a recolher a informação neles contida para que esta fosse transformada em forma narrativa para analisar e caracterizar o PII (Duhamel & Fortin, 2009).

Realizou-se um Método de Delphi modificado, reconhecido como um dos melhores instrumentos de previsão qualitativa, para definição de um *Core Set* da CIF que permita a caracterização dos utentes da RNCCI.

2.6- POPULAÇÃO DO ESTUDO

Unidades de internamento (UC, UMDR, ULDM, UCP) com parceria com a RNCCI desde 2006 e 2007 (profissionais e modelo do Plano Individual de Intervenção).

2.7- TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

A técnica de amostragem utilizada para selecção da amostra foi a selecção racional pois teve por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de carácter tipo que fornecesse informação precisa sobre o tema em estudo (Fortin, 2009).

No presente estudo participou uma amostra não probabilística, cada elemento da população não teve igual oportunidade de ser seleccionado (Fortin, 2009). Fortin (2009) refere que é mais pertinente ter uma amostra não probabilística mas apropriada, do que ter

uma amostra probabilística inadequada uma vez que esta técnica de amostragem assegura a riqueza e credibilidade da informação recolhida. A qualidade dos dados recolhidos depende dos participantes, estes devem ter experiência no tema em investigação, ter processado e recordar-se da experiência e ser capaz de articular essa experiência (Hupcey, 2010).

Utilizou-se uma amostra seleccionada por conveniência que melhor respondesse aos objectivos definidos para a investigação. Para que os dados obtidos fossem mais ricos definiram-se como participantes os profissionais e os documentos das Unidades como maior tempo de parceria com a RNCCI, foram contactadas as Unidades que integravam a RNCCI desde 2006 e 2007. Espera-se que esta selecção permita uma recolha de dados que foram previamente ponderados e que reflecta a experiência da Unidade na aplicação do PII e dos profissionais no contacto diário que têm com os utentes.

Manteve-se o anonimato das Unidades assim como dos profissionais.

A 11 de Maio de 2012 foi contactada a RNCCI via telefone para recolha de informação sobre as Unidades que mantêm contracto com a RNCCI desde 2006 e 2007. Recebeu-se via *e-mail* um ficheiro *Excel* com a listagem de todas as Unidades da RNCCI de Portugal Continental com a indicação do ano de início de parceria com a Rede. Organizaram-se os dados em várias Folhas *Excel* consoante o ano de início de parceria com a RNCCI.

A 21 e 22 de Maio de 2012 contactaram-se via *e-mail* as Instituições com parcerias com a RNCCI desde 2006 e 2007 para solicitar a aprovação da realização do estudo (Apêndice I). Foram-lhes disponibilizados: Declaração comprovativa do âmbito académico da investigação (Anexo VII); Questionário de caracterização e selecção da amostra e Questionário para consenso das categorias CIF – 1ª Ronda (Apêndice II) e documento com as Linhas Orientadoras para preenchimento do Questionário para consenso das categorias CIF (Apêndice III).

Foram enviados 101 pedidos de aprovação para realização do estudo a Unidades de todas as ARS (Administrações Regionais de Saúde) e de todas as tipologias de internamento da RNCCI.

Responderam a este *e-mail* 14 Unidades, 11 das quais deferiram o pedido. A justificação dada pelas 3 unidades que indeferiram o pedido estava relacionada com o facto de existirem já outros estudos de investigação a decorrer nas instituições.

Na Tabela 5 estão listadas as Unidades que deferiram a realização do estudo.

Tabela 3 – Caracterização das Unidades que deferiram o estudo

Código	Tipologia	Início de Contrato	ARS
1	UC + UMDR	2006 / 2006	Algarve
2	ULDM + ULDM	2006 / 2007	Centro
3	UC	2006	Lisboa e Vale do Tejo
4	ULDM	2007	Algarve
5	UMDR	2007	Algarve
6	UMDR	2007	Centro
7	UC	2007	Lisboa e Vale do Tejo
8	UMDR	2007	Lisboa e Vale do Tejo
9	UC	2007	Norte

2.7.1- Objectivo específico 1

Análise de conteúdo

Foram definidos como critérios de inclusão: Plano Individual de Intervenção de Unidades da Rede parceiras da RNCCI desde 2006 ou 2007.

2.7.2- Objectivo específico 2

Revisão Sistemática de Literatura

Efectuou-se uma pesquisa através da EBSCO nas bases de dados *CINHAL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*. Definiram-se como critérios de pesquisa: artigos em texto integral, publicados entre 2000/01/01 e 2012/03/31.

Obtiveram-se 31 resultados dos quais 8 pertenciam a ambas as bases de dados, 1 apenas estava referido na base de dados *CINHAL Plus with Full Text* e 14 na *MEDLINE with Full Text*. Resultaram para análise 23 artigos (Apêndice IV).

Definiram-se como critérios de inclusão: artigos em que existisse nomeação das categorias ou códigos de primeiro e segundo nível da CIF utilizados na classificação de pessoas com características semelhantes aos utentes da RNCCI; artigos que recorressem a metodologia quantitativa e/ou qualitativa ou revisões sistemáticas da literatura que enumerassem os códigos para os Componentes – Funções e Estruturas do Corpo; Actividades e Participação e Factores Ambientais. Excluíram-se os Factores Pessoais por estes ainda não

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

estarem codificados. Foram excluídos os artigos com metodologia pouco clara e sem correlação com o objectivo da Revisão.

Painel de Delphi

De acordo com Cayton¹⁷, o número de peritos necessários para realizar um painel de *Delphi* é variável, pode ser entre cinco e dez, dependendo da homogeneidade dos peritos do grupo. Perito é entendido como “aquele que possui um conhecimento e experiência necessária para participar” (Pereira C. , 2008).

Foram definidos como critérios de inclusão: ser médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicólogo ou assistente social numa das Unidades da Rede parceira da RNCCI desde 2006 ou 2007; ter experiência profissional na RNCCI de pelo menos 6 anos.

A amostra foi caracterizada considerando: idade; género; profissão; tempo de experiência profissional; tempo de experiência profissional na RNCCI; tipologia em que desempenha funções; desempenha ou desempenhou o papel de Gestor de caso ou Coordenador de PII; formação em Plano Individual de Intervenção; conhecimento e formação sobre a CIF.

2.8- MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS

Neste subcapítulo serão descritos os métodos utilizados na recolha de dados destinados aos diferentes objectivos definidos para o estudo.

2.8.1- Objectivo específico 1

Análise de conteúdo

Como método de recolha de dados utilizou-se a análise de conteúdo qualitativa dos modelos do Plano Individual de Intervenção em uso nas Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A análise de conteúdo é uma técnica que fornece uma abordagem para aceder às informações de várias fontes de dados de uma forma

¹⁷ Cayton, MJ (1997). Delphi: a technique to harness expert opinion or critical decision-making tasks in education. *Educational Psychology*. 17(4), 373-386.

mais sistemática e objectiva do que a leitura ou audição intuitivas, tem grande utilidade como estratégia de análise de dados na pesquisa qualitativa na fase inicial da identificação de temas presentes em narrativas abertas ou dados textuais (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010). O objectivo da análise de conteúdo qualitativa é distinguir o significado da narrativa para que os resultados deste método de recolha de dados sejam expressados em ideias e não em números.

A análise de conteúdo tem diversas características que a tornam numa técnica de investigação muito útil em saúde: aplica-se a informação registada, ou seja, escrita em texto ou registada em áudio para que permita a reprodução exacta da comunicação original; podem ser utilizados materiais pré-existentes que tenham sido escritos ou gravados em áudio com outro objectivo ou materiais produzidos para uma investigação em particular (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010).

A análise de conteúdo qualitativa tende a ser indutiva uma vez que as categorias para descrição dos dados evoluem durante a análise. À medida que o material é revisto e analisado são geradas categorias que posteriormente com a análise de mais material podem ser reformuladas até gerar um conjunto final de categorias (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010).

Como principais vantagens da análise de conteúdo tem-se que:

- permite a utilização de informação pré-existente que esteja disponível e seja facilmente acessível a um custo relativamente baixo;
- a informação produzida com objectivo não-científico pode ser utilizada para inferência científica;
- as categorias de análise são desenvolvidas ou modificadas depois dos dados serem recolhidos, o que evita a restrição ou viés dos dados.

(Waltz, Strickland, & Lenz, 2010)

Como principais desvantagens tem-se que:

- é um procedimento muito demorado e trabalhoso;
- muitos dos materiais são editados por outros, o que significa que estão sujeitos a limitações ou viés;
- os dados das fontes originais podem não ter sido reunidos de forma sistemática;
- é necessário haver julgamento para reduzir os dados e interpretar a comunicação de outro. Existe risco de perder ou modificar o sentido da comunicação devido a falta de informação e/ou subjectividade por parte do codificador ou analisador;

- a análise pode ignorar o contexto que gerou o texto e portanto, pode comprometer a validade da interpretação;
- os métodos de análise, principalmente os utilizados na análise qualitativa indutiva, têm tendência a ser individualistas e dependentes da capacidade interpretativa do investigador.

(Waltz, Strickland, & Lenz, 2010)

Na análise de conteúdo qualitativa efectuada aos Planos Individuais de Intervenção cedidos pelas Unidades foram identificadas e definidas as Dimensões, Categorias e Tópicos pelos quais os documentos foram caracterizados. Teve-se como objectivo a geração ideias e sugestões para a construção de um documento para o PII comum às Unidades de internamento da RNCCI pelo que não houve quantificação dos dados obtidos.

Foram definidas as dimensões Aparência, Conteúdo e Intervenientes através das quais se pretendeu analisar alguns dos parâmetros associados à validação de um instrumento – validação aparente e de conteúdo (Soeken, 2010) (Coutinho, 2011). Considerou-se pertinente incluir também a Dimensão Intervenientes pois na literatura existem várias referências à necessidade deste documento ser realizado em equipa integrando os utentes e cuidadores e de isso por vezes não ser demonstrável (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a) (Lopes M. J., et al., 2010).

A Matriz de Análise (Tabela 4) foi desenvolvida propositadamente para este estudo, não estando validada.

Tabela 4 – Matriz de análise

Dimensão	Categoria	Tópico
Aparência	Configuração	Analisar e caracterizar a estrutura física do documento quanto ao número de páginas, de linhas e de colunas
	Elementos pré-definidos	Analisar e caracterizar a estrutura do documento quanto à existência ou não de elementos pré-definidos
Conteúdo	Componentes	Analisar e caracterizar o PII face às diferentes componentes que o constituem.
	Indicações para redacção	Analisar e caracterizar o PII de acordo com as indicações para redacção do documento.
Intervenientes	Participantes	Analisar e caracterizar o PII quanto aos seus participantes (identificação)
	Evidência de participação	Analisar e caracterizar o PII de acordo com elementos que evidenciem a integração dos participantes na elaboração do documento

2.8.2- Objectivo específico 2

Para este objectivo definiu-se como método de recolha de dados o método de Delphi modificado que consistiu na realização de uma Revisão Sistemática da Literatura e na execução de um Painel de Delphi com 3 rondas de questionários.

O método de Delphi é um processo estruturado que utiliza uma série de rondas contínuas de questionários para reunir informação até que se alcance um consenso. Na sua forma clássica a primeira ronda de questionários pretende gerar dados de natureza qualitativa que são resumidos e a partir dos quais se desenha o questionário da ronda seguinte, para isso o primeiro questionário é constituído por questões abertas (Keeney, Hasson, & McKenna, 2006). Actualmente não existem regras formais e universais ou padronizadas para a utilização desta metodologia, consequentemente existe flexibilidade no desenho e formato do método de Delphi que muitas vezes dependem dos objectivos do estudo sendo o método de Delphi modificado o mais comum (Keeney, Hasson, & McKenna, 2006). No método de Delphi modificado os dados qualitativos são obtidos através de outras fontes que não o questionário, por exemplo através de entrevistas, *focus group* ou revisões de literatura (Hasson, Keeney, & McKenna, 2000).

A primeira vantagem desta modificação ao Delphi original é que aumenta consideravelmente o número de respostas recolhidas na primeira ronda pois o questionário dessa ronda passa a ser de resposta fechada e não de resposta aberta como o utilizado no método de Delphi original (Pereira C. , 2008).

Neste estudo optou-se por definir as categorias e códigos CIF a propor ao painel de peritos através de uma Revisão Sistemática da Literatura fazendo com que os dados obtidos em todas as rondas de questionários fossem do tipo quantitativo.

Revisão Sistemática da Literatura

Iniciou-se a investigação com uma Revisão Sistemática da Literatura para que fossem identificados os códigos a constar no Questionário da 1ª ronda do painel de Delphi, estando de acordo com a sugestão de Rodney¹⁸ para este efeito (Pereira C. , 2008).

Uma revisão sistemática é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Greenhalgh¹⁹ define a Revisão Sistemática da Literatura como “uma síntese de estudos primários que contém objectivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível” (Lopes & Fracolli, 2008).

Este tipo de investigação produz um resumo das evidências sobre um determinado tema, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de pesquisa, apreciação crítica e síntese da informação seleccionada. De acordo com Linde e Willich²⁰, as revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinado assunto e que podem apresentar resultados opostos e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras (Sampaio & Mancini, 2007).

¹⁸ Rodney, L, Custe, Scarcella, J, Stewart, B (1999). The modified Delphi technique: a rotational modification. *Journal of Vocational and Technical Education*. 15(2).

¹⁹ Greenhalgh, T (1997). Papers that summarise other papers (systematic review and meta-analyses). *BMJ*. 13(315):672-5.

²⁰ Linde K, Willich SN (2003). How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. *J R Soc Med*. 90:845-8.

Segundo Akobeng ²¹, ao viabilizarem um resumo claro e explícito de todos os estudos sobre determinado tema, as revisões sistemáticas permitem incorporar um maior espectro de resultados relevantes, ao invés de limitar as conclusões à leitura de apenas alguns artigos. Outra vantagem inclui a possibilidade de avaliação da consistência e generalização dos resultados entre populações, bem como especificidades e variações sobre o tema em análise (Sampaio & Mancini, 2007).

A Revisão Sistemática de Literatura é um tipo de estudo retrospectivo e secundário, desenhado e conduzido após a publicação de muitos estudos experimentais sobre um tema, o que faz com que dependa da qualidade da fonte primária (Sampaio & Mancini, 2007).

Para esta Revisão Sistemática de Literatura utilizou-se o método de PI[C]O para formular a questão de investigação e identificou-se a População (P), a Intervenção (I) e os *Outcomes* (O) sobre os quais se pretendia efectuar a pesquisa (Melnyk, Fineout-Overholt, Stetler, & Allan, 2005). O método de PI[C]O permite identificar de forma consistente e sistemática os componentes que se pretendem investigar o que aumenta a probabilidade de se encontrar rapidamente e de forma eficiente a melhor evidência sobre o tema em estudo (Stillwell S. B., Fineout-Overholt, Melnyk, & Williamson, 2010).

Painel de Delphi

O Painel de Delphi permite obter as opiniões de um grupo de peritos acerca de um determinado tema e alcançar consenso sobre esse mesmo tema (Fortin, Grenier, & Nadeau, 2009). Este método de recolha de dados foi desenhado para estruturar a opinião e discussão de um grupo, gerar o consenso de um grupo, quantificar as opiniões de peritos, avaliar prioridades, fazer previsões a longo prazo e desenvolver instrumentos de medida (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010).

Segundo Strauss & Zeigler²² (Pereira C. , 2008) este método caracteriza-se por:

- utilizar um grupo de peritos para obter informação ou opiniões;
- usar uma distribuição sequencial de questionários com informação sumariada;

²¹ Akobeng, AK (2005). Understanding systematic reviews and meta-analysis. Arch Dis Child. 90: 845-8

²² Strauss, HJ & Zeigler, LH (1975). The Delphi technique and its uses in social research. Journal of Creative Behaviour. 9, 253-256. Updated revision

- fazer uma tentativa sistemática para reproduzir um consenso de opiniões e identificar opiniões divergentes;
- garantir o anonimato dos elementos do painel e das suas declarações;
- usar uma inter-relação e um *feedback* controlados;
- ser conduzido por uma série questionários, onde o sumário de resultados das séries é comunicado aos participantes.

As vantagens associadas ao painel de Delphi são a sua rapidez, baixo-custo, ser compreensível e versátil. As desvantagens estão relacionadas com a necessidade de múltiplas recolhas de dados, análises e tratamento de dados o que em grande medida está dependente da rapidez das respostas dos participantes (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010).

Na sua forma convencional, o painel de Delphi é utilizado da seguinte forma:

- é identificado um painel de peritos no tema de interesse. A selecção do painel de peritos ocorre tendo em consideração que devem ser incluídos elementos representativos de várias personalidades, interesses, percepções, demografia e gostos de forma a evitar vieses resultantes do painel escolhido;
- é pedido que cada perito que concorde em participar preencha um questionário. Em nenhuma altura os peritos se encontram pessoalmente. Normalmente é utilizado um questionário estruturado construído pelo investigador que pode ser aplicado via *e-mail*, entrevista ou através de uma plataforma *on-line*. O questionário é acompanhado de instruções e documentos orientadores;
- quando as respostas são recebidas, são analisadas e resumidas;
- é efectuado um novo questionário utilizando as respostas anteriores;
- este processo é repetido até que os dados reflectam um consenso de opiniões, predições ou crenças entre todos os peritos do painel.

(Waltz, Strickland, & Lenz, 2010)

Neste estudo de investigação foram efectuadas três rondas de questionários, o que de acordo com Walker²³ normalmente serve para atingir a estabilidade e consenso (Pereira C. , 2008). Não existe uma indicação específica sobre o correcto número de rondas que pode depender do tempo disponível para realizar o estudo, da intenção do investigador em

²³ Walker, R. (1993). The conduct of educational case studies: ethics, theory and procedures. Controversies in Classroom Research, 2.^a edição. Buckingham: Edições M. Hammersley.

minimizar a quantidade de nova informação ou da fadiga dos participantes em responder aos questionários manifestada por uma diminuição da taxa de respostas aos questionários (Keeney, Hasson, & McKenna, 2006).

2.9- INSTRUMENTOS

2.9.1- Objectivo específico 1

Grelha de Análise

Durante o processo de análise de conteúdo foi desenvolvida uma Grelha de Análise (Apêndice V) com o objectivo de descrever os documentos analisados e de melhor agrupar os dados. Esta grelha foi organizada por Dimensão, Categoria e Tópicos e os dados foram organizados por documento de origem.

Esta Grelha de Análise foi construída propositadamente para este estudo pelo que não está validada.

2.9.2- Objectivo específico 2

Questionários

Utilizou-se o questionário como instrumento de recolha de dados por ser um documento comum a todas as pessoas e em que a análise de dados é relativamente rápida. Outro aspecto relevante é o facto de não existir um contacto pessoal entre o participante e o investigador durante a sua aplicação, o que reduz alguma influência psicológica e social (French, Reynolds, & Swain, 2001).

Os questionários aplicados foram divididos em três partes: informação sobre objectivo do estudo e da aplicação do questionário e prazo de entrega; caracterização da amostra; questionário para obtenção de consenso sobre as categorias CIF para caracterização dos utentes da RNCCI.

Decidiu-se incluir a primeira parte do questionário, Caracterização da Amostra, em todas as rondas com o objectivo de certificar que se mantinha a mesma amostra até ao final do painel de Delphi uma vez que algumas das Unidades não facultaram os contactos individuais

dos profissionais sendo o questionário enviado para um contacto geral da Unidade que posteriormente o distribuía pelos participantes.

Não existe informação acerca da fidedignidade ou validade dos questionários usados neste estudo uma vez que foram construídos propositadamente para o mesmo. A adequabilidade e clareza das questões foram aferidas com a realização de um pré-teste. De acordo com Fortin, Grenier & Nadeau (2009), o pré-teste efectuado a um questionário deve utilizar uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada com o objectivo de verificar se as questões são bem compreendidas. O pré-teste tem como objectivo geral avaliar a eficácia e pertinência do questionário através da verificação dos seguintes elementos:

- se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos;
- se a forma das questões permite obter as informações desejadas;
- se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação;
- se as questões não apresentam ambiguidade.

No pré-teste realizado pretendeu-se responder às questões enunciadas anteriormente com excepção da extensão do instrumento, considerou-se que esta era uma característica que não poderia ser alterada devido ao número de categorias a avaliar. No final da Caracterização da amostra colocou-se a questão “Considera que as questões destinadas à caracterização da amostra estão claras e precisas?”, depois das questões para consenso das categorias CIF questionou-se “Considera que as questões destinadas para consenso das categorias CIF estão claras e precisas?”, em caso de resposta negativa foi facultado um campo de resposta aberta para que se pudesse efectuar sugestões de alteração. Também se utilizou o pré-teste para questionar sobre o Documento Orientador para responder aos questionários, tendo sido colocada a questão “Considera que o documento facultado para orientação das respostas a este questionário está claro e preciso?”, também foi facultado um campo aberto para sugestões (Apêndice VI).

Questionário Primeira Ronda

O questionário destinado à Primeira Ronda do painel de Delphi foi constituído apenas por perguntas de resposta fechada, “Concordo” e “Discordo”. Os participantes emitiram a sua opinião sobre se concordavam ou não com as categorias CIF apresentadas para caracterizar os utentes da RNCCI.

As 86 categorias enunciadas neste questionário resultaram da Revisão Sistemática da Literatura efectuada.

Questionário Segunda Ronda

O Questionário aplicado na segunda ronda (Apêndice VII) foi construído com perguntas fechadas, mas optou-se por utilizar uma Escala de Likert de 5 respostas – “totalmente de acordo”, “de acordo”, “indeciso”, “em desacordo”, “totalmente em desacordo” (Fortin, Grenier, & Nadeau, 2009).

As 71 categorias CIF foram obtidas através dos resultados da primeira ronda em que foram seleccionadas as categorias com mais de 50% de consenso entre os peritos.

Questionário Terceira Ronda

O Questionário para a Terceira Ronda manteve a mesma estrutura e forma de resposta que o da segunda ronda – Escala de Likert de 5 respostas (Apêndice VIII).

As 66 categorias CIF foram obtidas através dos resultados da segunda ronda, foram seleccionadas para este questionário as categorias com mais de 50% de respostas consensuais (“De acordo” e “Totalmente de acordo”).

2.10- PROCEDIMENTOS

Neste subcapítulo estão descritos os procedimentos para as diferentes metodologias utilizadas neste estudo.

2.10.1- Objectivo específico 1

Análise de Conteúdo

Efectuou-se uma Revisão de Literatura cuja informação recolhida se encontra nos subcapítulos Plano Individual de Intervenção *ICF Tools* do Enquadramento Teórico.

A 19 de Março de 2013 contactaram-se via *e-mail* (Apêndice IX) as Unidades que deferiram a realização do estudo para que disponibilizassem o documento que utilizam para o Plano Individual de Intervenção. Responderam e disponibilizaram o documento 4 unidades.

Os documentos disponibilizados (Anexo VIII) foram codificados de acordo com o código atribuído inicialmente à Unidade a que pertencem (Tabela 5).

Tabela 5 – Identificação dos PII's disponibilizados

Código	Tipologia	Início da parceria com a RNCCI
1	UC + UMDR	2006 / 2006
4	ULDM	2007
6	UMDR + ULDM	2007 / 2009
7	UC	2007

Procedeu-se a uma pré-análise documental das várias fontes de informação após a qual foram definidas três Dimensões para análise, subdivididas em duas Categorias cada, a que corresponde um Tópico de forma a direccionar a análise efectuada aos Planos Individuais de Intervenção.

Organizaram-se dos dados recolhidos na Grelha de Análise desenvolvida para esse efeito e procedeu-se à análise qualitativa dos dados.

2.10.2- Objectivo específico 2

Revisão Sistemática da Literatura

Realizou-se a uma Revisão Sistemática da Literatura com o objectivo de identificar as categorias CIF mais descritas e aplicadas na classificação da funcionalidade da população com características dos utentes da RNCCI.

A pergunta de investigação foi formulada em formato PI[C]O: Em relação às pessoas com características semelhantes aos utentes da RNCCI (*População*), quais as categorias ou códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (*Intervenção*) utilizados para descrever a funcionalidade (*Outcome*)? (Melnik, Fineout-Overholt, Stetler, & Allan, 2005).

Para caracterizar os utentes da RNCCI foi utilizado o “Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Relatório Final” (Rato, Rodrigues, & Rando, 2009) complementado com o “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2009” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010b). Da

bibliografia disponível, verificou-se que o “Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Relatório Final” é o único documento que efectua uma caracterização aprofundada dos utentes da RNCCI com análise dos diversos parâmetros que integravam o MAB (Método de Avaliação Biopsicossocial), actual IAI, presente na plataforma informática da RNCCI: Idade, Queixas de saúde, Estado nutricional, Propensão de quedas, Locomoção, Autonomia física, Autonomia instrumental, Queixas emocionais, Estado cognitivo, Estado social, Hábitos de exercício físico e alimentares.

Os resultados deste estudo estão apresentados de forma global e por tipologia e a análise é feita em relação aos resultados com maior prevalência. Os resultados por tipologia são apresentados apenas em gráficos, sem que seja possível aferir dados exactos. De acordo com os autores, nas Queixas de Saúde verificou-se que não existem diferenças significativas entre os resultados obtidos para cada tipologia em particular e os obtidos na amostra geral. Nos aspectos Estado Nutricional e Índice de Massa Corporal os utentes das Unidades de Longa Duração e Manutenção apresentavam situações mais extremas, baixo peso ou excesso de peso (Rato, Rodrigues, & Rando, 2009).

Nos resultados obtidos por Rato, Rodrigues & Rando (2009) para a globalidade da população tem-se que as 5 principais queixas de saúde dos utentes da RNCCI são: do aparelho circulatório (36%, dos quais 19% referem-se à doença vascular cerebral aguda); do sistema músculo-esquelético (20%, em que 9% corresponde a fracturas do fémur); do sistema neurológico (9%, dos quais 1% Traumatismo Crânio-Encefálico e 3% não especificado); do aparelho respiratório (3%); da pele (3%); do aparelho digestivo (3%). Verifica-se também que cerca de 80% dos utentes da RNCCI tem idade superior a 65 anos, que 49,30% tem excesso de peso e 17% é obeso.

O relatório de Rato, Rodrigues & Rando (2009) não faz referência às Unidades de Cuidados Paliativos pelo que se considerou necessário consultar o “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2009” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010b) e acrescentar aos dados já recolhidos os principais motivos de internamento em Cuidados Paliativos: doenças oncológicas (2009 – 87,3%; 2010 – 77,5%) e degenerativas (2009 – 8,2%; 2010 – 13,5%).

Com os dados obtidos definiu-se o protocolo de pesquisa:

1. ["ICF" OR "International Classification of Functioning, Disability, and Health"];
2. ["ICF core sets" OR "core sets"];
3. ["neurology" OR "neurological conditions" OR "TBI" OR "traumatic brain injury" OR "stroke" OR "musculoskeletal system" OR "musculoskeletal problems" OR "hip fracture" OR "elderly" OR "aged" OR "65+" OR "digestive system" OR "digestive problems" OR "circulatory system" OR "vascular disease" OR "skin" OR "wounds" OR "pressure ulcers" OR "respiratory system" OR "respiratory conditions" OR "weight disorders" OR "obesity" OR "overweight" OR "slimness" OR "thin" OR "slim" OR "oncology" OR "cancer" OR "degenerative disease"].

Em Abril de 2012 foi efectuada uma pesquisa através da EBSCO nas bases de dados CINHAL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*. Definiram-se como critérios de pesquisa: artigos em texto integral, publicados entre 2000/01/01 e 2012/03/31.

Obtiveram-se 31 resultados dos quais 8 pertenciam a ambas as bases de dados, 1 apenas estava referido na base de dados CINHAL *Plus with Full Text* e 14 na MEDLINE *with Full Text*. Resultaram para análise 23 artigos.

Como critérios de inclusão definiram-se: artigos em que existisse nomeação das categorias ou códigos de primeiro e segundo nível da CIF utilizados na classificação de pessoas com características semelhantes aos utentes da RNCCI; artigos que recorressem a metodologia quantitativa e/ou qualitativa ou revisões sistemáticas da literatura que enumerassem os códigos para as componentes – Funções e Estruturas do Corpo; Actividades e Participação e Factores Ambientais. Excluíram-se os Factores Pessoais por estes ainda não estarem codificados. Foram excluídos os artigos com metodologia pouco clara e sem correlação com o objectivo da revisão.

Dos 23 artigos, 15 cumpriam os critérios de inclusão e 8 foram excluídos.

Analisaram-se os artigos seleccionados, fez-se um pequeno resumo e comentários à metodologia, identificou-se o nível de evidência de cada artigo de acordo com Stillwell, Fineout-Overholt, Melnyk e Williamson (2010) e agruparam-se os códigos mencionados pelos constructos da CIF.

Painel de Peritos

Pré-teste

A 01 e 02 de Agosto de 2012 foram contactadas 8 Unidades com contrato com a RNCCI desde 2008, seleccionadas aleatoriamente, para realização do pré-teste. Destas apenas 2 responderam e apenas uma deferiu a realização do pré-teste. Foram solicitados os contactos de *e-mail* do médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicólogo e assistente social com maior experiência na RNCCI.

A 25 de Agosto de 2012 procedeu-se ao envio do questionário para pré-teste via plataforma *Google Docs*, com prazo de entrega para 10 de Setembro de 2012.

Foram analisados os resultados do pré-teste que demonstraram não ser necessário efectuar alterações ao questionário.

Estudo

A 21 de Setembro foi divulgado o Questionário para a 1.^a ronda com prazo de entrega a 06 de Outubro de 2012. Foram analisados os resultados e construído o Questionário para Consenso das categorias CIF – 2.^a ronda.

A 18 de Novembro foi divulgado o Questionário para a 2.^a ronda com prazo de entrega a 08 de Dezembro de 2012. A 29 de Dezembro apenas tinham respondido 3 participantes pelo foi novamente enviado o questionário com o prazo de entrega definido para 19 de Janeiro de 2013. Foram analisados os resultados e construído o Questionário para Consenso das categorias CIF – 3.^a ronda.

A 13 de Março de 2013 foi divulgado o Questionário para a 3.^a ronda com prazo de entrega a 23 de Março de 2013.

Após a análise de conteúdo e compilação dos resultados obtidos através do painel de Delphi, foi efectuada a proposta para um modelo do Plano Individual de Intervenção para as Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados.

2.11- MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

2.11.1- Objectivo específico 1

Análise de conteúdo

Os dados obtidos através deste método foram analisados qualitativamente, enquadrados nas Dimensões, Categorias e Tópicos definidos para caracterizar o Plano Individual de Intervenção.

2.11.2- Objectivo específico 2

Revisão Sistemática da Literatura e Pannel de Peritos

Em ambas as fases do método de Delphi modificado foi utilizada a Estatística Descritiva para analisar os resultados.

O objectivo da Estatística Descritiva é obter uma primeira leitura dos dados, capaz de dar uma ideia acerca da dispersão, forma e estrutura da distribuição, entendida como “o conjunto de todos os *scores* ou observações numa variável” (Coutinho, 2011). Neste caso utilizaram-se Tabelas de Frequência com o cálculo da frequência absoluta e relativa para cada código da CIF presente nos artigos analisados e questionários aplicados.

3- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados obtidos com os métodos de recolha de dados utilizados para cada objectivo definido neste estudo.

3.1- OBJECTIVO ESPECÍFICO 1

Os resultados da análise de conteúdo serão apresentados e discutidos por dimensões e categorias. Relembrem-se as dimensões definidas: Aparência; Conteúdo; Intervenientes.

3.1.1- Dimensão Aparência

Na dimensão Aparência analisaram-se e caracterizaram-se os PII's relativamente à estrutura física do próprio documento quanto ao número de páginas, de colunas, de linhas e à existência ou não de elementos pré-definidos.

Categoria Configuração

Nesta categoria descreveu-se a configuração do PII quanto à estrutura física do documento em relação ao número de páginas, de linhas e de colunas (Tabela 6).

Três dos documentos analisados estavam escritos em formato *Word* (PII7 e PII4) e *Excel* (PII6), o PII1 foi disponibilizado pela Unidade em formato *PDF*. Os documentos tinham entre uma (PII1 e PII7) e duas páginas (PII4 e PII6).

Os documentos analisados encontravam-se de acordo com algumas recomendações da literatura para a configuração do documento:

- terem a forma de documento escrito (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007);
- serem documentos aparentemente simples de utilizar (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002), com uma ou duas páginas para registo.

Tabela 6 – Dimensão Aparência; Categoria Configuração

Documento	Descrição
PII1	7 colunas; 5 linhas Primeira página: campos para a data, a identificação do utente e das suas expectativas/necessidades, campo para o registo dos problemas e planeamento da intervenção, aparentemente efectuado em sete linhas distintas, cada uma destinada a um responsável, Segunda página: campo para registo da Avaliação/situação nas sete linhas destinadas a cada um dos responsáveis
PII4	7 colunas; 1 linha Três áreas: identificação do utente, campo para registo do planeamento, campo para as assinaturas. O registo do planeamento aparenta ser efectuado numa única linha com o preenchimento de sete colunas
PII6	4 colunas maiores, subdivididas; 7 linhas Três áreas: identificação do utente, campo para registo do planeamento, campo para assinaturas. Registo aparentemente feito em linha por quatro colunas
PII7	7 colunas; 2 linhas Primeira página: campos para a data, identificação do utente e dos responsáveis, das expectativas e qualidade de vida Segunda página: o registo do planeamento aparentemente efectuado em linha com o preenchimento das sete colunas definidas; campos destinados ao resumo dos resultados obtidos

Somme, Hebert, Bravo, Blanchard e Saint-Jean (2007) referem que um modelo com cinco grandes colunas não parece ser o mais satisfatório para um documento com a função do Plano Individual de Intervenção. Os PII's analisados apresentavam entre 4 (PII6) e 7 colunas (PII's 1, 4 e 7) e 1 (PII4), 2 (PII7), 5 (PII1) e 7 (PII6) linhas. O desenho por colunas e linhas, apesar de não ser o mais recomendável, poderá contribuir para a sistematização de registos pois limita o campo de texto.

O *NHS Modernisation Agency* (2005) recomenda que a configuração do documento contribua para demonstrar uma intervenção em equipa e não uma série de cuidados independentes. Dos resultados obtidos para esta categoria, a configuração do PII1 revelou ser a que menos de acordo está com esta indicação da literatura por apresentar o registo dos problemas e intervenções em linhas separadas para cada um dos profissionais responsáveis.

Na literatura surgem recomendações acerca da configuração do documento para agilizar o seu preenchimento:

- adoptar o modelo CIF através do registo pelo *Rehabilitation Problem Solving Form* (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002);
- padronizar e informatizar o PII (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007).

O *Rehabilitation Problem Solving Form* é um modelo de uma página dividida em três partes: cabeçalho com informação básica, parte superior destinada à perspectiva do utente

e a inferior à análise dos profissionais. São registados aspectos de todos os domínios da CIF – Estruturas e Funções do Corpo, Actividades e Participação e Factores Contextuais. Este método de registo poderia contribuir para a padronização do documento, no entanto nenhum deles se baseava no modelo conceptual da CIF. Os documentos analisados não apresentavam qualquer padrão entre eles e apesar de serem preenchidos informaticamente, os formatos em *Word* e *Excel* não parecem ser os mais adequados para agilizar o registo, provavelmente a introdução do modelo numa plataforma informática contribuía para facilitar e sistematizar o registo e organização da informação.

Categoria Elementos pré-definidos

Analisaram-se e caracterizaram-se os PII's em relação à existência ou não de elementos pré-definidos (Tabela 7).

Tabela 7 - Dimensão Aparência; Categoria Elementos pré-definidos

Documento	Descrição
PII1	Indicação dos participantes na elaboração do documento: Médico, Reabilitação, Ft., Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Social, Outros
PII4	Sem elementos pré-definidos
PII6	Indicação dos participantes na elaboração do documento: médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, dietista
PII7	“Objectivo geral: Adquirir autonomia nas Actividades da Vida Diária (AVD's)” “Problema: Dependência _____ nas Actividades da Vida Diária (AVD's)” “Objectivos Específicos e Metas: “Conseguir ter ganhos em Autonomia nas AVD's demonstrados através do aumento de um score de ____/100 para um score de ____/100 na escala de Barthel”

Somme, Hebert, Bravo, Blanchard, Saint-Jean (2007) recomendam a pré-definição de alguns elementos como estratégia facilitadora do registo no Plano Individual de Intervenção, no entanto não são enunciados que elementos são esses.

No PII4 todos os campos estão em branco e permitem a escrita livre o que poderá dificultar o seu preenchimento e os elementos pré-definidos nos PII1 e 6 – indicação dos participantes – não têm grande influência na facilitação do registo.

Os elementos pré-definidos no PII7 – objectivo geral e específico, problema – parecem ser os únicos a facilitar o preenchimento do documento indo ao encontro do que é recomendado pelos autores.

3.1.2- Dimensão Conteúdo

Na dimensão Conteúdo analisaram-se e caracterizaram-se os PII's quanto às componentes que constam no documento e às indicações para a sua redacção.

Categoria Componentes

Nesta categoria descreveu-se o PII quanto às diferentes componentes que o constituem: identificação do utente; data; outros campos de preenchimento.

Todos os PII's identificavam o utente utilizando parâmetros distintos (Tabela 8).

Tabela 8 – Dimensão Conteúdo; Categoria Componente - “Identificação do utente”

Documento	Descrição
PII1	“Nome”; “Nome pelo qual gosta de ser tratado”; “Data de Nascimento”; “Unidade”; “Cama”; “Resumo do internamento”
PII4	“Nome”
PII6	“Nome”; “Nr. Quarto”; “Nr. Cama”; “Unidade”; “Motivo de Internamento”
PII7	” Nome”; “Idade”; “Sexo”; “Unidade/Quarto”

A literatura recomenda que se identifique o utente mas não menciona que aspectos devem ser registados para proceder a essa identificação (NHS Modernisation Agency, 2005).

No PII1 o “Resumo do internamento” parece não contribuir para a identificação do utente pois apenas poderá ser preenchido à data de alta.

As datas apresentadas nos documentos também são muito distintas (Tabela 9).

Tabela 9 – Dimensão Conteúdo; Categoria Componente - “Data”

Documento	Descrição
PII1	“Data de internamento”; “Data de início do PII”
PII4	“Data” (de realização do PII?); “Data de revisão do PII”
PII6	“Data de admissão”; “Data de elaboração”; “Data de alta”
PII7	“Data de realização do PII”; “Data em que o utente assina o PII”

Na literatura há referência à necessidade do documento ser datado (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007) (Nacional Council of Social Service, 2006), o que acontece com todos os documentos analisados.

Nos PII1 e PII6 os campos de datas estipulados podem contribuir para monitorizar se o preenchimento do documento acontece no período de tempo estipulado pela Rede – as

primeiras 48 horas de internamento (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados; BIQ Consulting, 2008).

No PII4 não é claro que data se pretende registar no campo “Data” – data de início de internamento, de elaboração do PII...

Foram ainda identificados outros campos de preenchimento direccionados para a definição do planeamento da intervenção (Tabela 10).

Tabela 10 – Dimensão Conteúdo; Categoria Componente - “Outros campos de preenchimento”

Documento	Descrição
PII1	“Expectativas/Necessidades do cliente/cuidador informal”; “Problema”; “Objectivos”; “Plano de Intervenção”; “Avaliação/Situação”
PII4	“Problemas/Necessidades/Pontos Fortes”; “Objectivos/Metas”; “Prazo”; “Intervenções”; “Responsável”; “Cumprimento da meta (TA, PA, NA)”
PII6	“Problemas/ Pontos Fortes”; “Objectivos/resultados esperados pelo utente” – subdivide-se em “Meta (data)” e “Descrição do objectivo”; “Intervenção multidisciplinar” – subdivide-se em seis colunas destinadas a cada um dos intervenientes; “Avaliação/Data” – subdivide-se em “Atingiu”, “Não Atingiu” e “Mantém”; “Observações”; “Avaliação Final Multidisciplinar”.
PII7	“Síntese das expectativas do utente/Qualidade de vida”; “Objectivo Geral”; “Problema”; “Objectivos Específicos e Metas”; “Intervenção (Métodos e Técnicas) ”; “Prazo”; “Responsável”; “Avaliação Intercalar”; “Avaliação Final”; “% de objectivos alcançados (n.º de objectivos alcançados/n.º de objectivos propostos) x100”; “% de alcance das metas (média aritmética dos resultados de cada objectivo)”

A literatura fornece várias indicações sobre os Componentes que devem constar do Plano Individual de Intervenção:

- Expectativas, necessidades específicas e preferências do utente (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002) (NHS Modernisation Agency, 2005) (Nacional Council of Social Service, 2006) (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a) (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados; BIQ Consulting, 2008);

- Sumário interpretativo (Nacional Council of Social Service, 2006);

- Perfil de saúde física e mental do utente, história social e familiar, rede de suporte formal e informal, as actividades da vida diária, estado emocional, mental, os recursos da comunidade e financeiros, interesses, *hobbies* e historial de vida profissional (Nacional Council of Social Service, 2006);

- Forças, capacidades e recursos do utente (Nacional Council of Social Service, 2006) (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011) (Pereira & Araújo, 2010) (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a);

- Identificação e hierarquização de problemas, de preferência que sejam específicos e relevantes, diferenciando os factores que contribuem para os mesmos (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002) (NHS Modernisation Agency, 2005) (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007) (Pereira & Araújo, 2010);

- Objectivos e metas (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002) (Nacional Council of Social Service, 2006) (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007) (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011) (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados; BIQ Consulting, 2008);

- Cronograma (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Helleso, & Brender, 2011);

- Intervenções (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002) (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007) (Pereira & Araújo, 2010);

- Prestadores de cuidados (formais e informais) e definição dos seus papéis (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002) (Nacional Council of Social Service, 2006) (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007) (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a);

- Resultados (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002);

- Assinaturas (Nacional Council of Social Service, 2006).

Os PII's analisados apresentavam a maioria dos parâmetros enunciados anteriormente.

Como maiores lacunas identificaram-se:

- não apresentar de campo para registo das expectativas do utente e/ou cuidadores (PII4);

- partilhar o mesmo campo de registo para “Problemas/Necessidades/Pontos Fortes” e “Problemas/ Pontos Fortes” (PII4 e 6). Considera-se que os parâmetros a registar têm conotações distintas, positiva e negativa, o que pode dificultar o método de registo e de leitura do documento.

- não distinguir objectivos gerais de específicos (PII's 1, 4 e 6), apenas o PII7 o faz.

Nenhum dos documentos apresentava um cronograma (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesø, & Brender, 2011) mas os PII's 4 e 7 tinham um campo destinado a registar o prazo para atingir os objectivos.

Os documentos analisados não apresentam campos destinados à descrição do perfil de saúde física e mental do utente, da história social e familiar, da rede de suporte formal e informal, das actividades da vida diária, do estado emocional, mental, dos recursos da comunidade e financeiros, interesses, *hobbies* e historial de vida profissional (Nacional Council of Social Service, 2006). Aparentemente estes aspectos poderão ser enunciados nos PII's que têm um campo para os “Pontos fortes” (PII4 e 6) ou quando são considerados problemas e necessitam de intervenção.

Verificou-se que apenas o PII7 apresentava campos de registo para a avaliação intercalar e avaliação final.

Todos os documentos possuíam espaço para assinaturas mas os intervenientes que assinam o Plano Individual de Intervenção variam de Unidade para Unidade (Tabela 11).

Tabela 11 – Dimensão Conteúdo; Categoria Componentes – “Assinaturas”

Documento	Descrição
PII1	do gestor de caso
PII4	dos participantes do PII, dos que tomaram conhecimento, do utente, do familiar;
PII6	do doente, do familiar/cuidador, do médico, do enfermeiro, do assistente social, do fisioterapeuta, do psicólogo, da dietista.
PII7	dos responsáveis, do coordenador, do utente e/ou cuidador;

A literatura defende que o utente e/ou cuidador devem assinar o Plano Individual de Intervenção. Quando o utente não é capaz de tomar conhecimento do documento apresentado deve ser solicitado que o cuidador o faça por ele (Nacional Council of Social Service, 2006). Com a análise efectuada verificou-se que o PII1 não cumpre com esta indicação e que no PII4 pressupõe-se que o cuidador seja uma familiar, o que nem sempre acontece. No PII4 também não é clara a diferenciação entre os “Participante do PII” e os que “Tomaram conhecimento”. Aparentemente, o PII7 cumpre com a indicação dada na literatura para este aspecto.

Categoria Indicações de redacção

Descreveram-se os PII's analisados de acordo com as indicações para redacção do documento.

Verificou-se que nenhum dos documentos analisados apresenta indicações de preenchimento no próprio documento, apenas o PII7 descreve as fórmulas de cálculo para a “% das metas alcançadas” e “% dos objectivos alcançados”. Esta situação poderá acontecer por estas indicações ocuparem espaço, tornando mais confuso o preenchimento e leitura do documento. Para este estudo não foi disponibilizado nenhum documento com indicações de redacção destinado ao Plano Individual de Intervenção utilizado nas unidades.

A literatura fornece várias indicações para redacção do Plano Individual de Intervenção:

- o documento deverá ser escrito de uma forma clara e acessível tanto para a pessoa a quem o plano se refere como para os profissionais de todas as disciplinas que o utilizam e deve procurar evidenciar a melhoria para a autonomia e qualidade de vida (NHS Modernisation Agency, 2005) (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados; BIQ Consulting, 2008);

- a linguagem deve ser adaptada à história pessoal do utente, estado intelectual, mental e emocional (Nacional Council of Social Service, 2006);

- na definição de problemas deverá ser registada a fonte de manifestação do problema (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007);

- os objectivos devem conduzir o planeamento da intervenção, espelhar o resultado esperado com a intervenção, ser hierarquizados, partilhados pelas várias áreas (saúde e acção social), redigidos de forma SMART (específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas, temporizáveis), utilizar verbos de acção e evitados verbos como manter, reduzir, promover e melhorar, ou seja, os objectivos devem ser descritos de forma a observar a resposta do utente e devem ter identificados os responsáveis pelos mesmos (Nacional Council of Social Service, 2006) (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007) (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a) (Bjerkkan, Richter, Grimsmo, Hellesø, & Brender, 2011) (Holum, 2012).

- as intervenções devem ser registadas em equipa e não como uma série de cuidados individuais, deverão ser enunciadas as intervenções necessárias para corrigir o problema ou dificuldade e registado o número de vezes ou frequência das intervenções definidas (NHS Modernisation Agency, 2005) (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007);

- os resultados devem ser aferidos através da medição de variáveis relevantes (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002).

Na análise efectuada aos PII's verificou-se que a forma de registar os resultados é muito variável (Tabela 12).

Tabela 12 – Dimensão Conteúdo; Categoria Indicações de redacção – “Resultados”

Documento	Descrição
PII1	“Avaliação/Situação”
PII4	“Cumprimento da meta (TA, PA, NA)”
PII6	“Avaliação/Data” – subdivide-se em “Atingiu”, “Não Atingiu” e “Mantém”; “Observações”; “Avaliação Final Multidisciplinar”.
PII7	“Avaliação Intercalar”; “Avaliação Final”; “% de objectivos alcançados (n.º de objectivos alcançados/n.º de objectivos propostos) x100”; “% de alcance das metas (média aritmética dos resultados de cada objectivo)”;

Os PII4 e 6 apresentam os resultados de uma forma qualitativa. O PII4 apresenta como alternativas para registo dos resultados as iniciais “TA”, “PA”, “NA”, no entanto no documento não existe nenhuma legenda para o seu significado.

Em relação ao PII1, a forma de registo não é clara, mas pelo campo de registo destinado aos resultados parece que estes também sejam do tipo qualitativo.

Apenas o PII7 parece cumprir com as indicações dadas na literatura para este aspecto (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002) e regista os resultados de forma quantitativa, permitindo a aferição global do alcance das metas e dos objectivos definidos inicialmente.

A quantificação de resultados é útil para que o utente e equipa saibam exactamente o que foi alcançado do plano inicialmente definido, o utente pode não alcançar o objectivo mas o que faltou para consegui-lo? Este aspecto poderá contribuir para a motivação do utente.

A quantificação de resultados pode também ser uma forma de melhorar a comunicação entre Unidades. Com a utilização de uma escala objectiva o significado será

sempre o mesmo independentemente do profissional que analise o documento o que não acontece com a utilização de termos qualitativos como “mantém” ou “não alcançado”.

3.1.3- Dimensão Intervenientes

Nesta dimensão descreveram-se os Planos Individuais de Intervenção quanto aos intervenientes que participam no documento e de que forma a sua participação é registada.

Categoria Participantes

Como verificado na Dimensão Aparência, categoria Elementos Pré-definidos, os PII1 e 6 têm pré-definidos os participantes que integram a elaboração do Plano Individual de Intervenção (Tabela 13).

Tabela 13 – Dimensão Intervenientes; Categoria Participantes

Documento	Descrição
PII1	Participantes na elaboração do documento: Médico, Reabilitação - Ft., Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Social, Outros
PII4	Não definido
PII6	Participantes na elaboração do documento: médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, dietista
PII7	Não definido

A literatura recomenda que o Plano Individual de Intervenção deva ser o resultado do consenso entre a equipa e o utente e/ou cuidador, é necessário que estes sejam integrados no desenvolvimento do documento (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002) (NHS Modernisation Agency, 2005) (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a), assim como todos os elementos das várias áreas da equipa multidisciplinar – médica, enfermagem, psicossocial e reabilitação (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados; BIQ Consulting, 2008).

Nos documentos analisados verificou-se que aparentemente é solicitada a participação do utente e/ou cuidador para preenchimento dos campos “Expectativas/Necessidades do cliente/cuidador informal” e “Síntese das Expectativas do Utente/Qualidade de Vida” no PII1 e PII7, respectivamente. No PII6, deverá ser solicitada a sua intervenção para preenchimento do campo “Objectivos/resultados esperados pelo utente”. Não é clara a participação do utente na definição do PII4. Apenas o PII1 apresenta um campo

de registos para que “Outros” para além dos profissionais de saúde e da área social possam efectuar o registo da sua intervenção.

Com excepção do PII6, todos têm um campo para a identificação do Coordenador (PII4 e PII7) ou Gestor de Caso (PII1) como é definido na literatura (Holum, 2012).

Categoria Evidência de participação

A evidência da participação dos profissionais, dos utentes e/ou cuidadores no desenvolvimento do PII pode ser obtida através das assinaturas do documento pelos participantes, aspecto já desenvolvido na Dimensão Conteúdo, categoria Componentes.

É recomendado pela literatura que o método a utilizar para comprovar o envolvimento do utente ou familiar/cuidador informal na definição do Plano Individual de Intervenção seja a criação de evidências das reuniões que ocorreram com os mesmos com o objectivo de preenchimento do PII (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados; BIQ Consulting, 2008). Para que se alcance este requisito é necessário que as Unidades optem pela criação de documentos que evidenciem este aspecto ou que criem um espaço no próprio documento à semelhança do existente no PII7 “O utente e/ou pessoa de referência _____, conhece, participa e concorda com o Plano Individual de Intervenção.”.

Com os resultados obtidos neste estudo percebe-se que um documento com a importância que tem o Plano Individual de Intervenção no contexto da Rede de Cuidados Continuados Integrados é tratado de forma muito distinta nas várias Unidades. O facto de não existir uniformidade de registo entre as várias Unidades poderá colocar em causa a articulação e comunicação entre os diversos sectores de cuidados (Australian Institute of Health and Welfare, 2003), assim como a imagem da RNCCI que não transmite o conceito de uma rede em que todos os prestadores estão em sintonia e utilizam os mesmos instrumentos.

A utilização de diferentes abordagens que revelem diferentes pontos de vista em relação às necessidades de cuidados e objectivos de intervenção podem conduzir a estratégias inadequadas e diminuir a adesão do utente aos programas de intervenção definidos (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann, & Stucki, 2002).

As diferenças entre os documentos analisados podem acontecer por não existir um Plano Individual de Intervenção validado cientificamente (Somme, Hébert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007) e estarem relacionadas com a relevância e função que as diferentes Unidades atribuem ao PII.

Se a implementação e utilização do PII apenas tiver como objectivo o cumprimento dos requisitos da RNCCI sem qualquer outra função, como seja contribuir para os indicadores de qualidade ou para a comunicação dentro da equipa e com outras Unidades, este documento pode ser considerado uma barreira e não um facilitador pelo encargo burocrático que representa tendo em conta todos os registos necessários – processo clínico, escalas de avaliação, plataforma Gestcare, PII, IAI. Estes factores podem ser considerados para justificar os resultados obtidos no Relatório Final de Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Internados em que de 33 Unidades apenas 48% implementarem o Plano Individual de Intervenção (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2013).

3.2- OBJECTIVO ESPECÍFICO 2

3.2.1- Revisão Sistemática da Literatura

Na análise dos 15 artigos que cumpriam os critérios de inclusão identificaram-se 248 códigos da CIF divididos pelas componentes Funções do Corpo (79 códigos, 31,85%), Estruturas do Corpo (29 códigos, 11,69%), Actividades e Participação (79 códigos, 31,85%) e Factores Ambientais (61 códigos, 24,60%) (Tabela 14).

Tabela 14 – Listagem dos códigos CIF presentes nos artigos analisados

Referência bibliográfica (Autor, Ano)	Resumo	Nível de Evidência	Códigos das categorias referidas			
			Funções do Corpo	Estruturas do Corpo	Actividades e Participação	Factores Ambientais
(Geyh, et al., 2004)	Estudo para obtenção formal de consenso para o Core Set da CIF para AVC (Extenso e Breve) com a participação de 36 experts (25 médicos de várias especialidades; 7 fisioterapeutas; 2 psicólogos; 1 assistente social; 1 sociólogo). O processo de decisão ocorreu numa conferência de decisão com 5 grupos de trabalho com 7-8 experts cada. O processo foi facilitado pelo coordenador para o AVC (o autor JS) e 5 líderes dos grupos de trabalho (HD, autor; PF, autor; ZO, autor; HR, autor e Gunnar Grimby) e orientados por 2 membros do ICF Research Branch (GS e AC, autores).	Nível VII	b110, b114, b117, b126, b130, b134, b140, b144, b152, b156, b164, b167, b172, b176, b180, b210, b215, b260, b265, b270, b280, b310, b320, b330, b410, b415, b420, b455, b510, b525, b620, b640, b710, b715, b730, b735, b740, b750, b755, b760, b770	s110, s410, s720, s730, s750	d115, d155, d160, d166, d170, d172, d175, d210, d220, d230, d240, d310, d315, d325, d330, d335, d345, d350, d360, d410, d415, d420, d430, d440, d445, d450, d455, d460, d465, d470, d475, d510, d520, d530, d540, d550, d570, d620, d630, d640, d710, d750, d760, d770, d845, d850, d855, d860, d870, d910, d920	e110, e115, e120, e125, e135, e150, e155, e165, e210, e310, e315, e320, e325, e340, e355, e360, e410, e420, e425, e440, e450, e455, e460, e515, e525, e535, e540, e550, e570, e575, e580, e590
(Brach, et al., 2004)	Estudo para obtenção formal de consenso para o Core Set da CIF para Cancro da Mama (Extenso e Breve) com a participação de 19 experts (7 médicos – pelo menos 1 com especialização em Medicina Física e de Reabilitação, 2 com especialização em medicina interna, 1 radiologista; 4 fisioterapeutas; 2 terapeutas ocupacionais; 1 psicólogo; 1 epidemiologista; 1 enfermeiro). O processo de decisão ocorreu numa conferência de decisão com 3 grupos de trabalho com 6-7 experts cada. O processo foi facilitado pelo coordenador para o Cancro da Mama (JM, autor) e pelos líderes dos 3 grupos de trabalho (AC, BE, VFM, autores).	Nível VII	b126, b130, b134, b152, b180, b265, b280, b435, b455, b530, b640, b650, b660, b670, b710, b720, b730, b740, b780, b810, b820, b840	s420, s630, s720, s730, s760, s810	d177, d230, d240, d430, d445, d510, d520, d540, d550, d560, d570, d620, d630, d640, d650, d660, d720, d750, d760, d770, d850, d920	e110, e115, e165, e225, e310, e315, e320, e325, e340, e355, e410, e415, e420, e425, e440, e450, e465, e540, e555, e570, e575, e580, e590
(Stucki, et al., 2004)	Estudo para obtenção formal de consenso para o Core Set da CIF para a Obesidade (Extenso e Breve) com a participação de 21 experts (18 médicos com várias especialidades; 3 fisioterapeutas). O processo de decisão ocorreu numa conferência de decisão com 3 grupos de trabalho com 7 experts cada. O processo foi facilitado através do coordenador para a Obesidade (JR, autor) e 3 líderes dos grupos de trabalho (PD, RA, EH, autores).	Nível VII	b126, b130, b134, b152, b180, b280, b410, b415, b420, b430, b435, b440, b455, b510, b515, b520, b530, b535, b540, b545, b555, b610, b620, b640,	s110, s140, s150, s410, s420, s430, s520, s530, s550, s560, s570, s580, s630, s710, s750, s760,	d240, d410, d415, d430, d450, d455, d465, d470, d475, d510, d520, d530, d540, d570, d620, d640, d660, d710, d750, d760, d770, d820, d830, d845, d850, d870, d910, d920	e110, e115, e120, e125, e140, e150, e155, e225, e310, e320, e325, e330, e340, e355, e360, e410, e420, e425, e440, e450, e455, e460, e465, e510,

			b650, b660, b710, b820, b830	s770, s810		e525, e535, e540, e560, e570, e575, e580, e585, e590
(Weigl, Cieza, Andersen, Kollerits, Amann, & Stucki, 2004)	Estudo para obtenção de consenso através de um painel de Delphi com 3 rondas. Foram estudados dados referentes a 12 condições crónicas: dor lombar crónica; osteoporose; artrite reumatóide; osteoartrite; dor crónica generalizada; AVC; depressão obesidade; cardiopatia isquémica; DPOC; diabetes mellitus; cancro da mama. Foram seleccionados 1587 experts, destes 322 responderam pelo menos a uma das rondas. Foi utilizada a estatística descritiva para analisar e tratar os dados das respostas nas diferentes rondas. Foram incluídas as categorias em que foi obtido o consenso em mais de 80% em pelo menos umas das condições.	Nível VII	b110, b114, b130, b134, b140, b144, b147, b152, b156, b167, b180, b210, b235, b260, b265, b270, b280, b310, b320, b410, b415, b420, b435, b440, b445, b450, b455, b460, b510, b530, b540, b610, b620, b640, b710, b715, b730, b735, b740, b760, b770, b780, b840	s110, s120, s140, s150, s220, s410, s420, s430, s550, s610, s630, s710, s720, s730, s750, s760, s770, s810, s830	d163, d166, d170, d175, d177, d210, d230, d240, d310, d315, d330, d335, d350, d410, d415, d420, d430, d440, d445, d450, d455, d460, d470, d475, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d570, d620, d630, d640, d660, d710, d760, d770, d845, d850, d860, d870, d910, d920	e110, e115, e120, e135, e140, e150, e155, e225, e260, e310, e320, e325, e340, e355, e410, e420, e425, e430, e450, e460, e465, e540, e570, e575, e580, e585, e590
(Grill, Lipp, Boldt, Stucki, & Koenig, 2005)	Estudo transversal com o objectivo de reunir dados empíricos sobre os compromissos típicos de utentes em reabilitação sub-aguda para obtenção de fundamentação empírica para o desenvolvimento do Core Set para utentes com condições neurológicas em instituições de reabilitação sub-aguda. Amostra de conveniência de 292 utentes com condições neurológicas que necessitavam de cuidados de reabilitação sub-agudos. Os utentes foram recrutados e entrevistados por profissionais de saúde treinados na aplicação dos princípios da CIF. Só eram registadas as categorias relacionadas com o motivo de internamento. Os dados foram tratados e analisados utilizando o cálculo das frequências absolutas e relativas. As categorias identificadas por menos de 5 utentes não eram reportadas. As prevalências abaixo de 30% foram consideradas não relevantes.	Nível VI	b114, b122, b130, b134, b140, b144, b147, b152, b160, b164, b167, b172, b176, b210, b265, b280, b310, b320, b330, b340, b410, b415, b420, b440, b455, b510, b525, b530, b620, b630, b710, b730, b735, b740, b750, b755, b760, b770, b810	s110, s410, s430, s530, s710, s720, s730, s740, s750, s760, s810	d110, d115, d120, d130, d135, d140, d145, d150, d155, d160, d163, d166, d170, d172, d175, d177, d210, d220, d230, d240, d310, d315, d320, d325, d330, d335, d340, d345, d350, d355, d360, d410, d415, d420, d430, d435, d440, d445, d450, d455, d460, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d570, d620, d660, d720, d730, d740, d750, d760, d810, d840, d845, d850, d855, d860, d865, d910	e110, e120, e125, e310, e315, e320, e355, e410, e415, e450
(Grill, Stucki, Boldt, Joisten, & Swoboda,	Estudo transversal com o objectivo de descrever a funcionalidade e saúde de utentes idosos em instituições de reabilitação sub-agudas e identificar os problemas mais comuns utilizando a CIF. Amostra de conveniência de 150 idosos. Os utentes foram recrutados e entrevistados por profissionais de	Nível VI	b126, b130, b134, b144, b280, b410, b415, b420, b455, b460, b525, b530, b540, b620, b630,	s110, s410, s740, s750, s810	d155, d170, d220, d230, d345, d355, d410, d415, d420, d430, d440, d445, d450, d455, d460, d465, d510, d520, d530, d540,	e110, e115, e120, e125, e130, e145, e150, e160, e165, e220, e225, e240, e250, e260, e310,

2005)	saúde treinados na aplicação dos princípios da CIF. Só eram registadas as categorias relacionadas com o motivo de internamento. As categorias identificadas por menos de 5 utentes não eram reportadas. As prevalências abaixo de 30% foram consideradas não relevantes.		b710, b715, b730, b735, b740, b770, b840		d550, d620, d660, d855, d910	e315, e320, e325, e355, e410, e420, e425, e450, e535, e545, e560, e570, e575, e580
(Ewert, et al., 2005)	Estudo para obtenção formal de consenso para uma 1ª versão para o Core Set da CIF para utentes com condições neurológicas num hospital de agudos. Definiu-se que os utentes neurológicos eram as pessoas com doenças do sistema nervoso, lesões da cabeça, doenças cérebro-vasculares, cancro (com envolvimento do SNC) ou lesões da medula espinal. Participaram de 21 experts (Alemanha, Áustria, Suíça) – 8 médicos, 5 enfermeiros, 6 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionais. A obtenção do consenso ocorreu em 3 três rondas: 1ª Fase – 3 grupos de trabalho distintos discutiram e votaram (voto A); 2ª Fase – sessão plenária onde foram apresentados e discutidos os votos da 1ª Fase; posteriormente reagruparam-se, discutiram e votaram novamente as decisões (voto B); 3ª Fase – apresentação, discussão e votação (voto C) em sessão plenária. Os moderadores dos grupos eram 3 dos autores do estudo (SB; MF; TM).	Nível VII	b110, b114, b130, b134, b140, b147, b152, b156, b167, b180, b210, b215, b230, b235, b240, b260, b265, b270, b280, b310, b410, b415, b420, b430, b435, b440, b450, b455, b510, b525, b535, b540, b545, b620, b710, b715, b730, b735, b755, b760, b810	s110, s120, s410, s430, s710	d315, d330, d335, d360, d410, d415, d420, d440, d445, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d760, d940	e110, e115, e120, e125, e150, e240, e250, e310, e315, e320, e355, e360, e410, e415, e420, e450, e455, e465, e550, e570, e580
(Grill E., Huber, Stuki, Herceg, Fialka-Moser, & Quittan, 2005)	Estudo transversal com o objectivo de descrever a funcionalidade e saúde dos utentes em hospital de agudos e identificar os problemas mais comuns destes utentes utilizando a CIF. Os dados foram tratados e analisados utilizando o cálculo das frequências absolutas e relativas. Amostra de conveniência de 296 utentes com condições neurológicas (101 utentes), musculo-esqueléticas (90 utentes) e cardio-pulmonares (105 utentes). Os utentes foram recrutados e entrevistados por profissionais de saúde treinados na aplicação dos princípios da CIF. Só eram registadas as categorias relacionadas com o motivo de internamento. As categorias identificadas por menos de 5 utentes não eram reportadas. As prevalências abaixo de 30% foram consideradas não relevantes	Nível VI	b126, b130, b134, b140, b152, b164, b210, b235, b255, b260, b265, b270, b280, b410, b415, b420, b430, b435, b440, b445, b455, b460, b510, b525, b530, b535, b545, b620, b640, b710, b715, b720, b730, b735, b740, b750, b755, b760, b765, b770, b780, b810, b820, b830, b840, b850, b860	s110, s130, s220, s410, s420, s430, s560, s710, s720, s730, s740, s750, s760, s770, s810, s820, s840	d120, d160, d166, d170, d175, d220, d230, d240, d320, d345, d350, d355, d360, d410, d415, d420, d430, d435, d440, d445, d450, d455, d460, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d620, d660, d940	e110, e115, e120, e125, e130, e145, e150, e160, e165, e225, e240, e245, e250, e260, e310, e315, e320, e325, e330, e345, e355, e360, e410, e415, e420, e425, e430, e435, e440, e445, e450, e455, e460, e465, e515, e535, e545, e550, e555, e560, e570, e575, e580, e585

(Cieza, Geyh, Chatterji, Kostanjsek, Ustun, & Stucki, 2006)	Estudo transversal multi-centro com os objectivos de propor um método de selecção de categorias da CIF e identificar as categorias para o Core Set Genérico da CIF através do seu poder explicativo em relação com o item 1 da SF-36. As categorias a serem utilizadas no modelo de regressão inicial foram seleccionadas seguindo os passos sistemáticos de acordo com a estrutura da CIF. Baseado num modelo de regressão inicial, foram desenhados modelos adicionais através da substituição das categorias incluídas inicialmente por aquelas com que estão altamente correlacionadas. Amostra de conveniência de 1039 utentes com pelo menos uma das condições crónicas (dor lombar crónica; osteoporose; artrite reumatóide; osteoartrite; doença coronária; DPOC e asma; diabetes mellitus; cancro da mama; obesidade; dor crónica; depressão; AVC). O recrutamento dos utentes e a recolha de dados foram efectuados por médicos e outros profissionais com formação em CIF. Foi utilizada estatística descritiva para definir a população em estudo e descrever o estado de saúde dos utentes baseado nas sub-escalas da SF-36. A selecção das categorias para integrarem o modelo inicial de regressão ocorreu em 3 passos: 1º - de acordo com a estatística descritiva das categorias CIF, apenas aquelas que representassem um problema para pelo menos 10% dos utentes seriam consideradas para análise futura; 2º - teriam de ter uma relação substancial com a saúde em geral como medido no item 1 da SF-36. A relação foi analisada utilizando o coeficiente de correlação de Spearman. Era necessário que a correlação tivesse um valor $p < 0,01$; 3º - a independência as variáveis foi analisada utilizando o coeficiente de correlação de Spearman. Foi verificada a homogeneidade. Foi desenvolvido um modelo de regressão inicial para explicar o item 1 da SF-36 também em 3 passos. Foram efectuados 14 modelos de regressão.	Nível VI	b130, b152, b230, b280, b730	-	d450, d620, d640, d660, d850, d920	e450, e580
(Leonardi, et al., 2009)	Estudo com o objectivo de descrever a funcionalidade e a saúde de utentes com miastenia gravis e identificar quais os problemas mais comuns nos utentes com esta condição através da utilização da CIF. Participaram 102 utentes. A Checklist da CIF foi administrada em sessões individuais.	Nível VI	b130, b134, b140, b144, b152, b210, b220, b235, b280, b310, b420, b435, b440, b510, b730, b740	-	d110, d220, d330, d350, d430, d440, d450, d470, d475, d510, d520, d540, d550, d560, d620, d630, d640, d730, d740, d750, b850, d920	e110, e120, e125, e225, e310, e320, e325, e330, e355, e410, e420, e450, e540, e570, e580, e590

	Foram identificadas as categorias reportadas por mais de 30% dos participantes.					
(Ewert, Allen, Wilson, Ustun, & Stucki, 2010)	Teve como objectivo avaliar a validade de construto da CIF utilizando um modelo de resposta multidimensional e recolha de dados de utentes com 5 condições de saúde crónicas (dor lombar crónica; artrite reumatóide; osteoartrite; obesidade; pós-AVC). Utilizaram a metodologia de validação retrospectiva utilizando os Core Sets da Cif numa amostra de conveniência de utentes que participavam num estudo multi-centro e transversal com objectivo de validação dos Core Sets. Os profissionais de saúde (médicos 2,6%; fisioterapeutas 4,4%; Psicólogos 4,8%; terapeutas ocupacionais 5,6%; terapeutas da fala 5,8%; enfermeiros 5,8%; assistentes sociais 5,8% e outros 10,4%) reuniram dados de 3227 utentes utilizando os respectivos Core-Sets.	Nível VI	b110, b114, b117, b126, b130, b134, b140, b144, b147, b152, b156, b160, b164, b167, b172, b176, b180, b210, b215, b230, b235, b240, b260, b265, b270, b280, b310, b320, b330, b340, b410, b415, b420, b430, b435, b440, b450, b455, b510, b515, b525, b530, b535, b540, b545, b550, b630, b640, b710, b715, b730, b735, b740, b750, b755, b760, b770, b810	s110, s120, s130, s410, s430, s530, s710, s720, s730, s750, s810	d110, d115, d120, d130, d135, d155, d160, d166, d170, d172, d175, d177, d210, d220, d230, d240, d310, d315, d325, d330, d335, d345, d350, d360, d410, d415, d420, d430, d440, d445, d450, d455, d460, d465, d470, d475, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d570, d620, d630, d640, d710, d750, d760, d770, d845, d850, d855, d860, d870, d910, d920, d930, d940	-
(Jonsdottir, Rainero, Racca, Glassel, & Cieza, 2010)	Demonstrar a viabilidade e utilidade da utilização da CIF para investigar a funcionalidade e incapacidade em pessoas com dor lombar crónica. O estudo fez parte do projecto MHADIE e reúne os dados de base recolhidos em 118 utentes com dor lombar crónica utilizando os Core Set para a Dor lombar crónica. A análise de dados foi efectuada através da estatística descritiva. Apenas foram consideradas as categorias em que 20% ou mais dos utentes tinha problemas.	Nível IV	b126, b130, b134, b152, b210, b235, b260, b280, b455, b525, b530, b710, b715, b720, b730, b735, b740, b750, b770, b780	s120, s710, s720, s740, s750, s760, s770	d220, d240, d410, d415, d420, d430, d450, d455, d460, d465, d470, d475, d510, d520, d540, d570, d620, d630, d640, d650, d660, d760, d770, d845, d850, d870, d910, d920	e110, e115, e120, e150, e155, e225, e255, e310, e320, e325, e330, e355, e410, e420, e425, e450, e460, e465, e570, e580
(Tschiesner, Rogers, Dietz, Yueh, & Cieza, 2010)	Estudo para obtenção formal de consenso para a 1ª versão do Core Set para Cancro da Cabeça e Pescoço. Participaram 21 experts – otorrinolaringologistas; cirurgiões maxilo-faciais; oncologistas, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros e assistentes sociais. Foi utilizada Técnica de grupo nominal, foram formados 3 grupos de 7 experts cada. Os líderes dos grupos eram 3 dos autores (BY, SR, AD) e o plenário também foi moderado por o	Nível VII	b117, b126, b130, b134, b152, b230, b240, b250, b255, b280, b310, b320, b435, b440, b455, b530, b535, b555, b640, b710, b730, b810, b820	s410, s420, s510, s520, s720, s750, s760, s810	d230, d240, d330, d350, d360, d415, d430, d460, d470, d475, d510, d520, d550, d560, d570, d640, d710, d720, d750, d760, d770, d845, d870, d910, d920, d930	e115, e125, e165, e310, e320, e340, e355, e410, e460, e525, e535, e555, e570, e575, e580, e585, e590

	outro autor (AC), apesar de não estar relacionado com o tratamento ou reabilitação do CCP e não teve participado na votação. As categorias a incluir foram votadas em 2 momentos diferentes, nos grupos e em plenário.					
(Tschiesner, et al., 2010)	Estudo transversal multi-centro para validar as categorias do 1º Core Set para o Cancro da Cabeça e Pescoço e testar aspectos novos e relevantes que possam ter falhado na 1ª versão. Participaram 276 utentes. Os dados foram recolhidos pelos departamentos de otorrinolaringologia, cirurgia maxilo-facial, hemato-oncologia, psiquiatria, terapia da fala e fisioterapia. Foram utilizados 2 questionários, um para os profissionais e outro para os utentes. A correlação foi feita através do coeficiente de Spearman. Para validar o Core Set Extenso, foram aceites todas as categorias em que pelo menos 10% dos utentes consideraram relevantes. Para o Breve, foram incluídas as categorias $\geq 30\%$ de identificação pelos utentes e com uma intensidade média entre 25 e 49%.	Nível VI	b117, b126, b130, b134, b152, b230, b240, b250, b255, b280, b310, b320, b435, b440, b455, b530, b535, b555, b640, b710, b730, b810, b820	s420, s510, s520, s720, s750, s810	d230, d240, d330, d350, d360, d415, d430, d460, d470, d475, d510, d520, d550, d560, d570, d640, d710, d720, d750, d760, d770, d845, d870, d910, d920, d930	e115, e125, e165, e310, e320, e340, e355, e410, e460, e525, e535, e555, e570, e575, e580, e585, e590
(Herrmann, Kirchberger, Stucki, & Cieza, 2011)	Método de Delphi, com 3 rondas de questões a fisioterapeutas com experiência em CIF. Participaram 81 experts. Foi utilizada a estatística descritiva para caracterização da amostra e frequências. As categorias alcançaram um consenso na ronda final para o Core Set para “crónico” e foram seleccionadas as que tiveram uma concordância de mais de 75% para o Core Set para “sub-agudo”.	Nível VII	b126, b130, b134, b152, b250, b255, b260, b265, b270, b280, b310, b410, b415, b420, b430, b440, b445, b450, b455, b460, b510, b515, b525, b530, b550, b610, b620, b630, b640, b660, b670, b710, b715, b720, b730, b735, b740, b750, b755, b760, b765, b770, b780, b810, b820, b830, b840	s120, s430, s610, s710, s720, s730, s740, s750, s760, s770, s810	d155, d175, d230, d240, d345, d350, d355, d360, d410, d415, d420, d430, d435, d440, d445, d450, d455, d460, d465, d470, d475, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d570, d610, d620, d630, d640, d650, d660, d710, d720, d730, d740, d750, d760, d770, d810, d820, d825, d830, d840, d845, d850, d855, d860, d870, d910, d920, d930, d940, d950	e110, e115, e120, e125, e130, e135, e140, e150, e155, e160, e165, e210, e230, e235, e310, e315, e320, e325, e330, e340, e350, e355, e360, e410, e415, e420, e425, e440, e450, e455, e460, e465, e510, e515, e525, e530, e535, e540, e550, e555, e560, e565, e570, e575, e580, e585, e590, e595

Legenda: Nível I – revisões sistemáticas e meta-análises ; Nível II – *randomized controled trial*; Nível III – *controlled trial sem randomization*; Nível IV – *case control* ou *cohort study*; Nível V – revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; Nível VI – estudos qualitativos ou descritivos; Nível VII – opinião ou consenso

Dos códigos identificados seleccionaram-se os que tinham uma frequência de nomeação em pelo menos 50% dos artigos, do que resultou uma lista de 86 códigos: 28 códigos (32,56%) das Funções do Corpo; 5 códigos (5,81%) relativos à componente Estruturas do Corpo; 35 códigos (40,70%) relativos à componente Actividades e Participação; 18 códigos (20,93%) dos Factores Ambientais (Tabela 15).

Tabela 15 – Frequência de descrição de códigos

Constructos	Nº de artigos que utilizam	Total dos artigos analisados		≥50%	
		Nº de códigos utilizados	% de descrição de códigos	Nº de códigos utilizados	% de descrição de códigos
Funções do Corpo	15	79	31,85%	28	32,56%
Estruturas do Corpo	13	29	11,69%	5	5,81%
Actividades e Participação	15	79	31,85%	35	40,70%
Factores Ambientais	14	61	24,60%	18	20,93%

Compararam-se os resultados obtidos na totalidade dos 15 artigos com os resultados obtidos em mais de 50% dos artigos analisados.

Na totalidade dos artigos as Funções do Corpo e Actividades e Participação eram os constructos com maior número de códigos associados – 79 códigos cada (31,85%). O terceiro constructo com maior representatividade eram os Factores Ambientais com 61 códigos (24,60%) e por último estavam as Estruturas do corpo com 29 códigos (11,69%).

No levantamento dos códigos representados em pelo menos 50% dos artigos analisados verificou-se que o constructo Actividades e Participação passou a ter maior representatividade isoladamente com 35 códigos (40,70%), seguido das Funções do corpo com 28 códigos (32,56%), Factores Ambientais com 18 códigos (20,93%) e por último as Estruturas do corpo com 5 códigos (5,81%) (Tabela 16).

Tabela 16 – Códigos com frequência de descrição $\geq 50\%$

Constructos	Categorias e códigos presentes em $\geq 50\%$ dos artigos	N.º de códigos	Nº de artigos	%
Funções do Corpo	Funções mentais globais (b126; b130; b134)	3	(10;15;14)	32,56
	Funções mentais específicas (b152)	1	(14)	
	Visão e funções relacionadas (b210)	1	(8)	
	Funções sensoriais adicionais (b265; b270)	2	(8; 6)	
	Dor (b280)	1	(15)	
	Funções da Voz e Fala (b310)	1	(9)	
	Funções do aparelho cardiovascular (b410; b415; b420)	3	(9; 9; 10)	
	Funções dos sistemas hematológico e imunológico (b435)	1	(9)	
	Funções do aparelho respiratório (b440)	1	(10)	
	Funções e sensações adicionais dos aparelhos cardiovascular e respiratório (b455)	1	(13)	
	Funções relacionadas com o aparelho digestivo (b510; b525; b530)	3	(9; 8; 11)	
	Funções urinárias (b620)	1	(8)	
	Funções genitais e reprodutivas (b640)	1	(9)	
	Funções das articulações e dos ossos (b710; b715)	2	(13;8)	
	Funções musculares (b730; b735; b740)	3	(14;9;10)	
	Funções relacionadas com o movimento (b770)	1	(8)	
	Funções da pele (b810)	1	(8)	
Estruturas do Corpo	Estruturas do sistema nervoso (s110)	1	(8)	5,81
	Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório (s410)	1	(9)	
	Estruturas relacionadas com o movimento (s720; s750)	2	(8;9)	
	Pele e estruturas relacionadas (s810)	1	(8)	
Actividades e Participação	Tarefas e exigências gerais (d230; d240)	2	(10; 11)	40,70
	Comunicar e produzir mensagens (d330)	1	(8)	
	Conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação (d350; d360)	2	(9; 8)	
	Mudar e manter a posição do corpo (d410; d415; d420)	3	(10; 12; 9)	
	Transportar, mover e manusear objectos (d430; d440; d445)	3	(13; 9;9)	
	Andar e deslocar-se (d450; d455; d460; d465)	4	(11; 9; 10; 9)	
	Deslocar-se utilizando transporte (d470; d475)	2	(9; 9)	
	Auto-cuidados (d510; d520; d530; d540; d550; d560; d570)	7	(14; 14; 9; 12;12; 9; 10)	
	Aquisição do necessário para viver (d620)	1	(12)	
	Tarefas domésticas (d640)	1	(11)	
	Cuidar dos objectos da casa e ajudar os outros (d660)	1	(9)	
	Relacionamentos interpessoais particulares (d750; d760; d770)	3	(9;11;9)	
	Trabalho e emprego (d845; d850)	2	(9; 10)	
	Vida económica (d870)	1	(8)	
	Vida comunitária, social e cívica (d910; d920)	2	(10; 11)	
Factores Ambientais	Produtos e tecnologia (e110; e115; e120; e125; e150)	5	(11; 11; 10; 10; 8)	20,93
	Apoio e relacionamentos (e310; e320; e325; e355)	4	(13; 13; 9;13)	
	Atitudes (e410; e420; e425; e450; e460)	5	(13; 10; 8; 12; 8)	
	Serviços sistemas e políticas (e570; e575; e580; e590)	4	(12; 9; 13; 8)	

Na componente Funções do Corpo identificaram-se as categorias: b126 Funções do temperamento e da personalidade; b130 Funções da energia e dos impulsos; b134 Funções do sono; b152 Funções emocionais; b210 Funções da visão; b265 Função táctil; b270 Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos; b280 Sensação de dor; b310 Funções da voz; b410 Funções cardíacas; b415 Funções dos vasos sanguíneos; b420 Funções da pressão arterial; b435 Funções do sistema imunológico; b440 Funções da respiração; b455

Funções da tolerância ao exercício; b510 Funções de ingestão; b525 Funções de defecação; b530 Funções de manutenção do peso; b620 Funções miccionais; b640 Funções sexuais; b710 Funções da mobilidade das articulações; b715 Funções da estabilidade das articulações; b730 Funções da força muscular; b735 Funções do tónus muscular; b740 Funções da resistência muscular; b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha; b810 Funções protectoras da pele.

Na componente Estruturas do Corpo foram identificadas as categorias: s110 Estrutura do cérebro; s410 Estrutura do aparelho cardiovascular; s720 Estrutura da região do ombro; s750 Estrutura do membro inferior; s810 Estrutura das áreas da pele.

Para a componente Actividades e Participação foram identificadas as categorias: d230 Realizar a rotina diária; d240 Lidar com o *stress* e outras exigências psicológicas; d330 Falar; d350 Conversação; d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação; d410 Mudar a posição básica do corpo; d415 Manter a posição do corpo; d420 Auto-transferências; d430 Levantar e transportar objectos; d440 Utilização de movimentos finos da mão; d445 Utilização da mão e do braço; d450 Andar; d455 Deslocar-se; d460 Deslocar-se por diferentes locais; d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento; d470 Utilização de transporte; d475 Conduzir; d510 Lavar-se; d520 Cuidar de partes do corpo; d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção; d540 Vestir-se; d550 Comer; d560 Beber; d570 Cuidar da própria saúde; d620 Aquisição de bens e serviços; d640 Realizar as tarefas domésticas; d660 Ajudar os outros; d750 Relacionamentos sociais informais; d760 Relacionamentos familiares; d770 Relacionamentos íntimos; d845 Obter, manter e sair de um emprego; d850 Trabalho remunerado; d870 Auto-suficiência económica; d910 Vida comunitária; d920 Recreação e lazer.

Nos Factores Ambientais identificaram-se as categorias: e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal; e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária; e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores; e125 Produtos e tecnologias para a comunicação; e150 Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público; e310 Família próxima; e320 Amigos; e325 Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade; e355 Profissionais de saúde; e410 Atitudes individuais de membros da família próxima; e420 Atitudes individuais de amigos; e425 Atitudes individuais de

conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade; e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde; e460 Atitudes sociais; e570 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social; e575 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social em geral; e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde; e590 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e o emprego.

Estes resultados estão de acordo com os que Pereira, Fonseca, Escoval e Lopes (2011) obtiveram numa revisão sistemática com objectivo de identificar as categorias CIF para a classificação de pessoas com mais de 65 anos. Os autores verificaram que no total dos artigos analisados o constructo Funções do Corpo era o que tinha maior número de códigos, seguido das Actividades e Participação, Factores Ambientais e Estruturas do Corpo. Ao seleccionar os códigos referidos em mais de 30% dos artigos, o constructo Actividades e Participação passou a ter maior representatividade do que os restantes constructos, seguido das Funções do Corpo, Factores Ambientais e Estruturas do Corpo.

Num artigo de Grill, Muller, Quittan, Strobl, Kostanjsek, Stucki (2011) cujo objectivo era identificar as categorias CIF para a população idosa em instalações de reabilitação subaguda alcançou-se um *Core Set* Extenso composto por 123 categorias – Funções do Corpo (51 códigos), Actividades e Participação (30 códigos), Factores Ambientais (28 códigos) e Estruturas do Corpo (14 códigos). Ao efectuar a sugestão para o *Core Set* Breve esta ordem alterou-se, tendo as Actividades e Participação o maior número de códigos (15 códigos), seguido dos Factores Ambientais (9 códigos) e das Funções e Estruturas do Corpo (cada uma com 7 códigos).

Os autores explicam esta alteração pelo facto de a intervenção estar direccionada para a reintegração dos utentes na sociedade e por esse motivo atribuir-se maior relevância a factores como a mobilidade, auto-cuidados, atitudes, comportamento social e segurança (Grill, Muller, Quittan, Strobl, Kostanjsek, & Stucki, 2011). A justificação apresentada pelos autores para a existência de um maior número de códigos nas Actividades e Participação e Factores Ambientais também pode ser adequada aos resultados obtidos nesta revisão sistemática, uma vez que os internamentos na Rede são temporários e têm como objectivo o reingresso do utente ao seu ambiente.

3.2.2- Painei de Delphi

Caracterização da Amostra

No Apêndice X encontra-se o resumo das características dos peritos.

O Painei de Peritos era constituído 9 peritos de várias áreas profissionais: um médico, um enfermeiro, dois fisioterapeutas, dois terapeutas ocupacionais, um terapeuta da fala, um psicólogo, um assistente social.

Todos peritos desempenhavam funções em Unidades de Convalescença, três deles desempenhavam funções simultaneamente em Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Os participantes desempenhavam ou já tinham desempenhado o papel de Gestor de Caso ou Coordenador de PII, oito deles tinham formação específica em PII. Dois tiveram formação na própria instituição com a duração de duas horas, outros dois participantes tiveram formação através da RNCCI com duração de 14 e 16 horas, um deles através da União das Misericórdias (não soube referir a duração), outro dos participantes referiu ter formação específica mas não mencionou a entidade formadora ou duração da formação.

Os fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeuta da fala e psicólogo referiram conhecer a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde mas nenhum tinha formação específica em CIF.

Os participantes que referiram conhecer a CIF tinham entre 6 e 7 anos de experiência profissional, o que pode significar que na sua formação académica já tenham abordado este conteúdo,

Em Portugal a CIF apenas tem tido aplicabilidade formal na área da educação pela entrada em vigor do Decreto-Lei nº3/2008 em que ficou definido que os apoios especializados visando a criação de condições para a adequação do processo educacional às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e participação, fossem aferidos através da *checklist* da Classificação. Daqui resulta que o *Plano Educativo Individual* realizado com referência à CIF para crianças e jovens, tem por base os dados que constam no relatório técnico-pedagógico, resultado da avaliação especializada e multidisciplinar em que participam psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e da

fala (Fontes, Fernandes, & Botelho, 2010). Todos estes factores levam a crer que a CIF estará mais divulgada junto destes profissionais.

Resultados do Paine de Delphi

Na Tabela 17 estão descritas as frequências absolutas e relativas da concordância dos peritos em relação às Categorias e Códigos apresentados nas 3 rondas dos questionários aplicados no paine de Delphi.

Tabela 17 – Resultados do Paine de Delphi

Constructos	Categorias e códigos	1ª Ronda Fr(Fa)	2ª Ronda Fr(Fa)	3ª Ronda Fr(Fa)	Final
Funções do Corpo	Funções mentais globais (b126)	67 (6)	55(5)	33(3)	-
	Funções mentais globais (b130)	33(3)	-	-	-
	Funções mentais globais (b134)	78(7)	55(5)	55(5)	-
	Funções mentais específicas (b152)	89(8)	78(7)	78(7)	-
	Visão e funções relacionadas (b210)	78(7)	66(6)	55(5)	-
	Funções sensoriais adicionais (b265)	78(7)	66(6)	55(5)	-
	Funções sensoriais adicionais (b270)	89(8)	78(7)	66(6)	-
	Dor (b280)	100(9)	100(9)	100(9)	✓
	Funções da Voz e Fala (b310)	67(6)	100(9)	55(5)	-
	Funções do aparelho cardiovascular (b410)	78(7)	78(7)	66(5)	-
	Funções do aparelho cardiovascular (b415)	56(5)	78(7)	66(6)	-
	Funções do aparelho cardiovascular (b420)	78(7)	100(9)	66(6)	-
	Funções dos sistemas hematológico e imunológico (b435)	67(6)	78(7)	33(3)	-
	Funções do aparelho respiratório (b440)	78(7)	89(8)	77(7)	-
	Funções e sensações adicionais dos aparelhos cardiovascular e respiratório (b455)	100(9)	77(7)	88(8)	✓
	Funções relacionadas com o aparelho digestivo (b510)	89(8)	89(8)	77(7)	-
	Funções relacionadas com o aparelho digestivo (b525)	78(7)	100(9)	77(7)	-
	Funções relacionadas com o aparelho digestivo (b530)	67(6)	78(7)	55(5)	-
	Funções urinárias (b620)	78(7)	89(8)	77(7)	-
	Funções genitais e reprodutivas (b640)	22(2)	-	-	-
	Funções das articulações e dos ossos (b710)	100(9)	100(9)	89(8)	✓
	Funções das articulações e dos ossos (b715)	78(7)	66(6)	66(6)	-
	Funções musculares (b730)	100(9)	100(9)	100(9)	✓
	Funções musculares (b735)	89(8)	100(9)	89(8)	✓
	Funções musculares (b740)	89(8)	78(7)	78(7)	-
	Funções relacionadas com o movimento (b770)	100(9)	88(8)	89(8)	✓
	Funções da pele (b810)	67(6)	89(8)	89(8)	✓
Estruturas do Corpo	Estruturas do sistema nervoso (s110)	67(6)	55(5)	22(2)	-
	Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório (s410)	67(6)	55(5)	44(4)	-
	Estruturas relacionadas com o movimento (s720)	44(4)	-	-	-

	Estruturas relacionadas com o movimento (s750)	44(4)	-	-	-
	Pele e estruturas relacionadas (s810)	56(5)	33(3)	-	-
Actividades e Participação	Tarefas e exigências gerais (d230)	100(9)	100(9)	100(9)	✓
	Tarefas e exigências gerais (d240)	78(7)	78(7)	44(4)	-
	Comunicar e produzir mensagens (d330)	89(8)	89(8)	89(8)	✓
	Conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação (d350)	78(7)	66(6)	67(6)	-
	Conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação (d360)	89(8)	89(8)	89(8)	✓
	Mudar e manter a posição do corpo (d410)	89(8)	89(8)	100(9)	✓
	Mudar e manter a posição do corpo (d415)	89(8)	100(9)	89(8)	✓
	Mudar e manter a posição do corpo (d420)	100(9)	89(8)	100(9)	✓
	Transportar, mover e manusear objectos (d430)	67(6)	66(6)	89(8)	✓
	Transportar, mover e manusear objectos (d440)	89(8)	77(7)	78(7)	-
	Transportar, mover e manusear objectos (d445)	100(9)	88(8)	67(6)	-
	Andar e deslocar-se (d450)	100(9)	100(9)	100(9)	✓
	Andar e deslocar-se (d455)	100(9)	89(8)	89(8)	✓
	Andar e deslocar-se (d460)	78(7)	66(6)	89(9)	✓
	Andar e deslocar-se (d465)	100(9)	88(8)	89(8)	✓
	Deslocar-se utilizando transporte (d470)	56(5)	44(4)	-	-
	Deslocar-se utilizando transporte (d475)	33(3)	-	-	-
	Auto-cuidados (d510)	100(9)	100(9)	100(9)	✓
	Auto-cuidados (d520)	89(8)	89(8)	100(9)	✓
	Auto-cuidados (d530)	78(7)	77(7)	67(6)	-
	Auto-cuidados (d540)	100(9)	100(9)	100(9)	✓
	Auto-cuidados (d550)	100(9)	89(8)	100(9)	✓
	Auto-cuidados (d560)	100(9)	89(8)	100(9)	✓
	Auto-cuidados (d570)	89(8)	77(7)	67(6)	-
	Aquisição do necessário para viver (d620)	67(6)	67(6)	56(5)	-
	Tarefas domésticas (d640)	89(8)	100(9)	78(7)	-
	Cuidar dos objectos da casa e ajudar os outros (d660)	33(3)	-	-	-
	Relacionamentos interpessoais particulares (d750)	67(6)	44(4)	-	-
	Relacionamentos interpessoais particulares (d760)	78(7)	56(5)	67(6)	-
	Relacionamentos interpessoais particulares (d770)	33(3)	-	-	-
	Trabalho e emprego (d845)	22(2)	-	-	-
	Trabalho e emprego (d850)	22(2)	-	-	-
	Vida económica (d870)	44(4)	-	-	-
	Vida comunitária, social e cívica (d910)	33(3)	-	-	-
	Vida comunitária, social e cívica (d920)	56(5)	56(5)	44(4)	-
Factores Ambientais	Produtos e tecnologia (e110)	78(7)	67(6)	55(5)	-
	Produtos e tecnologia (e115)	100(9)	78(7)	66(6)	-
	Produtos e tecnologia (e120)	100(9)	89(8)	100(9)	✓
	Produtos e tecnologia (e125)	100(9)	78(7)	89(8)	✓
	Produtos e tecnologia (e150)	78(7)	67(6)	55(5)	-
	Apoio e relacionamentos (e310)	78(7)	89(8)	88(8)	✓
	Apoio e relacionamentos (e320)	78(7)	78(7)	44(4)	-

Apoio e relacionamentos (e325)	67(6)	78(7)	44(4)	-
Apoio e relacionamentos (e355)	89(8)	78(7)	77(7)	-
Atitudes (e410)	56(5)	67(6)	33(3)	-
Atitudes (e420)	33(3)	-	-	-
Atitudes (e425)	33(3)	-	-	-
Atitudes (e450)	44(4)	-	-	-
Atitudes (e460)	67(6)	44(4)	-	-
Serviços sistemas e políticas (e570)	67(6)	67(6)	66(6)	-
Serviços sistemas e políticas (e575)	78(7)	78(7)	88(8)	✓
Serviços sistemas e políticas (e580)	89(8)	78(8)	77(7)	-
Serviços sistemas e políticas (e590)	33(3)	-	-	-

Legenda: - excluído; ✓ incluído

Na última ronda de questionários das 66 categorias apresentadas 27 foram seleccionadas por mais de 80% dos peritos. As categorias dividem-se pelas componentes Funções do Corpo (7 categorias), Actividades e Participação (16 categorias) e Factores Ambientais (4 categorias) (Tabela 18).

Tabela 18- Resumo dos resultados

	Revisão Sistemática	1ª Volta (consenso >50%)	2ª Volta (consenso>50% Totalmente de acordo + De acordo)	3ª Volta (consenso >80% Totalmente de acordo + de acordo)
Total	86 categorias	71 categorias	66 categorias	27 categorias
Funções do corpo	32,56% (26 categorias)	35,211% (25 categorias)	37,878% (25 categorias)	25,926% (7 categorias)
Estruturas do corpo	5,81% (5 categorias)	5,633% (4 categorias)	3,030% (2 categorias)	0% (0 categorias)
Actividades e Participação	40,70% (35 categorias)	39,436% (28 categorias)	39,393% (26 categorias)	59,259% (16 categorias)
Factores ambientais	20,93% (18 categorias)	19,718% (14 categorias)	19,696% (13 categorias)	14,815% (4 categorias)

Em relação às componentes CIF, o resultado obtido no painel de Delphi está de acordo com o obtido na revisão sistemática e outros estudos para validação de *Core Sets* da CIF – a componente Actividades e Participação tem maior número de códigos, seguida das Funções do Corpo e Factores Ambientais. A componente Estruturas do Corpo não está representada na listagem final.

Tal como aconteceu para os resultados da revisão sistemática da literatura a existência de um maior número de códigos nas Actividades e Participação e Funções do

Corpo pode dever-se ao facto dos internamentos na Rede serem temporários e terem como objectivo o reingresso do utente ao seu ambiente. Em relação aos códigos dos Factores Ambientais, a selecção poderá ter sido mais escassa do que sucede em outros *Core Sets* pelo facto dos participantes no estudo serem profissionais de unidades de internamento da RNCCI o que pode ter direccionado a sua decisão para as necessidades com que se deparam durante a sua intervenção com o utente.

Ao analisar os resultados por dimensão verifica-se que na componente Funções do corpo as dimensões seleccionadas foram: Dor (b280), Funções e sensações adicionais dos aparelhos cardiovascular e respiratório (b455), Funções das articulações e dos ossos (b710), Funções musculares (b730; b735), Funções relacionadas com o movimento (b770); Funções da pele (b810).

Na componente Actividades e Participação foram seleccionadas as dimensões: Tarefas e exigências gerais (d230), Comunicar e produzir mensagens (d330), Conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (d360), Mudar e manter a posição do corpo (d410; d415; d420), Transportar, mover e manusear objectos (d430), Andar e deslocar-se (d450; d455; d460; d465), Auto-cuidados (d510; d520; d540; d550; d560).

Na componente Factores Ambientais seleccionaram-se as dimensões: Produtos e tecnologia (e120; e215), Apoios e relacionamentos (e310), Serviços, sistemas e políticas (e575).

Verificou-se que as dimensões que têm maior número de categorias são: Funções musculares (2 códigos), Manter e mudar a posição do corpo (3 códigos), Andar e deslocar-se (4 códigos), Auto-cuidados (5 códigos), Produtos e tecnologia (2 códigos). Destes, os que obtiveram 100% de consenso dos 9 peritos em todas as rondas de questionários foram: b280 Sensação de dor, b730 Funções da força muscular, d230 Realizar a rotina diária, d450 Andar, d510 Lavar-se, d540 Vestir-se.

Na componente Funções do Corpo seleccionaram-se as categorias: b280 Sensação de dor; b455 Funções da tolerância ao exercício; b710 Funções da mobilidade das articulações; b730 Funções da força muscular; b735 Funções do tónus muscular; b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha; b810 Funções protectoras da pele.

Para a componente Actividades e Participação foram seleccionadas as categorias: d230 Realizar a rotina diária; d330 Falar; d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação; d410 Mudar a posição básica do corpo; d415 Manter a posição do corpo; d420 Auto-transferências; d430 Levantar e transportar objectos; d450 Andar; d455 Deslocar-se; d460 Deslocar-se por diferentes locais; d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento; d510 Lavar-se; d520 Cuidar de partes do corpo; d540 Vestir-se; d550 Comer; d560 Beber.

Dos Factores Ambientais seleccionaram-se as categorias: e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores; e125 Produtos e tecnologias para a comunicação; e310 Família próxima; e575 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social em geral.

Em 2010, Saraiva realizou um estudo com o objectivo de compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais da RNCCI relativamente às categorias CIF que consideravam mais relevantes. Foram efectuadas 8 entrevistas a terapeutas ocupacionais da ARS Norte cuja análise foi efectuada pelo método de condensação de significado. Foram seleccionadas as categorias que tivessem obtido uma prevalência igual ou superior a 37,5%, identificaram-se 172 categorias: Funções do corpo 51 categorias, Estruturas do corpo 19 categorias, Actividades e Participação 70 categorias, Factores ambientais 32 categorias.

Ao comparar os resultados obtidos no presente estudo com os de Saraiva (2010) verifica-se que existe o mesmo padrão na distribuição das dimensões.

No estudo de Saraiva (2010) talvez por se tratar de um grupo de apenas uma categoria profissional existiu maior concordância do que no presente estudo. Das entrevistas às terapeutas ocupacionais resultaram 30 categorias com 100% de concordância entre os 8 participantes.

No presente estudo um dos códigos que obteve 100% de concordância em todas as rondas foi o b450 Andar enquanto no estudo de Saraiva (2010) apenas obteve uma concordância de 62,5%. De acordo com o descrito pela autora, os profissionais não consideravam um item importante da sua avaliação pois atribuíam esse campo aos fisioterapeutas (Saraiva, 2010).

Considera-se uma mais-valia este estudo ter integrado profissionais de diversas áreas de intervenção na RNCCI pois poderá contribuir para a definição de um *Core Set* que possibilite a caracterização global dos utentes da Rede.

Com a utilização de um *Core Set* da CIF para caracterização dos utentes da RNCCI poderá utilizar-se uma linguagem unificada e padronizada, criar uma referência conceptual para descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde dos utentes da RNCCI e identificar os Ganhos em Saúde a nível individual e na globalidade da Rede. A caracterização global do utente permite valorizar aspectos para além do diagnóstico clínico, nomeadamente o seu desempenho e participação e a interacção dos factores contextuais na sua vida. Com os dados obtidos através de uma caracterização deste género poderá prever-se os recursos necessários para a prestação de cuidados e os custos associados permitindo que o planeamento da intervenção, a preparação para a alta e para o pós-alta sejam efectivos e adequados às reais necessidades do utente. Poderá também ser útil para que se criem critérios mais rigorosos para as alterações de tipologia, para além dos já existentes critérios clínicos.

A utilização de um *Core Set* permitirá também agilizar a comunicação entre os vários níveis da prestação de cuidados – entre a equipa de profissionais; entre a instituição e o utente e/ou cuidador; entre as Unidades da Rede aquando da transferência do utente.

Por todos estes factores considera-se que o Plano Individual de Intervenção pode ter outra dimensão a nível organizacional no contexto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Propõe-se um documento que tenha significado para a qualidade de cuidados prestados em cada Unidade e na Rede no seu todo não só através de indicadores sobre o seu preenchimento, como actualmente acontece, mas também de indicadores sobre os resultados obtidos com as intervenções implementadas.

O PII poderá ser o documento utilizado para espelhar os Ganhos em Saúde obtidos durante o internamento nas Unidades da RNCCI. Lembra-se que os Ganhos em Saúde é um dos conjuntos de indicadores definidos para monitorização do PNS 2012-2016 e são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde (Ministério da Saúde, 2013). Expressam a melhoria dos resultados e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou

condicionada pela saúde (Ministério da Saúde, 2013). Lopes e colaboradores (2010) sugerem que estes podem ser registados utilizando o modelo conceptual da CIF para recolha de dados harmonizados de elevada qualidade (Comissão Europeia, 2011). Também Abreu Nogueira, Girão e Guerreiro (2010) referem que a CIF poderá fornecer uma base conceptual e um sistema de classificação para desenvolver instrumentos de avaliação compreensiva para os cuidados sub-agudos.

Para além dos benefícios no desenvolvimento de indicadores de Ganhos em Saúde, a utilização da CIF num documento de registo multidisciplinar poderá facilitar a comunicação entre os elementos da equipa. Tempest & McIntyre²⁴ referem que o uso da CIF em equipas multidisciplinares tem sido documentado como sendo benéfico para a clarificação dos papéis na equipa e facilitar o raciocínio clínico, Stucki & Grimby²⁵ defendem a importância da utilização dos *Core Sets* da CIF na documentação clínica para transmissão de informação entre os diferentes prestadores de cuidados e o utente pois irá promover a comunicação entre todos os intervenientes (Saraiva, 2010).

As equipas multidisciplinares possibilitam uma perspectiva holística da saúde e funcionalidade dos utentes, Stamm²⁶ defende a existência de um quadro conceptual que clarifique o foco de intervenção e a perspectiva dos diferentes profissionais para que todos estejam familiarizados com a interpretação dos restantes elementos da equipa, promovendo a qualidade da prestação de cuidados (Saraiva, 2010). O uso da CIF enquanto modelo conceptual poderá constituir-se como um elemento importante de enquadramento do processo de avaliação e de intervenção subjacentes à prestação de cuidados (Saraiva, 2010).

Por todos estes factores propõe-se a integração do modelo conceptual da CIF no PII, o documento que tem como objectivo caracterizar os utentes da RNCCI, definir expectativas, necessidades, problemas, objectivos e intervenções para o seu internamento na Rede. Neste caso sugere-se a utilização das categorias e códigos definidas através do método de Delphi modificado efectuado neste estudo.

²⁴ Tempest, S & McIntyre, A. (2006). Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 28(10), 663-667.

²⁵ Stucki, G. & Grimby, G. (2004). Foreword – Applying the ICF in Medicine. *J Rehabil Med*, 44, 5-6.

²⁶ Stamm, T. A. (2005). Conceptualizing the patient perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München*. Acedido em 3 de Dezembro de 2009, from http://edoc.ub.unimuenchen.de/3937/1/Stamm_Tanja.pdf.

3.3- SÍNTESE DA DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo será apresentado um resumo da análise e discussão de resultados realizadas anteriormente.

Da análise de conteúdo efectuada dos Planos Individuais de Intervenção verificou-se que todos eles são diferentes nas Dimensões analisadas.

Quanto à Aparência todos os documentos apresentavam um desenho em tabela e uma das unidades optou por ter campos pré-preenchidos, provavelmente para facilitar o registo.

Na Dimensão Conteúdo pode dizer-se que todos identificaram o utente, com mais ou menos pormenor, e apresentavam campos para datar o documento mas todas as Unidades consideraram diferentes datas como relevantes para registo.

Na identificação do utente uma das Unidades apresentava um campo destinado ao “Resumo do Internamento”, pensa-se que este campo apenas poderá ser preenchido à data de alta, como é necessário efectuar registos periódicos na plataforma informática Gesticare parece que este campo poderá não ser incluído neste documento.

Em relação às datas presentes nos documentos considera-se que estas poderão contribuir para monitorizar se o preenchimento do documento acontece no período de tempo estipulado pela Rede – as primeiras 48 horas de internamento (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados; BIQ Consulting, 2008).

Nem todas as Unidades registavam as mesmas informações, no geral apresentavam os parâmetros indicados na literatura para este efeito: expectativas, necessidades, pontos fortes, problemas, objectivos, metas, intervenções, responsáveis e resultados.

Dois dos documentos atribuíram o mesmo campo de registo aos “Problemas e Pontos Forte” e “Problemas Necessidades e Pontos Fortes”. Este tipo de registo parece um pouco confuso pois conjuga parâmetros muito distintos, um com conotação positiva e outro com conotação negativa.

Apenas uma unidade diferenciava o objectivo geral dos específicos, quantificava os resultados obtidos e tinha campos de preenchimento diferenciados destinados à “Avaliação Intercalar” e “Avaliação Final”.

A quantificação de resultados é útil para que o utente e equipa saibam exactamente o que foi alcançado do plano inicialmente definido, o utente pode não alcançar o objectivo mas o que faltou para consegui-lo? Este aspecto poderá contribuir para a motivação do utente.

A quantificação de resultados pode também ser uma forma de melhorar a comunicação entre Unidades. Com a utilização de uma escala objectiva o significado será sempre o mesmo independentemente do profissional que analise o documento o que não acontece com a utilização de termos qualitativos como “mantém” ou “não alcançado”.

Todos os PII’s apresentavam espaço para assinaturas, no entanto num deles apenas há o campo para o “Gestor de caso” assinar. Se este documento não for completado com registos de reuniões entre profissionais e utente e/ou cuidadores não há evidência dos participantes na elaboração do PII.

Com os resultados obtidos verificou-se que o Plano Individual de Intervenção é tratado de forma muito distinta nas várias Unidades. O facto de não existir uniformidade de registo poderá colocar em causa a articulação e comunicação entre os diversos sectores de cuidados, assim como a imagem da RNCCI que não transmite o conceito de uma rede em que todos os prestadores estão em sintonia e utilizam os mesmos instrumentos. Esta situação pode estar relacionada com a relevância e função que as diferentes Unidades atribuem ao PII.

Se a implementação e utilização do PII apenas tiver como objectivo o cumprimento dos requisitos da RNCCI sem qualquer outra função, como seja contribuir para os indicadores de qualidade ou para a comunicação dentro da equipa e com outras Unidades, este documento pode ser considerado uma barreira e não um facilitador pelo encargo burocrático que representa tendo em conta todos os registos necessários – processo clínico, escalas de avaliação, plataforma Gestcare, PII, IAI. Estes factores podem ser considerados para justificar os resultados obtidos no Relatório Final de Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Internados, em que de 33 Unidades apenas 48% implementarem o Plano Individual de Intervenção (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2013).

Sugere-se que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados atribua ao Plano Individual de Intervenção um significado que represente a qualidade de cuidados prestados

em cada Unidade em particular e na Rede no seu todo, não só através de indicadores sobre o seu preenchimento mas também de indicadores sobre os resultados obtidos.

O PII poderá ser o documento utilizado para espelhar os Ganhos em Saúde obtidos durante o internamento nas unidades da RNCCI através da utilização do modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

No método de Delphi modificado foram identificadas 27 categorias da CIF que poderão caracterizar os utentes da RNCCI e constituir um *Core Set* da CIF para esta população.

Estes códigos distribuem-se pelos Domínios das Funções do corpo (7 categorias), Actividades e Participação (16 categorias) e Factores Ambientais (4 categorias).

Com a utilização de um *Core Set* da CIF para caracterização dos utentes da RNCCI poderá utilizar-se uma linguagem unificada e padronizada, criar uma referência conceptual para descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde dos utentes da RNCCI e identificar os Ganhos em Saúde a nível individual e na globalidade da Rede. A caracterização global do utente permite valorizar aspectos para além do diagnóstico clínico, nomeadamente o seu desempenho e participação e a interacção dos factores contextuais na sua vida. Com os dados obtidos através de uma caracterização deste género poderá prever-se os recursos necessários para a prestação de cuidados e os custos associados permitindo que o planeamento da intervenção, a preparação para a alta e o pós-alta sejam efectivos e adequados às reais necessidades do utente. Poderá também ser útil para que se criem critérios mais rigorosos para as alterações de tipologia, para além dos já existentes critérios clínicos.

A utilização de um *Core Set* permitirá também agilizar a comunicação entre os vários níveis da prestação de cuidados – entre a equipa de profissionais; entre a instituição e o utente e/ou cuidador; entre as Unidades da Rede aquando da transferência do utente.

Para que este modelo de registo seja utilizado de forma segura e eficaz, é necessário um investimento na formação em CIF. O Grupo de reflexão sobre a CIF da Direcção Geral da Saúde, constituído por peritos de diferentes áreas da saúde, segurança social e finanças, identificaram problemas com a aplicação da *checklist* ilustrativa da CIF sugerida pela OMS. Os problemas identificados relacionam-se com o desconhecimento do sistema de qualificadores, ausência de sistema métrico de quantificação, tempo de aplicação, pertinência

da aplicação da classificação em contexto específico e desconhecimento da classificação (Pereira C. , 2008).

O mesmo grupo de reflexão refere nas suas conclusões que existe falta de conhecimento generalizado sobre a CIF, falta de mecanismos de cooperação entre diferentes agentes que podem utilizar a CIF, ausência de plano estratégico para a implementação desta classificação, no contexto do Sistema de Saúde (Pereira C. , 2008).

Na Figura 9 apresenta-se o modelo proposto para o Plano Individual de Intervenção que deverá ser acompanhado de um documento com linhas orientadoras para o seu preenchimento (Apêndice XI).

O modelo proposto baseia-se nos princípios orientadores identificados na literatura para este documento, na análise efectuada aos Planos Individuais de Intervenção já existentes nas Unidades e no modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde através da utilização das categorias e códigos para caracterizar os utentes das unidades de internamento da RNCCI obtidos com o método de Delphi modificado mas também dos modelos das *ICF Tools* apresentadas no capítulo da Revisão de Literatura, entre elas, *ICF ICF Assessment Sheet*, *ICF Categorical Profile* e *ICF Intervention Table*.

Com um modelo do Plano Individual de Intervenção que utilize o modelo conceptual CIF para definição de objectivos é possível obter indicadores de qualidade para as diferentes áreas de intervenção: funções e estruturas do corpo, actividades e participação e factores ambientais. A análise de resultados por dimensão de intervenção poderá ser utilizada pelas Unidades e pela Rede para aferir que aspectos da funcionalidade dos utentes sofreram maiores alterações com o internamento dos utentes na RNCCI, esta análise pode ser efectuada para cada tipologia individualmente ou para a globalidade da Rede.

Ao considerar que todas as dimensões têm igual peso na obtenção dos objectivos definidos, pensa-se que a definição de objectivos e a análise de resultados por dimensão permitirá reavivar a importância de se intervir de forma global. Isto possibilitará que a noção de funcionalidade, a adequação e preparação dos cuidados prestados seja direccionada para as áreas de maior necessidade.

Espera-se que o modelo do Plano Individual de Intervenção proposto não seja apenas um modelo de registo no dia-a-dia das Unidades mas que também tenha utilidade para a

transmissão de informação entre Unidades de internamento, para a gestão das unidades, para a aferição da qualidade dos serviços prestados, para investigação futura ou até para a definição de políticas sociais ou de saúde.

Figura 3 – Modelo proposto para o Plano Individual de Intervenção

Nome:	Idade:	Sexo:	Tipologia/Quarto:
Data de Admissão:	Data de Elaboração:		
Motivo de Internamento e/ou Diagnóstico Principal: _____			

Expectativa do utente e/ou cuidador

Perspectiva do Utente e/ou Cuidadores	Funções e Estruturas do corpo	Actividades e Participação
	Factores Ambientais	

Factores Pessoais

Perspectiva dos profissionais	Avaliação inicial	Valor a atingir	Avaliação intercalar	Avaliação intercalar	Avaliação final
	__/__/__		__/__/__	__/__/__	__/__/__
Funções do corpo: 0 – Nenhuma deficiência significa que a pessoa não tem problema; 1 – Deficiência leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias; 2 – Deficiência moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias; 3 – Deficiência grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias; 4 – Deficiência completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias; 5 – Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência; 9 – Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).					
b280 Sensação de dor					
b455 Funções da tolerância ao exercício					
b710 Funções da mobilidade das articulações					
b730 Funções da força muscular					
b735 Funções do tônus muscular					
b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha					
b810 Funções protectoras da pele					
Actividades e participação: 0 – Nenhuma dificuldade significa que a pessoa não tem problema; 1 – Dificuldade leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias; 2 – Dificuldade moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias; 3 – Dificuldade grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias; 4 – Dificuldade completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias; 5 – Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade; 9 – Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).					
d230 Realizar a rotina diária					
d330 Falar					
d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação					
d410 Mudar a posição básica do corpo					
d415 Manter a posição do corpo					
d420 Auto-transferências					
d430 Levantar e transportar objectos					
d450 Andar					
d455 Deslocar-se					
d460 Deslocar-se por diferentes locais					
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento					
d510 Lavar-se					
d520 Cuidar de partes do corpo					
d540 Vestir-se					
d550 Comer					
d560 Beber					
Factores ambientais: 4-Barreira; 0-Facilitador					
e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores					
e125 Produtos e tecnologias para a comunicação					
e310 Família próxima					
e575 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social em geral					

Objectivos	Prazo	Avaliação inicial _ / _ / _	Valor a atingir	Avaliação intercalar _ / _ / _	Avaliação intercalar _ / _ / _	Avaliação final _ / _ / _
Objectivo geral para o internamento: <i>Conseguir ganhos em saúde demonstrados através da diminuição do score global obtido na caracterização do utente através do Core set da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</i>						
Objectivo Funções do corpo: <i>Conseguir ganhos em saúde demonstrados através da diminuição do score parcial obtido na caracterização do utente através da dimensão Funções do Corpo do Core set da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</i>						
Objectivo Actividades e participação: <i>Conseguir ganhos em saúde demonstrados através da diminuição do score parcial obtido na caracterização do utente através da dimensão Actividades e Participação do Core set da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</i>						
Objectivo Factores ambientais: <i>Conseguir ganhos em saúde demonstrados através da diminuição do score parcial obtido na caracterização do utente através da dimensão Factores Ambientais do Core set da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</i>						

Legenda: MD – Médicos; Enf. – Enfermeiros; FT – Fisioterapeutas; TO – Terapeutas Ocupacionais; TF – Terapeutas da Fala; Psic. – Psicólogos; TSSS – Técnicos Superiores de Serviço Social

Análise Global	Objectivo geral	Objectivo Funções do corpo	Objectivo Actividades e participação	Objectivo Factores Ambientais
Variação				
% Metas alcançadas				
% Objectivos atingidos				

Os responsáveis:

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Eu, _____ (utente/cuidador) declaro que participei na elaboração do Plano Individual de Intervenção definido e concordo com o mesmo.

_____, ____/____/____

LIMITAÇÕES

Identificaram-se várias limitações após a realização deste estudo.

Na análise de conteúdo, considera-se que após terem sido definidas as dimensões e categorias e se ter caracterizado os PII's de acordo com estas, a grelha de organização de informação poderia ter sido revista por avaliadores externos de forma a obter o consenso sobre a organização da informação.

No que respeita à Revisão Sistemática da Literatura considera-se como limitação o facto de não ter sido possível caracterizar os utentes de acordo com as várias tipologias da RNCCI. Admite-se a hipótese de que tal poderia conduzir a um menor número de categorias e permitir que a classificação destes utentes na prática clínica fosse mais célere, ainda assim, poderá ser preferível ter-se um *Core Set* comum a todas as tipologias para que possam existir indicadores comuns. Uma outra limitação é a pouca diversidade de autores nos artigos analisados, o que poderá dever-se ao facto de alguns destes autores integrarem o *ICF Research Branch* e estarem integrados nos grupos de desenvolvimento dos *Core Set*, tendo vários artigos publicados.

Em relação ao painel de Delphi, considera-se que uma amostra maior poderia ter contribuído obtenção de dados mais significativos, considera-se também que teria sido uma mais-valia a presença de profissionais de Unidades de Cuidados Paliativos. O facto de apenas uma Unidade de Cuidados Paliativos ter respondido ao pedido de realização do estudo, indeferindo-o, poderá estar relacionado com o facto de os profissionais destas Unidades não considerarem que uma Classificação como a CIF possa ser utilizada em utentes com as necessidades daqueles que são acompanhados nos Cuidados Paliativos. A verdade é que apesar de existirem alguns *Core Sets* direccionados para doença oncológica e outras condições neurológicas, estes foram validados para internamentos do tipo sub-agudo e não do tipo paliativo.

O facto de nenhum dos participantes ter formação em CIF e dos questionários serem muito extensos pode ter contribuído para um tão baixo número de participantes.

Relativamente ao modelo de PII proposto poder-se-ia ter aferido junto dos profissionais da RNCCI a sua opinião sobre os itens a constar no PII através de novo método de Delphi ou de um *focus group*.

CONCLUSÃO

A RNCCI tem na sua génese um documento orientador de toda a intervenção realizada com os utentes, o Plano Individual de Intervenção. Este documento é uma ferramenta de trabalho, comum a toda a equipa, que serve essencialmente para a comunicação entre cuidadores formais, informais e utente e entre as diferentes tipologias da Rede.

Para além deste importante papel na sistematização da informação considera-se que o Plano Individual de Intervenção poderá ser um documento-chave que contribua para a aferição de indicadores de qualidade, nomeadamente, dos Ganhos em Saúde e não apenas na aferição do seu preenchimento atempado. Partindo deste pressuposto, definiu-se como objectivo para este estudo propor um modelo do Plano Individual de Intervenção segundo o modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde.

A caracterização global do utente permite valorizar aspectos para além do diagnóstico clínico, nomeadamente o seu desempenho e participação nas diversas actividades e a interacção dos factores contextuais na sua vida. Através de uma caracterização utilizando a CIF poderá prever-se os recursos necessários para a prestação de cuidados e os custos associados permitindo que o planeamento de intervenção, a preparação para a alta e o pós-alta sejam efectivos e adequados às reais necessidades do utente. Poderá também ser útil para que se criem critérios mais rigorosos para as alterações de tipologia, para além dos já existentes critérios clínicos.

A utilização de um *Core Set* para caracterização dos utentes da RNCCI poderá permitir agilizar a comunicação entre os vários intervenientes da equipa interdisciplinar e entre Unidades da Rede aquando da transferência de utentes, assim como transmitir aos utentes e aos seus cuidadores que a circulação de informação entre Unidades será eficaz pois é demonstrado haver continuidade e uniformidade na linguagem utilizada.

Os resultados da análise de conteúdo permitiram constatar grandes diferenças de apresentação e de forma de registo nos PII's existentes na Rede apesar de estarem de acordo com a maioria das indicações existentes na literatura: identificação do utente, descrição das suas necessidades e objectivos, definição do problema, objectivos e intervenções e identificação dos intervenientes.

A utilização de diferentes documentos com o mesmo propósito na RNCCI poderá perturbar a comunicação aquando da transferência de utentes entre tipologias e influenciar a qualidade dos cuidados prestados.

O método de Delphi modificado permitiu definir um *Core Set* da CIF para caracterização dos utentes das unidades de internamento da RNCCI o que poderá possibilitar a identificação dos Ganhos em Saúde obtidos pelos utentes da RNCCI.

O modelo proposto neste estudo para o Plano Individual de Intervenção foi definido através dos princípios orientadores identificados na literatura para este documento, na análise efectuada aos PII's já existentes nas Unidades e no modelo conceptual da CIF através da utilização das categorias e códigos para caracterizar os utentes das unidades de internamento da RNCCI obtidos com o método de Delphi modificado mas também dos modelos das *ICF Tools* apresentadas no capítulo da Revisão de Literatura, entre elas, *ICF Assessment Sheet*, *ICF Categorical Profile* e *ICF Intervention Table*.

Espera-se que o modelo do Plano Individual de Intervenção proposto não seja apenas um modelo de registo no dia-a-dia das Unidades mas que tenha utilidade para a transmissão de informação entre Unidades de internamento, para a gestão das unidades, para a aferição da qualidade dos serviços prestados, para investigação futura ou até para a definição de políticas sociais ou de saúde. Com este modelo o utente tem espaço efectivo para definir as suas expectativas e para emitir a sua perspectiva sobre as suas limitações em relação às funções e estruturas do corpo, actividades e participação e factores ambientais. Com a participação efectiva do utente na construção do seu PII espera-se promover a sua capacidade de decisão e de autonomia e aumentar a sua motivação e qualidade de vida durante o processo de reabilitação.

Considera-se que um Plano Individual de Intervenção comum à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados poderá beneficiar o utente no assegurar da continuidade da prestação de cuidados através de um entendimento comum entre o utentes e os prestadores de cuidados.

PROPOSTAS FUTURAS

Como proposta futura sugere-se a validação do modelo para o Plano Individual de Intervenção proposto. Para tal sugere-se que o instrumento seja validado quanto ao conteúdo, aparência e conceito.

De acordo com Dempsey e Dempsey²⁷, De Vet, Terwee e Bouter²⁸ e Fayers e Machin²⁹ os atributos mais importantes dos instrumentos são a validade (*validity*), a confiabilidade (*reliability*), a praticabilidade (*usability*), a sensibilidade (*sensitivity*) e a responsividade (*responsiveness*) (Alexandre & Coluci, 2011).

A validade de conteúdo, também chamada de validade “lógica” ou ainda de “face” tem como objectivo investigar se o conteúdo dos itens do instrumento cobrem os aspectos mais relevantes do constructo/conceito que o instrumento pretende medir. É de natureza subjectiva, não sendo possível obter um valor numérico para este indicador. A estratégia utilizada poderá ser a submissão do PII proposto à opinião de peritos ou especialistas que se devem pronunciar sobre a tabela de especificações onde o investigador operacionalizou as definições dos constructos que os itens devem abranger (Coutinho, 2011).

Normalmente os procedimentos utilizados envolvem a participação de peritos para avaliar os itens específicos e/ou comportamentos incluídos no instrumento de acordo com a sua relevância, suficiência e clareza em representação dos conceitos subjacentes ao desenvolvimento do instrumento. Para obter evidência da validade de conteúdo é entregue a pelo menos dois peritos na área de validação de conteúdo uma lista dos objectivos que guiaram a construção do instrumento, a definição de termos e uma lista à parte de itens desenhada para testar especificamente os objectivos (Soeken, 2010).

É solicitado que os peritos relacionem cada objectivo com o seu item respectivo, avaliem a relevância dos itens em relação com o conteúdo abordado pelos objectivos e avaliem se acreditam que os itens do instrumento representam adequadamente o conteúdo ou comportamentos no domínio de interesse. Quando são utilizados apenas dois peritos é

²⁷ Dempsey, PA e Dempsey, AD (1996). Using nursing research. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.

²⁸ De Vet, HCW; Terwee, CB; Bouter, LM (2003). Current challenges in clinimetrics. J Clin Epidemiol. 56:1137-1141.

²⁹ Fayers, PM; Machin, D (2000). Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. Chicester (UK): John Wiley & Sons.

aplicado o Índice de Validade de Conteúdo, utilizado para quantificar a extensão de acordo entre os peritos. Se se utilizar mais de dois peritos é aplicado o coeficiente alfa (Soeken, 2010).

Os julgamentos sobre a validade de conteúdo exigem experiência no tema e deve ser tido muito cuidado na selecção, preparação e utilização dos peritos e sobre o número ideal de peritos em situações específicas (Soeken, 2010).

A validade aparente não é uma validade no verdadeiro sentido e apenas se refere à aparência do instrumento para os leigos no tema em questão, isto é, se após uma inspecção rápida, um instrumento parece medir aquilo que o autor do instrumento diz que mede, diz-se que tem validade aparente. Se um instrumento tem validade aparente, um leigo está mais motivado para responder. A presença desta validade pode servir como um factor para aumentar a taxa de resposta. A validade aparente, quando está presente não fornece evidência para validade, ou seja, evidência de que o instrumento mede aquilo a que se propõe medir (Soeken, 2010).

A validade de conceito ou constructo deve ser um parâmetro a ter em consideração durante todo o processo da construção de um instrumento e não se expressa sob a simples forma de um coeficiente de correlação, trata-se sim de um julgamento com base em diferentes tipos de informação que envolve raciocínio e que se pode assumir como inacabado. Existem várias metodologias para apreciação da validade de conceito ou constructo e deve combinar a informação proveniente de três abordagens distintas: lógica, estatística e empírica (Coutinho, 2011).

A abordagem lógica implica a análise da consistência entre a definição, especificação e operacionalização dos itens contidos no instrumento. Esta fase comporta ainda a análise da forma como estão redigidos os itens. A abordagem estatística passa pela aplicação de uma análise factorial aos itens e aos resultados. A abordagem empírica implica a aplicação do instrumento a um grupo piloto identificado como contendo o conceito/traço em análise e sobre o qual versa o instrumento (Coutinho, 2011).

Para validação do *Core set* sugere-se a realização de um estudo coorte prospectivo multi-centro como é utilizado em outros estudos analisados com este objectivo (Grill E. , Huber, Stuki, Herceg, Fialka-Moser, & Quittan, 2005) (Cieza, Geyh, Chatterji, Kostanjsek,

Ustun, & Stucki, 2006) (Tschiesner, et al., 2010). Sugere-se que o *Core Set* definido neste estudo seja aplicado a utentes de Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e que posteriormente sejam verificadas as diferenças entre tipologias. Sugere-se também a realização de entrevistas aos utentes e/ou cuidadores caso estes não tenham capacidade cognitiva para o fazer e ainda aos profissionais de saúde. Os entrevistadores deverão ter formação CIF e ter consigo um manual sobre a Classificação. Na entrevista deverão ser aferidos os aspectos mais relevantes para descrever a funcionalidade dos utentes. Os dados devem ser recolhidos durante as 48 horas iniciais de internamento e as 36 horas prévias à alta. Devem ser calculadas as frequências absolutas e relativas (prevalência) das avaliações inicial e final relativamente aos códigos identificados como sendo aqueles em que existe limitação para os utentes. As frequências relativas das categorias que sofreram alteração da avaliação inicial para a avaliação final deverão ser calculadas para intervalos de confiança de 95%.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu Nogueira, J. M., Girão, M. J., & Guerreiro, I. (2010). Post Acute and Long Term Care: instrument for evaluating outcomes. *Congresso da Sociedade Europeia de Avaliação*, (p. 5). Praga.
- Alexandre, N. M., & Coluci, M. Z. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. *Ciências da Saúde Coletiva*, 11(7), pp. 3061-3068.
- Andersson, G., & Karlberg, I. (2000). Integrated care for elderly: The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *International Journal of Integrated Care*, 1, p. 10.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2003). *ICF Australian User Guide Authored version 1.0*. Camberra.
- Berchtold, P., & Peytremann-Bridevaux, I. (2011). Integrated care organizations in Switzerland. *International Journal of Integrated Care*, 11, p. 8.
- Berg, K., Finne-Soveri, H., Gray, L., Henrard, J. C., Hirdes, J., Ikegami, N., et al. (2009). Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. *BMC Health Services Research*, 9:47, p. 11.
- Bjerkkan, J., Richter, M., Grimsmo, A., Hellesø, R., & Brender, J. (26 de Janeiro de 2011). Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*, 11, 8. Obtido de <http://www.ijic.org>
- Botelho, M. A. (1999). *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa.
- Brach, M., Cieza, A., Stucki, G., Fubi, M., Cole, A., Ellerin, B. E., et al. (2004). ICF Core Sets for Breast Cancer. *J Rehabil Med, Suplemento 44*, pp. 121-127.
- Buchalla, C. M. (2003). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*, 10(1), pp. 29-31.

- Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*, 119(5), pp. 175-9.
- Carvalho, M. I. (2010). *Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais*. Tese submetida ao Departamento de Sociologia do ISCTE-IUL para obtenção do grau de Doutor, orientada por Luís Capucha, ISCTE - IUL, Departamento de Sociologia, Lisboa.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2008). *Revised Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument User's Manual. Version 2.0*.
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustun, B., & Stucki, G. (2006). Identification of candidate categories of Internacional Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. *BMC Medical Research Methodology*, p. 17.
- Comissão Europeia. (2011). *Indicadores de saúde*. Obtido em 10 de Novembro de 2011, de http://ec.europa.eu/health/indicators/policy/index_pt.htm
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Cruz-Jentoft, A. J., Franco, A., Baeyens, J.-P., Jankowska, E., Maggi, A., Ponikowski, P., et al. (Novembro de 2008). European silver paper on the future of health promotion and preventive actions, basic research and clinical aspects of age-related disease. *Gerontechnology*, pp. 331-339.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de Junho. (s.d.).
- Dias, M. d., Duque, A. F., Silva, M. G., & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3 (XXII), pp. 463-473.
- Direcção Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 3.3 Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde*.
- Duhamel, F., & Fortin, M.-F. (2009). Os estudos de tipo descritivo. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (pp. 161-172). Loures: Lusociência.

- Escorpizo, R., Stucki, G., & Cieza, A. (2010). Creating an Interface Between the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapist Practice. *Physical Therapy*, 90, pp. 1053-1063.
- Ewert, T., Allen, D. D., Wilson, M., Ustun, B., & Stucki, G. (2010). Validation of the Internacional Classification of Functioning Disability and Health framework using multidimensional item response modeling. *Disability and Rehabilitation*, 32(17), pp. 1397-1405.
- Ewert, T., Grill, E., Bartholomeyczik, S., Finger, M., Mokrush, T., Kostanjsek, N., et al. (2005). ICF Core Set for patients with neurological conditions in acute hospital. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), pp. 367-373.
- Farias, N., & Buchalla, C. M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8:2, pp. 187-193.
- Fontes, A. P., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28:2, pp. 171-178.
- Fortin, M.-F. (2009). Métodos de Amostragem. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (5.^a Edição ed., pp. 208-211). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Vissandjée. (2009). A Investigação Científica. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (5.^a Edição ed., pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2009). Métodos de Colheita de Dados. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (5.^a Edição ed., pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- French, S., Reynolds, F., & Swain, J. (2001). *Practical Research. A guide for Therapists* (2.^a Edição ed.). Oxford: Butterworth Heinemann.

- Geyh, S., Cieza, A., Schouten, J., Dickson, H., Frommelt, P., Omar, Z., et al. (2004). ICF Core Sets for Stroke. *J Rehabil Med, Suplemento 44*, pp. 135-141.
- Goodwin, N., Smith, J., Davies, A., Perry, C., Rosen, R., Dixon, A., et al. (2012). *A report to the Department of Health and the NHS Future Form. Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together.*
- Grill, E., Huber, E. O., Gloor-Juzi, T., & Stucki, G. (Outubro de 2010). Intervention Goals Determine Physical Therapists' Workload in Acute Care Setting. *Physical Therapy, 90:10*, pp. 1468-1478.
- Grill, E., Huber, E. O., Stuki, G., Herceg, M., Fialka-Moser, V., & Quittan, M. (2005). Identification of relevant ICF categories by patients in acute hospital. *Disability and Rehabilitation, 27(7/8)*, pp. 447-458.
- Grill, E., Lipp, B., Boldt, C., Stucki, G., & Koenig, E. (2005). Identification of relevant ICF categories by patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation, 27(7/8)*, pp. 459-465.
- Grill, E., Muller, M., Quittan, M., Strobl, R., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2011). Brief ICF Core Set for Patients in Geriatric Post-acute Rehabilitation Facilities. *J Rehabil Med, 43*, pp. 139-144.
- Grill, E., Stucki, G., Boldt, C., Joisten, S., & Swoboda, W. (2005). Identification of relevant ICF categories by geriatric patients in early post-acute rehabilitation facility. *Disability and Rehabilitation, 27(7/8)*, pp. 467-473.
- Grone, O., & Garcia-Barbero. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care, 1*, p. 10.
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing, 32(4)*, pp. 1008-1015.
- Herrmann, K., Kirchberger, I., Stucki, G., & Cieza, A. (2011). The Comprehensive ICF core sets for spinal cord injury from the perspective of physical therapists: a worldwide validation study using Delphi technique. *Spinal Cord, 49*, pp. 502-514.

- Holum, L. C. (30 de Março de 2012). "It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of "Individual Plan" in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 12, 12. Obtido de <http://www.ijic.org>
- Hupcey, J. E. (2010). Measurement Issues in Qualitative Research. In C. F. Waltz, O. L. Strickland, & E. R. Lenz, *Measurement in Nursing and Health Research* (4.^a Edição ed., pp. 225-226). New York: Springer Publishing Company.
- Jonsdottir, J., Rainero, G., Racca, V., Glassel, A., & Cieza, A. (2010). Functioning and disability in persons with low back pain. *Disability and Rehabilitation*, 32(S1), pp. S78-S84.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 205-212.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, p. 6.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, p. 15.
- Leichsenring, K. (2012). Integrated care for older people in Europe-latest trends and perceptions. *International Journal of Integrated Care*, 12, p. 4.
- Leonardi, M., Raggi, A., Antozzi, C., Confalonieri, P., Maggi, L., Cornello, F., et al. (2009). Identification of international classification of functioning, disability and health relevant categories to describe functioning and disability of patients with myasthenia gravis. *Disability and Rehabilitation*, 31(34), pp. 2041-2046.
- Lloyd, J., & Wait, S. (2005). *Integrated Care: A Guide for Policymakers*. Alliance for Health and the Future.
- Lopes, A. L., & Fracolli, L. A. (Out-Dez de 2008). Revisão Sistemática de Literatura e Metassíntese Qualitativa: considerações sobre a sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), pp. 771-8.

- Lopes, M. J., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I., et al. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal - analisando o presente, perspectivando o futuro*. Évora.
- Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I., et al. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal - analisando o presente, perspectivando o futuro*.
- Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Stetler, C., & Allan, J. (2005). Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Leadership Summit. *Worldviews. Evidence Based Nursing*, 2, pp. 113-121.
- Mendes, S. M. (2008). *Avaliação do Risco de Dependência Funcional em Pessoas Idosas*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde para obtenção do grau de mestre, orientada por Jose Martin.
- Ministério da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Versão Resumo*.
- Nacional Association of Social Workers. (2003). *NASW Standards for Social Work Services in Long Term Care Facilities*. National Association of Social Workers.
- Nacional Council of Social Service. (2006). *Care and Discharge Planning: A Guide for Service Providers*.
- NHS Modernisation Agency. (2005). *Good care planning for people with long-term conditions: updated version*. NHS Modernisation Agency.
- Oltman, R., Neises, G., Scheible, D., Mehrtens, G., & Gruneberg, C. (2008). ICF components of corresponding outcome measures in flexor tendon rehabilitation - a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9:139, p. 11.
- Organização Mundial da Saúde; Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Parse, R. (2001). *Qualitative Inquiry: The Path of Sciencing*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

- Pereira, C. (2008). *Contributo para a Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade para a identificação de Ganhos em Saúde nas doenças crónicas*. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciência do Trabalho e da Empresa para obtenção do grau de Mestre, orientada por Ana Escoval.
- Pereira, C., Fonseca, C., Escoval, A., & Lopes, M. (2011). Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista Periódica de Saúde Pública*, 29(1), pp. 53-63.
- Pereira, M., & Araújo, M. (2010). *Plano Individual de Intervenção em Unidades de Cuidados Integrados - Manual*. Produtiva.
- Rato, H., Rodrigues, M., & Rando, B. (2009). *Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Relatório Final*. Instituto de Administração, I.P., Lisboa.
- Rauch, A., Cieza, A., & Stucki, G. (2008). How to apply the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, pp. 329-342.
- Rauch, A., Escorpizo, R., Riddle, D. L., Eriks-Hoogland, I., Stucki, G., & Cieza, A. (2010). Using a Case Report of a Patient with Spinal Cord Injury to Illustrate the Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health During Multidisciplinary Patient Management. *Physical Therapy*, 90:7, pp. 1039-1052.
- Rousseau, N., & Saillant, F. (2009). Abordagens de Investigação Qualitativa. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (5.^a Edição ed., pp. 151-153). Loures: Lusociência.
- Sabino, G. S., Coelho, C. M., & Sampaio, R. F. (2008). Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculo esqueléticos nos membros inferiores e região lombar. *Acta Fisiátrica*, 15:1, pp. 24-30.

- Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública*, 25:3, pp. 475-483.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. (jan/fev de 2007). Estudos de Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), pp. 83-89.
- Saraiva, A. S. (2010). *Identificação das categorias mais relevantes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para os Terapeutas Ocupacionais que exercem funções em Unidades de Cuidados Continuados Integrados*. Dissertação submetida à Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto para obtenção do grau de mestre em Terapia Ocupacional, orientada por Joaquim Faias.
- Silva, A. R. (2010). *EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados*. Dissertação proposta à Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde para obtenção do grau de mestre, orientada por Liliana Sousa.
- Soeken, K. L. (2010). Validity of Measures. In C. F. Waltz, O. L. Strickland, & E. R. Lenz, *Measurement in Nursing and Health Research* (4.^a ed., pp. 163-201). New York: Springer Publishing Company.
- Somme, D., Hébert, R., Bravo, G., Blanchard, F., & Saint-Jean, O. (19 de Dezembro de 2007). The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *International Journal of Integrated Care*, 7, 13.
- Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2002). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy*, 82, pp. 1098-1107.
- Stillwell, S. B., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., & Williamson, K. M. (Março de 2010). Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence-Based Practice. A successful search strategy starts with a well-formulated question. *AJN*, 110(3), pp. 58-61.

- Stillwell, S., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B., & Williamson, K. (2010). Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search. *AJN*, 110(5), pp. 41-47.
- Stucki, A., Daansen, P., Fuessl, M., Cieza, A., Huber, E., Atkinson, R., et al. (2004). ICF Core Sets for Obesity. *J Rehabil Med, Suplemento*, pp. 107-113.
- Tschiesner, U., Linseisen, E., Becker, S., Mast, G., Rogers, S. N., Walvekar, R. R., et al. (2010). Content Validation of International Classification of Functioning Disability and Health Core Sets for Head and Neck Cancer: A Multicentre Study. *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, 39(6), pp. 674-687.
- Tschiesner, U., Rogers, S., Dietz, A., Yueh, B., & Cieza, A. (2010). Development of ICF Core Sets for Head and Neck Cancer. *Head & Neck*, pp. 210-220.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (07 de Janeiro de 2008). Directiva Técnica nº 5/UMCCI/2008.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (03 de Março de 2010a). Directiva Técnica n.º 1/UMCCI/2010.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2010b). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 2009*. Lisboa.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011a). *Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua*.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011b). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2012). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2011*.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Relatório Final*. Lisboa.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados; BIQ Consulting. (Outubro de 2008). Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. 1-7.

Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement Nursing and Health Research*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Weigl, M., Cieza, A., Andersen, C., Kollerits, B., Amann, E., & Stucki, G. (2004). Identification of Relevant ICF Categories in Patients with Chronic Health Conditions: a Delphi Exercise. *J Rehabil Med, Suplemento 44*, pp. 12-21.

APÊNDICES

APÊNDICE I – *E-mail* para solicitar de autorização do estudo

APÊNDICE II – Questionário Primeira Ronda

APÊNDICE III – Linhas Orientadoras

APÊNDICE IV – Referências para a Revisão Sistemática da Literatura

APÊNDICE V – Grelha de Análise

APÊNDICE VI – Questionário pré-teste

APÊNDICE VII – Questionário 2ª ronda

APÊNDICE VIII – Questionário 3ª ronda

APÊNDICE IX – *E-mail* a solicitar o Plano Individual de Intervenção

APÊNDICE X – Caracterização dos participantes

APÊNDICE XI – Documento orientador para preenchimento do modelo do Plano Individual de Intervenção proposto

APÊNDICE I – *E-mail* para solicitar de autorização do estudo

De: Filipa Reis [mailto:filipaisabelreis@gmail.com]

Enviada: segunda-feira, 21 de Maio de 2012 23:42

Para:

Assunto: Pedido de autorização para estudo de investigação

Exmos. Srs.,

Eu, Filipa Isabel Pereira Rosa Silva Reis, aluna do 2.º ano do Mestrado em Cuidados Continuados Integrados da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, venho por este meio solicitar a autorização para realizar o estudo de investigação intitulado “Plano Individual de Intervenção – uniformização nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” na Unidade (TIPOLOGIA) da (INSTITUIÇÃO).

O estudo será desenvolvido no âmbito do Mestrado acima referido, sob orientação da Professora Doutora Felipa Cristina Henriques Rodrigues Lopes dos Reis e co-orientação da Professora Carla Sandra Martins Pereira.

Tem-se como objectivo geral propor um modelo do “Plano Individual de Intervenção” para as unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados utilizando a terminologia da “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”.

Solicita-se a participação dos membros da equipa multidisciplinar que tenham maior número de anos de experiência profissional em cuidados continuados através do preenchimento de um questionário para análise da possibilidade da utilização da linguagem da “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” no modelo do “Plano Individual de Intervenção”. Para participar os profissionais não necessitam de ter conhecimento sobre a Classificação.

Assegura-se que será mantido o anonimato dos participantes de acordo com a Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro (Lei de Protecção de Dados Pessoais).

Junta-se em anexo:

- a declaração do estabelecimento de ensino;
 - o Questionário para a 1.ª Ronda do paindel de Delphi;
 - o documento orientador que irá em anexo ao questionário para Consenso das categorias CIF.
- Caso o pedido seja deferido, agradeço que me sejam enviados os contactos electrónicos dos colaboradores (1 médico, 1 enfermeiro, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional, 1 terapeuta

da fala, 1 psicólogo, 1 assistente social) da Unidade de Média Duração e Reabilitação com maior tempo de experiência profissional em Cuidados Continuados Integrados para que possa entrar em contacto com os mesmos.

Encontro-me à disposição para eventuais esclarecimentos, para tal poderá utilizar os contactos: 96 483 07 64, filipaisabelreis@gmail.com ou filipa.reis@isjd.pt.

Desde já agradeço o interesse e disponibilidade,

Filipa Reis

APÊNDICE II – Questionário Primeira Ronda

Questionário para consenso das categorias CIF

“Plano Individual de Intervenção – uniformização na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” Este estudo tem como objectivo a proposta de um modelo para o Plano Individual de Intervenção (PII) para os utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Para tal é necessário que se definam quais os códigos da CIF que melhor classificam os utentes da RNCCI. Após uma revisão sistemática de literatura, encontraram-se 85 códigos direccionados para a população com características comuns às dos utentes da RNCCI. Agora, solicita-se a sua participação. Considerando a sua experiência profissional na RNCCI, pede-se que preencha este questionário referindo se “Concorda” ou “Discorda” dos códigos apresentados para caracterização da população da RNCCI. Em anexo foi enviado um documento com linhas orientadoras sobre a CIF que poderão ser úteis durante o preenchimento do questionário. No caso de ter qualquer questão poderá ainda contactar a autora do estudo através dos contactos: filipaisabelreis@gmail.com ou 964 830 764. De referir que a Primeira parte deste questionário destina-se à caracterização da amostra e que este dados serão sempre tratados de forma confidencial e anónima. Pede-se que este questionário seja preenchido nas próximas duas semanas, estando definido como prazo de entrega 06 de Outubro de 2012. Agradece-se desde já a sua colaboração nesta etapa deste estudo.

Continue »

Powered by [Google DocsReport Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

* Required

Caracterização da AmostraIdade *

Género *

- ☐ Feminino
☐ Masculino

Profissão *

- ☐ Médico
☐ Enfermeiro
☐ Fisioterapeuta
☐ Terapeuta da Fala
☐ Terapeuta Ocupacional
☐ Psicólogo
☐ Assistente Social

Tempo de experiência profissional (em anos) * Tempo de experiência profissional na RNCCI (em anos) *

Nesta instituição, em que tipologia(s) desempenha funções *

- ☐ Unidade de Convalescença
☐ Unidade de Média Duração e Reabilitação
☐ Unidade de Longa Duração e Manutenção
☐ Unidade de Cuidados Paliativos

Desempenha ou já desempenhou o papel de "Gestor de Caso" ou "Coordenador de PII"? *

- ☐ Sim
☐ Não

Tem formação específica sobre o "Plano Individual de Intervenção"? *

- ☐ Sim
☐ Não

Se sim, por favor indique: Ano da formação, Entidade formadora; Carga horária da formação

Conhece a CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde? *

- ☐ Sim
☐ Não

Tem formação em CIF? *

- ☐ Sim
☐ Não

Se sim, por favor indique: Ano da formação, Entidade formadora; Carga horária da formação

« Back

Continue »

Powered by [Google DocsReport Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

* Required

Questionário para obtenção de consenso sobre as categorias CIF

Funções do Corpo *

	Concordo	Discordo
Funções do temperamento e da personalidade	☐	☐
Funções da energia e dos impulsos	☐	☐
Funções do sono	☐	☐
Funções emocionais	☐	☐
Funções da visão	☐	☐
Função tátil	☐	☐

	Concordo	Discordo
Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos	☐	☐
Sensação de dor	☐	☐
Funções da Voz	☐	☐
Funções cardíacas	☐	☐
Funções dos vasos sanguíneos	☐	☐
Funções da pressão arterial	☐	☐
Funções do sistema imunológico	☐	☐
Funções da respiração	☐	☐
Funções da tolerância ao exercício	☐	☐
Funções da ingestão	☐	☐
Funções da defecação	☐	☐
Funções da manutenção de peso	☐	☐
Funções miccionais	☐	☐
Funções sexuais	☐	☐
Funções da mobilidade das articulações	☐	☐
Funções da estabilidade das articulações	☐	☐
Funções da força muscular	☐	☐
Funções do tônus muscular	☐	☐
Funções da resistência muscular	☐	☐

	Concordo	Discordo
Funções relacionadas com o padrão de marcha	☐	☐
Funções protectoras da pele	☐	☐

Estruturas do corpo *

	Concordo	Discordo
Estrutura do cérebro	☐	☐
Estruturas do aparelho cardiovascular	☐	☐
Estrutura da região do ombro	☐	☐
Estrutura do membro inferior	☐	☐
Estrutura das áreas da pele	☐	☐

Actividades e Participação *

	Concordo	Discordo
Realizar a rotina diária	☐	☐
Lidar com o stresse e outras experiências psicológicas	☐	☐
Falar	☐	☐
Conversação	☐	☐
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	☐	☐
Mudar a posição básica do corpo	☐	☐
Manter a posição do corpo	☐	☐
Auto-transferências	☐	☐

	Concordo	Discordo
Levantar e transportar objectos	☐	☐
Utilização de movimentos finos da mão	☐	☐
Utilização da mão e do braço	☐	☐
Andar	☐	☐
Deslocar-se	☐	☐
Deslocar-se por diferentes locais	☐	☐
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	☐	☐
Utilização de transporte	☐	☐
Conduzir	☐	☐
Lavar-se	☐	☐
Cuidar de partes do corpo	☐	☐
Cuidados relacionados com os processos de excreção	☐	☐
Vestir-se	☐	☐
Comer	☐	☐
Beber	☐	☐
Cuidar da própria saúde	☐	☐
Aquisição de bens e serviços	☐	☐
Realizar as tarefas domésticas	☐	☐

	Concordo	Discordo
Ajudar os outros	☐	☐
Relacionamentos sociais informais	☐	☐
Relacionamentos familiares	☐	☐
Relacionamentos íntimos	☐	☐
Obter, manter e sair de um emprego	☐	☐
Trabalho remunerado	☐	☐
Auto-suficiência económica	☐	☐
Vida comunitária	☐	☐
Recreação e lazer	☐	☐

Factores Ambientais *

	Concordo	Discordo
Produtos ou substâncias para consumo pessoal	☐	☐
Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	☐	☐
Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte	☐	☐
Produtos e tecnologias para a comunicação	☐	☐
Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios	☐	☐
Família próxima	☐	☐

	Concordo	Discordo
Amigos	☐	☐
Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	☐	☐
Profissionais de saúde	☐	☐
Atitudes individuais de membros da família próxima	☐	☐
Atitudes individuais de amigos	☐	☐
Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da	☐	☐
Atitudes individuais de profissionais de saúde	☐	☐
Atitudes sociais	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social	☒	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e emprego	☐	☐

Never submit passwords through Google Forms.

Powered by [Google Docs](#)[Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

APÊNDICE III – Linhas Orientadoras

Documento Orientador

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) estabelece uma linguagem uniformizada e padronizada, assim como, um quadro de referência para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde.

FUNÇÕES DO CORPO

Definição: **Funções do corpo** são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).

Funções mentais

Refere-se às funções do cérebro que incluem funções mentais globais como consciência, energia e impulso, e funções mentais específicas como memória, linguagem e cálculo.

b126 Funções do temperamento e da personalidade – funções mentais gerais de carácter constitucional que fazem o indivíduo reagir de um modo específico às situações, incluindo o conjunto de características mentais que diferenciam o indivíduo dos outros.

Inclui: funções de extroversão, introversão, amabilidade, responsabilidade, estabilidade psíquica e emocional, e abertura para experiências; optimismo; busca de experiências novas; segurança; confiabilidade.

Exclui: funções intelectuais (b117); funções da energia e dos impulsos (b130); funções psicomotoras (b147); funções emocionais (b152)

b130 Funções da energia e dos impulsos - funções mentais gerais dos mecanismos fisiológicos e psicológicos que estimulam o indivíduo a agir de modo persistente para satisfazer necessidades específicas e objectivos gerais

Inclui: função do nível de energia, motivação, apetite, desejo (incluindo desejo por substâncias que produzem dependência) e controlo dos impulsos.

Exclui: funções da consciência (b110); funções do temperamento e da personalidade (b126); funções do sono (b134); funções psicomotoras (b147); funções emocionais (b152)

b134 Funções do sono - funções mentais gerais de desconexão física e mental periódica, reversível e selectiva, do ambiente imediato da pessoa, acompanhada por mudanças fisiológicas características.

Inclui: funções da quantidade, início, manutenção e qualidade do sono; funções relacionadas com o ciclo do sono, como insónia, hipersónia e narcolépsia.

Exclui: funções da consciência (b110); funções da energia e dos impulsos (b130); funções da atenção (b140); funções psicomotoras (b147)

b152 Funções emocionais - funções mentais específicas relacionadas com o sentimento e a componente afectiva dos processos mentais.

Inclui: funções de adequação da emoção, regulação e amplitude da emoção; afecto, tristeza, felicidade, amor, medo, raiva, ódio, tensão, ansiedade, alegria, pesar; labilidade emocional, apatia afectiva

Exclui: funções do temperamento e da personalidade (b126); funções da energia e dos impulsos (b130)

Funções sensoriais e dor

Relacionado com as funções dos sentidos como visão, audição, paladar e outros, bem como da sensação de dor.

b210 Funções da visão - funções sensoriais relacionadas com a percepção da presença de luz e a forma, tamanho, formato e cor do estímulo visual.

Inclui: funções da acuidade visual; funções do campo visual; qualidade da visão; funções relacionadas com a percepção da luz e cor, acuidade visual da visão ao longe e ao perto, visão monocular e binocular; qualidade da imagem visual; deficiências, tais como, miopia, hipermetropia, astigmatismo, hemianopsia, cegueira para as cores, visão em túnel, escotoma central e periférico, diplopia, cegueira nocturna e adaptabilidade à luz

Exclui: funções da percepção (b156)

b265 Função táctil - funções sensoriais que permitem sentir superfícies e sua textura ou qualidade

Inclui: funções tácteis, sensação tátil; deficiências, tais como, entorpecimento, anestesia, formigueiro, parestesia e hiperestesia

Exclui: funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos (b270)

b270 Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos - funções sensoriais que permitem sentir a temperatura, a vibração, a pressão e estímulos nocivos

Inclui: funções de sensibilidade à temperatura, vibração, tremor ou oscilação, pressão superficial, pressão profunda, sensação de queimadura ou de um estímulo nocivo

Exclui: funções tácteis (b265); sensação de dor (b280)

b280 Sensação de dor - sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo.

Inclui: sensações de dor generalizada ou localizada, em uma ou em mais partes do corpo, dor num dermatomo, dor penetrante, dor tipo queimadura, dor tipo moínha, dor contínua e intensa; deficiências, como, mialgia, analgesia e hiperalgesia

Funções da voz e da fala

Relaciona-se com as funções da produção de sons e da fala.

b310 Funções da voz - funções da produção de vários sons pela passagem de ar através da laringe

Inclui: funções de produção e qualidade da voz; funções de fonação, timbre, volume e outras qualidades da voz; deficiências, como, afonia, disfonia, rouquidão, hipernasalidade e hiponasalidade

Exclui: funções mentais da linguagem (b167); funções da articulação (b320)

Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório

Trata das funções envolvidas no aparelho cardiovascular (funções do coração e dos vasos sanguíneos), nos sistemas hematológico e imunológico (funções da produção de sangue e imunidade), e no aparelho respiratório (funções respiratórias e tolerância ao exercício)

b410 Funções cardíacas - funções relacionadas com o bombeamento de sangue em quantidade e pressão adequadas ou necessárias para o corpo

Inclui: funções da frequência, ritmo e débito cardíacos; força contráctil dos músculos ventriculares; funções das válvulas cardíacas; bombeamento do sangue através da circulação pulmonar; dinâmica da circulação para o coração; deficiências, tais como, taquicardia, bradicardia e arritmias, tais como, na insuficiência cardíaca, miocardiopatia, miocardite e insuficiência coronária

Exclui: funções dos vasos sanguíneos (b415); funções da pressão arterial (b420); funções relacionadas com a tolerância ao exercício (b455)

b415 Funções dos vasos sanguíneos - funções de transporte de sangue através do corpo

Inclui: funções das artérias, capilares e veias; função vasomotora; funções das artérias, capilares e veias pulmonares; funções das válvulas venosas; deficiências, tais como, obstrução ou constrição das artérias; aterosclerose, arteriosclerose, tromboembolismo e varicosidades venosas

Exclui: funções cardíacas (b410); funções da pressão arterial (b420); funções do sistema hematológico (b430); funções da tolerância ao exercício (b455)

b420 Funções da pressão arterial - funções de manutenção da pressão sanguínea dentro das artérias

Inclui: funções de manutenção da pressão arterial, pressão arterial aumentada e diminuída; deficiências, como por exemplo, hipotensão, hipertensão e hipotensão postural

Exclui: funções do coração (b410); funções dos vasos sanguíneos (b415); funções de tolerância ao exercício (b455)

b435 Funções do sistema imunológico - funções do corpo relacionadas com a protecção contra substâncias estranhas, incluindo infecções, através de respostas imunológicas específicas e não específicas

Inclui: resposta imunológica (específica e não específica); reacções de hipersensibilidade; funções dos vasos e dos gânglios linfáticos; funções de imunidade celular, imunidade por anticorpos, resposta à imunização; deficiências, como por exemplo, auto-imunidade, reacções alérgicas, linfadenite e linfedema

Exclui: funções do sistema hematológico (b430)

b440 Funções da respiração - funções relacionadas com a inspiração de ar para os pulmões, a troca de gases entre ar e sangue, e a expiração do ar

Inclui: funções da frequência, ritmo e profundidade da respiração; deficiências, como por exemplo, apneia, hiperventilação, respiração irregular, respiração paradoxal, enfisema pulmonar e espasmo brônquico

Exclui: funções dos músculos respiratórios (b445); funções respiratórias adicionais (b450); funções de tolerância a exercícios (b455)

b455 Funções de tolerância ao exercício - funções relacionadas com a capacidade respiratória e cardiovascular necessárias para a tolerância a esforços físicos

Inclui: funções de tolerância física, capacidade aeróbica, energia e fatigabilidade

Exclui: funções do aparelho cardiovascular (b410-429); funções do sistema hematológico (b430); funções respiratórias (b440); funções dos músculos respiratórios (b445); funções respiratórias adicionais (b450)

Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino

Trata das funções de ingestão, digestão e eliminação, bem como das funções relacionadas com o metabolismo e as glândulas endócrinas

b510 Funções de ingestão - funções relacionadas com a introdução e manipulação de sólidos ou líquidos para dentro do corpo através da boca

Inclui: funções de sugar, mastigar e morder, movimentar alimentos na boca, salivar, deglutir, eructar, regurgitar, cuspir e vomitar; deficiências, tais como, disfagia, aspiração de alimentos, aerofagia, salivação excessiva, babar e salivação insuficiente

Exclui: sensações associadas ao aparelho digestivo (b535)

b525 Funções de defecação - funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos, tais como, fezes e funções relacionadas

Inclui: funções de eliminação, consistência fecal, frequência de defecação; continência fecal, flatulência; deficiências, tais como, obstipação, diarreia, fezes líquidas e incompetência ou incontinência do esfíncter anal

Exclui: funções digestivas (b515); funções de assimilação (b520); sensações associadas ao aparelho digestivo (b535)

b530 Funções de manutenção do peso - funções de manutenção do peso apropriado do corpo, incluindo ganho de peso durante o período de desenvolvimento

Inclui: funções de manutenção do Índice de Massa Corporal (IMC) aceitável; deficiências, tais como, peso deficiente, caquexia, perda de peso, excesso de peso, emaciação e na obesidade primária e secundária

Exclui: funções de assimilação (b520); funções metabólicas gerais (b540); funções das glândulas endócrinas (b555)

Funções geniturinárias e reprodutivas

Refere-se às funções geniturinárias, incluindo funções sexuais e reprodutivas

b620 Funções miccionais - funções de eliminação da urina através da bexiga

Inclui: funções miccionais, frequência miccional, continência urinária; deficiências, tais como, incontinência urinária de esforço (em situações de stresse ou de tensão), incontinência por necessidade imperiosa, incontinência reflexa, incontinência por regurgitamento, incontinência permanente, polaquiúria, bexiga neurogénica, poliúria, retenção urinária, urgência miccional

Excepções: funções de excreção urinária (b610); sensações associadas às funções urinárias (b630)

b640 Funções sexuais - funções mentais e físicas relacionadas com o acto sexual, incluindo as fases de excitação, de planalto, orgásmica e de resolução

Inclui: funções das fases sexuais de excitação, preparação, orgásmica e de resolução; funções relacionadas com o interesse sexual, desempenho, erecção do pénis, erecção do clítoris, lubrificação vaginal, ejaculação, orgasmo; deficiências, tais como, impotência, frigidez, vaginismo, ejaculação precoce, priapismo e ejaculação retardada

Exclui: funções de procriação (b660); sensações associadas às funções genitais e reprodutivas (b670)

Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento

Trata das funções relacionadas com o movimento e a mobilidade, incluindo funções das articulações, dos ossos, reflexos e músculos

b710 Funções da mobilidade das articulações - funções relacionadas com a amplitude e a facilidade de movimento de uma articulação

Inclui: funções de mobilidade de uma ou várias articulações, coluna vertebral, ombro, cotovelo, punho, anca, joelho, tornozelo, pequenas articulações das mãos e pés; mobilidade geral das articulações; deficiências, tais como, hipermobilidade das articulações, articulações rígidas, ombro congelado, artrite

Exclui: estabilidade das funções das articulações (b715); funções de controlo do movimento voluntário (b760)

b715 Funções da estabilidade das articulações - funções de manutenção da integridade estrutural das articulações

Inclui: funções relacionadas com a estabilidade de uma única articulação, várias articulações e as articulações em geral; deficiências, tais como, ombro instável, luxação de uma articulação, luxação do ombro e da anca

Exclui: funções da mobilidade das articulações (b710)

b730 Funções da força muscular - funções relacionadas com a força gerada pela contracção de um músculo ou de grupos musculares

Inclui: funções associadas com a força de músculos específicos e grupos musculares, músculos de um membro, de um lado do corpo, da parte inferior do corpo, de todos os membros, do tronco e do corpo como um todo; deficiências, tais como, fraqueza dos pequenos músculos dos pés e das mãos, paresia muscular, paralisia muscular, monoplegia, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia e mutismo acinético

Exclui: funções dos anexos do olho (b215); funções relacionadas com o tônus muscular (b735); funções da resistência muscular (b740)

b735 Funções do tônus muscular - funções relacionadas com a tensão presente nos músculos em repouso e a resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente

Inclui: funções associadas à tensão de músculos isolados e grupos musculares, músculos de um membro, de um lado do corpo e da metade inferior do corpo, músculos de todos os membros, músculos do tronco, e todos os músculos do corpo; deficiências, tais como, hipotonia, hipertonia e espasticidade muscular

Exclui: funções da força muscular (b730); funções da resistência muscular (b740)

b740 Funções da resistência muscular - funções relacionadas com a sustentação da contracção muscular pelo período de tempo necessário

Inclui: funções associadas à sustentação da contracção de músculos isolados, de grupos musculares, e de todos os músculos do corpo; deficiências, tais como, miastenia gravis

Exclui: funções de tolerância ao exercício (b455); funções da força muscular (b730); funções do tônus muscular (b735)

b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha - funções relacionadas com os tipos de movimentos associados com andar, correr ou outros movimentos de todo o corpo

Inclui: tipos de marcha e de corrida; deficiências, tais como, marcha espástica, marcha hemiplégica, marcha paraplégica, marcha assimétrica, claudicação e padrão de marcha rígida

Exclui: funções da força muscular (b730); funções do tônus muscular (b735); funções de controlo do movimento voluntário (b760); funções dos movimentos involuntários (b765)

Funções da pele e estruturas relacionadas

Trata das funções da pele, unhas e pêlos

b810 Funções protectoras da pele - funções da pele relacionadas com a protecção do corpo contra agentes físicos, químicos e biológicos

Inclui: funções de protecção contra o sol e outras radiações, fotossensibilidade, pigmentação, qualidade da pele; funções de isolamento da pele, formação de calosidades, endurecimento; deficiências, tais como, soluções de continuidade da pele, úlceras, escaras e diminuição de espessura da pele

Exclui: funções reparadoras da pele (b820); outras funções da pele (b830)

ESTRUTURAS DO CORPO

Definições: As **estruturas do corpo** são partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

Estrutura do sistema nervoso

s110 Estrutura do cérebro

Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório

s410 Estrutura do aparelho cardiovascular

Estruturas relacionadas com o movimento

s720 Estrutura da região do ombro

s750 Estrutura do membro inferior

Pele e estruturas relacionadas

s810 Estrutura de áreas da pele

ACTIVIDADES E PARTICIPAÇÃO

Definições : **Actividade** é a execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo.

Participação é envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

Limitações da actividade são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de actividades.

Restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

Tarefas e exigências gerais

Trata dos aspectos gerais da execução de uma única ou de várias tarefas, organização de rotinas e gestão do stress. Estas categorias podem ser utilizadas em conjunto com tarefas ou acções mais específicas para identificar as actividades subjacentes na execução de tarefas em diferentes circunstâncias

d230 Executar a rotina diária - realizar acções coordenadas simples ou complexas de modo a poder planejar, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia, como por exemplo, administrar o tempo e planejar as actividades individuais ao longo do dia

Inclui: gerir e concluir a rotina diária; gerir o seu próprio nível de actividade

Exclui: realizar tarefas múltiplas (d220)

d240 Lidar com o stresse e outras exigências psicológicas - realizar acções coordenadas simples ou complexas para gerir e controlar as exigências psicológicas necessárias para realizar tarefas que exigem responsabilidades importantes e que envolvem stresse, distração, ou crises, como por exemplo, conduzir um veículo com trânsito intenso ou tomar conta de muitas crianças

Inclui: lidar com responsabilidades; lidar com stresse e crise

Comunicação

Trata das características gerais e específicas da comunicação através da linguagem, sinais e símbolos, incluindo a recepção e a produção de mensagens, manutenção da conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação

d330 Falar - produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito, como por exemplo, expressar um facto ou contar uma história

d350 Conversação - iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizada através da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas, em ambientes formais ou informais

Inclui: iniciar, manter e finalizar uma conversa; conversar com uma ou mais pessoas

d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação - utilizar dispositivos, técnicas e outros meios para comunicar, como por exemplo, ligar o telefone para um amigo

Inclui: utilização de dispositivos de telecomunicações, utilização de máquinas de escrever e de técnicas de comunicação

Mobilidade

Trata do movimento quando ocorre mudança da posição ou da localização do corpo, se transportam, movem ou manuseiam objectos de um lugar para outro, se anda, corre ou sobe/desce e se utilizam diversas formas de transporte

d410 Mudar a posição básica do corpo - adoptar e sair de uma posição corporal e mover-se de um local para outro, como por exemplo, levantar-se de uma cadeira para se deitar na cama, e adoptar e sair de posições de ajoelhado ou agachado

Inclui: mudar a posição do corpo de deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou em pé, curvado ou mudar o centro de gravidade do corpo

Exclui: auto transferências (d420)

d415 Manter a posição do corpo - manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário, como por exemplo, permanecer sentado ou de pé no trabalho ou na escola

Inclui: manter uma posição de deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou de pé

d420 Auto transferências - mover-se de uma superfície para outra, por exemplo, deslizar ao longo de um banco ou mover-se da cama para a cadeira, sem mudar a posição do corpo

Inclui: auto transferir-se enquanto sentado ou deitado

Exclui: mudar a posição básica do corpo (d410)

d430 Levantar e transportar objectos - levantar um objecto ou mover algo de um lugar para outro, como por exemplo, levantar uma chávena ou transportar uma criança de um local para outro

Inclui: levantar, transportar nas mãos ou nos braços, ou sobre os ombros, sobre as ancas, costas ou cabeça; pousar objectos

d440 Utilização de movimentos finos da mão - realizar acções coordenadas para manusear objectos, levantá-los, manipulá-los e soltá-los utilizando as mãos, dedos e polegar, como por exemplo, pegar em moedas de uma mesa ou girar um botão ou maçaneta

Inclui: pegar, segurar, manusear e soltar

Exclui: levantar e transportar objectos, (d430)

d445 Utilização da mão e do braço - realizar as acções coordenadas necessárias para mover objectos ou manipulá-los, utilizando as mãos e os braços, como por exemplo, rodar maçanetas de portas ou atirar ou apanhar um objecto

Inclui: puxar ou empurrar objectos; alcançar; virar ou torcer as mãos ou braços; atirar; apanhar

Exclui: Movimentos finos da mão (d440)

d450 Andar - mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando se passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado

Inclui: andar distâncias curtas e longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando os obstáculos

Exclui: auto transferências (d420); deslocar-se (d455)

d455 Deslocar-se - mover todo o corpo de um lugar para outro, usando outros meios excluindo a marcha, como por exemplo, escalar uma rocha ou correr por uma rua, saltar, correr em disparada, dar salto mortal ou correr evitando obstáculos

Inclui: Gatinhar, subir, correr, saltar e nadar

Exclui: auto transferências (d420); andar (d450)

d460 Deslocar-se por diferentes locais - andar ou movimentar-se em vários lugares e situações, como por exemplo, andar de um quarto para outro dentro de uma casa, andar dentro de um edifício ou numa rua de uma cidade

Inclui: mover-se dentro de casa, gatinhar ou transpor desníveis ou degraus dentro de casa; andar ou mover-se dentro de edifícios sem ser na própria casa, fora de casa e noutros edifícios

d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento - mover todo o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, utilizando dispositivos específicos para facilitar a movimentação ou arranjar outras formas de se mover com equipamentos, tais como, patins, skis, equipamento de mergulho, ou deslocar-se na rua em cadeira de rodas ou com auxílio de um andarilho

Exclui: auto transferências (d420); andar (d450); deslocar-se (d455); utilizar transporte (d470); conduzir (d475)

d470 Utilização de transporte - utilizar transporte para se deslocar, como passageiro, num automóvel ou num autocarro, carroça, rickshaw, veículo puxado por tracção animal, táxi público ou privado, comboio, autocarro, eléctrico, metro, barco ou aeronave

Inclui: utilizar transporte movido por pessoas; utilizar transporte motorizado privado ou público

Exclui: deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465); conduzir (d475)

d475 Conduzir - controlar e mover, sob o seu próprio comando, um veículo ou o animal que o puxa, ou qualquer meio de transporte à sua disposição, como por exemplo, um carro, uma bicicleta, um barco ou um animal

Inclui: dirigir um meio de transporte com tracção humana, veículos motorizados, veículos com tracção animal; montar animais

Exclui: deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento utilização de transporte (d470)

Auto cuidados

Trata dos auto cuidados como lavar-se e secar-se, cuidar do corpo e de partes do corpo, vestir-se, comer e beber e cuidar da própria saúde

d510 Lavar-se - Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como por exemplo, tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, cara e cabelo; e secar-se com uma toalha

Inclui: lavar partes do corpo, todo o corpo; e secar-se

Exclui: cuidar de partes do corpo (d520); cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)

d520 Cuidar de partes do corpo - cuidar de partes do corpo como pele, cara, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar

Inclui: cuidar da pele, dentes, cabelo, unhas das mãos e dos pés

Exclui: lavar-se (d510); cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)

d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção - prever a eliminação e eliminar os dejectos humanos (fluxo menstrual, urina e fezes) e proceder à higiene subsequente

Inclui: regulação da micção, da defecação e dos cuidados com a menstruação

Exclui: lavar-se (d510); cuidar de partes do corpo (d520)

d540 Vestir-se - realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado, segundo uma sequência adequada. e de acordo com as condições climáticas e sociais, como por exemplo, vestir, compor e tirar camisas, saias, blusas, calças, roupa interior, saris, quimonos, meias, casacos, calçar sapatos, botas, sandálias e chinelos, por luvas e chapéus

Inclui: pôr ou tirar roupas e calçado e escolher as roupas apropriadas

d550 Comer - executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar os talheres; participar em refeições, banquetes e jantares

Exclui: beber (d560)

d560 Beber - coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e servir os líquidos para serem bebidos, abrir garrafas e latas, beber por um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; mamar

Exclui: comer (d550)

d570 Cuidar da própria saúde - assegurar o conforto físico, a saúde e o bem estar físico e mental, como por exemplo, manter uma dieta equilibrada, e um nível apropriado de actividade física, manter uma temperatura corporal adequada, evitar danos para a saúde, seguir práticas sexuais seguras, incluindo a utilização de preservativos, seguir os programas de imunização e realizar exames físicos regulares

Inclui: assegurar o próprio conforto físico; controlar a alimentação e a forma física; manter a própria saúde

Vida doméstica

Trata da realização das acções e tarefas domésticas e quotidianas. As áreas da vida doméstica incluem obter um lugar para morar, alimentos, vestuário e outras necessidades, limpezas e reparações domésticas, cuidar dos objectos pessoais e dos da casa e ajudar os outros.

d620 Aquisição de bens e serviços - seleccionar comprar e transportar todos os bens e serviços necessários para a vida diária como por exemplo, seleccionar, comprar, transportar e armazenar alimentos, bebidas, roupas, materiais de limpeza, combustível, artigos para a casa, utensílios, louças e artigos de cozinha, aparelhos domésticos e ferramentas; procurar e utilizar serviços de apoio doméstico

Inclui: comprar e armazenar as necessidades diárias

Exclui: aquisição de um lugar para morar (d610)

d640 Realizar as tarefas domésticas - organizar trabalho doméstico, limpar a casa, lavar roupa, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos e remover o lixo, como por exemplo, varrer, passar o chão com o pano (ou a esfregona) , lavar mesas, paredes e outras superfícies; recolher e remover o lixo doméstico; arrumar quartos, armários e gavetas; recolher, lavar, secar, dobrar e passar roupa a ferro; limpar sapatos; utilizar espanador, vassoura e aspirador de pó; utilizar máquinas de lavar, de secar e ferros de engomar

Inclui: lavar e secar roupa; limpar a cozinha e os utensílios; limpar a casa; utilizar aparelhos domésticos, armazenar as necessidades diárias e remover o lixo

Exclui: aquisição de um lugar para morar (d610); aquisição de bens e serviços (d620); preparar refeições (d630); cuidar dos objectos da casa (d650); ajudar dos outros (d660)

d660 Ajudar os outros - auxiliar os membros da família e outros nas actividades de aprendizagem, comunicação, auto-cuidados, movimento, dentro ou fora da casa; preocupar-se com o bem estar dos membros da família e de outras pessoas

Inclui: ajudar os outros nos auto-cuidados, movimento, comunicação, relações interpessoais, nutrição e manutenção da saúde

Exclui: emprego remunerado (d850)

Interacções e relacionamentos interpessoais

Trata da realização de acções e condutas necessárias para estabelecer, com outras pessoas (estranhos, amigos, parentes, familiares e amantes) interacções básicas e complexas de maneira contextual e socialmente adequada

d750 Relacionamentos sociais informais - iniciar relacionamentos com outros, como por exemplo, relacionamentos ocasionais com pessoas que vivem na mesma comunidade ou

residência, ou com colaboradores, estudantes, companheiros de lazer ou pessoas com formação ou profissão similares

Inclui: relacionamentos informais com amigos, vizinhos, conhecidos, co-residentes e pares

d760 Relacionamentos familiares - criar e manter relações de parentesco, como por exemplo, com membros da família nuclear, da família alargada, da família adoptiva e de criação, e parentes não consanguíneos, relacionamentos mais distantes como primos de segundo grau, ou tutores legais

Inclui: relacionamentos entre pais e filhos e filhos e pais, entre irmãos e com outros membros da família

d770 Relacionamentos íntimos - criar e manter relacionamentos românticos ou íntimos entre indivíduos, como marido e mulher, amantes ou parceiros sexuais

Inclui: relacionamentos românticos, conjugais e sexuais

Áreas principais da vida

Trata da maneira de iniciar e realizar as tarefas e acções necessárias nas áreas da educação, do trabalho e do emprego e das transacções económicas

d845 Obter, manter e sair de um emprego - procurar, encontrar e escolher um emprego, ser contratado e aceitar o emprego, manter-se e progredir no trabalho, negócio, ocupação ou profissão, e sair de um emprego de maneira apropriada

Inclui: procurar emprego; preparar um currículo; contactar empregadores e preparar entrevistas; manter um emprego; supervisionar o próprio desempenho profissional; dar aviso prévio; e sair de um emprego

d850 Trabalho remunerado - participar em todos os aspectos do trabalho, seja uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em troca de pagamento, como empregado, a tempo inteiro ou a tempo parcial, ou como trabalhador independente, nomeadamente procurar trabalho e conseguir um emprego, realizar as tarefas decorrentes do trabalho, chegar pontualmente ao trabalho, supervisionar outros empregados ou ser supervisionado, e realizar as tarefas necessárias sozinho ou em grupo

Inclui: trabalho independente, trabalho a tempo inteiro ou a tempo parcial

d870 Auto-suficiência económica - ter controlo sobre recursos económicos obtidos de fontes públicas ou privadas, para garantir a segurança económica para as necessidades actuais e futuras

Inclui: recursos económicos pessoais e direitos económicos públicos

Vida comunitária, social e cívica

Trata das acções e tarefas necessárias para participar da vida social organizada, fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica

d910 Vida comunitária - participar em todos os aspectos da vida social comunitária, como por exemplo, participar em organizações de beneficência, clubes ou organizações sócio profissionais

Inclui: associações formais e informais; cerimónias

Exclui: trabalho não remunerado (d855); recreação e lazer (d920); religião e espiritualidade (d930), vida política e cidadania (d950)

d920 Recreação e lazer - participar em qualquer forma de jogos, actividade recreativa ou de lazer, como por exemplo, jogos ou desportos informais ou organizados, programas de exercício físico, relaxamento, diversão, ir a galerias de arte, museus, cinema ou teatro; participar em trabalhos artesanais ou ocupar-se em passatempos, ler por prazer, tocar instrumentos musicais; fazer excursões, turismo e viajar por prazer

Inclui: jogos, desportos, arte e cultura, artesanato, passatempos (“hobbies”) e socialização

Exclui: religião e espiritualidade (d930); vida política e cidadania (d950); trabalho remunerado e não remunerado (d850 e d855); montar animais como meio transporte (d480)

FACTORES AMBIENTAIS

Definição: Os **factores ambientais** constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida.

Produtos e tecnologia

Trata dos produtos naturais ou fabricados pelo homem ou sistemas de produtos, equipamentos e tecnologias existentes no ambiente imediato do indivíduo que são reunidos, criados, produzidos ou manufacturados. A classificação ISO 9999 das ajudas técnicas define-as como

"qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico utilizado por uma pessoa incapacitada, especialmente produzido ou geralmente disponível, que se destina a prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar a incapacidade". É aceite que qualquer produto ou tecnologia pode ser de apoio. (vide ISO 9999: Ajudas técnicas para pessoas com incapacidade - Classificação (segunda versão); ISO/TC 173/SC 2; ISO/DIS 9999 (rev.)). No entanto, para os propósitos desta classificação dos factores ambientais, os produtos e tecnologias de apoio são definidos mais restritivamente como qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptado ou especialmente concebido para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com incapacidade.

e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal - qualquer objecto ou substância natural ou fabricado pelo homem, reunido, tratado ou manufacturado para ser ingerido.

Inclui: alimentos, bebidas e medicamentos

e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária - equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas nas actividades diárias, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos, colocados na, sobre ou perto da pessoa que os utiliza

Inclui: produtos e tecnologias gerais e de apoio para uso pessoal

Exclui: prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340)

e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores - equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas para se deslocarem dentro e fora de edifícios, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos, colocados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza

Inclui: produtos e tecnologias gerais e de apoio para mobilidade e transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores

Exclui: prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340)

e125 Produtos e tecnologias para a comunicação - equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas em actividades de transmissão e recepção de informações, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos situados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza

Inclui: produtos e tecnologias gerais e de apoio para comunicação

e150 Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público - produtos e tecnologias, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos, que constituem o ambiente do indivíduo, no interior ou no exterior, feito pelo homem, planeado, projectado e construído para edifícios de utilização pública

Inclui: arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas de entradas e saídas, de instalações e de indicações das vias de acesso

Apoio e relacionamentos

Trata das pessoas ou animais que dão apoio prático físico ou emocional, assim como na educação, protecção e assistência, e nos relacionamentos com outras pessoas, em casa, no local de trabalho, na escola, nos locais de lazer ou em outros aspectos das suas actividades diárias. O capítulo não engloba as atitudes da pessoa ou pessoas que dão o apoio. O factor ambiental descrito não é a pessoa ou o animal, mas a quantidade de apoio físico e emocional que é proporcionado pela pessoa ou animal.

e310 Família próxima - indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outro relacionamento reconhecido pela cultura como família próxima, tais como, cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de acolhimento, pais adoptivos e avós

Exclui: família alargada (e315); prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340)

e320 Amigos - indivíduos que são conhecidos próximos, com relacionamento continuado caracterizado pela confiança e apoio mútuo

e325 Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade - indivíduos com relações de familiaridade entre si, tais como, conhecidos, pares, colegas, vizinhos, e membros da comunidade em situações relacionadas com o trabalho, escola, tempos livres, ou outros aspectos da vida, e que compartilham características demográficas, tais como, idade, sexo, religião ou etnia ou envolvimento em interesses comuns

Exclui: serviços prestados por associações e organizações (e5550)

e355 Profissionais de saúde - todos os prestadores de cuidados que trabalham no contexto do sistema de saúde, como por exemplo, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas

ocupacionais, terapeutas da fala , técnicos de audiometria, ortóticos , protésicos, profissionais na área médico-social e outros prestadores destes serviços

Exclui: outros profissionais (e360)

Atitudes

Trata das atitudes que são as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças religiosas e outras. Essas atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, dos relacionamentos interpessoais e associações comunitárias às estruturas políticas, económicas e legais; como por exemplo, atitudes individuais ou da sociedade sobre a confiança, merecimento e valor de um ser humano que podem motivar práticas positivas e honrosas ou negativas e discriminatórias (e.g. estigmatização, estereotipia e marginalização ou negligência para com a pessoa). As atitudes classificadas são as dos indivíduos relativamente à pessoa cuja situação está sendo descrita. Elas não se aplicam à própria pessoa. As atitudes individuais são categorizadas de acordo com os tipos de relacionamentos listados no Capítulo 3. Valores e crenças não são codificados separadamente das atitudes pois pressupõe-se que eles sejam as forças motrizes das atitudes.

e410 Atitudes individuais de membros da família próxima - opiniões e crenças gerais ou específicas de membros familiares próximos sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e económicas) que influenciam o comportamento e as acções individuais

e420 Atitudes individuais dos amigos - opiniões e crenças gerais ou específicas de amigos, sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e económicas) que influenciam o comportamento e as acções individuais

e425 Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade - opiniões ou crenças gerais ou específicas de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e económicas) que influenciam o comportamento e as acções individuais

e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde - opiniões e crenças gerais ou específicas de profissionais de saúde, sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e económicas) que influenciam o comportamento e as acções individuais

e460 Atitudes sociais - opiniões e crenças gerais ou específicas mantidas em geral pelas pessoas de uma cultura, sociedade, agrupamentos sub culturais ou outros grupo sociais, sobre outros indivíduos ou sobre outras questões sociais, políticas e económicas que influenciam o comportamento e as acções dos indivíduos ou dos grupos

Serviços, sistemas e políticas

Trata de:

1. Serviços que proporcionam benefícios, programas estruturados e operações, em vários sectores da sociedade, organizados para satisfazer as necessidades dos indivíduos. (Incluindo as pessoas que prestam esses serviços). Podem ser públicos, privados ou voluntários e ser desenvolvidos, a nível local, comunitário, regional, estatal, provincial, nacional ou internacional, por pessoas singulares, associações, organizações, agências ou governos. Os bens que um serviço proporciona podem ser gerais ou adaptados e especialmente concebidos.
2. Sistemas que são mecanismos de controlo administrativo e de supervisão organizativa, estabelecidos por autoridades locais, regionais, nacionais e internacionais, governamentais ou por outras autoridades reconhecidas. Estes sistemas são concebidos para organizar, controlar e supervisionar serviços que proporcionam benefícios, programas estruturados e operações em vários sectores da sociedade.
3. Políticas que englobam as regras, regulamentos, convenções e normas estabelecidos por autoridades locais, regionais, nacionais e internacionais, governamentais ou outras autoridades reconhecidas, que regem ou regulam os sistemas que controlam serviços, programas e outras actividades em vários sectores da sociedade.

e570 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social - serviços, sistemas e políticas que asseguram a atribuição de apoio económico às pessoas que, devido à idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, precisam de assistência pública financiada pela receita fiscal pública ou por esquemas de contribuição

Exclui: serviços, sistemas e políticas relacionados com a economia (e565)

e575 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social em geral - serviços, sistemas e políticas orientados para dar apoio àqueles que necessitam de ajuda em áreas, tais como, compras, trabalho doméstico, transporte, cuidados ao próprio e a outros, a fim de beneficiarem da melhor funcionalidade na sociedade quanto possível

Exclui: serviços, sistemas e políticas da segurança social (e570); prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340); serviços, sistemas e políticas de saúde (e580)

e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde - serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, oferta de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável

Exclui: serviços, sistemas e políticas de apoio social geral (e575)

e590 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e o emprego - serviços, sistemas e políticas relacionados com a procura e a identificação de trabalho adequado para as pessoas desempregadas ou à procura de outro emprego, ou para dar apoio a pessoas empregadas na obtenção de uma promoção

Exclui: serviços, sistemas e políticas económicas (e565)

APÊNDICE IV – Referências para a Revisão Sistemática da Literatura

Base de dados	Referência
CINHAL Plus with Full Text + MEDLINE with Full Text.	Pistarini, C, Aiachini, B, Coenen, M, Pisoni, C. Functioning and disability in traumatic brain injury: the Italian patient perspective in developing ICF Core Sets. Disability & Rehabilitation. 2011;33 (23/24): 2333-45.
CINHAL Plus with Full Text + MEDLINE with Full Text	Robinson, K T, Butler, J. Understanding the causal factors of obesity using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Disability & Rehabilitation. 2011;33 (8):643-51.
CINHAL Plus with Full Text + MEDLINE with Full Text.	Ewert, T, Allen, DD, Wilson, M, ; Üstün, B, Stucki, G. Validation of the International Classification of Functioning Disability and Health framework using multidimensional item response modeling. Disability & Rehabilitation. 2010;32(17):1397-405
CINHAL Plus with Full Text + MEDLINE with Full Text.	Scarponi, F, Sattin, D, Leonardi, M, Raggi, A, Zampolini, M. The description of severe traumatic brain injury in light of the ICF classification. Disability & Rehabilitation. 2009;31(S1): Supplement 1: S134-43.
CINHAL Plus with Full Text + MEDLINE with Full Text.	McIntyre, A, Tempest, S. Two steps forward, one step back? A commentary on the <u>disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)</u> . Disability & Rehabilitation. 2007;29(18):1475-9
CINHAL Plus with Full Text + MEDLINE with Full Text.	Grill, E, Huber, EO, Stucki, G, Herceg, M, Fialka-Moser, V, Quittan, M. <u>Identification of relevant ICF categories by patients in the acute hospital</u> . Disability & Rehabilitation. 2005: 27(7/8): 447-58.
CINHAL Plus with Full Text + MEDLINE with Full Text.	Grill, E, Lipp, B, Boldt, C, Stucki, G, Koenig, E. <u>Identification of relevant ICF categories by patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities</u> . Disability & Rehabilitation. 2005;27(7/8): 459-65.
CINHAL Plus with Full Text + MEDLINE with Full Text.	Grill, E, Stucki, G, Boldt, C, Joisten, S, Swoboda, W. <u>Identification of relevant ICF categories by geriatric patients in an early post-acute rehabilitation facility</u> . Disability & Rehabilitation. 2005;27(7/8): 467-73.
CINHAL Plus with Full Text	Ewert, T, Grill, E, Bartholomeyczik, S, Finger, M, Mokrusch, T, Kostanjsek, N, Stucki, G. <u>ICF Core Sets for patients with neurological conditions in the acute hospital</u> . Disability & Rehabilitation. 2005;27 (7/8): 367-73.
MEDLINE with Full Text	Tschiesner, U, Schuster, L, Strieth, S, Harréus U. <u>Functional outcome in patients with advanced head and neck cancer: surgery and reconstruction with free flaps versus primary radiochemotherapy</u> . European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal Of The European Federation Of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): Affiliated With The German Society For Oto-Rhino-Laryngology - Head And Neck Surgery. 2012: 269 (2):629-38.
MEDLINE with Full Text	Brütt, AL, Schulz, H, Koch, U, Andreas, S. <u>Do measures used in studies of anxiety disorders reflect activities and participation as defined in the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health?</u> Clinical Rehabilitation. 2011;25 (7):659-71.

MEDLINE with Full Text	Herrmann, KH, Kirchberger, I, Stucki, G, Cieza, A. <u>The comprehensive ICF core sets for spinal cord injury from the perspective of occupational therapists: a worldwide validation study using the Delphi technique.</u> Spinal Cord. 2011;49 (4):502-14.
MEDLINE with Full Text	Herrmann, KH, Kirchberger, I, Stucki, G, Cieza, A. <u>The comprehensive ICF core sets for spinal cord injury from the perspective of physical therapists: a worldwide validation study using the Delphi technique.</u> Spinal Cord. 2011;49 (4): 502-14.
MEDLINE with Full Text	Abbott, AD, Hedlund, R, Tyni-Lenné. <u>Patients' experience post-lumbar fusion regarding back problems, recovery and expectations in terms of the International Classification of Functioning, Disability and Health.</u> Disability And Rehabilitation. 2011;33 (15-16):1399-408.
MEDLINE with Full Text.	Tschiesner, U, Linseisen, E, Becker, S, Mast, G, Rogers, SN, Walvekar, RR, et al. <u>Content validation of the international classification of functioning, disability and health core sets for head and neck cancer: a multicentre study.</u> Journal Of Otolaryngology - Head & Neck Surgery. 2010;39 (6):674-87.
MEDLINE with Full Text.	Mueller, M, Lohmann, S, Strobl, R, Boldt, C, Grill, E. <u>Patients' functioning as predictor of nursing workload in acute hospital units providing rehabilitation care: a multi-centre cohort study.</u> BMC Health Services Research. 2010;29(10): 295
MEDLINE with Full Text.	Josefsson, KA, Gard, G. <u>Women's experiences of sexual health when living with rheumatoid arthritis--an explorative qualitative study.</u> BMC Musculoskeletal Disorders. 2010;15(11):240.
MEDLINE with Full Text.	Tschiesner, U, Rogers, S, Dietz, A, Yueh, B, Cieza, A. <u>Development of ICF core sets for head and neck cancer.</u> Head & Neck. 2010;32 (2): 210-20.
MEDLINE with Full Text.	Jonsdottir, J, Rainero, G, Racca, V, Glässel, A, Cieza, A. <u>Functioning and disability in persons with low back pain.</u> Disability And Rehabilitation. 2010;32 Suppl 1: S78-84.
MEDLINE with Full Text.	Cieza, A, Bostan, C, Oberhauser, C, Bickenbach, JE. <u>Explaining functioning outcomes across musculoskeletal conditions: a multilevel modelling approach.</u> Disability And Rehabilitation. 2010;32 Suppl 1:S85-93.
MEDLINE with Full Text.	Leonardi, M, Raggi, A, Antozzi, C, Confalonieri, P, Maggi, L, Cornelio, F, et al. <u>Identification of international classification of functioning, disability and health relevant categories to describe functioning and disability of patients with myasthenia gravis.</u> Disability And Rehabilitation. 2009;31 (24):2041-6.
MEDLINE with Full Text.	Tschiesner, U, Cieza, A, Rogers, SN, Piccirillo J, Funk, G, Stucki, G, et al. <u>Developing core sets for patients with head and neck cancer based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).</u> European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal Of The European Federation Of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): Affiliated With The German Society For Oto-Rhino-Laryngology - Head And Neck Surgery., 2007;264 (10):1215-22.
MEDLINE with Full Text.	Cieza, A, Geyh, S, Chatterji, S, Kostanjsek, N, Ustün, BT, Stucki, G. <u>Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling.</u> BMC Medical Research Methodology. 2006;27(6):36.

APÊNDICE V – Grelha de Análise

Unidade	Aparência	Conteúdo	Intervenientes	Observações
1 UMDR	Página 1: - Campo com identificação do utente - Campo para resumo do internamento - Campo para registo das “Expectativas/Necessidades do cliente/cuidador informal” - Campos para registo da “Data de internamento” e “Data de início do PII” - 5 colunas para registo “Responsáveis”, “Problema”, “Objectivos”, “Plano de Intervenção”, “Avaliação/Situação” relacionadas com 7 linhas em que cada profissional efectua o seu registo. - Campo de assinatura para o “Gestor de caso” Página 2: - 7 linhas para que cada interveniente registe a sua “Avaliação/Situação” - Campo de assinatura para o “Gestor de caso”	Página 1: - Campo com identificação do utente: “Nome”, “Nome pelo qual gosta de ser tratado”, Data de nascimento”, “Unidade”, “Cama” - Campo para resumo do internamento - Campo para registo das “Expectativas/Necessidades do cliente/cuidador informal” - Campos para registo da “Data de internamento” e “Data de início do PII” - 5 colunas para registo “Responsáveis” (estando já pré-definidos), “Problema”, “Objectivos”, “Plano de Intervenção”, “Avaliação/Situação” relacionadas com 7 linhas em que cada profissional efectua o seu registo. - Campo de assinatura para o “Gestor de caso” Página 2: - 7 linhas para que cada interveniente registe a sua “Avaliação/Situação” - Campo de assinatura para o “Gestor de caso” Todos os campos identificados anteriormente estão em branco para que possam ser preenchidos livremente	“Médico”, “Reabilitação” – indicação de que é um Fisioterapeuta, “Enfermagem”, “Nutrição”, “Psicologia”, “Social”, “Outros”	Aparentemente cada profissional efectua o seu registo individualmente. Aparentemente o fisioterapeuta é o responsável pelas intervenções da “Reabilitação”
4 ULDM	- Campo com identificação do utente e coordenador - Campo para registo da data - 7 colunas para registo da “Data”, “PROBLEMAS/NECESSIDADES/PONTOS FORTES”, “OBJECTIVOS/METAS”, “PRAZO”, “INTERVENÇÕES”, “RESPONSÁVEL”, “CUMPRIMENTO DA META (TA, PA, NA)” - Campo para registo dos “Participantes do PII” e dos que “Tomaram conhecimento”	- Identificação do utente (Nome) e coordenador - Campo para registo da data - 7 colunas para registo da “Data”, “PROBLEMAS/NECESSIDADES/PONTOS FORTES”, “OBJECTIVOS/METAS”, “PRAZO”, “INTERVENÇÕES”, “RESPONSÁVEL”, “CUMPRIMENTO DA META (TA, PA, NA)” - Campo para registo dos “Participantes do PII” e dos que “Tomaram conhecimento”	Não estão definidos à priori	- Pelo modelo não fica claro se o registo é efectuado em conjunto ou individualmente - Quem toma conhecimento do PII?

	- Campo para registo da “Data de revisão do PII” - Campo de assinatura do “Utente” e “Familiar”	- Campo para registo da “Data de revisão do PII” - Campo de assinatura do “Utente” e “Familiar”		
6 UMDR	- Campos com identificação do utente - Campo para registar “Data de admissão”, “Data de Elaboração” e “Data de alta” - 4 grandes colunas: “Problema/Pontos fortes”, “Objectivos/resultados esperados pelo utente”, “Intervenção multidisciplinar”, “Avaliação/Data” que depois se subdividem - Campo aberto para registo de “Observações” - Campo aberto para registo “Avaliação Final Multidisciplinar” - Campo para assinaturas dos participantes no PII	- Campos com identificação do utente: “Nome”, “Nº do quarto”, “Nº da Cama”, “Unidade a que pertence”, “Motivo de Internamento” - Campo para registar “Data de admissão”, “Data de Elaboração” e “Data de alta” - 4 grandes colunas: “Problema/Pontos fortes”, “Objectivos/resultados esperados pelo utente”, “Intervenção multidisciplinar”, “Avaliação/Data” que depois se subdividem. - A coluna “Objectivos/resultados esperados pelo utente” subdivide-se em “Meta (data)” e “Descrição do objectivo”. - A coluna “Intervenção multidisciplinar” divide-se em 6 colunas onde cada profissional pode efectuar o seu registo “Médico”, “Enfermeiro”, “Assistente Social”, “Fisioterapeuta”, “Psicólogo”, “Dietista”. - A coluna “Avaliação/Data” divide-se em 3 colunas, “Atingiu”, “Não atingiu”, “Mantém” - Campo aberto para registo de “Observações” - Campo aberto para registo “Avaliação Final Multidisciplinar”	- “O Doente”, “O Familiar/Cuidador”, “O Médico”, “O Enfermeiro”, “O Assistente Social”, “O Fisioterapeuta”, “O Psicólogo”, “A Dietista”	- Pelo modelo não fica claro se o registo do “Problema/Pontos Fortes” é efectuado em conjunto ou individualmente - A intervenções são definidas para cada área de intervenção - Não existe TF e TO? - Qual a necessidade de um campo final com a avaliação multidisciplinar? Quem preenche? - Não tem campo para identificação do coordenador
7 UC	Página 1: - Campo com identificação do utente - dois campos distintos para registo da “Síntese das Expectativas do Utente / Qualidade de Vida” e “Objectivo Geral” - campo de assinaturas - data de realização do documento e de assinatura do mesmo pelo utente e/ou cuidadores Página 2: - registo em 7 colunas: “Problema”, “Objectivos Específicos e Metas”, “Intervenção (Métodos e Técnicas)”, “Prazo”, “Responsável”, “Avaliação	Página 1: - Nome, Idade e Sexo do utente - Identificação da unidade e quarto em que está internado - Data de realização do PII - Campo aberto para registo da “Síntese das Expectativas do Utente / Qualidade de Vida” - “Objectivo Geral” pré-definido: “Adquirir Autonomia nas Atividades da Vida Diária (AVD’s).” - Campo para assinatura dos “Responsáveis” e do “Coordenador” - declaração do utente e/ou cuidador: “O utente e/ou pessoa de referência	- não estão definidos à priori	- O “Problema” e “Objectivos Específicos e Metas” aparentam ser definidos pela Escala de Barthel Aparentemente o “Problema” e “Objectivos Específicos e Metas” definidos são comuns a todos os intervenientes

	Intercalar”, “Avaliação Final” - Registo em dois campos abertos distintos da ““% de objectivos alcançados” e ““% de alcance das metas”	_____, conhece, participa e concorda com o Plano Individual de Intervenção.” - Campo de assinatura do utente e/ou cuidador e campo de registo de data Página 2: - Campo para registo de “Problema” pré-definido: “Dependência _____ nas Atividades da Vida Diária (AVD’s).” - Campo para registo de “Objectivos Específicos e Metas” pré-definido: “Conseguir ter ganhos em Autonomia nas AVD’s, demonstrados através aumento de um score de ____/100 para um score de ____/100 na escala de Barthel.” - Campos em aberto para registo de “Intervenção (Métodos e Técnicas)”, “Prazo”, “Responsável”, “Avaliação Intercalar” e “Avaliação Final” - Campo aberto para registo da “% de objectivos alcançados” com indicação de como efectuar o cálculo “(n.º de objectivos alcançados/n.º de objectivos propostos) x 100” - Campo aberto para registo da “% de alcance das metas” com indicação de como efectuar o cálculo “(média aritmética dos resultados de cada objectivo)”		
--	--	--	--	--

APÊNDICE VI – Questionário pré-teste

Questionário para consenso das categorias CIF - Pré-teste

“Plano Individual de Intervenção – uniformização na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” Este estudo tem como objectivo a proposta de um modelo para o Plano Individual de Intervenção (PII) para os utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Para tal é necessário que se definam quais os códigos da CIF que melhor classificam os utentes da RNCCI. Após uma revisão sistemática de literatura, encontraram-se 85 códigos direccionados para a população com características comuns às dos utentes da RNCCI. Agora, solicita-se a sua participação. Considerando a sua experiência profissional na RNCCI, pede-se que preencha este questionário referindo se “Concorda” ou “Discorda” dos códigos apresentados para caracterização da população da RNCCI. Em anexo foi enviado um documento com linhas orientadoras sobre a CIF que poderão ser úteis durante o preenchimento do questionário. No caso de ter qualquer questão poderá ainda contactar a autora do estudo através dos contactos: filipaisabelreis@gmail.com ou 964 830 764. De referir que a Primeira parte deste questionário destina-se à caracterização da amostra e que este dados serão sempre tratados de forma confidencial e anónima. A sua participação está incluída na fase de pré-teste deste estudo cujo objectivo é verificar a adequabilidade das questões deste questionário, para isso é também pedida a sua opinião sobre as mesmas. Pede-se que este questionário seja preenchido nas próximas duas semanas, estando definido como prazo de entrega 10 de Setembro de 2012. Agradece-se desde já a sua colaboração nesta etapa deste estudo.

Continue »

Powered by [Google DocsReport Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

* Required

Caracterização da Amostra

Idade *

Género *



Feminino



Masculino

Profissão *

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Terapeuta da Fala
- ☐ Terapeuta Ocupacional
- ☐ Psicólogo
- ☐ Assistente Social

Tempo de experiência profissional (em anos) * Tempo de experiência profissional na RNCCI (em anos) *

Nesta instituição, em que tipologia(s) desempenha funções? *

- ☐ Unidade de Convalescença
- ☐ Unidade de Média Duração e Reabilitação
- ☐ Unidade de Longa Duração e Manutenção
- ☐ Unidade de Cuidados Paliativos

Desempenha ou já desempenhou o papel de "Gestor de Caso" ou "Coordenador de PII"? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Tem formação sobre o "Plano Individual de Intervenção"? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, por favor indique: Ano de formação; Entidade formadora; Carga horária da formação

Conhece a CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Tem formação em CIF? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, por favor indique: Ano de formação; Entidade formadora; Carga horária da formação

Considera que as questões destinadas à caracterização da amostra estão claras e precisas? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se respondeu Não, por favor indique as alterações que recomenda

« Back

Continue »

Powered by [Google DocsReport Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

* Required

Questionário para obtenção de consenso sobre as categorias CIF

Funções do Corpo *

	Concordo	Discordo
Funções do temperamento e da personalidade	☐	☐
Funções da energia e dos impulsos	☐	☐
Funções do sono	☐	☐
Funções emocionais	☐	☐
Funções da visão	☐	☐
Função tátil	☐	☐
Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos	☐	☐
Sensação de dor	☐	☐

	Concordo	Discordo
Funções da voz	☐	☐
Funções cardíacas	☐	☐
Funções dos vasos sanguíneos	☐	☐
Funções da pressão arterial	☐	☐
Funções do sistema imunológico	☐	☐
Funções da respiração	☐	☐
Funções de tolerância ao exercício	☐	☐
Funções da ingestão	☐	☐
Funções de defecação	☐	☐
Funções de manutenção de peso	☐	☐
Funções miccionais	☐	☐
Funções sexuais	☐	☐
Funções da mobilidade das articulações	☐	☐
Funções da estabilidade das articulações	☐	☐
Funções da força muscular	☐	☐
Funções do tónus muscular	☐	☐
Funções da resistência muscular	☐	☐
Funções relacionadas com os músculos e as funções do movimento	☐	☐

	Concordo	Discordo
Funções protectoras da pele	☐	☐

Estruturas do Corpo *

	Concordo	Discordo
Estrutura do cérebro	☐	☐
Estruturas do aparelho cardiovascular	☐	☐
Estruturas da região do ombro	☐	☐
Estrutura do membro inferior	☐	☐
Estrutura das áreas da pele	☐	☐

Actividades e Participação *

	Concordo	Discordo
Realizar a rotina diária	☐	☐
Lidar com o stresse e outras exigências psicológicas	☐	☐
Falar	☐	☐
Conversação	☐	☐
Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação	☐	☐
Mudar a posição básica do corpo	☐	☐
Auto-transferências	☐	☐

	Concordo	Discordo
Levantar e transportar objectos	☐	☐
Utilização de movimentos finos da mão	☐	☐
Utilização da mão e do braço	☐	☐
Andar	☐	☐
Deslocar-se	☐	☐
Deslocar-se por diferentes locais	☐	☐
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	☐	☐
Utilização de transporte	☐	☐
Conduzir	☐	☐
Lavar-se	☐	☐
Cuidar de partes do corpo	☐	☐
Cuidados relacionados com os processos de excreção	☐	☐
Vestir-se	☐	☐
Comer	☐	☐
Beber	☐	☐
Cuidar da própria saúde	☐	☐
Aquisição de bens e serviços	☐	☐
Realizar as tarefas domésticas	☐	☐

	Concordo	Discordo
Ajudar os outros	☐	☐
Relacionamentos sociais informais	☐	☐
Relacionamentos familiares	☐	☐
Relacionamentos íntimos	☐	☐
Obter, manter e sair de um emprego	☐	☐
Trabalho remunerado	☐	☐
Auto-suficiência económica	☐	☐
Vida comunitária	☐	☐
Recreação e lazer	☐	☐

Factores Ambientais *

	Concordo	Discordo
Produtos ou substâncias para consumo pessoal	☐	☐
Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	☐	☐
Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte	☐	☐
Produtos e tecnologias para a comunicação	☐	☐
Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios	☐	☐
Família próxima	☐	☐
Amigos	☐	☐

	Concordo	Discordo
Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	☐	☐
Profissionais de saúde	☐	☐
Atitudes individuais de membros da família próxima	☐	☐
Atitudes individuais de amigos	☐	☐
Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da	☐	☐
Atitudes individuais de profissionais de saúde	☐	☐
Atitudes sociais	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e emprego	☐	☐

Considera que as questões destinadas à obtenção de consenso sobre as categorias CIF estão claras e precisas? *

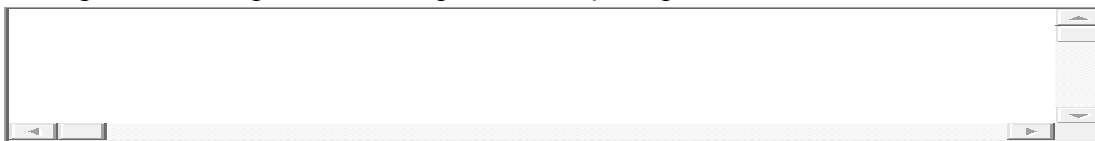
- ☐ Sim
- ☐ Não

Se respondeu Não, por favor indique as alterações que recomenda

Considera que o documento facultado para orientação da resposta a este questionário está claro e preciso? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se respondeu Não, por favor indique as alterações que recomenda



« Back

Submit

Never submit passwords through Google Forms.

Powered by [Google Docs](#)[Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

APÊNDICE VII – Questionário Segunda Ronda

Questionário para consenso das categorias CIF - 2ª volta

“Plano Individual de Intervenção – uniformização na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” Este estudo tem como objectivo a proposta de um modelo para o Plano Individual de Intervenção (PII) para os utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Para tal é necessário que se definam quais os códigos da CIF que melhor classificam os utentes da RNCCI. Após uma revisão sistemática de literatura, encontraram-se 85 códigos direccionados para a população com características comuns às dos utentes da RNCCI. Após isso, foi solicitada a sua participação para que se encontrasse um consenso em relação aos códigos que melhor caracterizam os utentes da RNCCI, tornando esta lista de códigos menor e de fácil aplicação na prática. No entanto, o consenso não foi conseguindo para a maioria dos códigos e por isso solicita-se novamente a sua participação. Considerando a sua experiência profissional na RNCCI, pede-se que preencha este questionário utilizando uma escala de Likert de 5 respostas possíveis, referindo para cada um dos códigos se está "Totalmente de acordo", "De acordo", "Indeciso", "Em desacordo" ou "Totalmente em desacordo". Em anexo foi enviado um documento com linhas orientadoras sobre a CIF que poderão ser úteis durante o preenchimento do questionário. No caso de ter qualquer questão poderá ainda contactar a autora do estudo através dos contactos: filipaisabelreis@gmail.com ou 964 830 764. De referir que a Primeira parte deste questionário destina-se à caracterização da amostra e que estes dados serão sempre tratados de forma confidencial e anónima. Pede-se que este questionário seja preenchido nas próximas três semanas, estando definido como prazo de entrega 19 de Janeiro de 2013. Agradece-se desde já a sua colaboração nesta etapa deste estudo.

Continue »

Powered by [Google DocsReport Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

* Required

Caracterização da Amostra

Idade *

Género *

☐

Feminino

☐

Masculino

Profissão *

☐

Médico

☐

Enfermeiro

☐

Fisioterapeuta

☐

Terapeuta da Fala

☐

Terapeuta Ocupacional

☐

Psicólogo

☐

Assistente Social

Tempo de experiência profissional (em anos) *

Tempo de experiência profissional na RNCCI (em anos) *

Nesta instituição, em que tipologia(s) desempenha funções? *

☐

Unidade de Convalescença

☐

Unidade de Média Duração e Reabilitação

☐

Unidade de Longa Duração e Manutenção

☐

Unidade de Cuidados Paliativos

Desempenha ou já desempenhou o papel de "Gestor de Caso" ou "Coordenador de PII"? *

☐

Sim

☐

Não

Tem formação específica sobre o "Plano Individual de Intervenção"? *

☐

Sim

☐

Não

Se sim, por favor indique: Ano da formação, Entidade formadora; Carga horária da formação

Conhece a CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Tem formação em CIF? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, por favor indique: Ano da formação, Entidade formadora; Carga horária da formação

« Back

Continue »

Powered by [Google DocsReport Abuse](#) - [Terms of Service](#) - Additional Ter

* Required

Questionário para obtenção de consenso sobre as categorias CIF - 2ª volta

Funções do Corpo *

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Funções do temperamento e da personalidade	☐	☐	☐	☐	☐
Funções do sono	☐	☐	☐	☐	☐
Funções emocionais	☐	☐	☐	☐	☐

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Funções da visão	☐	☐	☐	☐	☐
Função tátil	☐	☐	☐	☐	☐
Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos	☐	☐	☐	☐	☐
Sensação de dor	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da Voz	☐	☐	☐	☐	☐
Funções cardíacas	☐	☐	☐	☐	☐
Funções dos vasos sanguíneos	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da pressão arterial	☐	☐	☐	☐	☐
Funções do sistema imunológico	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da respiração	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da tolerância ao exercício	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da ingestão	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da defecação	☐	☐	☐	☐	☐

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Funções da manutenção de peso	☐	☐	☐	☐	☐
Funções miccionais	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da mobilidade das articulações	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da estabilidade das articulações	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da força muscular	☐	☐	☐	☐	☐
Funções do tónus muscular	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da resistência muscular	☐	☐	☐	☐	☐
Funções relacionadas com o padrão de marcha	☐	☐	☐	☐	☐
Funções protectoras da pele	☐	☐	☐	☐	☐

Estruturas do corpo *

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em
Estrutura do cérebro	☐	☐	☐	☐	☐
Estruturas do aparelho cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐
Estrutura das áreas da pele	☐	☐	☐	☐	☐

Actividades e Participação *

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Realizar a rotina diária	☐	☐	☐	☐	☐
Lidar com o stresse e outras experiências psicológicas	☐	☐	☐	☐	☐
Falar	☐	☐	☐	☐	☐
Conversação	☐	☐	☐	☐	☐
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	☐	☐	☐	☐	☐
Mudar a posição básica do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
Manter a posição do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
Auto-transferências	☐	☐	☐	☐	☐
Levantar e transportar objectos	☐	☐	☐	☐	☐
Utilização de movimentos finos da mão	☐	☐	☐	☐	☐
Utilização da mão e do braço	☐	☐	☐	☐	☐
Andar	☐	☐	☐	☐	☐

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Deslocar-se	☐	☐	☐	☐	☐
Deslocar-se por diferentes locais	☐	☐	☐	☐	☐
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	☐	☐	☐	☐	☐
Utilização de transporte	☐	☐	☐	☐	☐
Lavar-se	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidar de partes do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidados relacionados com os processos de excreção	☐	☐	☐	☐	☐
Vestir-se	☐	☐	☐	☐	☐
Comer	☐	☐	☐	☐	☐
Beber	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidar da própria saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Aquisição de bens e serviços	☐	☐	☐	☐	☐
Realizar as tarefas domésticas	☐	☐	☐	☐	☐

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Relacionamentos sociais informais	☐	☐	☐	☐	☐
Relacionamentos familiares	☐	☐	☐	☐	☐
Recreação e lazer	☐	☐	☐	☐	☐

Factores Ambientais *

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Produtos ou substâncias para consumo pessoal	☐	☐	☐	☐	☐
Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	☐	☐	☐	☐	☐
Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores	☐	☐	☐	☐	☐
Produtos e tecnologias para a comunicação	☐	☐	☐	☐	☐
Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios de usos privado	☐	☐	☐	☐	☐

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Família próxima	☐	☐	☐	☐	☐
Amigos	☐	☐	☐	☐	☐
Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	☐	☐	☐	☐	☐
Profissionais de saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Atitudes individuais de membros da família próxima	☐	☐	☐	☐	☐
Atitudes sociais	☐	☐	☐	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social	☐	☐	☐	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral	☐	☐	☐	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	☐	☐	☐	☐	☐

« Back

Submit

Never submit passwords through Google Forms.

Powered by [Google DocsReport Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

APÊNDICE VIII – Questionário Terceira Ronda

Questionário para consenso das categorias CIF - 3ª volta

“Plano Individual de Intervenção – uniformização na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” Este estudo tem como objectivo a proposta de um modelo para o Plano Individual de Intervenção (PII) para os utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Para tal é necessário que se definam quais os códigos da CIF que melhor classificam os utentes da RNCCI. Após uma revisão sistemática de literatura, encontraram-se 85 códigos direccionados para a população com características comuns às dos utentes da RNCCI. Após isso, foi solicitada a sua participação para que se encontrasse um consenso em relação aos códigos que melhor caracterizam os utentes da RNCCI, tornando esta lista de códigos menor e de fácil aplicação na prática. No entanto, o consenso não foi conseguindo para a maioria dos códigos e por isso solicita-se novamente a sua participação. Considerando a sua experiência profissional na RNCCI, pede-se que preencha este questionário utilizando uma escala de Likert de 5 respostas possíveis, referindo para cada um dos códigos se está "Totalmente de acordo", "De acordo", "Indeciso", "Em desacordo" ou "Totalmente em desacordo". Em anexo foi enviado um documento com linhas orientadoras sobre a CIF que poderão ser úteis durante o preenchimento do questionário. No caso de ter qualquer questão poderá ainda contactar a autora do estudo através dos contactos: filipaisabelreis@gmail.com ou 964 830 764. De referir que a Primeira parte deste questionário destina-se à caracterização da amostra e que estes dados serão sempre tratados de forma confidencial e anónima. Pede-se que este questionário seja preenchido nas próximas três semanas, estando definido como prazo de entrega 23 de Março de 2013. Agradece-se desde já a sua colaboração nesta etapa deste estudo.

Continue »

Powered by [Google DocsReport Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

* Required

Caracterização da Amostra

Idade *

Género *

☐

Feminino

☐

Masculino

Profissão *

☐

Médico

☐

Enfermeiro

☐

Fisioterapeuta

☐

Terapeuta da Fala

☐

Terapeuta Ocupacional

☐

Psicólogo

☐

Assistente Social

Tempo de experiência profissional (em anos) *

Tempo de experiência profissional na RNCCI (em anos) *

Nesta instituição, em que tipologia(s) desempenha funções? *

☐

Unidade de Convalescença

☐

Unidade de Média Duração e Reabilitação

☐

Unidade de Longa Duração e Manutenção

☐

Unidade de Cuidados Paliativos

Desempenha ou já desempenhou o papel de "Gestor de Caso" ou "Coordenador de PII"? *

☐

Sim

☐

Não

Tem formação específica sobre o "Plano Individual de Intervenção"? *

☐

Sim

☐

Não

Se sim, por favor indique: Ano da formação, Entidade formadora; Carga horária da formação

Conhece a CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Tem formação em CIF? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, por favor indique: Ano da formação, Entidade formadora; Carga horária da formação

« Back

Continue »

Powered by [Google DocsReport Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

* Required

Questionário para obtenção de consenso sobre as categorias CIF - 3ª volta

Funções do Corpo *

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Funções do temperamento e da personalidade	☐	☐	☐	☐	☐
Funções do sono	☐	☐	☐	☐	☐
Funções emocionais	☐	☐	☐	☐	☐

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Funções da visão	☐	☐	☐	☐	☐
Função tátil	☐	☐	☐	☐	☐
Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos	☐	☐	☐	☐	☐
Sensação de dor	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da Voz	☐	☐	☐	☐	☐
Funções cardíacas	☐	☐	☐	☐	☐
Funções dos vasos sanguíneos	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da pressão arterial	☐	☐	☐	☐	☐
Funções do sistema imunológico	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da respiração	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da tolerância ao exercício	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da ingestão	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da defecação	☐	☐	☐	☐	☐

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Funções da manutenção de peso	☐	☐	☐	☐	☐
Funções miccionais	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da mobilidade das articulações	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da estabilidade das articulações	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da força muscular	☐	☐	☐	☐	☐
Funções do tônus muscular	☐	☐	☐	☐	☐
Funções da resistência muscular	☐	☐	☐	☐	☐
Funções relacionadas com o padrão de marcha	☐	☐	☐	☐	☐
Funções protectoras da pele	☐	☐	☐	☐	☐

Estruturas do corpo *

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Estrutura do cérebro	☐	☐	☐	☐	☐
Estruturas do aparelho	☐	☐	☐	☐	☐

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
cardiovascular					

Actividades e Participação *

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Realizar a rotina diária	☐	☐	☐	☐	☐
Lidar com o stress e outras experiências psicológicas	☐	☐	☐	☐	☐
Falar	☐	☐	☐	☐	☐
Conversação	☐	☐	☐	☐	☐
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	☐	☐	☐	☐	☐
Mudar a posição básica do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
Manter a posição do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
Auto-transferências	☐	☐	☐	☐	☐
Levantar e transportar objectos	☐	☐	☐	☐	☐
Utilização de movimentos finos da	☐	☐	☐	☐	☐

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
mão					
Utilização da mão e do braço	☐	☐	☐	☐	☐
Andar	☐	☐	☐	☐	☐
Deslocar-se	☐	☐	☐	☐	☐
Deslocar-se por diferentes locais	☐	☐	☐	☐	☐
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	☐	☐	☐	☐	☐
Lavar-se	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidar de partes do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidados relacionados com os processos de excreção	☐	☐	☐	☐	☐
Vestir-se	☐	☐	☐	☐	☐
Comer	☐	☐	☐	☐	☐
Beber	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidar da própria saúde	☐	☐	☐	☐	☐

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Aquisição de bens e serviços	☐	☐	☐	☐	☐
Realizar as tarefas domésticas	☐	☐	☐	☐	☐
Relacionamentos familiares	☐	☐	☐	☐	☐
Recreação e lazer	☐	☐	☐	☐	☐

Factores Ambientais *

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
Produtos ou substâncias para consumo pessoal	☐	☐	☐	☐	☐
Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	☐	☐	☐	☐	☐
Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores	☐	☐	☐	☐	☐
Produtos e tecnologias para a comunicação	☐	☐	☐	☐	☐
Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em	☐	☐	☐	☐	☐

	Totalmente de acordo	De acordo	Indeciso	Em desacordo	Totalmente em desacordo
prédios de usos privado					
Família próxima	☐	☐	☐	☐	☐
Amigos	☐	☐	☐	☐	☐
Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	☐	☐	☐	☐	☐
Profissionais de saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Atitudes individuais de membros da família próxima	☐	☐	☐	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social	☐	☐	☐	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral	☐	☐	☐	☐	☐
Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	☐	☐	☐	☐	☐

« Back

Submit

Never submit passwords through Google Forms.

Powered by [Google Docs](#)[Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

APÊNDICE IX – *E-mail* a solicitar o Plano Individual de Intervenção

De: Filipa Reis [<mailto:filipaisabelreis@gmail.com>]

Enviada: terça-feira, 19 de Março de 2013 02:07

Para: undisclosed-recipients:

Assunto: 2ª Fase Estudo de investigação - colaboração

Exmos. Srs.,

Eu, Filipa Isabel Pereira Rosa Silva Reis, aluna do 2.º ano do Mestrado em Cuidados Continuados Integrados da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, venho por este meio solicitar mais uma vez a participação da sua Unidade pertencente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no estudo de investigação intitulado “Plano Individual de Intervenção – uniformização nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”.

Num primeira fase foi solicitada a participação dos seus colaboradores para preenchimentos de questionários de forma a obter o consenso sobre as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde que melhor poderão caracterizar os utentes das unidades de internamento da RNCCI.

Nesta segunda fase, tem-se como objectivo propor um modelo para o Plano Individual de Intervenção baseado nos requisitos propostos pela RNCCI para este documento, no que está descrito na literatura como sendo o necessário para este fim e pretende-se também que seja baseado nos documentos já existentes na Rede. Para isso solicita-se que seja facultado o modelo do Plano Individual de Intervenção utilizado na vossa Unidade, de forma a poder ser analisado mediante uma grelha de observação. Os dados serão tratados de forma confidencial e serão eliminados os elementos identificativos das instituições.

Desde já o meu agradecimento por tornar este estudo possível.

Com os melhores cumprimentos,

Filipa Reis

APÊNDICE X – Caracterização dos participantes

Participante	Idade	Género	Profissão	Tempo de experiência profissional	Tempo de experiência profissional na RNCCI	Tipologia da RNCCI onde desempenha funções	“Gestor de caso” ou “Coordenador de PII”	Formação específica em PII	Entidade Formadora – número de horas de formação	Conhecimento sobre a CIF	Formação específica em CIF
A	46	F	Enfermeiro	22	6	UC	Sim	Não	-	Não	Não
B	54	F	Médico	29	6	UC + UMDR + ULDM	Sim	Sim	União das Misericórdias - ?	Não	Não
C	30	F	Psicólogo	7	6	UC + UMDR + ULDM	Sim	Sim	RNCCI – 16h	Sim	Não
D	30	F	Terapeuta Ocupacional	7	6	UC	Sim	Sim	RNCCI – 14h	Sim	Não
E	29	F	Fisioterapeuta	7	6	UC	Sim	Sim	Própria instituição – 2h	Sim	Não
F	27	F	Terapeuta Ocupacional	6	6	UC + UMDR + ULDM	Sim	Sim	?	Sim	Não
G	30	F	Fisioterapeuta	7	6	UC	Sim	Sim	Própria instituição – 2h	Sim	Não
H	28	F	Terapeuta da Fala	7	6	UC	Sim	Sim	ARS Alentejo – 14h	Sim	Não
I	31	F	Assistente Social	7	6	UC	Sim	Não	-	Não	Não

APÊNDICE XI – Guião de preenchimento do modelo do Plano Individual de Intervenção proposto

Guião de preenchimento do modelo proposto para o Plano Individual de Intervenção

PÁGINA 1

A página 1 tem como objectivo apresentar os dados identificativos do utente e a perspectiva subjectiva da sua funcionalidade face à sua actual condição de saúde.

Nesta página são também apresentados os factores pessoais que poderão influenciar a participação do utente no processo de reabilitação.

Campo 1

Preencher com os dados identificativos do utente.

Os campos das datas de Admissão, de Elaboração, de Reavaliação e de Avaliação Final deverão ser preenchidos de acordo com o que está procedimentado para cada tipologia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

O campo “Motivo de Internamento e/ou Diagnóstico Principal” deverá ser preenchido com recurso ao ICD-10.

Campo 2

O campo “Expectativa do utente e/ou cuidador” deverá ser preenchido com as expectativas do utente ou, caso não seja possível aferi-las junto deste, do cuidador ou pessoa de referência.

Tem-se como objectivo recolher as expectativas do utente e/ou cuidador para o período de internamento na Unidade.

Pergunta tipo: “O que espera alcançar/conseguir com o internamento nesta Unidade?”

Campo 3

Pretende-se aferir a perspectiva dos utentes e/ou cuidadores face às funções e estruturas do corpo e actividades e participação que consideram estar mais afectadas pela actual condição de saúde do utente.

Em relação aos factores ambientais pretende-se fazer o levantamento dos ambientes facilitadores ou inibidores do desempenho do utente.

Funções e estruturas do corpo

Pergunta tipo: “Que estruturas/partes do seu corpo considera que estão mais afectadas com a sua actual condição de saúde?”

“Que funções/capacidades do seu corpo considera que estão mais afectadas com a sua actual condição de saúde?”

Actividades e participação

Pergunta tipo: “Que actividades/tarefas/situações do seu dia-a-dia considera que estão mais afectadas com a sua actual condição de saúde?”

Factores ambientais

Pergunta tipo: “Que produtos, pessoas ou organizações considera que podem dificultar/prejudicar a realização das suas actividades do dia-a-dia? E facilitar/ajudar?”

Campo 4

Factores pessoais

Preencher com os factores relacionados com o indivíduo: nível social, educacional, cultural, experiências de vida, etc, que não estejam classificados na CIF mas possam influenciar de alguma forma a participação do utente no processo de reabilitação.

PÁGINA 2

A página 2 tem como objectivo apresentar perspectiva objectiva sua funcionalidade do utente face à sua actual condição de saúde utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) estabelece uma linguagem uniformizada e padronizada, assim como, um quadro de referência para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde.

A caracterização do utente será guiada com a utilização dos códigos CIF definidos para caracterizar os utentes da RNCCI.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Funções do corpo: são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).

b280 Sensação de dor: sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo.

Inclui: sensações de dor generalizada ou localizada, em uma ou em mais partes do corpo, dor num dermatomo, dor penetrante, dor tipo queimadura, dor tipo moínha, dor contínua e intensa; deficiências, como, mialgia, analgesia e hiperalgesia.

b455 Funções da tolerância ao exercício: funções relacionadas com a capacidade respiratória e cardiovascular necessárias para a tolerância a esforços físicos.

Inclui: funções de tolerância física, capacidade aeróbica, energia e fatigabilidade.

Exclui: funções do aparelho cardiovascular (b410-429); funções do sistema hematológico (b430); funções respiratórias (b440); funções dos músculos respiratórios (b445); funções respiratórias adicionais (b450).

b710 Funções da mobilidade das articulações: funções relacionadas com a amplitude e a facilidade de movimento de uma articulação.

Inclui: funções de mobilidade de uma ou várias articulações, coluna vertebral, ombro, cotovelo, punho, anca, joelho, tornozelo, pequenas articulações das mãos e pés; mobilidade geral das articulações; deficiências, tais como, hipermobilidade das articulações, articulações rígidas, ombro congelado, artrite.

Exclui: estabilidade das funções das articulações (b715); funções de controlo do movimento voluntário (b760).

b730 Funções da força muscular: funções relacionadas com a força gerada pela contracção de um músculo ou de grupos musculares.

Inclui: funções associadas com a força de músculos específicos e grupos musculares, músculos de um membro, de um lado do corpo, da parte inferior do corpo, de todos os membros, do tronco e do corpo como um todo; deficiências, tais como, fraqueza dos pequenos músculos dos pés e das mãos, paresia muscular, paralisia muscular, monoplegia, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia e mutismo acinético.

Exclui: funções dos anexos do olho (b215); funções relacionadas com o tônus muscular (b735); funções da resistência muscular (b740).

b735 Funções do tônus muscular: funções relacionadas com a tensão presente nos músculos em repouso e a resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente.

Inclui: funções associadas à tensão de músculos isolados e grupos musculares, músculos de um membro, de um lado do corpo e da metade inferior do corpo, músculos de todos os membros, músculos do tronco, e todos os músculos do corpo; deficiências, tais como, hipotonia, hipertonia e espasticidade muscular.

Exclui: funções da força muscular (b730); funções da resistência muscular (b740).

b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha: funções relacionadas com os tipos de movimentos associados com andar, correr ou outros movimentos de todo o corpo.

Inclui: tipos de marcha e de corrida; deficiências, tais como, marcha espástica, marcha hemiplégica, marcha paraplégica, marcha assimétrica, claudicação e padrão de marcha rígida.

Exclui: funções da força muscular (b730); funções do tônus muscular (b735); funções de controlo do movimento voluntário (b760); funções dos movimentos involuntários (b765).

b810 Funções protectoras da pele: funções da pele relacionadas com a protecção do corpo contra agentes físicos, químicos e biológicos.

Inclui: funções de protecção contra o sol e outras radiações, fotossensibilidade, pigmentação, qualidade da pele; funções de isolamento da pele, formação de calosidades, endurecimento; deficiências, tais como, soluções de continuidade da pele, úlceras, escaras e diminuição de espessura da pele.

Exclui: funções reparadoras da pele (b820); outras funções da pele (b830).

Actividades e participação: *Actividade* é a execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo. *Participação* é envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

Limitações da actividade são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de actividades. Restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

d230 Realizar a rotina diária: realizar acções coordenadas simples ou complexas de modo a poder planear, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia, como por exemplo, administrar o tempo e planear as actividades individuais ao longo do dia. *Inclui:* gerir e concluir a rotina diária; gerir o seu próprio nível de actividade. *Exclui:* realizar tarefas múltiplas (d220).

d330 Falar: produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito, como por exemplo, expressar um facto ou contar uma história.

d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação: utilizar dispositivos, técnicas e outros meios para comunicar, como por exemplo, ligar o telefone para um amigo. *Inclui:* utilização de dispositivos de telecomunicações, utilização de máquinas de escrever e de técnicas de comunicação.

d410 Mudar a posição básica do corpo: adoptar e sair de uma posição corporal e mover-se de um local para outro, como por exemplo, levantar-se de uma cadeira para se deitar na cama, e adoptar e sair de posições de ajoelhado ou agachado. *Inclui:* mudar a posição do corpo de deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou em pé, curvado ou mudar o centro de gravidade do corpo. *Exclui:* auto transferências (d420).

d415 Manter a posição do corpo: manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário, como por exemplo, permanecer sentado ou de pé no trabalho ou na escola
Inclui: manter uma posição de deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou de pé.

d420 Auto-transferências: mover-se de uma superfície para outra, por exemplo, deslizar ao longo de um banco ou mover-se da cama para a cadeira, sem mudar a posição do corpo. *Inclui:* auto transferir-se enquanto sentado ou deitado. *Exclui:* mudar a posição básica do corpo (d410).

d430 Levantar e transportar objectos: levantar um objecto ou mover algo de um lugar para outro, como por exemplo, levantar uma chávena ou transportar uma criança de um local para

outro. *Inclui:* levantar, transportar nas mãos ou nos braços, ou sobre os ombros, sobre as ancas, costas ou cabeça; pousar objectos.

d450 Andar: mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando se passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado. *Inclui:* andar distâncias curtas e longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando os obstáculos. *Exclui:* auto transferências (d420); deslocar-se (d455).

455 Deslocar-se: mover todo o corpo de um lugar para outro, usando outros meios excluindo a marcha, como por exemplo, escalar uma rocha ou correr por uma rua, saltar, correr em disparada, dar salto mortal ou correr evitando obstáculos. *Inclui:* Gatinhar, subir, correr, saltar e nadar. *Exclui:* auto transferências (d420); andar (d450).

d460 Deslocar-se por diferentes locais: andar ou movimentar-se em vários lugares e situações, como por exemplo, andar de um quarto para outro dentro de uma casa, andar dentro de um edifício ou numa rua de uma cidade. *Inclui:* mover-se dentro de casa, gatinhar ou transpor desníveis ou degraus dentro de casa; andar ou mover-se dentro de edifícios sem ser na própria casa, fora de casa e noutros edifícios.

d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento: mover todo o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, utilizando dispositivos específicos para facilitar a movimentação ou arranjar outras formas de se mover com equipamentos, tais como, patins, skis, equipamento de mergulho, ou deslocar-se na rua em cadeira de rodas ou com auxílio de um andarilho. *Exclui:* auto transferências (d420); andar (d450); deslocar-se (d455); utilizar transporte (d470); conduzir (d475).

d510 Lavar-se: Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como por exemplo, tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, cara e cabelo; e secar-se com uma toalha. *Inclui:* lavar partes do corpo, todo o corpo; e secar-se. *Exclui:* cuidar de partes do corpo (d520); cuidados relacionados com os processos de excreção (d530).

d520 Cuidar de partes do corpo: cuidar de partes do corpo como pele, cara, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar. *Inclui:* cuidar da pele, dentes, cabelo, unhas das mãos e dos pés. *Exclui:* lavar-se (d510); cuidados relacionados com os processos de excreção (d530).

d540 Vestir-se: realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado, segundo uma sequência adequada. e de acordo com as condições climáticas e sociais, como por exemplo, vestir, compor e tirar camisas, saias, blusas, calças, roupa interior, saris, quimonos, meias, casacos, calçar sapatos, botas, sandálias e chinelos, por luvas e chapéus. *Inclui:* pôr ou tirar roupas e calçado e escolher as roupas apropriadas.

d550 Comer: executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar os talheres; participar em refeições, banquetes e jantares. *Exclui:* beber (d560).

d560 Beber: coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e servir os líquidos para serem bebidos, abrir garrafas e latas, beber por um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; mamar. *Exclui:* comer (d550).

Factores ambientais: constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida.

e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores: equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas para se deslocarem dentro e fora de edifícios, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos, colocados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza. *Inclui:* produtos e tecnologias gerais e de apoio para mobilidade e transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores. *Exclui:* prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340).

e125 Produtos e tecnologias para a comunicação: equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas em actividades de transmissão e recepção de informações, incluindo

aqueles adaptados ou especialmente concebidos situados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza. *Inclui*: produtos e tecnologias gerais e de apoio para comunicação.

e310 Família próxima: indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outro relacionamento reconhecido pela cultura como família próxima, tais como, cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de acolhimento, pais adoptivos e avós. *Exclui*: família alargada (e315); prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340).

e575 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social em geral: serviços, sistemas e políticas orientados para dar apoio àqueles que necessitam de ajuda em áreas, tais como, compras, trabalho doméstico, transporte, cuidados ao próprio e a outros, a fim de beneficiarem da melhor funcionalidade na sociedade quanto possível. *Exclui*: serviços, sistemas e políticas da segurança social (e570); prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340); serviços, sistemas e políticas de saúde (e580). Em cada uma das dimensões há ainda espaço para acrescentar categorias que após a avaliação inicial se considere como essencial para a caracterização do utente.

Para a caracterização de cada categoria são utilizados os qualificadores definidos para cada dimensão em análise.

Qualificadores

Funções do corpo: Qualificador genérico com a escala negativa, utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência

0 – Nenhuma deficiência significa que a pessoa não tem problema;

1 – Deficiência leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias;

2 – Deficiência moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias;

3 – Deficiência grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias;

4 – Deficiência completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias;

8 – Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência;

9 – Não aplicável significa que é inadequado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).

Actividades e participação: Qualificador genérico; Problema no ambiente habitual da pessoa; Limitação, sem ajuda

0 – Nenhuma dificuldade significa que a pessoa não tem problema;

1 – Dificuldade leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias;

2 – Dificuldade moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias;

3 – Dificuldade grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias;

4 – Dificuldade completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias;

8 – Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade;

9 – Não aplicável significa que é inadequado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).

Factores ambientais: Qualificador genérico com escala negativa e positiva para indicar, respectivamente, a extensão das barreiras e dos facilitadores

Barreira – factores que limitam a funcionalidade e provocam incapacidade. Exemplos: ambiente físico inacessível, falta de tecnologia apropriada, atitudes das pessoas em relação à incapacidade...

Facilitador – através da sua ausência ou presença melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade do utente. Exemplos: ambiente físico acessível, disponibilidade de tecnologia apropriada, atitudes positivas das pessoas em relação à incapacidade...

A caracterização dos utentes por parte dos profissionais deverá ocorrer de acordo com as datas de preenchimento do PII (preenchimento inicial e reavaliações) procedimentadas para cada tipologia da RNCCI.

PÁGINA 3

A página 3 pretende espelhar os objectivos definidos para o período de internamento na Unidade.

O campo de descrição do objectivo já se encontra pré-preenchido, a equipa deverá definir o prazo em que o objectivo deverá ser alcançado e o “Valor a atingir” para cada um dos objectivos.

O “Valor a atingir” é calculado através da soma dos qualificadores das categorias de cada dimensão (PÁGINA 2) nos campos “Avaliação inicial”, “Valor a atingir”, “Avaliação intercalar” e “Avaliação Final”.

PÁGINA 4

A PÁGINA 4 pretende espelhar que categorias serão alvo de intervenção durante o internamento do utente na Unidade.

A coluna “Alvos de Intervenção” estará preenchida com as categorias da CIF que após o preenchimento da Página 2 tenham sido identificadas como as que irão requerer intervenção durante o período de internamento do utente.

Nas colunas seguintes estão identificados as categorias profissionais existentes na RNCCI, deverão ser assinaladas aquelas categorias que irão estar como responsáveis da intervenção definida para cada “Alvo de Intervenção”

Na coluna “Intervenção” deverá estar descrita a intervenção definida para cada “Alvo de Intervenção”.

PÁGINA 5

A PÁGINA 5 tem como função apresentar a Análise global final dos resultados obtidos com o internamento do utente na Unidade.

Para cada objectivo definido é calculada a variação de valores ao longo do internamento, a % de metas alcançadas. É também calculada a % de objectivos alcançados.

Fórmulas

Variação = valor final-valor inicial (valores obtidos na PÁGINA 3)

% de metas alcançadas = [(valor final-valor inicial)/(valor a atingir-valor inicial)]*100

% objectivos alcançados = (número de objectivos propostos/número de objectivos alcançados)*100

Nesta página há espaço para as assinaturas dos participantes no Plano Individual de Intervenção, os profissionais deverão assinar nos espaços destinados aos “Responsáveis” e o utente e/ou cuidador no campo abaixo. O campo da data deverá corresponder à data de assinatura do documento por parte do utente e/ou cuidador.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de Avaliação Integrada

ANEXO II – *ICF Categorical Profile*

ANEXO III – *ICF Assessment Sheet*

ANEXO IV – *ICF Assignment Map*

ANEXO V – *ICF Intervention Table*

ANEXO VI – *ICF Evaluation Display*

ANEXO VII – Declaração do estabelecimento de ensino

ANEXO VIII – Planos Individuais de Intervenção disponibilizados pelas Unidades

ANEXO I – Instrumento de Avaliação Integrada

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA:

[? Ajuda](#)

Gravar Cancelar

* Indica campo obrigatório

Data : *  (aaaa-mm-dd)

Tipo de avaliação

* --Seleccionar--

Perfil

Biopsicossocial

Respondeu ao inquérito: *

--Seleccionar--

Queixas de saúde

[Se não for possível obter de respostas relativas a queixas, click aqui](#)Queixas Musculo-
esqueléticas:

--Seleccionar--

Queixas Visão

--Seleccionar--

Queixas Audição:

--Seleccionar--

Queixas Pele:

--Seleccionar--

Queixas Outros
Órgãos/Sistemas:

--Seleccionar--

Estado de nutrição

[Se não tiver respostas, click aqui](#)

Peso (em Kg, ex: 68.4) :

Altura (em m, ex: 1.71) : *

IMC - Índice de Massa Corporal
(kg/m²):

CINT - Cintura - 1ª (em cm) : *

CINT - Cintura - 2ª (em cm) : *

CINT - Cintura - 3ª (em cm) : *

CINT - Cintura - (cm):

Quedas

Na primeira avaliação tipo Admissão/Ambulatório deverão ser consideradas as quedas relativas ao último ano. Nas seguintes avaliações devem ser consideradas as quedas verificadas desde a última avaliação.

Nº de Quedas: *

Momento de Quedas: *

--Seleccionar--

Motivo de Quedas: *

--Seleccionar--

Sequelas de Quedas ocorridas: *

--Seleccionar--

Locomoção

Andar em casa, dentro de edifícios: *

--Seleccionar--

Andar na rua: *

--Seleccionar--

Andar em escadas: *

--Seleccionar--

Locomoção e meios para visão e
audição: *

--Seleccionar--

Autonomia física

Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se) : *	--Selecccionar--
Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir) : *	--Selecccionar--
Usar a sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar) : *	--Selecccionar--
Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar) : *	--Selecccionar--
Sentar-se/levantar-se de cadeiras(mover-se, transferir-se, andar) : *	--Selecccionar--
Controlar a urina: *	--Selecccionar--
Controlar as fezes: *	--Selecccionar--
Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer) : *	--Selecccionar--
Autonomia Física e meios para visão e audição: *	--Selecccionar--

Autonomia Instrumental

Usar o telefone (marcar n.ºs, atender) : *	--Selecccionar--
Fazer compras (todas as compras necessárias) : *	--Selecccionar--
Preparar refeições (planejar bem, preparar, servir-se) : *	--Selecccionar--
Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza) : *	--Selecccionar--
Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena) : *	--Selecccionar--
Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos / táxi / carro, conduzir) : *	--Selecccionar--
Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos) : *	--Selecccionar--
Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco) : *	--Selecccionar--
Autonomia Instrumental e meios para visão e audição: *	--Selecccionar--

Queixas emocionais

Se não for possível obter de respostas relativas a queixas, click aqui

Triste / deprimido *	Queixas triste :	--Selecccionar--
Nervoso / ansioso *	Queixas nervoso :	--Selecccionar--
Outras Queixas Emocionais: *	Queixas outras :	--Selecccionar--

Estado cognitivo

Orientação no tempo

Ano - Em que ano estamos ? *	Mês - Em que mês estamos ? *
Dia do mês - Quantos são hoje ? *	Estação do ano - Em que estação do ano estamos ? *
Dia da semana - Que dia da semana é hoje ? *	

Orientação no espaço

País - Como se chama o nosso país ? *	--Selecccionar--
Distrito - Em que distrito vive ? *	--Selecccionar--
Terra - Em que terra vive ? *	--Selecccionar--
Casa - Como se chama esta casa ? *	--Selecccionar--
Andar - Em que andar estamos ? *	--Selecccionar--

Estado social

Se não tiver respostas, click aqui

Estado Civil *	--Selecccionar--
N.º coabitantes : *	

Tempo em que está só nas 24h : * --Seleccionar--

Ter com quem desabafar / ter confidente(falar de assuntos pessoais) : * --Seleccionar--

Escolaridade : * --Seleccionar--

Profissão : * --Seleccionar--

HábitosSe não tiver respostas, click aquiAndar a pé na rua (nº
horas / semana) : *Ginástica ou desporto (nº
horas / semana) : *Outra actividade física (nº
horas / semana) : *AF - Actividade Física (nº
horas / semana) : *

Nº de Refeições /dia : *

Peq Almoço

☐

Meio Manhã

☐

Almoço

☐

Lanche

☐

Jantar

☐

Ceia

☐

Outra(s)

☐

Gravar

Cancelar

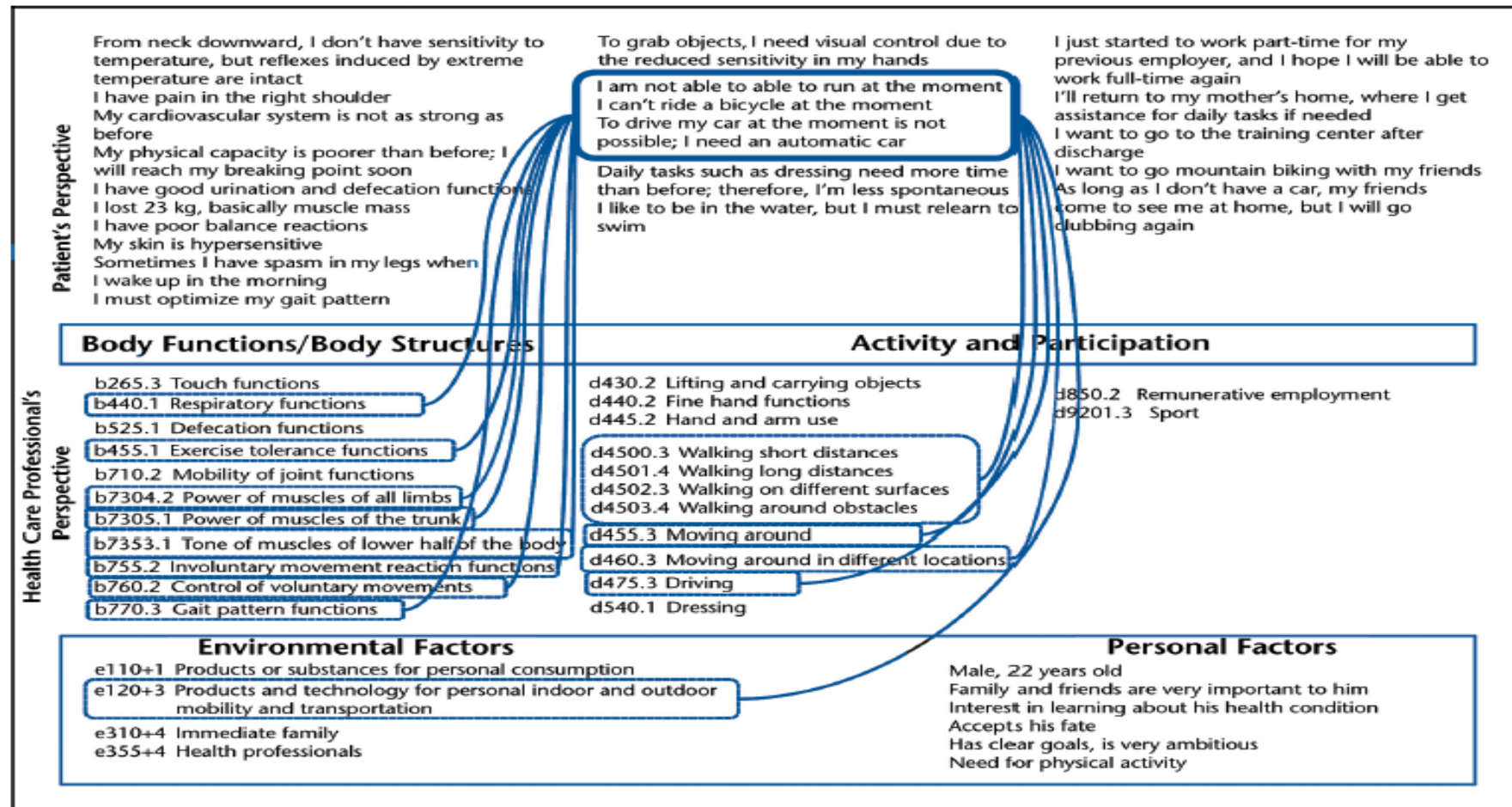
ANEXO II – ICF Categorical Profile

Evaluation (5 Months Following Injury)							
Patient Goal (PG): Independent living in the community							0
Long-Term-Goal (LTC): Resumption of leisure activities							2
Short-Term-Goal 1 (STG1): Locomotion							1
Short-Term-Goal 2 (STG2): Carrying, moving, and handling objects							1
ICF Categories		ICF Qualifier [†]					Related to LTG or STG
		0	1	2	3	4	Goal Value [†]
b152	Emotional function						
b265*	Touch functions						
b280*	Sensation of pain						STG1, STG2
b440*	Respiration functions						STG1
b455*	Exercise tolerance functions						STG1
b525	Defecation functions						
b620	Urination functions						
b710*	Mobility of joint functions						STG1
b7304*	Power of muscles of all limbs						STG1
b7305*	Power of muscles of the trunk						STG1
b7353*	Tone of muscles of lower half of the body						STG1
b740*	Muscle endurance functions						STG1
b755*	Involuntary movement reaction functions						STG1
b760*	Control of voluntary movements						STG1, STG2
b770*	Gait pattern functions						STG1
b810	Protective functions of the skin						
s12000	Cervical spinal cord						
s430	Structure of the respiratory system						
s610	Structure of the urinary system						
d4100*	Lying down						
d4104*	Standing						STG1
d4105*	Bending						STG1
d4106*	Shifting the body's center of gravity						STG1
d4153*	Maintaining a sitting position						
d4154*	Maintaining a standing position						STG1
d420*	Transferring oneself						
d430	Lifting and carrying objects						STG2
d440	Fine hand function						STG2
d445	Hand and arm use						STG2
d4500*	Walking short distances						STG1
d4501*	Walking long distances						STG1
d4502*	Walking on different surfaces						STG1
d4503*	Walking around obstacles						STG1
d455*	Moving around						STG1
d460*	Moving around in different locations						STG1
d465*	Moving around using equipment						
d470	Using transportation						
d475	Driving						STG1

ICF Categories		ICF Qualifier ¹					Related to LTG or STG	Goal Value ¹			
		0	1	2	3	4					
d510	Washing oneself										
d530	Toileting										
d540	Dressing										
d550	Eating										
d560	Drinking										
d570*	Looking after one's health										
d850	Remunerative employment						PG	1			
d9201*	Sport						LTG	1			
		Facilitator			Barrier						
Influence of Environmental factors		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	
e110	Products or substances for personal consumption										
e115	Products and technology for personal use in daily life										
e120*	Products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation										
e310	Immediate family										
e340	Personal care providers and personal assistants										
e355	Health professionals										
		Influence of Personal Factors									
Personal Factors (PF)		Positive			Neutral		Negative				
Pf	Above-average interest in learning about his body										
Pf*	Has clear goals, is very ambitious										
Pf	Accepts his fate without questioning										

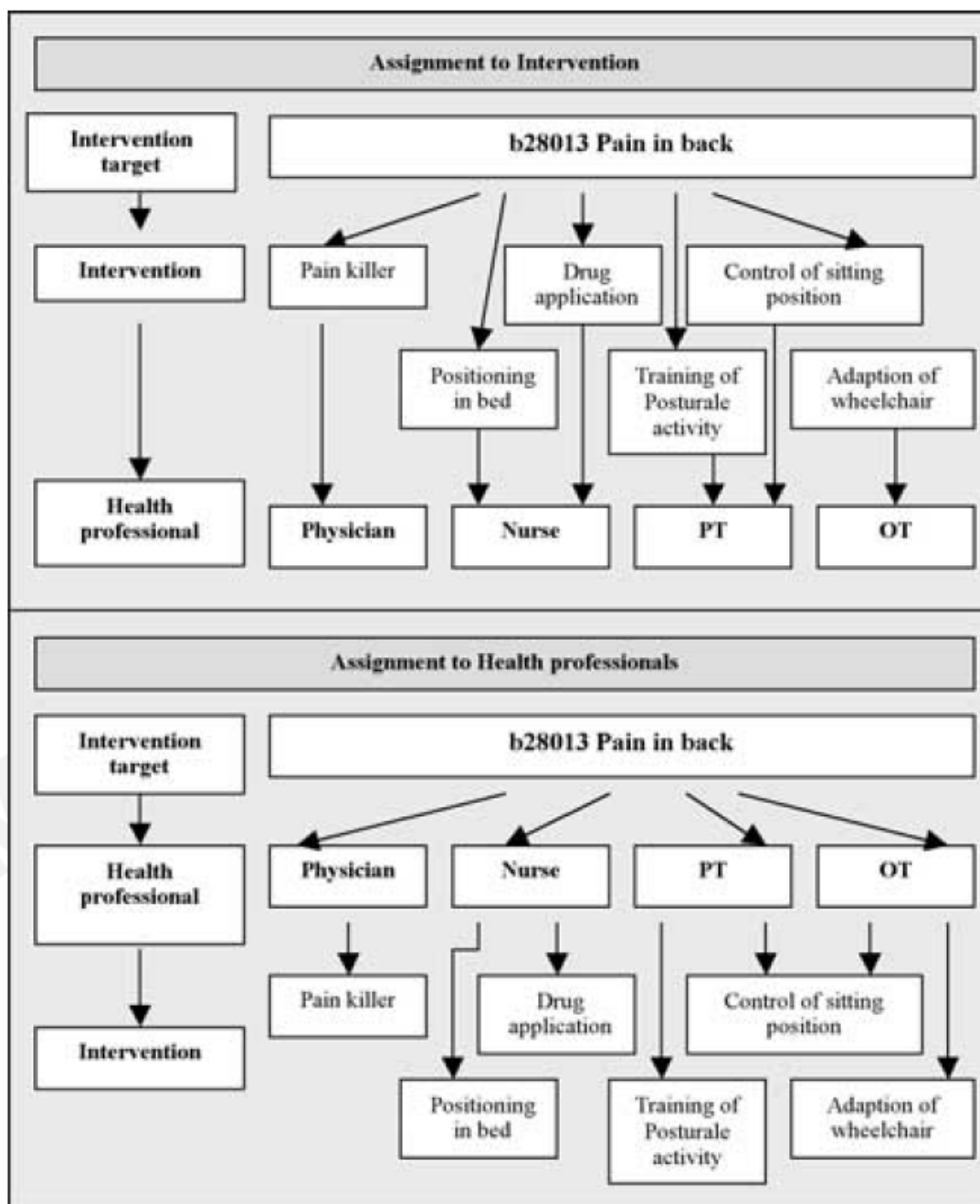
(Rauch, Cieza, & Stucki, 2008) (Rauch, Escorpizo, Riddle, Eriks-Hoogland, Stucki, & Cieza, 2010)

ANEXO III – ICF Assessment Sheet



(Rauch, Cieza, & Stucki, 2008) (Rauch, Escorpizo, Riddle, Eriks-Hoogland, Stucki, & Cieza, 2010)

ANEXO IV – ICF Assignment Map



(Rauch, Cieza, & Stucki, 2008)

ANEXO V – ICF Intervention Table

Patient's Goal: Independent living in the community Long-term goal (LTG): Resumption of leisure activities Short-term goal (STG): 1: Locomotion 2: Carrying, moving, and handling objects				Diagnosis: Spinal cord injury (SCI), AIS grade C				
Date	5 Months Post-SCI						7 Months Post-SCI	
	Examination					Intervention + Frequency	Re-examination	
ICF Categories-- Intervention Targets	Need to Examine?	Test	Test Value	Intervention Target, Related to STG/LTG Number?	Prognosis (Only for Intervention Targets)	Physical Therapy Sessions Will Be Provided 1 or 2 Times Daily	Retest Value (Only for Intervention Targets)	Goal Achieved?
Body Functions								
b7304 Power of muscles of all limbs	Yes	Manual muscle testing ¹⁵ Jamar dynamometer ¹⁷ Fist closing (kg)	M. gluteus maximus: 4/4 (left/right) M. gluteus medius: 3/3 M. quadriceps femoris: 5/5 M. tibialis anterior: 5/5 M. triceps surae: 3/3 12.6/14.3(left/right)	STG1	Related to neurological recovery Training might increase muscle power functions	Strength training with equipment	M. gluteus maximus: 4/4 M. gluteus medius: 3/3 M. quadriceps femoris: 5/5 M. tibialis anterior: 5/5 M. triceps surae: 4/4 20.4/20.8	Yes
b770 Gait pattern functions	Yes	Observational gait analysis	Hyper-extension of the knee joints Abnormal shifting of the upper body Lack of arm swinging Requires forearm crutches for safety reasons	STG1	Walking without forearm crutches for moderate distance (up to 100 m)	Gait training inside and outside of the parallel bars	Able to walk up to 600 m without abnormal gait patterns	Yes
Body Structures	No							
Activities and Participation								
d4104 Standing	Yes	Observation	Needs to hold on to something due to lack of power and coordination	STG1	Standing without support	Repetitive training of transfers	No support necessary anymore	Yes
d4500 Walking short distances	Yes	Measurement of walking distance	10 steps with support by parallel bars or forearm crutches	STG1	Will walk up to 10 m without support	Gait training/outdoor training	Able to walk up to 600 m without device	Yes
Environmental Factors								
e120 Products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation	Yes	Inspection of wheelchair fit	Position of backrest, size of cushion not optimal	STG1	Will be optimized	Assigned to occupational therapist	Optimal fit	Yes
Personal Factors (Pf)	Influence							
	Positive	Negative						
Goal orientation/ motivation	X							
Acceptance of disease	X							
Evaluation and Overall Prognosis:	Main problems in the area of mobility according to abnormal movement caused by neurological impairment decreased exercise tolerance Optimistic prognosis due to expected neurological recovery and facilitating environmental and personal factors							
Discharge Plan:	The patient will be referred to physical therapy and occupational therapy outpatient rehabilitation programs							
Other Notes:								

(Rauch, Escorpizo, Riddle, Eriks-Hoogland, Stucki, & Cieza, 2010)

ANEXO VI – ICF Evaluation Display

Evaluation Value (5 Months Following Injury)										Final Value (7 Months Following Injury)																			
Patient Goal (PG): Independent living in the community															0					Not evaluated yet									
Long-Term Goal (LTG): Resumption of leisure activities															2										✓				
Short-Term Goal 1 (STG1): Locomotion															1										✓				
Short-Term Goal 2 (STG2): Carrying, moving, and handling objects															1										-				
ICF Categories										ICF Qualifier ^a					Goal Relation	Goal Value ^a	ICF Qualifier ^a					Goal Achievement							
										0	1	2	3	4			0	1	2	3	4								
b280	Sensation of pain														STG1,2	0						✓							
b440	Respiration functions														STG1	0						✓							
b455	Exercise tolerance functions														STG1	0						-							
b710	Mobility of joint functions														STG2	1						✓							
b7304	Power of muscles of all limbs														STG1,2	1						✓							
b7305	Power of muscles of the trunk														STG1,2	1						✓							
b7353	Tone of muscles of lower half of the body														STG1	0						✓							
b740	Muscle endurance functions														STG1	1						✓							
b755	Involuntary movement reaction functions														STG1	1						✓							
b760	Control of voluntary movements														STG1,2	1						✓							
b770	Gait pattern functions														STG1	1						✓							
d4104	Standing														STG1	1						✓							
d4105	Bending														STG1	1						✓							
d4154	Shifting the body's center of gravity														STG1	0						✓							
d430	Maintaining a standing position														STG1	0						✓							
d440	Lifting and carrying objects														STG2	0						-							
d445	Fine hand function														STG2	1						✓							
d4500	Hand and arm use														STG2	1						✓							
d4500	Walking short distances														STG1	1						✓							
d4501	Walking long distances														STG1	2						✓							
d4502	Walking on different surfaces														STG1	1						✓							
d4503	Walking around obstacles														STG1	2						✓							
d455	Moving around														STG1	1						✓							
d460	Moving around in different locations														STG1	2						✓							
d475	Driving														STG1	0						-							
d850	Remunerative employment														PG	1						✓							
d9201	Sport														LTG	1						-							
										facilitator					barrier														
										+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4											
e120	Products for personal mobility																								✓				

(Rauch, Cieza, & Stucki, 2008) (Rauch, Escorpizo, Riddle, Eriks-Hoogland, Stucki, & Cieza, 2010)

ANEXO VII – Declaração do estabelecimento de ensino

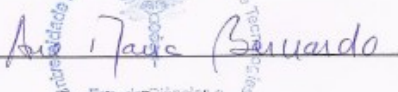


UNIVERSIDADE LUSÓFONA
de Humanidades e Tecnologias
Humanit nihil alienum

Declaração

Declara-se, para os devidos efeitos, que o projecto de Dissertação intitulado *"Plano Individual de Intervenção – uniformização nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados"* que a **Sra. Dra. Filipa Isabel Pereira Rosa Silva Reis**, aluna do Mestrado em Cuidados Continuados Integrados, remeteu ao Conselho Científico da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde, foi aprovado. Este projecto está sob a orientação da **Sra. Profª Doutora Felipa Cristina Henriques Rodrigues Lopes dos Reis**.

Lisboa, 3 de Fevereiro de 2012


Dra. Ana Bernardo
Directora do Mestrado em Cuidados Continuados Integrados

Campo Grande, 376
1749-024 Lisboa - Portugal
Telefone: 21 751 55 00
Fax: 21 757 70 06
email: informacoes@ulusofona.pt
www.ulusofona.pt

ANEXO VIII – Planos Individuais de Intervenção disponibilizados pelas Unidades

1

Impresso
Plano individual de intervenção

Revisão
N.º 05
Mês/Ano JUL/12
CC026
Pág.
1 / 2

Nome do utente:	Unidade:	Resumo do internamento:		
Nome pelo qual gosta de ser tratado:	Cama:			
Data Nascimento:	Data internamento:	Data início do PII:		
Expectativas/Necessidades do cliente/cuidador informal:				
RESPONSÁVEIS	PROBLEMA	OBJECTIVOS	PLANO DE INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO/SITUAÇÃO
Médico responsável Dr. _____				
Reabilitação Ft. _____				
Enfermagem				
Nutrição				
Psicologia				
Social				
Outros				

O Gestor de caso:

4**PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO**

NOME:

DATA:

COORDENADOR:

DATA	PROBLEMAS/NECESSIDADES/PONTOS FORTES	OBJECTIVOS/METAS	PRAZO	INTERVENÇÕES	RESPONSÁVEL	CUMPRIMENTO DA META (TA, PA, NA)

Participantes do PII	Tomaram conhecimento

Data de revisão do PII	
O/A utente	
O/A familiar	



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

6

NOME

Nr. Quarto

Nr. Cama

UMDR

ULDM

MOTIVO INTERNAMENTO:

DATA ADMISSÃO:

DATA ELABORAÇÃO:

DATA ALTA:

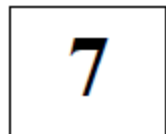
Problema / pontos fortes	Objectivos / resultados		Intervenção multidisciplinar						Avaliação/ Data		
	Meta (data)	Descrição do objectivo	Médico	Enfermeiro	Assistente Social	Fisioterapeuta	Psicólogo	Dietista	Atingiu	Não Atingiu	Mantém

Observações

Avaliação Final Multidisciplinar:

Plano Elaborado por:

☐ O Doente	☐ O Familiar / Cuidador	☐ O Médico	☐ O Enfermeiro	☐ O Assistente Social	☐ O Fisioterapeuta	☐ O Psicólogo	☐ A Dietista
-----------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------------	--	---	--------------------------------------	-------------------------------------



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO PII

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Unidade/Quarto: _____

Realizado em: _____

Síntese das Expectativas do Utente / Qualidade de Vida	Objectivo Geral
	Adquirir Autonomia nas Atividades da Vida Diária (AVD's).

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS:

Coordenador: _____

O utente e/ou pessoa de referência _____, conhece, participa e concorda com o Plano Individual de Intervenção.

UTENTE E/ OU PESSOA DE REFERÊNCIA: _____ Data __/__/__

PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO PII

Problema	Objectivos Específicos e Metas	Intervenção (Métodos e Técnicas)	Prazo	Responsável	Avaliação Intercalar	Avaliação Final
Dependência _____ nas Atividades da Vida Diária (AVD's).	Conseguir ter ganhos em Autonomia nas AVD's, demonstrados através aumento de um score de ____/100 para um score de ____/100 na escala de Barthel.					

% de objectivos alcançados (n.º de objectivos alcançados/n.º de objectivos propostos) x 100

% de alcance das metas (média aritmética dos resultados de cada objectivo)