

Dissertação de Mestrado

**Contributo para a Validação do componente Funções
Corporais do *Core Set* do Acidente Vascular Encefálico da
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e
Saúde - Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados da Região do Algarve**

Vítor Jorge Silva Viegas

Silves, Junho de 2013.

**Contributo para a Validação do componente Funções
Corporais do Core Set do Acidente Vascular Encefálico da
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e
Saúde - Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados da Região do Algarve**

Autor:

Vítor Jorge Silva Viegas

Orientador:

Prof. Doutor Rogério Andrade

Co-orientador:

Dr.^a Ana Paula Fontes

Silves, Junho de 2013

RESUMO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) permite descrever, registrar e organizar uma ampla gama de informações relativas a diferentes estados de saúde, uniformizando a linguagem utilizada entre os profissionais de saúde. O objectivo deste estudo foi validar o componente das Funções do Corpo do *Comprehensive Core Set* para o AVE em indivíduos com mais de 65 anos, no contexto subagudo e propôr um *Brief Core Set* para avaliação/intervenção dos Fisioterapeutas. Realizou-se um estudo observacional, analítico e longitudinal, precedido de uma avaliação qualitativa, entre os instrumentos de recolha de dados da investigação. A amostra incluiu 126 indivíduos com média de idade de $78,56 \pm 6,75$ anos e 71 (56,3%) eram mulheres. Encontraram-se diferenças relativamente ao sexo, com maior prevalência de deficiência nas mulheres e na idade só existiu diferença numa função. As deficiências com maior prevalência ocorreram nos capítulos das Funções Mentais e Neuromúsculoesqueléticas. Observámos melhoria significativa em 30 (73,1%) das funções avaliadas. Verificou-se que o *Comprehensive Core Set* permite descrever as deficiências das funções mais importantes, nomeadamente ao nível das funções dos domínios mentais, cardíaco, digestivo, geniturinário e musculoesquelético. O *Brief Core Set* proposto reuniu as 8 categorias mais representativas das deficiências musculoesqueléticas às quais se acrescentou a função dor.

PALAVRAS-CHAVE

Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF), Acidente Vascular Encefálico, Funções do Corpo, *Comprehensive Core Set*, *Brief Core Set*.

ABSTRACT

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) allows to describe, record and organize a wide range of information on different health states, standardizing the language used among health professionals. The aim of this study was to validate the component Body Functions of the Comprehensive Core Set for stroke in individuals over 65 years in the context of sub-acute and propose a Brief Core Set for assessment / intervention of physical therapists. We conducted an observational, analytical, longitudinal study, preceded by a qualitative assessment, between the instruments used to collect the research data. The sample included 126 individuals with a mean age of 78.56 ± 6.75 years and 71 (56.3%) were women. Differences were found in respect to gender, with a higher prevalence of disability in women and in age, difference was found only in one function. Deficiencies with the highest prevalence occurred in the chapters of Mental Functions and neuromusculoskeletal. We observed significant improvement in 30 (73.1%) of the evaluated functions. we found that the Comprehensive Core Set describes the most important functions, namely in the areas of mental functions, heart, digestive, genitourinary and musculoskeletal. The Brief Core Set proposed met the 8 most representative categories of musculoskeletal impairments to which was added the function pain.

KEY WORDS

International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), Stroke, Comprehensive Core Set, Brief Core Set, body functions.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o resultado de um esforço pessoal muito grande, que implicou muita dedicação e empenho, que não seria possível de realizar sem o apoio incondicional de todos os que me rodearam durante este desafio.

Ao Prof. Doutor Rogério Andrade, orientador científico deste trabalho que sempre soube escutar e aconselhar sobre qual o melhor caminho a seguir sempre que me deparei com dúvidas.

À Fisioterapeuta Ana Paula Fontes, poço de sabedoria e fonte de inspiração pela forma como encara esta difícil vida de estudante e que sempre se disponibilizou para partilhar a sua vasta sabedoria, sem o qual teria sido impossível vencer este desafio.

Aos professores que tanto contribuíram para o meu amadurecimento intelectual e aumento do corpo de saberes fundamental para a conclusão deste mestrado.

Aos colegas, Alexandra, Ana Luísa, Ângela e Inês por me terem aguentado durante este percurso e ajudado quando mais precisei e sobretudo ao Marco, companheiro nesta aventura, por ser o meu braço direito e pela amizade, apoio e ajuda sempre que foi necessário.

Aos meus pais e restante família, e sobretudo à minha mulher e filho que tanto abdicaram para que conseguisse realizar este trabalho, pelo carinho, amor e acima de tudo compreensão pela minha ausência durante esta jornada.

A todos um enorme obrigado.

DECLARAÇÃO DE AUTOR

Declaro que o presente trabalho foi levado a cabo de acordo com os regulamentos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve. O trabalho é original excepto onde indicado por referência especial no texto. Quaisquer visões expressas são as do autor e não representam de modo algum as visões da Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve. Este trabalho, no todo ou em parte, não foi apresentado para avaliação noutras instituições de Ensino Superior Portuguesas ou estrangeiras.

Assinatura:..... Data:/...../.....

ÍNDICE DE CONTEÚDO

1. FORMULAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA	10
1.1. ENQUADRAMENTO	10
1.2. A FAMÍLIA DAS CLASSIFICAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE	12
1.2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10).....	13
1.2.2. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE (CIF)	13
1.3. O <i>CORE SET</i> DO AVE	25
1.4. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)	28
2. METODOLOGIA	33
2.1. TIPO DE ESTUDO	33
2.2. OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	33
2.3. QUESTÃO ORIENTADORA	34
2.4. HIPÓTESES DE ESTUDO	34
2.5. MEIO DO ESTUDO	34
2.6. VARIÁVEIS.....	35
2.7. AMOSTRA.....	36
2.8. INSTRUMENTOS	36
2.9. PROCEDIMENTOS	40
2.9.1. PROCESSO DE LIGAÇÃO ENTRE O <i>CORE SET</i> E O MAB.....	41
2.9.2.QUANTIFICAÇÃO DOS QUALIFICADORES DAS CATEGORIAS DO <i>CORE SET</i> AVE.....	44
2.9.3. MÉTODOS DE TRATAMENTO DOS DADOS.....	49
2.10. QUESTÕES ÉTICAS.....	50
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	50
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	74
5. CONCLUSÃO	80

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Partes e componentes de CIF segundo a OMS.....	16
Quadro 2- Qualificador genérico da CIF	20
Quadro 3. Constructos da funcionalidade e da incapacidade da CIF.....	21
Quadro 4. Qualificadores do componente estruturas do corpo.....	23
Quadro 5. Exemplo da qualificação de um código.....	24
Quadro 6. O <i>Core Set</i> das condições neurológicas segundo	27
Quadro 7. Constituição de cada <i>Core Set</i> para o ave segundo.....	28
Quadro 8. Tipos de AVE	30
Quadro 9. Alterações pós AVE	31
Quadro 10. Unidades de convalescença e média duração da RNCCI do Algarve.....	35
Quadro 11. Categorias do componente funções da CIF.....	37
Quadro 12. Ligação das categorias da CIF não contempladas no <i>Core Set</i> geriátrico.	41
Quadro 13. Quantificação das categorias do <i>Core Set</i> para o AVE	45
Quadro 14. Distribuição da amostra por idade e sexo	50
Quadro 15. Distribuição da amostra por estado civil e escolaridade por grupo etário, sexo e no total	51
Quadro 16. Distribuição da amostra por consumo de tabaco, UMA, consumo de álcool e nº de bebidas /dia por grupo etário, sexo e no total .	52
Quadro 17. Percepção do estado de saúde física e mental na admissão e alta	53
Quadro 18. Frequências das funções face à idade e ao sexo no início e fim de período de internamento.....	55
Quadro 19. Associação entre as funções iniciais e finais em relação à idade e sexo.	66
Quadro 20. Variação das funções relativamente ao início e fim do período de internamento.....	68
Quadro 21. Proposta de <i>Brief Core Set</i>	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Interação entre os componentes da CIF.....	17
Figura 2. estrutura da CIF.....	22
Figura 3. Técnica de Delphi.....	26

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE - Acidente Encefálico Cerebral

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

CID-10- Classificação Internacional de Doença (10^a revisão)

CIDID- Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

DGS - Direcção Geral de Saúde

HTA - Hipertensão Arterial

MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial

OMS - Organização Mundial de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SPACE- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

SF – Score Final

UC - Unidade de Convalescença

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

UMA - Unidade maço/ano

1. FORMULAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA

1.1. ENQUADRAMENTO

O modelo biomédico de doença e saúde utilizado na prática clínica caracteriza-se pela atribuição de um papel determinante aos factores biológicos, sendo que as alterações nas funções e órgãos resultam nesta perspetiva, quase exclusivamente, de uma lesão ou trauma orgânicos, de origem externa ou interna. A prática clínica dirigida segundo uma perspectiva exclusivamente biológica estimulou o desenvolvimento das técnicas e dos procedimentos, e aumentou o nível de conhecimentos relativamente aos mecanismos fisiopatológicos. No entanto, este modelo não envolve na sua avaliação os aspectos relacionados com as características psicossociais do individuo, o que, segundo HAVELKA *et al*, 2009, levou à desumanização da prática clínica com conseqüente insatisfação de quem recorre aos serviços de saúde. Esta realidade levou a que se prestasse atenção à forma como os aspectos relacionados com o stress psicossocial influenciavam o desenvolvimento de doenças, já que interagem com o sistema endócrino, nervoso, imunológico, entre outros. A doença passa a ter portanto um significado que ultrapassa a componente física e abrange a forma como influencia e é influenciada por factores psicossociais.

O modelo biopsicossocial de saúde foi proposto pela primeira vez por ENGEL (1976). Este médico fisiatra e psicanalista sugere a incorporação de factores psicossociais ao modelo biomédico utilizado até então. Segundo este, os factores biológicos, psicológicos e sociais são igualmente importantes na avaliação da doença e saúde. Sendo assim o ser humano deve ser encarado como um sistema complexo, em que a doença ou lesão resulta de múltiplos factores e não de uma causa apenas.

Encarar a doença e a saúde sob esta perspectiva implica, segundo RIBEIRO (2005) avaliar a interacção entre os factores biológico, social e psicológico nas suas dimensões objectivas, assim como as mais pessoais e subjectivas. De acordo com esta abordagem a doença deixa de ser definida apenas pela avaliação do profissional de saúde, passando a envolver também a avaliação feita pelo próprio. A CIF operacionaliza esta abordagem, já que é uma classificação que integra na sua estrutura dados relacionados não só com as

estruturas físicas, mas também com as actividades, participação e factores ambientais.

A CIF pertence à família das Classificações Internacionais criadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e foi aprovada em 2001 na sua 54^a Assembleia. É considerado uma ferramenta que providencia uma nova abordagem sobre os conceitos de saúde, funcionalidade e incapacidade.

Esta classificação apresenta segundo a OMS, vantagens face às classificações anteriores, na medida em que introduz a importância dos factores ambientais e pessoais, apesar destes últimos ainda não se encontrarem disponíveis, de forma a descrever com maior abrangência o estado de saúde de um indivíduo. Por outro lado revela ser, na perspectiva de PEREIRA *et al* (2011), um importante instrumento estatístico e de gestão da informação para estudos populacionais, constituindo uma ferramenta útil na avaliação da qualidade de vida, na avaliação e planificação clínica (avaliação de necessidades, das aptidões profissionais, da reabilitação e dos resultados, sendo também útil e válido na gestão das políticas sociais e da saúde.

O objectivo principal desta classificação é na perspectiva de FARIAS E BUCHALLA (2005), fornecer uma linguagem unificada e padronizada para a descrição do estado de saúde e introduz uma mudança profunda no paradigma dos binómios saúde/doença e funcionalidade/incapacidade, ao operacionalizar de uma forma multidimensional e abrangente estes conceitos, sobretudo ao atribuir uma importância determinante aos aspectos contextuais (ambientais e pessoais). Esta classificação congrega o modelo “biomédico” e o modelo “social” numa forma coerente nas diferentes perspetivas da saúde: biológica, individual e social.

A CIF tem aproximadamente 1400 categorias o que torna a sua aplicabilidade muito difícil. Por esse motivo criaram-se os *Core Sets*. O *Core Set* do AVE é de forma sucinta, uma lista que resulta de uma seleção de categorias que são mais relevantes para descrever este estado de saúde e apresenta 130 categorias de segundo nível. STARROST *et al* (2008) afirmam que a principal vantagem deste *Core Set* é permitir uma maior operacionalidade avaliando somente os aspectos considerados mais importantes.

Portugal permanece à margem das estratégias adotadas pela OMS no que diz respeito à utilização da CIF, sendo que é utilizada, segundo FONTES *et al* (2010), unicamente no contexto das Necessidade Educativas Especiais. Esta realidade desperta-nos para a necessidade imediata da sua operacionalização e adopção conceptual, de forma a usufruir das múltiplas vantagens desta ferramenta.

A população Portuguesa apresenta actualmente uma tendência para o envelhecimento, sendo este um dos factores de risco não modificáveis, associado ao AVE. Segundo a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVE) esta situação implica o aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes, fenómeno que acarreta graves consequências sociais e na saúde pública. Entre as doenças mais comuns está o AVE que é considerada a doença de carácter crónico mais incapacitante, com consequências em quase todas as funções humanas, comprometendo tanto as funções físicas, cognitivas e psicológicas, como as capacidades e o desempenho nas actividades e participação social.

Dado o impacto deste estado de saúde na população nacional e as vantagens que advêm da operacionalização e aplicação da CIF, torna-se importante validar esta ferramenta no contexto nacional, sendo que é esse o objetivo deste estudo.

1.2. A FAMÍLIA DAS CLASSIFICAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Actualmente, a OMS apresenta duas classificações de referência para a descrição dos estados de saúde dos indivíduos: a Classificação Internacional de Doenças já na sua decima revisão (CID-10) e a CIF. Segundo NUBILLA e BUCHALA (2008) as condições ou estados de saúde propriamente ditas (doenças, distúrbios, lesões ou traumas) são classificados na CID-10, que fornece um modelo basicamente etiológico, embora tenha uma estrutura com diferentes eixos ou grandes linhas de construção, entre estes, o etiológico, o anátomo-funcional, o anátomo-patológico, o clínico e o epidemiológico. Os aspectos

relacionados com os componentes da funcionalidade e incapacidade são classificados na CIF.

1.2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

A CID-10 é o sistema internacional de classificação que tem como objetivo avaliar os estados de saúde. Segundo NUBILLA e BUCHALLA (2008) esta classificação tem vindo a ser desenvolvida há mais de um século, sendo que numa fase inicial pretendeu responder à necessidade de conhecer as causas de morte. A sua aplicação foi sendo alargada a outros domínios, nomeadamente à codificação dos quadros clínicos dos pacientes institucionalizados, posteriormente para as consultas de ambulatório e cuidados primários, assim como para a morbilidade. A CID-10 é utilizada com a finalidade de apresentar estatisticamente as causas de morte (mortalidade) ou das doenças que levam a internamentos hospitalares ou atendimentos ambulatoriais (morbilidade). NUBILLA e BUCHALLA (2008) salientam que a CID-10 é a classificação padronizada para avaliar aspectos epidemiológicos gerais e administrativos na área da saúde, incluindo a análise do estado de saúde de grupos populacionais, monitorizando a incidência e a prevalência de doenças ou outros problemas de saúde.

Na perspetiva de BATTISTELLA e BRITO (2002) a CID-10 apresenta um aspecto que pode e deve ser melhorado, nomeadamente na avaliação do impacto da doença e as repercussões funcionais sobre o indivíduo. Para superar este facto a OMS apresentou a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde que é a última de uma série que se iniciou em 1893, com a Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte. Esta última revisão passou a ser denominada CID-10 e mantém como objetivo principal registar as alterações nos estados de saúde e suas causas.

1.2.2. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE (CIF)

Com o envelhecimento da população e dos respectivos desafios que representa para a saúde pública, são necessárias novas abordagens que dêem respostas adequadas a uma nova realidade. Para BUCHALLA (2003) esta

realidade sugere que a utilização de indicadores relativos à mortalidade, morbidade e nutrição não são suficientes, já que o envelhecimento passa a ser encarado como uma condição universal, associado a um certo grau de limitações, que devem ser mensuradas, calculadas e consideradas para um planeamento adequado da saúde.

A CIF foi elaborada, de acordo com BATTISTELLA *et al* (2002), com o objetivo de registar e organizar uma ampla gama de informações relacionadas com diferentes estados de saúde de forma a uniformizar a linguagem internacional para descrever aspectos relacionados com a funcionalidade, incapacidade e estados de saúde.

A CIF resultou de um longo e extenso processo de revisão da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) de 1980. Esta classificação tinha como base, segundo BUCHALLA (2003) o conceito de incapacidade (*disability*) resultante de uma deficiência (*impairment*). Tem um papel complementar à classificação CID-10 uma vez que, segundo SAMPAIO *et al* (2005), retrata os aspectos da funcionalidade e, da incapacidade, integrados na saúde e nos estados relacionados com a saúde das pessoas e das populações, adquirindo um carácter multidisciplinar, multidimensional, multidirecional e dinâmico, respeitando as múltiplas dimensões envolvidas nesses processos (biológica, individual, e social), além do reconhecimento do importante e decisivo papel que os factores contextuais, nomeadamente os factores ambientais (físico, social e atitudinal).

Para BARQUER *et al* (2001) a CIDID pode ser extensivamente aplicada em várias áreas, desde a segurança e avaliação social, à capacidade para trabalho, às necessidades da comunidade, ao planeamento urbano, e facilitou sobretudo a comunicação entre as várias especialidades da área da medicina. No entanto, foi alvo de muitas críticas por manter uma relação linear e de causa-efeito entre estes conceitos e não contemplar os fatores ambientais, com uma aproximação ainda acentuada relativamente ao modelo biomédico. Por esta razão, a OMS em 1993 dá início a um longo e demorado processo de revisão desta classificação da qual resultou a uma nova versão, denominada de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, habitualmente apelidada de Classificação

Internacional de Funcionalidade ou CIF que é aprovada na 54ª Assembleia Mundial de Saúde, em Maio de 2001.

O termo Funcionalidade é utilizado para denominar todas as funções e estruturas do corpo, actividades e participação e a sua interação positiva ou facilitadora com os fatores contextuais. Por seu lado, a Incapacidade refere-se às deficiências das funções e estruturas, limitações das *actividades* ou restrições na participação, bem como à interação negativa ou barreira que os factores contextuais podem ter nesta dinâmica. As funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas) e as estruturas referem-se às partes anatómicas do corpo, tais como os órgãos, membros e seus componentes. As deficiências são os problemas nas funções ou nas estruturas do corpo que podem resultar em limitações nas *actividades* e restrições na participação. A actividade é a execução de uma tarefa ou acção, e a participação refere-se à forma como o indivíduo se envolve numa situação de vida real. (OMS, 2004)

A CIF é inovadora na medida em que, ao contrário da sua antecessora, onde a incapacidade (*disability*) era vista como um estado da pessoa causado diretamente por doença, deficiência (*impairment*) ou outra condição de saúde, é substituída por um novo sistema de classificação multidimensional e interativo que não classifica o indivíduo nem estabelece categorias de diagnóstico, interpretando as características de cada um, suas estruturas e funções, assim como as funções psicológicas, a interação com o meio ambiente (*actividades* e participação) e ainda as características que o meio ambiente, físico, social e atitudinal, provocam no indivíduo, resultando numa descrição do seu estado funcional (OMS, 2002).

Em 2004 a OMS definiu para a CIF os seguintes objectivos:

- Proporcionar um suporte científico para a compreensão e a investigação dos resultados e das condições de saúde;
- Estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, melhorando assim a comunicação entre utilizadores, profissionais de saúde, investigadores, políticos, decisores e o público, incluindo pessoas com incapacidades;

- Proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde;

A CIF é uma ferramenta que permite hierarquizar um indivíduo numa perspetiva biopsicossocial, estruturando esta informação em duas partes distintas, a primeira diz respeito à Funcionalidade e Incapacidade e a segunda aos Factores Contextuais. A classificação em termos de partes e componentes está estruturada conforme apresentamos no Quadro 1, OMS (2004).

Quadro 1: Partes e Componentes de CIF (OMS, 2004)

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

Da parte Funcionalidade/Incapacidade fazem parte os componentes Funções e Estruturas do Corpo e as Actividades e Participação, enquanto a segunda parte, relativa aos Factores Contextuais, abrange os Factores

Ambientais e os Factores Pessoais. De acordo com FONTES *et al* (2010) os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde, são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em domínios, que se operacionalizam em duas listas básicas: 1) Funções — funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas — e Estruturas do Corpo — partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes, classificados de acordo com os sistemas orgânicos — e 2) Actividades — execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, representando a perspectiva individual da funcionalidade — e Participação — envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade —, relacionando também os Factores Ambientais que interagem com todos estes componentes. A forma como os componentes da CIF interagem é habitualmente apresentada por um esquema conceptual assente num modelo biopsicossocial, conforme descrito na Figura 1.

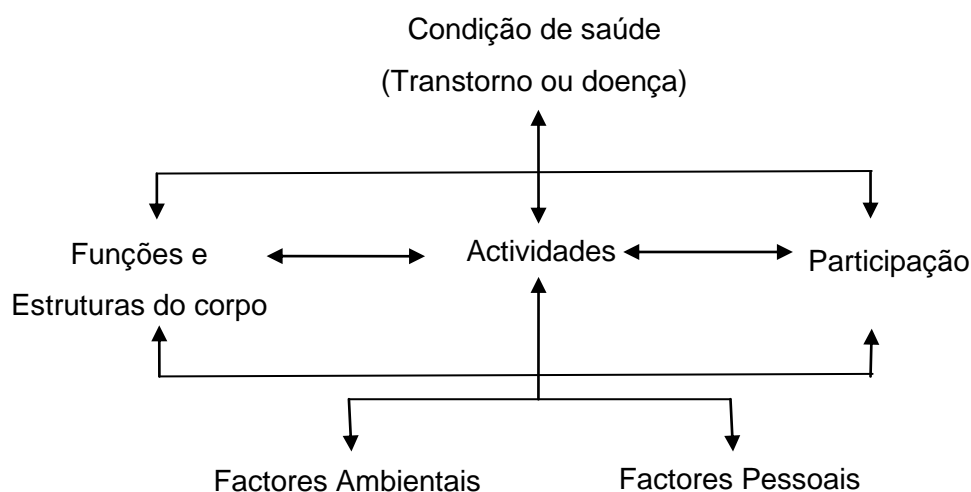


Figura 1. Interação entre os componentes da CIF (FONTES *et al*, 2010)

Os Factores Contextuais incluem dois componentes que podem ter efeito sobre um indivíduo com uma determinada condição de saúde. Esses componentes são: os Factores Ambientais e os Factores Pessoais. (OMS, 2004)

Os Factores Ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal no qual as pessoas vivem e conduzem a sua vida. Referem-se a aspectos

relacionados com as características envolventes de cada indivíduo e interagem com os componentes das Funções e Estruturas do Corpo e com o componente Actividades/Participação. Os diferentes ambientes podem ter impactos distintos sobre o mesmo indivíduo, sendo que, quando facilitadores e sem barreiras melhoram o seu desempenho, ou contrariamente restringem-no, se forem barreiras ou elementos não facilitadores.

Os Factores Ambientais estão incluídos na classificação tendo em vista dois níveis distintos:

1. Individual – inclui as características físicas do ambiente próximo do indivíduo, tal como o seu domicílio, local de trabalho ou a escola assim como o contacto direto com familiares, colegas, conhecidos e estranhos.

2. Social – refere-se a estruturas sociais, serviços, regras de conduta ou sistemas na comunidade envolvente.

Os factores pessoais referem-se às características individuais que não são parte de uma condição ou estado de saúde e incluem o sexo, a idade, condição física, estilo de vida, hábitos, educação recebida, diferentes maneiras de enfrentar problemas, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência passada e presente, (eventos na vida passada e na atual), padrão geral de comportamento, carácter, características psicológicas individuais e outras características que podem ter influência no estado de saúde do indivíduo, mas que ainda não estão codificadas na classificação (OMS, 2004)

Durante a utilização da CIF é importante compreender os conceitos que constituem esta classificação, já que esta está traduzida em varias línguas e é imprescindível unanimidade de forma a tornar a sua utilização precisa e de utilidade geral. Segundo OMS (2004) os conceitos mais importantes são os seguintes:

Condição de saúde: é um termo genérico para doenças (agudas ou crónicas), perturbações, lesões ou traumatismos. Pode incluir também outras circunstâncias como gravidez, envelhecimento, stresse, anomalia congénita, ou predisposição genética. As condições de saúde são codificadas usando a CID-10.

Estado de Saúde: Conceito que reflete o nível de funcionalidade dentro de um dado domínio da CIF. Os domínios relacionados com a saúde são as áreas de

funcionalidade que são responsabilidade de outros sistemas que contribuem para o bem-estar geral. A CIF cobre apenas aqueles domínios do bem-estar relacionados com a saúde.

Estrutura do corpo: partes anatómicas do corpo tais como os órgãos, os membros e suas partes.

Funcionalidade: é o termo genérico utilizado para as funções do corpo, estruturas do corpo, actividades e participação. Indica os aspectos positivos da interacção entre um indivíduo (comum a condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais).

Incapacidade: é o termo genérico para deficiências, limitações das actividades e restrições na participação. Indica os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo e seus factores contextuais (ambientais e pessoais).

Deficiência: é uma perda ou anormalidade de uma estrutura do corpo ou de uma função fisiológica (incluindo funções mentais).

Limitação: são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução das actividades.

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

Limitações da Actividade. Uma limitação da actividade pode variar de um desvio leve a grave em termos da quantidade ou da qualidade na realização da actividade em relação à esperada em pessoas sem essa condição de saúde.

Participação: é o envolvimento de um indivíduo sob uma perspectiva social de funcionalidade numa situação da vida real.

Capacidade: é o constructo que descreve, enquanto qualificador, o nível máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode atingir, num determinado momento nos domínios incluídos nas Actividades e Participação. É medida num ambiente uniforme ou padrão reflectindo a capacidade do indivíduo adequada para o ambiente.

Desempenho: é o constructo que descreve, enquanto qualificador, o envolvimento de uma pessoa nas situações da vida no ambiente habitual. O ambiente habitual também é descrito através do componente Factores Ambientais.

Restrições de participação: problemas que um indivíduo pode encontrar na participação numa determinada actividade.

Os Componentes Funções e Estruturas do Corpo podem ser expressas de forma positiva ou negativa. Sendo assim, a saúde e os estados de saúde de uma pessoa podem e devem ser expressos através de um código associado a um qualificador que indica a magnitude do nível de saúde, a gravidade ou extensão do problema, ou se um agente contextual é facilitador ou barreira. A utilização de qualquer código deve ser acompanhada de, pelo menos, um qualificador. Sem eles, os códigos não têm significado.

Todos os componentes classificados na CIF (Funções e Estruturas do Corpo, Actividades/Participação e Factores Ambientais) são quantificados através da mesma escala genérica (ausência de problema, problema ligeiro, moderado, grave, completo, não especificado ou não aplicável. Um problema pode significar uma deficiência, limitação, restrição ou barreira, dependendo do constructo ou componente, conforme apresentamos no Quadro 2 (OMS, 2004).

Quadro 2- Qualificador genérico da CIF

Categoria de segundo nível	Problema	
xxx.0	Não há problema	Nenhum, ausente ou insignificante
xxx.1	Problema ligeiro	Leve, pequeno
xxx.2	Problema moderado	Médio, regular
xxx.3	Problema grave	Grande, extremo
xxx.4	Problema completo	Total
xxx.8	Problema não especificado	
xxx.9	Problema não aplicável	

Os constructos positivos referem-se à integridade das funções e das estruturas, da capacidade e do desempenho ao nível da Actividade e da Participação e aos factores ambientais que são, neste caso, facilitadores.

Segundo FARIAS e BUCHALLA (2005) os factores negativos dizem respeito às deficiências das funções e das estruturas, às limitações das Actividades, à restrição da Participação, e às barreiras ou obstáculos que o ambiente exerce sobre o indivíduo. No Quadro 3 apresentamos

Quadro 3. Constructos da Funcionalidade e da Incapacidade da CIF
(FARIAS e BUCHALLA, 2005)

Componente	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Atividade	Participação	Fatores Ambientais
Aspecto Positivo	Integridade Funcional e Estrutural	Capacidade	Desempenho	Facilitadores
FUNCIONALIDADE				
Aspecto Negativo	Deficiência	Limitação	Restrição	Barreiras/obstáculos
INCAPACIDADE				

A CIF descreve cada estado de saúde do indivíduo através de um sistema alfanumérico, em que as letras indicam qual o componente que está a ser descrita: Funções do Corpo (b); Estruturas (s), Actividades e Participação (d) e os Factores Ambientais (e). Após cada letra segue-se um código numérico constituído por uma série de dígitos. Os dígitos têm uma sequência lógica, sendo que o primeiro dígito diz respeito ao capítulo, o segundo nível é descrito com dois dígitos, o terceiro nível com um dígito e por fim o quarto nível com o último dígito. Ou seja, esta sequência numérica organiza a classificação num formato hierárquico. Segundo PEREIRA *et al* (2011) a estrutura da CIF pode ser esquematizada conforme indicado na Figura 2.

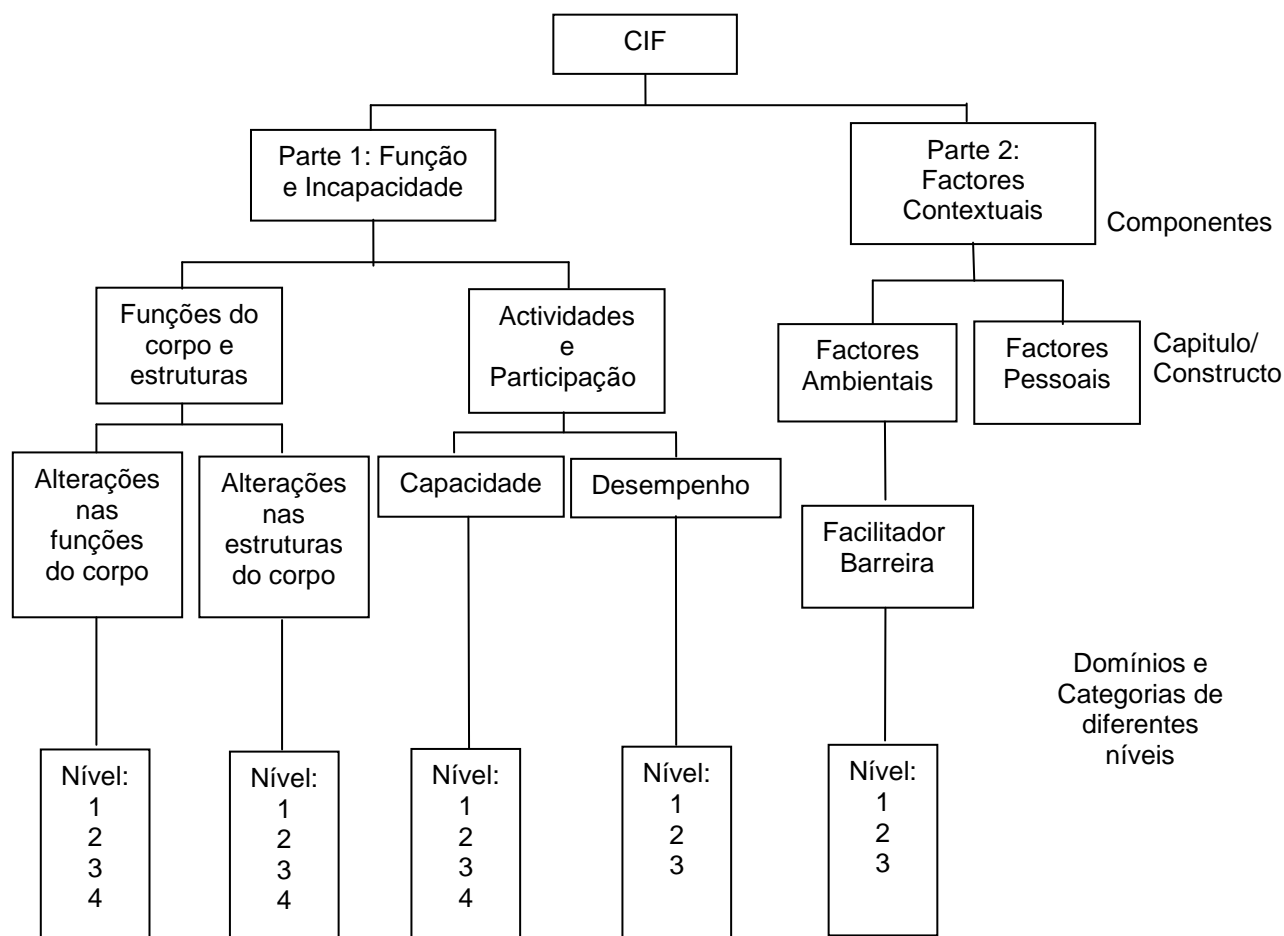


Figura 2. Estrutura da CIF segundo PEREIRA *et al* (2011)

Estes níveis existem porque categorias mais amplas podem ter subcategorias mais detalhadas. De acordo com FONTES *et al* (2010) esta hierarquia pode adquirir quatro níveis, que se diferenciam de forma progressiva quanto à sua precisão ou especificidade do conceito.

O código só fica completo com um qualificador que indica a magnitude da gravidade da lesão ou trauma. Este qualificador é acompanhado de um ponto (.) quando especifica a extensão ou magnitude da deficiência, limitação, restrição ou impacto barreira, ou de um sinal (+) quando o factor ambiental é facilitador. Os qualificadores são codificados com um, dois ou mais dígitos após um ponto, consoante o componente ou o constructo. A utilização de qualquer código deve

ser acompanhada de pelo menos um qualificador, o genérico, pois sem ele as categorias, não têm significado (OMS, 2004).

O componente Estruturas do Corpo é descrita através de 3 qualificadores, sendo que o primeiro diz respeito à extensão da lesão, o segundo à natureza da lesão e por fim o ultimo ao local da lesão conforme apresentamos no Quadro 4.

Quadro 4. Qualificadores do componente estruturas do corpo

Primeiro qualificador Extensão da deficiência	Segundo qualificador Natureza da deficiência	Terceiro qualificador Local da lesão
0- Nenhuma deficiência 1- Deficiência ligeira 2- Deficiência moderada 3- Deficiência grave 4 - Deficiência completa 8 - Não especificada 9- Não aplicável	0- Nenhuma mudança na estrutura 1-Ausência total 2 - Ausência Parcial 3 - Parte adicional 4 - Dimensões aberrantes 5 - Descontinuidade 6 - Desvio de posição 7 - Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acumulação de fluídos 8 - Não especificada 9 - Não aplicável	0- Mais de uma região 1- Direita 2- Esquerda 3- Ambos os lados 4- Parte anterior 5- Parte exterior 6 -Proximal 7- Distal 8- Não especificada 9- Não aplicavel

O componente Funções é descrita através de um qualificador que se refere à extensão da lesão através da classificação descrita anteriormente no Quadro 2. O componente Actividades e Participação é descrito através de dois qualificadores, que se referem ao desempenho (impacto na participação) e à capacidade (impacto na actividade). Os factores ambientais são descritos através de um qualificador que pode ser facilitador ou barreira, isto é a forma como um factor ambiental actua como obstáculo ou facilitador.

No Quadro 5 apresentamos um exemplo da qualificação de uma deficiência de uma estrutura: deficiência moderada dos músculos das mãos com edema.

Quadro 5. Exemplo da qualificação de um código

Componente	Capítulo	Classificação do Nível
s7	Estruturas relacionadas com movimento	Classificação de 1º Nível
s730	Estrutura do membro superior	Classificação de 2º Nível
s7302	Estrutura da mão	Classificação de 3º Nível
s73022.273	Músculos das mãos	Classificação de 4º Nível

Este código surge associado aos qualificadores. O código seria então: s73022.273, em que o qualificador 2 se refere a uma deficiência moderada, o 7 à alteração qualitativa da estrutura e por fim 3 por ser bilateral.

A CIF é uma ferramenta que tem múltiplas aplicações (OMS 2004), nomeadamente em aspectos relacionados com:

- A avaliação da gestão dos recursos relacionados com os cuidados de saúde, em inquéritos à população a nível local, nacional e internacional;
- Aplicações em aspectos relacionados com a segurança social sendo uma ferramenta de política social, no planeamento de sistemas de segurança social, de sistemas de compensação e nos projectos e no desenvolvimento de políticas
- A contribuição para a prevenção, promoção da saúde e a melhoria da participação, diminuindo ou eliminando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e facilitadores sociais;
- A educação, sendo uma ferramenta pedagógica – permite elaborar programas educacionais, definir currículos académicos que promovam a consciencialização para a realização de acções sociais.

A CIF é portanto, uma classificação de funcionalidade, da saúde e dos estados relacionados com a saúde, podendo ser utilizada por vários sectores, tais como, seguros, segurança social, trabalho, educação, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais.

1.3. O CORE SET DO AVE

A CIF possui mais de 1400 categorias, que torna a sua aplicabilidade complexa. Para fazer face a este problema, foi desenvolvida uma primeira listagem mais curta, denominada de “*Checklist*”, que permite uma maior aplicabilidade clínica (FONTES *et al* 2010). Esta *Checklist* tem 152 categorias e permite gerar o perfil funcional de um indivíduo ou população, utilizando as categorias mais importantes e comuns às condições de saúde crónicas, não tendo porém um carácter exclusivo.

Outro tipo de listagens abreviadas da CIF são os *Core Sets*. Para LEMBERG *et al* (2010) os *Core Sets* resultam de uma selecção de categorias que são as mais relevantes para descrever um estado, uma condição de saúde específica ou ainda uma fase do processo de evolução dessa condição. De acordo com GRILL *et al* (2011) os *Core Sets* são construídos de forma a adaptar a CIF às reais necessidades dos seus utilizadores. São importantes já que revelam ser uma ferramenta útil na forma como facilitam a descrição abrangente dos problemas relacionados com o estado de saúde dos indivíduos, num formato acessível e prático, STARROST *et al* (2008).

A escolha das categorias mais importantes, ou seja, as que devem ser incluídas nesta listagem é feita através de uma técnica de metodologia qualitativa denominada de técnica de Delphi. O desenvolvimento dos *Core Set's* da CIF através desta técnica foi efectuado, segundo LEMBERG *et al* (2010) em três etapas. Na primeira fase o grupo responsável pela pesquisa, envia um questionário a um conjunto de *experts* solicitando uma lista de itens relacionadas com os problemas reais, recursos e factores ambientais dos indivíduos com AVE. Estas listagens são depois relacionadas por dois profissionais de saúde, com as categorias da CIF utilizando as regras de ligação criadas por CIEZA *et al* (2005). O consenso entre estes reflete-se na selecção de quais as respostas que se relacionam melhor com as categorias da CIF. Em caso de divergência é consultado um terceiro profissional de saúde com os mesmos conhecimentos sobre as regras de ligação. Nesta fase é pedida informação referente às características demográficas e sobre a experiência profissional dos elementos do grupo.

Na segunda etapa é distribuído um questionário onde se pergunta aos participantes se as categorias da CIF escolhidas anteriormente representam fielmente os problemas, reais necessidades e aspectos relacionados com factores ambientais dos indivíduos em estudo. É efectuada uma análise das frequências das respostas individuais e de grupo profissional. Na terceira e última etapa o participante recebe um questionário semelhante ao da etapa anterior, mas onde estão presentes as respostas da etapa anterior assim como da actual. Nesta fase respondem às mesmas questões da etapa anterior tendo em conta as respostas individuais assim como as do restante grupo. Este procedimento pode ser esquematizado como apresentamos na Figura3.

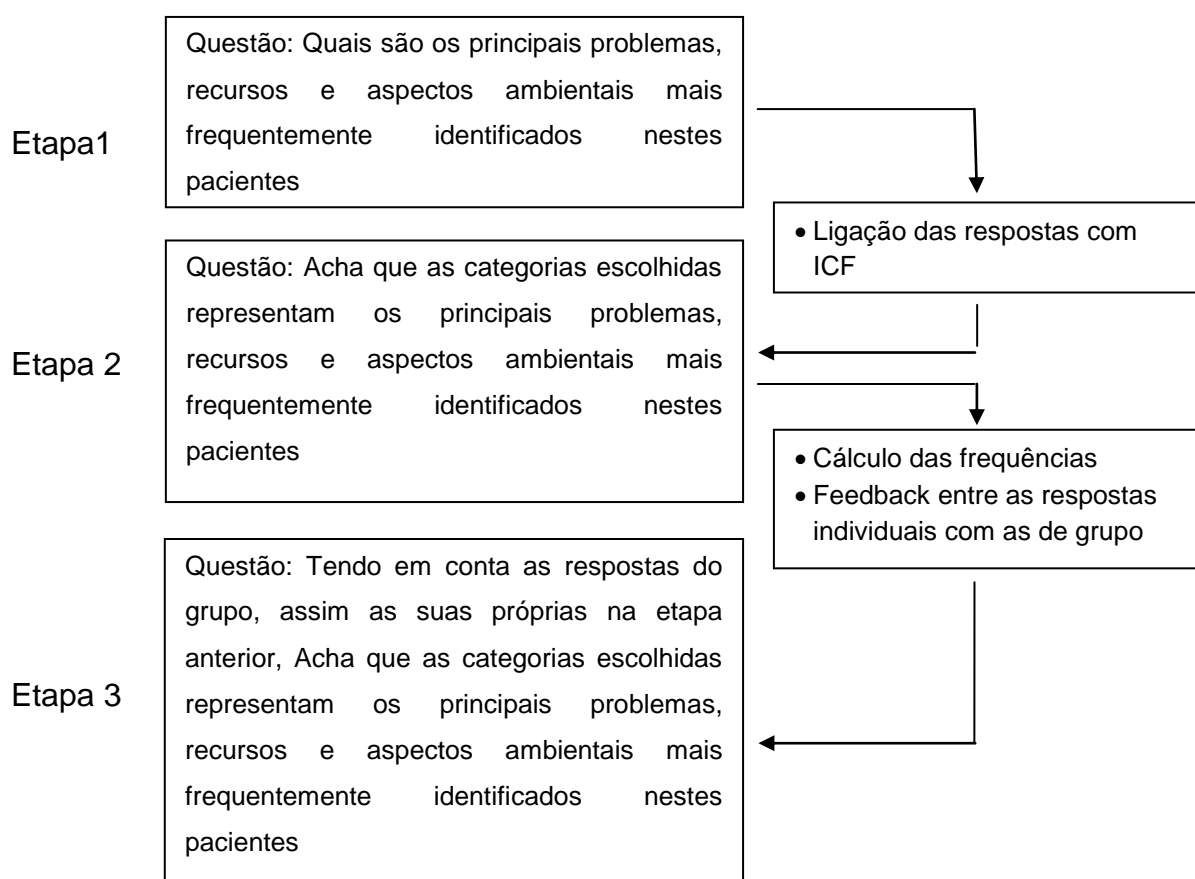


Figura 3. Técnica de Delphi (LEMBERG *et al*, 2010)

GRILL *et al* (2011) realizaram um estudo em que o objetivo foi propôr uma estratégia empírica da seleção das categorias mais representativas de forma a

contribuir para a validação dos *Core Sets* abrangentes (*Comprehensive*) dos componentes da classificação. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas (prevalências) das deficiências, das limitações/restrições, dos factores facilitadores/obstáculos no início e no final da intervenção. Foi feita uma análise estatística de forma a seleccionar quais as categorias mais relevantes, sendo que as categorias que tivessem uma ocorrência inferior a 5% ou que não sofressem alteração face ao início seriam excluídas, não fazendo portanto parte desta listagem.

Actualmente existem, segundo RIBERTO (2011) *Core Sets* para os seguintes estados de saúde: artrite reumatoide, lombalgia, dor crónica generalizada, osteoartrose, osteoporose, obesidade, diabetes *mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença cardíaca isquémica, depressão, AVE, cancro da mama, distúrbios do sono, lesão medular, cancro da cabeça e pescoço e espondilite anquilosante.

De acordo com STARROST *et al* (2008) o *Core Set* das Condições Neurológicas tem a constituição conforme apresentamos no Quadro 6.

Quadro 6. O *Core Set* das Condições Neurológicas (Starrost *et al*, 2008)

<i>Core Set</i>	Componente	Número categorias de 2º nível	Total de categorias
<i>Core Set</i> Abrangente para as Condições Neurológicas	Funções do Corpo	59	166
	Estruturas do Corpo	11	
	Actividades e Participação	59	
	Factores Ambientais	36	

Actualmente e segundo GEYH *et al* (2004) existem dois *Core Sets* específicos para o AVE (Anexo 1). Estes foram construídos com base na escolha das categorias mais importantes segundo os procedimentos anteriormente referidos e são constituídos pelas categorias que apresentamos no Quadro 7.

Quadro 7. Constituição de cada Core Set para o AVE (GEYH *et al*, 2004)

Core Set	Componente	Número categorias de 2º nível	Total de categorias
<i>Comprehensive Core Set</i>	Funções do Corpo	41	130
	Estruturas do Corpo	5	
	Actividades e Participação	51	
	Factores Ambientais	33	
<i>Brief Core Set</i>	Funções do Corpo	6	18
	Estruturas do Corpo	2	
	Actividades e Participação	7	
	Factores Ambientais	3	

O *Brief Core Set* deve ter cerca de 20 categorias e estas são escolhidas segundo o grupo operacional em questão (fisioterapeutas, enfermeiros...), de acordo com o contexto (agudo, sub-agudo) e relativo a um estado de saúde (AVE, osterortrose, Diabetes) (FONTES, 2013). No entanto, sempre que seja necessário especificar de uma forma mais detalhada algum (s) domínio (s) da funcionalidade, contido (s) por exemplo em categorias do 3º e 4º nível, estas poderão ser acrescentadas a partir das existentes no *Core Set Comprehensive*, sendo que a esta possibilidade ou necessidade chamar-se-á *Brief Core Set “Ampliado”* (FONTES, 2013).

1.4. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

O crescimento do envelhecimento populacional é responsável pelo aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes, com consequências sociais graves na saúde pública. Segundo a OMS aproximadamente 15 milhões de pessoas sofrem um AVE por ano, 5 milhões morrem e outras tantas ficam com incapacidade permanente. Em Portugal surge como a primeira causa de morte nas pessoas idosas, ocorrendo cerca de 400 novos episódios dos quais 20% são fatais. Esta doença é ainda a causa de

internamento de mais de 25 mil pacientes por ano e por um elevado grau de incapacidade; metade dos doentes que sobrevivem a um AVE fica permanentemente limitada nas actividades da vida diária (SPACE, 2009). A incidência do AVE é habitualmente de 1 a 2 por 1 000 habitantes por ano. Destes doentes 85% têm mais de 65 anos e a incidência na população acima dos 85 anos é de 20 % por ano. Esta condição e tendo em conta o crescimento demográfico das faixas etárias mais velhas em Portugal, deverá aumentar a sua incidência. É expectável uma maior necessidade de cuidados de saúde (em quantidade e qualidade), realidade que tem um impacto económico considerável, absorvendo uma avultada proporção dos orçamentos do sistema nacional de saúde (DGS, 2001).

A OMS (2007) define o AVE como uma doença vascular, com um quadro de instalação rápido, cujos sintomas duram pelo menos 24 horas e podem causar a morte. Os défices nas funções neuromusculares, motoras, sensoriais, comportamentais e perceptivas/cognitivas variam conforme o tamanho e tipo de região lesada, podendo apresentar como sinais e sintomas a perda do controlo voluntário dos movimentos. Segundo PIASSAROLI *et al* (2012) o AVE é uma condição que pode implicar um défice neurológico do qual pode resultar incapacidade e morte. A sua manifestação frequentemente envolve fraqueza muscular, espasticidade e padrões motores estereotipados, com consequências nas actividades de vida diária (AVD's) e na necessidade de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar.

As causas do AVE podem ser multifactoriais, as quais incluem a Hipertensão Arterial Sistémica (HTA), a idade, o consumo de tabaco e de álcool, sedentarismo, malformações, entre outros.

O AVE pode ter 2 mecanismos fisiopatológicos distintos. O tipo de AVE mais comum é o Isquémico e que, de acordo com PIASSAROLI *et al* (2012) tem uma prevalência de 80%. O AVE isquémico resulta de uma oclusão vascular localizada, levando à interrupção do fornecimento de oxigénio e glicose ao tecido cerebral. Esta interrupção afecta os processos metabólicos do território neural envolvido. A oclusão de um vaso cerebral leva a uma interrupção do aporte sanguíneo e provoca em poucos minutos a morte neural na zona que este vaso

irriga. A área circundante a esta zona é denominada de penumbra e contém tecido neural funcionalmente lesado mas ainda viável já que parte da sua irrigação resulta de vasos colaterais, no entanto, também esta pode sofrer danos irreversíveis resultantes dos efeitos citotóxicos e excitotóxicos da cascata bioquímica resultante da isquémia.

O AVE define-se, de acordo com GREENBERG *et al* (2005) como um síndrome caracterizada pelo início agudo de um défice neurológico que persiste por um período de tempo de pelo menos 24 horas. Reflete o envolvimento focal do sistema nervoso central e é o resultado de um distúrbio na circulação cerebral. Segundo este autor pode-se dividir o AVE da forma como apresentamos no Quadro 8.

Quadro 8. Tipos de AVE

AVE Isquémico	Trombótico	Estenose ou oclusão das grandes artérias cerebrais (especialmente a carótida interna, a cerebral média e basilar), das veias cerebrais ou seios venosos. Formação de placas fibróticas que diminuem progressivamente o diâmetro do vaso, levando à incapacidade de fazer face as necessidades fisiológicas das células. Défice neurológico agrava progressivamente.
	Embólico	Oclusão das artérias cerebrais pela passagem de êmbolos vindos das grandes artérias cerebrais, do coração ou o arco aórtico. Produzem défices neurológicos máximos na fase inicial.
	Lacunar	Oclusão das pequenas artérias localizadas profundamente no cérebro resultante de alterações na parede vascular induzidas por hipertensão crónica. Instalação de défice neurológico lento (horas ou dias)
AVE Hemorrágico	Hemorragia intracerebral da qual resulta compressão ou destruição do tecido nervoso ou de outras estruturas vasculares que, por seu lado podem provocar isquémia secundária e edema.	Intracerebral
		Subaracnóide
		Subdural ou epidural

Esquemáticamente as alterações estruturais e funcionais podem manifestar-se conforme apresentamos esquemáticamente no Quadro 9.

Quadro 9. Alterações pós AVE

Alterações de linguagem	
<p>Perda da capacidade de produzir ou compreender a linguagem devido a dano cerebral focal no hemisfério cerebral dominante da linguagem (hemisfério esquerdo). Numa fase inicial 40% dos pacientes com AVE apresentam afasia e destes, 60 a 40% mantêm-na na fase crónica. É um quadro clínico com grande impacto na qualidade de vida e diminui a capacidade de relacionamento com os outros, dificulta a actividade laboral e a participação nas AVD's, BALARDIN e MIOTTO, (2009)</p>	Afasia motora (Incapacidade de expressão)
	Afasia sensorial, de compreensão ou Wernicke (incapacidade de compreensão)
	Disartia (incapacidade de expressão por défice motor nos músculos do aparelho fonador)
Disfagia	<p>A disfagia é o termo que designa a dificuldade da deglutição resultante da alteração da coordenação neuromuscular. ABDULMASSIH <i>et al</i> (2009) realizaram um estudo em que cerca de 36% dos doentes após AVE apresentaram disfagia leve, 41% moderada e 23% disfagia grave. Esta disfunção pode levar a dificuldades respiratórias, défices nutricionais e à desidratação.</p>
Incontinência urinária	<p>A incontinência urinária resulta da diminuição do tónus muscular da bexiga. Em estudo realizado por PATEL <i>et al</i> (2001) a incontinência afecta cerca de 41% dos doentes após AVE e perdura em 10% após 2 anos. Pode estar associada à disfagia e à fraqueza muscular generalizada.</p>
Alterações de mobilidade	
Alteração de força muscular	<p>A diminuição da força é a consequência mais incapacitante no AVE (BOHANNON, 2007). Pode estar diminuída (hemiparésia) ou ausente (hemiplegia) e pode afectar apenas um membro (braquial ou crural) ou um dos hemicorpos (LEAL, 2001).</p> <p>Em estudo realizado por URBAN <i>et al</i> (2010) a parésia muscular de grau ligeiro a médio é a mais comum e surge de forma mais acentuada no membro superior que no inferior.</p>
Espasticidade	<p>A espasticidade é um tipo de hipertonia resultante de lesões cortico-espinais associada à hiperrreflexia. Num estudo realizado por URBAN <i>et al</i> (2010) surge em 42,6% dos AVE.</p>

Alterações De sensibilidade	No AVE podem existir alterações na sensibilidade térmica e táctil. As alterações do controlo postural resultam do défice na sensibilidade postural, isto é do reconhecimento da posição dos segmentos e que pode trazer consequências para os padrões de movimento (LEAL, 2001).
Alterações de equilíbrio	O défice da força e as alterações da distribuição de peso após AVE contribuem para o défice de equilíbrio, assim como as compensações adquiridas para compensar o défice motor contra-lateral. (BENSOUSSAN <i>et al</i> , 2007)

Segundo BELDA-LOIS *et al* (2011) a hemiplegia é a consequência mais incapacitante resultante do AVE e contribui significativamente para a redução da capacidade da marcha. Apesar da maioria dos doentes adquirir a capacidade da marcha independente, a maioria não consegue realizar as suas AVD's na sua totalidade.

O equilíbrio é fundamental para a marcha e resulta, de acordo com SCALZO *et al* (2011) da interacção do sistema vestibular, visual e somatosensorial, mobilidade articular força muscular, ambiente físico e experiência prévia. Nos doentes que sofreram AVE estes componentes estão comprometidas e elevam o risco de quedas; 73% dos indivíduos nos primeiros seis meses após alta hospitalar sofre quedas. As consequências destas quedas incluem fracturas e traumatismos crânio-encefálicos da qual pode resultar institucionalização, diminuição da independência, depressão, imobilidade ou morte.

O AVE tem repercussões ao nível da capacidade emocional dos seus portadores sendo que a depressão é um fenómeno bastante comum. De acordo com TERRONI *et al* (2009) a depressão tem uma prevalência de 23% a 60% e está associada a pior prognóstico e evolução, agravamento das disfunções cognitivas e redução da qualidade de vida. Os aspectos cognitivos podem estar também envolvidos. No estudo realizado por MADUREIRA *et al* (2001) 55% dos doentes apresentavam comprometimento cognitivo em pelo menos num dos seus domínios, 27% com outros défices cognitivos sem prejuízo da memória e 7% com défice exclusivo desta.

Tendo em conta as múltiplas vantagens que a CIF oferece no contexto da avaliação e intervenção da reabilitação, o objectivo geral deste estudo é contribuir para a validação do *Core Set* do AVE da CIF para a língua portuguesa, no contexto subagudo bem como propor um *Core Set* abreviado dessa condição e nesse contexto no que diz respeito ao componente Funções.

2. METODOLOGIA

2.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, analítico e longitudinal. No entanto, antes da aplicação do estudo anteriormente descrito, procedemos a uma avaliação qualitativa, do tipo análise de conteúdo, entre os instrumentos de recolha de dados da investigação.

2.2. OBJECTIVOS DO ESTUDO

O objectivo geral deste estudo é contribuir para a validação do componente Funções do Corpo, do *Core Set* do AVE da Classificação Internacional de Funcionalidade para a língua portuguesa, no contexto subagudo bem como propor um *Brief Core Set* dessa condição e nesse contexto, para a avaliação e intervenção dos fisioterapeutas.

Temos como objectivos específicos:

1. Caracterizar o perfil funcional da amostra
2. Avaliar o grau da evolução da funcionalidade dos utentes com sequela de AVE relativamente às componentes das Funções do Corpo e a sua associação com a idade e o sexo.
3. Contribuir para a validação do componente Funções do *Core Set* abrangente para o AVE da Classificação Internacional de Funcionalidade.
4. Propor o desenvolvimento de um *Brief Core Set* para os doentes com sequela de AVE em contexto subagudo a ser utilizado por fisioterapeutas.

2.3. QUESTÃO ORIENTADORA

O *Comprehensive Core Set* da CIF para o AVE caracteriza a evolução dos componentes das Funções do Corpo em contexto subagudo?

2.4. HIPÓTESES DE ESTUDO

Hipótese 1: Será que a incapacidade ao nível das deficiências das Funções do corpo é diferente nos dois momentos de avaliação?

Hipótese 2: Existe associação entre os níveis das deficiências das Funções do Corpo e o sexo e a idade?

Hipótese 3: As categorias dos componentes Funções do Corpo do *Core Set* do AVE da CIF, são representativas das deficiências dos utentes com sequela de AVE internados nas Unidades de Convalescença e Média Duração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na região do Algarve?

2.5. MEIO DO ESTUDO

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é constituída, segundo o Instituto da Segurança Social (2012), por um conjunto de instituições públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias. Resulta duma parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social, da Saúde e vários prestadores de cuidados de Saúde e de Apoio Social e tem como principal objectivo dar resposta às necessidades das pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência.

A RNCCI inclui:

- Unidades de internamento
Convalescença
Média Duração e Reabilitação
Longa Duração e Manutenção
Cuidados Paliativos
- Unidades de ambulatório
Unidade de dia e de promoção da autonomia

- Equipa hospitalar
Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos
- Equipas domiciliárias
Equipas de cuidados continuados integrados
Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

Na região do Algarve a RNCCI inclui as seguintes instituições de convalescença e média duração e reabilitação (local recolha de dados da nossa amostra). Quadro 10.

Quadro 10. Unidades de convalescença e média duração da RNCCI do Algarve

Tipologia	Unidades	Entidade prestadora	N.º camas
Convalescença	UC AL-Vita (PTM)	Pro-Fn, Serviços de Saúde, Lda.	30
	UC de Lagos	Hospital S. Gonçalo - HPP	11
	Centro Saúde Loulé	Hospital Distrital Faro	20
	UC de Portimão	SCM de Portimão	19
Média Duração e Reabilitação	UMDR AL-Vita (PTM)	Pro-Fn, Serviços de Saúde, Lda.	30
	UMDR de Olhão	ACASO	28
	UMDR de Portimão	SCM de Portimão	26
	UMDR de Tavira	Cruz Vermelha Portuguesa – Núcleo Tavira	20

No estudo em questão a informação foi recolhida em todas as instituições excepto na UC de Lagos.

2.6. VARIÁVEIS

As variáveis deste estudo são as seguintes:

- Variáveis Dependentes: Categorias dos componentes das Funções do Corpo.
- Variáveis Independentes: sexo e idade

2.7. AMOSTRA

A amostra do estudo foi constituída por 126 utentes internados com diagnóstico de AVE nas Unidades de Convalescença e Média Duração da Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) da região do Algarve. O método de amostragem foi do tipo não probabilístico, cuja técnica foi a amostragem accidental, constituída pelos utentes com idade superior a 65 anos com um episódio agudo anterior de internamento hospitalar.

2.8. INSTRUMENTOS

Os instrumentos de recolha de dados foram um questionário de caracterização sócio demográfica com uma estrutura idêntica à *checklist* da CIF (OMS, 2003), onde estão incluídos a idade, o género, o estado civil, a escolaridade, o *status* socioeconómico, a crença religiosa, o tempo de permanência no internamento de origem e no internamento da Rede e ainda as condições de doença associadas.

O *Método de Avaliação Bio-psico-social (MAB)* criado e desenvolvido por BOTELHO (2000) é um “método estruturado, uniformizado, de avaliação tipo rastreio e classificação biopsicossocial de adultos” (Anexo 2). Permite caracterizar estados biopsicossociais e funcionais, bem como descrever e detetar perturbações da funcionalidade. Tal como o nome indica, contém 3 áreas de avaliação, com 12 domínios que aglutinam 19 variáveis. Estas variáveis são pontuadas numa escala que pode ter até 4 graduações, consoante as características daquelas, que no seu conjunto permitem atribuir um *score* aos domínios, que originam por sua vez o perfil do indivíduo. No estudo desenvolvido pela autora com 152 idosos ambulatoriais, o instrumento confirmou reprodutibilidade das variáveis, viabilizando a sua utilização em estudos longitudinais.

O *Core Set* para o AVE inclui 130 categorias de 2º nível dos diferentes componentes da CIF. No componente Funções do Corpo, o capítulo Funções mentais é o que está mais representado relativamente ao número de categorias (15 categorias), seguida pelo capítulo Funções Neuro-musculo-esqueléticas e Relacionadas com o Movimento (9 categorias). No componente Estruturas do

Corpo o capítulo mais representado é o respeitante às Estruturas Relacionadas com o Movimento (3 categorias). No componente Actividades e Participação o capítulo mais representado é o relacionado com a Mobilidade (12 categorias) e no componente Factores Ambientais o capítulo mais representado é o referente aos Serviços, Sistemas e Políticas (10 categorias). O nosso estudo incidiu sobre o componente Funções, representado no Quadro 11.

Quadro 11. Categorias do componente Funções da CIF

Código	Categoria Core Set/CIF
Capítulo I: FUNÇÕES MENTAIS. Este capítulo trata das funções do cérebro que incluem funções mentais globais como consciência, energia e impulso e funções mentais específicas como memória, linguagem e cálculo.	
b110	Funções da Consciência – Funções mentais gerais do estado de consciência e alerta, incluindo a clareza e continuidade do estado de vigília.
b114	Funções da Orientação - funções mentais gerais relacionadas com o conhecimento e a determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, com o tempo e com o ambiente.
b117	Funções Intelectuais – funções mentais gerais, necessárias para compreender e integrar construtivamente as várias funções mentais, incluindo todas as funções cognitivas e seu desenvolvimento ao longo da vida.
b126	Funções do temperamento e da personalidade- funções mentais gerais de carácter constitucional que fazem o indivíduo reagirem de um modo específico às situações, incluindo o conjunto de características mentais que diferenciam o indivíduo dos outros
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 objetivos gerais.
b134	Funções do Sono – funções mentais gerais de desconexão física e mental periódica, reversível e seletiva, do ambiente imediato da pessoa, acompanhada por mudanças fisiológicas características.
b140	Funções da Atenção – funções mentais específicas de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário.
b144	Funções da Memória – funções mentais específicas de registo e armazenamento de informações e sua recuperação quando necessário.

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

b152	Funções Emocionais – funções mentais específicas relacionadas com o sentimento e o componente afetiva dos processos mentais.
b156	Funções da Perceção – funções mentais específicas relacionadas com o reconhecimento e a interpretação dos estímulos sensoriais.
b164	Funções cognitivas de nível superior- funções mentais específicas especialmente dependentes dos lobos frontais do cérebro, incluindo comportamentos complexos orientados para metam, tais como, tomadas de decisão, pensamento abstrato, planeamento e execução de planos, flexibilidade mental e decisão sobre quais os comportamentos adequados em circunstâncias específicas; funções designadas frequentemente como executivas.
b167	Funções Mentais da Linguagem – funções mentais específicas de reconhecimento e utilização de sinais, símbolos e outros componentes da linguagem.
b172	Funções de cálculo- funções mentais específicas relacionadas com a determinação, aproximação e manipulação de símbolos e processos matemáticos
b176	Funções Mentais para a Sequência de Movimentos Complexos – funções mentais específicas de encadeamento e coordenação de determinados movimentos complexos.
b180	Funções de experiência Pessoal e do Tempo – funções mentais específicas relacionadas com a consciência da sua própria identidade, do seu corpo, da sua postura no seu ambiente e no tempo.
Capítulo II: FUNÇÕES SENSORIAIS e DOR. Este capítulo avalia 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 perceção da presença de luz e a forma, tamanho, formato e cor do estímulo visual
b215	Funções dos Olhos – funções das estruturas internas do olho e das que o rodeiam e que facilitam as funções da visão.
b260	Função Propriocetiva – funções sensoriais que permitem sentir a posição relativa das partes do corpo.
b265	Função Táctil – funções sensoriais que permitem sentir superfícies e sua textura ou qualidade.
b270	Função Sensoriais Relacionadas com a Temperatura e Outros Estímulos – funções sensoriais que permitem sentir a temperatura, a vibração, a pressão e estímulos nocivos.
b280	Sensação de Dor – sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo.
Capítulo III: FUNÇÕES da VOZ e da FALA. Este capítulo trata das funções da produção de sons e	

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

da fala	
b310	Funções da voz- funções da produção de vários sons pela passagem de ar através da laringe
b320	Funções da Articulação – funções relacionadas com a produção de sons da fala.
b 330	Funções da fluência e do ritmo da fala - funções relacionadas com a produção do fluxo e do tempo da fala.
Capítulo IV: FUNÇÕES do APARELHO CARDIOVASCULAR, dos SISTEMAS HEMATOLÓGICO e IMUNOLÓGICO e do APARELHO RESPIRATÓRIO. Este capítulo 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.
b415	Funções dos Vasos Sanguíneos – funções de transporte de sangue através do corpo.
b420	Funções da Pressão Arterial – funções de manutenção da pressão sanguínea dentro das artérias.
b455	Funções de Tolerância ao Exercício – funções relacionadas com a capacidade respiratória e cardiovascular necessárias para a tolerância a esforços físicos.
Capítulo V: FUNÇÕES do APARELHO DIGESTIVO e dos SISTEMAS METABÓLICO e ENDÓCRINO. Este capítulo 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
b525	Funções de Defecação - funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos, tais como, fezes e funções relacionadas
Capítulo VI: FUNÇÕES GENITURINÁRIAS e da REPRODUTIVAS. Este capítulo refere-se às funções genitourinárias, incluindo funções sexuais e reprodutivas	
b620	Funções miccionais - funções de eliminação da urina através da bexiga
b640	Funções sexuais- funções mentais e físicas relacionadas como o acto sexual, incluindo as fases de excitação, de planalto, orgásmica e de resolução.
Capítulo VII: FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS e RELACIONADAS com o MOVIMENTO. Este capítulo 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.

b715	Funções da Estabilidade das Articulações - funções de manutenção da integridade estrutural das articulações.
b730	Funções da Força Muscular - funções relacionadas com a força gerada pela contração de um músculo ou de grupos musculares.
b735	Funções do Tónus Muscular - funções relacionadas com a tensão presente nos músculos em repouso e a resistência oferecida quando se tenta moverem os músculos passivamente.
b740	Funções da resistência muscular- funções relacionadas com a sustentação da contração muscular pelo período de tempo necessário
b750	Funções de reflexos motores- funções relacionadas com a contração involuntária automática dos músculos induzida por estímulos específicos
b755	Funções de Reações Motoras Involuntárias - funções relacionadas com contrações involuntárias de grandes músculos ou de todo o corpo induzidas pela postura, equilíbrio e estímulos ameaçadores.
b760	Funções de Controlo do Movimento Voluntário - funções associadas ao controlo e à coordenação do movimento voluntário.
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.

2.9. PROCEDIMENTOS

Os dados necessários para este estudo foram recolhidos em dois momentos. Numa primeira fase recolheu-se a informação dos utentes nas primeiras 48 horas de entrada na Rede, a segunda recolha de dados ocorreu durante as 24 horas prévias ao momento da alta. Estes dados foram recolhidos entre Abril de 2010 e Junho de 2012.

Os procedimentos formais e de autorização para a execução do estudo, foram previamente realizados pela orientadora, a Dr^a Ana Paula Fontes, uma vez que está enquadrado no desenvolvimento da sua tese de doutoramento. Os inquiridores foram todos alunos do 4^o ano de licenciatura em Fisioterapia da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Algarve, a desenvolverem a sua monografia final de licenciatura sob a supervisão da orientadora, tendo sido treinados relativamente ao processo de recolha de dados dos instrumentos, pela própria. Os dados não foram continuamente recolhidos, a sua operacionalização

só aconteceu durante o período de estágio dos alunos que participaram no estudo.

2.9.1. PROCESSO DE LIGAÇÃO ENTRE O CORE SET E O MAB

O MAB já foi sujeito a um processo de ligação com o *Core Set* Geriátrico, FONTES *et al* (2011). Tendo em conta este aspeto, só necessitámos de realizar o processo de ligação das categorias que não estavam contempladas neste *Core Set* (Anexo 3), conforme apresentamos no Quadro 12.

Quadro 12. Ligação das categorias da CIF não contempladas no *Core Set* Geriátrico.

Código	Categoria <i>Core Set</i> /CIF	Categoria Adicional	MAB/Informação
Capitulo I: FUNÇÕES MENTAIS			
b126	Funções do temperamento e da personalidade- funções mentais gerais de carácter constitucional que fazem o indivíduo reagirem de um modo específico às situações, incluindo o conjunto de características mentais que diferenciam o indivíduo dos outros		Pode ser ligado a P5. No entanto, tendo em conta que o indivíduo pode não ter consciência desta deficiência, a pergunta deverá ser realizada, não se estabelecendo ligação direta com o MAB
b164	Funções cognitivas de nível superior- funções mentais específicas especialmente dependentes dos lobos frontais do cérebro, incluindo comportamentos complexos orientados para metam, tais como, tomadas de decisão, pensamento abstracto, planeamento e execução de planos, flexibilidade mental e decisão sobre quais os comportamentos adequados em circunstâncias específicas; funções designadas frequentemente como executivas.		Pode ser ligado a P5. No entanto, tendo em conta que o indivíduo pode não ter consciência desta deficiência, a pergunta deverá ser realizada, não se estabelecendo ligação direta com o MAB

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

b172	Funções de cálculo- funções mentais específicas relacionadas com a determinação, aproximação e manipulação de símbolos e processos matemáticos	Pode ser ligado a P5. No entanto, tendo em conta que o indivíduo pode não ter consciência desta deficiência, a pergunta deverá ser realizada, não se estabelecendo ligação direta com o MAB
b310	Funções da voz- funções da produção de vários sons pela passagem de ar através da laringe	Pode ser ligado a P5. No entanto, tendo em conta que o indivíduo pode não ter consciência desta deficiência, a pergunta deverá ser realizada, não se estabelecendo ligação direta com o MAB
b 330	Funções da fluência e do ritmo da fala - funções relacionadas com a produção do fluxo e do tempo da fala.	Pode ser ligado a P5. No entanto, tendo em conta que o indivíduo pode não ter consciência desta deficiência, a pergunta deverá ser realizada, não se estabelecendo ligação direta com o MAB
b640	Funções sexuais- funções mentais e físicas relacionadas como acto sexual, incluindo as fases de excitação, de planalto, orgásmica e de resolução.	P5
b740	Funções da resistência muscular- funções relacionadas coma sustentação da contracção muscular pelo período de tempo necessário	Pode ser ligada a P1, mas deve ser avaliada
b750	Funções de reflexos motores- funções relacionadas com a contracção involuntária automática dos músculos induzida por estímulos específicos	Sem ligação
Capítulo VII: ESTRUTURAS RELACIONADAS com o MOVIMENTO		
s730	Estrutura do membro Superior	Sem ligação

Todas as categorias ligadas por FONTES *et al* (2011) mais as que apresentámos anteriormente encontram-se no Anexo 3.

Este processo teve em conta as regras de ligação desenvolvidas pela OMS (CIEZA *et al*, 2005) e que resumimos seguidamente:

1. Antes de iniciar o processo de ligação é necessário ter bom conhecimento da estrutura conceptual, dos componentes, categorias e domínios da CIF assim como as definições inerentes a esta.

2. Cada item do instrumento deve ser ligado com a categoria mais específica e precisa da CIF, nomeadamente uma categoria de nível superior.

3. Evitar utilizar o qualificador 8 (não especificado) aquando da ligação. Isto é, se nenhuma categoria da CIF não contemplar exatamente algum aspecto que necessitamos ligar, identificamo-lo com a respectiva categoria e acrescenta-se a restante informação. Por exemplo: ao ligar “dor na tibio-társica direita” com CIF, utiliza-se o código b28015 que significa “dor no membro inferior” e acrescenta-se tibiotársica direita.

4. Evitar utilizar o qualificador 9 (não aplicável) mas sim a categoria de nível imediatamente abaixo. Por exemplo: ao ligar a questão “como acha que sua dor mudou a forma de se relacionar com outros” a categoria da CIF, utiliza-se o código d7 “interacções interpessoais gerais” e não d799 “ Interacções e relacionamentos interpessoais, não especificados”

5. Se existirem duvidas sobre qual a categoria da CIF que se deve ligar então denomina-se “*não definível*” (not definable).

6. Se o conceito que queremos ligar não estiver contemplado na CIF e contiver aspectos intrínsecos da vida do indivíduo, denomina-se de *factor pessoal*. Por exemplo: a questão fé em Deus não se aplica na CIF e é denominado desta forma.

7. Se o conceito em questão não estiver presente na CIF e não é um factor pessoal denomina-se de “*não contemplado*” (*not covered*). Por exemplo: ligar informação recolhida relacionada com suicídio não esta contemplada na CIF e denomina-se de não contemplado.

8. Se o item que queremos ligar se refere a um estado de saúde ou diagnóstico utiliza-se o termo “*estado de saúde*”. Por exemplo ao ligar a questão “durante a última semana quantas vezes se sentiu cansado ou com falta de ar

devido à asma?”, deve-se utilizar a designação “*estado de saúde*” (*health condition*) em substituição de asma.

Respeitando estas regras de ligação, foi realizada uma avaliação qualitativa, relativamente à análise de conteúdo. A comparação dos conceitos contidos nos itens do MAB com os componentes e categorias da CIF foi realizada por dois grupos de pesquisadores, todos fisioterapeutas com conhecimento abrangente relativamente à CIF, quer em contexto pedagógico, quer em contexto clínico, pertencentes à Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Algarve e à Escola Superior das Tecnologias da Saúde de Coimbra.

As codificações atribuídas aos itens do MAB pelos pesquisadores foram realizadas de forma independente e cega. Os resultados foram comparados quanto à concordância e para resolver as discordâncias entre os pesquisadores foi solicitado o parecer de um terceiro pesquisador. O mesmo processo foi adotado relativamente à ligação conceptual entre as categorias do *Core Set* do AVE e as questões do MAB.

2.9.2. QUANTIFICAÇÃO DOS QUALIFICADORES DAS CATEGORIAS DO CORE SET AVE

A ligação conceptual das variáveis *Core Set* AVE/MAB foi abrangente, conforme apresentamos no capítulo dos Resultados. No entanto, os qualificadores da CIF não têm uma ligação direta com as pontuações do MAB. Ou seja, os quantificadores do MAB “2, 1 e 0”, têm sempre cada um, uma dupla ligação com os qualificadores da OMS. Existe também uma diferença conceptual entre os atributos dos dois instrumentos; os qualificadores da OMS traduzem a deficiência, as pontuações ou *scores* do MAB, medem a funcionalidade do indivíduo. Existe ainda outro aspeto que diferencia as atribuições entre o MAB e a CIF; as orientações da OMS vão no sentido de que, quando se avalia o indivíduo relativamente à sua capacidade (funcionalidade em ambiente padrão ou uniforme), esta deva ser avaliada/observada, sem dispositivos de auxílio ou de assistência pessoal.

Tendo em conta este aspeto, atribuímos às pontuações “1” e “2” do MAB, o qualificador “3” da OMS, por se entender que sem dispositivos de auxílio ou de

assistência pessoal, o indivíduo fica com uma incapacidade grave. A pontuação “0” do MAB, ligou-se à pontuação “4” da classificação, enquanto a pontuação “3” do MAB, ficou ligada à pontuação “0” da CIF.

Sempre que não se obteve ligação conceptual, ou os aspectos das definições das categorias e dos seus critérios de inclusão/exclusão, não estavam suficientemente explícitos, realizou-se observação ou entrevista sistematizada ou ainda medição direta.

Tendo em conta todos estes aspectos, a quantificação das variáveis do *Core Set*, foram organizadas do seguinte modo:

Todas as categorias que não tiveram ligação com o MAB e onde não foi possível utilizar um instrumento de medida, aplicaram-se os qualificadores “0” (Sem Deficiência) ou “4” (Com Deficiência)

Todas as categorias que não tiveram ligação com o MAB ou onde o processo não era suficientemente explícito, mas onde foi possível utilizar um instrumento de medida, aplicaram-se os qualificadores, através de uma proporção relativamente às suas classes de incapacidade No Quadro 13, apresentamos a forma como foram quantificadas todas as categorias do componente Funções do Corpo.

Quadro 13. Quantificação das categorias do *Core Set* para o AVE

Categorias	Procedimento	Pontuação/Score
b110 Funções da Consciência	Observação e Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b114 Funções da Orientação	Ligação ao MAB	0 – Correto 3 – Incorreto Média= P35-P44 Score Final (SF): 0 = 0 <SF <0,9 – Deficiência Ausente 2 = 1 > SF ≥2,9 - Deficiência Leve/Moderada/Severa 3 = SF=3 Deficiência Completa
b117 Funções Intelectuais	Observação e Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

		3 – Deficiência Completa
b126 Funções do temperamento e da personalidade	Observação e Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b130 Funções da Energia e dos Impulsos	Observação e Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b134 Funções do Sono	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b140 Funções da Atenção	Observação e Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b144 Funções da Memória	Avaliação [3 Questões Evocação (Pera, Gato, Bola); 2 Questões Memória Longo Prazo (Dia e Mês Nascimento)]	0 – Correto 3 – Incorreto Score Final (SF): 0 = $0 < SF < 0,9$ – Deficiência Ausente 2 = $1 > SF \geq 2,9$ - Deficiência Leve/Moderada/Severa 3 = SF=3 Deficiência Completa
b152 Funções Emocionais	Ligação ao MAB	0 – Correto 3 – Incorreto Média= P32-P34 Score Final (SF): 0 = $0 < SF < 0,9$ – Deficiência Ausente 2 = $1 > SF \geq 2,9$ - Deficiência Leve/Moderada/Severa 3 = SF=3 Deficiência Completa
b156 Funções da Perceção	Observação e Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b164 Funções cognitivas de nível superior	Observação e Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b167 Funções Mentais da Linguagem	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

		3 – Deficiência Completa
b172 Funções de cálculo	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b176 Funções Mentais para a Sequência de Movimentos Complexos	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b180 Funções de experiência Pessoal e do Tempo	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b210 Funções da Visão	Entrevista e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b215 Funções dos dos Olhos	Observação e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b260 Função Proprioceptiva	Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b265 Função Táctil	Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b270 Funções Sensoriais Relacionadas com a Temperatura e Outros Estímulos	Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b280 Sensação de Dor	Entrevista e Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b310 Funções da voz	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b320 Funções da Articulação	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b330 Funções da fluência	Entrevista	0 – Deficiência Ausente

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

e do ritmo da fala		2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b410 Funções Cardíacas	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b415 Funções dos Vasos Sanguíneos	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b420 Funções da Pressão Arterial	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b455 Funções de Tolerância ao Exercício	Avaliação	0 – Deficiência Completa 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Ausente
b510 Funções de Ingestão	Observação e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b525 Funções de Defecação	Ligação ao MAB	P20 0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b620 Funções miccionais	Ligação ao MAB	P19 0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b640 Funções sexuais	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b710 Funções da Mobilidade das Articulações	Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b715 Funções da Estabilidade das Articulações	Avaliação e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b730 Funções da Força Muscular	Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa

b735 Funções do Tónus Muscular	Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b740 Funções da resistência muscular	Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b750 Funções de reflexos motores	Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b755 Funções de Reações Motoras Involuntárias	Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b760 Funções de Controlo do Movimento Voluntário	Observação e Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa
b770 Funções Relacionadas com o Padrão de Marcha	Observação e Avaliação	0 – Deficiência Ausente 2 – Deficiência Leve/Moderada/ Severa 3 – Deficiência Completa

2.9.3. MÉTODOS DE TRATAMENTO DOS DADOS

Para o tratamento dos dados recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Sciences*, (SPSS) versão 18. Fez-se análise uni-variada das variáveis numéricas, analisando as medidas de tendência central e de dispersão, enquanto as variáveis categóricas foram calculadas por tabelas de distribuição de frequências. Para a avaliação da evolução funcional entre o score inicial e o score final das categorias considerados na presente investigação, recorreu-se ao teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas. A correlação entre variáveis (idade/género) foi realizada pelo teste de *Spearman*, dado estas serem categóricas. Foi sempre considerado um nível de significância $p \leq 0,05$.

Considerámos para validação do *Core Set* abrangente todas as categorias que na avaliação inicial, tivessem tido uma prevalência da deficiência (independentemente do grau) $\geq 5\%$. A proposta de desenvolvimento para um *Core Set* abreviado teve em conta dois aspectos: o contexto dos cuidados e a aplicação por parte da equipa profissional, neste caso circunscrita aos fisioterapeutas. Nesse sentido, escolhemos as categorias mais representativas da

evolução funcional dos indivíduos e operacionalizadas no contexto da avaliação/intervenção da fisioterapia.

2.10. QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi previamente aprovado pela comissão de ética da Administração Regional de Saúde do Algarve e foi solicitado o consentimento informado a todos os utentes, bem como mantido o anonimato dos dados.

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

- Caracterização da Amostra

A amostra do estudo é constituída por 126 indivíduos, dos quais 71 (56,3%) do sexo feminino e 55 (43,7%) do sexo masculino. O limite superior foi de 94 anos e a média das idades foi de $78,56 \pm 6,75$ anos. A amostra foi dividida em dois grupos, sendo que o primeiro inclui idades entre os 65 e 74 anos e o segundo 75 ou mais anos. (Quadro 14) (Anexo 4 e 5)

Quadro 14. Distribuição da amostra por idade e sexo

	65 – 74 anos n= 34		≥ 75 anos n= 92		Total n= 126
	Mulher n= 17	Homem n= 17	Mulher n= 54	Homem N = 38	Mulher = 71 Homem = 55
min	65	66	71	71	65
máx	74	74	94	91	94
m	69,94	70,35	82,06	81,13	78,56
dp	2,989	2,120	4,684	5,189	6,749

No que diz respeito ao estado civil da amostra, constatou-se que em relação às mulheres, 46 (64,8%) eram viúvas/separadas/solteiras, 25 (35,2%) eram casadas ou viviam em união de facto. Em relação aos homens, 18 (32,7%) eram viúvos, separados ou solteiros e 37 (67,3%) eram casados (Anexo 6, 7, 8). No Quadro 15 descreve-se a distribuição das frequências face aos 2 grupos. Observámos diferenças entre o estado civil e o sexo ($p < 0,001$) onde as mulheres

revelaram viver mais sós, mas não observámos diferenças relativamente à idade ($p=0,191$) (Anexo 9)

Em relação ao nível de escolaridade a maior parte da amostra possui menos 4 anos de escolaridade [79 (72,7%)] (Anexo 10). Quando avaliámos esta variável relativamente aos grupos de interesse, verificámos diferenças na idade ($p=0,005$), onde os mais velhos apresentaram escolaridade inferior (Anexo 11). No Quadro 15 descreve-se a distribuição das frequências da escolaridade por idade, sexo e total e também face aos grupos de interesse.

Quadro 15. Distribuição da amostra por estado civil e escolaridade por grupo etário, sexo e no total

	65 – 74 anos n= 34		≥ 75 anos n= 92		Total n= 126	Efeitos	
	M n= 17	H n= 17	M n= 54	H n= 38	M= 71 H= 55	Idade	Sexo
n (%)							
Estado civil							
Viúvo/Solteiro/ Separado	8 (47,1)	6 (35,3)	38 (70,4)	12 (31,6)	64 (50,8)	0,191	0,000
Casado/União Facto	9 (52,9)	11(64,7)	16 (29,6)	26 (68,4)	62 (49,2)		
Escolaridade							
Sem Escolaridade	1(5,9)	4 (23,5)	21 (38,9)	11(28,9)	37(29,3)	0,005	0,584
≤ 4 Anos Escolaridade	12 (70,6)	11 (64,7)	32 (59,3)	24 (63,2)	79 (62,7)		
> 4 Anos Escolaridade	4 (23,5)	2 (11,8)	1 (1,9)	3 (7,9)	10 (7,9)		

Relativamente aos hábitos do risco e concretamente ao consumo do tabaco 111 (88,1%) dos idosos revelaram não serem fumadores (Anexo 12). A análise relativa à idade e ao sexo revelou diferenças em relação à idade ($p=0,002$), onde os mais novos se apresentaram a consumir mais (Anexo 13, 14). A média da Unidade/maço/ano (UMA) foi de $32\pm 25,6$ UMA, não se tendo observado diferenças nos grupos de interesse. (Anexo 15, 16)

Quanto ao consumo de álcool 82 (65,1%) dos indivíduos revelaram não consumir álcool, sendo que os homens apresentaram um consumo superior relativamente às mulheres ($p < 0,001$), mas não houve diferenças significativas face à idade. O nº de bebidas/dia foi de $2,63 \pm 3,0$, observando-se diferenças na idade ($p = 0,019$), onde os mais novos revelaram consumir mais bebidas/dia. (Anexo 17, 18, 19, 20, 21, 22)

No Quadro 16 descreve-se a distribuição das frequências do consumo de tabaco, UMA, consumo de álcool e nº de bebidas por idade, sexo e no total, bem como relativamente aos grupos de interesse.

Quadro 16. Distribuição da amostra por consumo de tabaco, UMA, consumo de álcool e nº de bebidas /dia por grupo etário, sexo e no total

	65 – 74 anos n= 34		≥ 75 anos n= 92		Total n= 126	Efeitos	
	M n= 17	H n= 17	M n= 54	H n= 38	M= 71 H= 55	Idade	Sexo
n (%)							
Consumo Tabaco							
Não	13 (75,5)	12 (70,6)	53 (98,1)	33 (86,8)	111 (88,1)	0,002	0,056
Sim	4 (23,5)	5 (29,4)	1 (1,9)	5 (13,2)	15 (11,9)		
m±dp							
UMA							
	22,5±3,5	38,6±37,5	10	34±14,9	32±25,6	0,765	0,308
Consumo Álcool							
Não	15 (82,2)	5 (29,4)	45 (83,3)	17 (44,7)	82 (65,1)	0,372	0,000
Sim	2 (11,8)	12 (70,6)	9 (16,7)	21 (53,3)	44 (34,9)		
m±dp							
Nº Bebidas/dia							
	1,0	4,67±5,0	1,33±0,5	2,15±1,0	2,63±3,0	0,019	0,081

Verificou-se que em relação à percepção do estado de saúde física na admissão 85 (67,5%) consideraram-na como sendo favorável/boa ou muito boa (Quadro 17). Em relação à percepção do estado de saúde mental na admissão 98

(77,8%) consideraram-na como sendo favorável/boa ou muito boa. No momento da alta 82 (65,1%) referiram o estado de saúde física favorável/boa/muito/boa, enquanto relativamente à saúde mental 100 (79,4%) descreveram-na como sendo favorável/boa/muito boa (Anexo 23). Não se verificaram diferenças nos grupos de interesse em relação à percepção do estado de saúde física face ao momento da admissão e a alta ($p=0,384$) nem no estado de saúde mental ($p=1,000$) (Anexo 24). Constatou-se diferença nos grupos de interesse relativamente à percepção do estado de saúde mental face ao sexo, sendo que os homens têm uma percepção mais favorável da saúde mental do que as mulheres ($p=0,013$) (Anexo 25, 26).

Quadro 17. Percepção do estado de saúde física e mental na admissão e alta

Percepção de estado de Saúde Física na Admissão					
	65-74 anos	≥75 anos	65-74 anos	≥75 anos	Total n=126
	M n=17	H n=17	M n=54	H n=38	M= 71 H= 55
Muito má/Má/Instável	7 (41,2)	5 (29,4)	17 (31,5)	7 (18,4)	36 (28,6)
Favorável/Boa/muito Boa	10 (58,8)	11 (64,7)	34 (63)	30 (78,9)	85 (67,5)
Não sabe/Não responde	0 (0,0)	1 (5,9)	3 (5,6)	1 (2,6)	5 (4,0)
Percepção de estado de Saúde mental na Admissão					
Muito má/Má/Instável	2 (11,8)	3 (17,6)	15 (27,8)	3 (7,9)	23 (18,3)
Favorável/Boa/muito Boa	15 (88,7)	13 (76,5)	36 (66,7)	34 (89,5)	98 (77,8)
Não sabe/Não responde	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (2,6)	5 (4,0)
Percepção de estado de Saúde física na alta					
Muito má/Má/Instável	5 (29,4)	5 (29,4)	20 (37,0)	12 (31,6)	42 (33,3)
Favorável/Boa/muito Boa	12 (70,6)	12 (70,6)	33 (61,1)	25 (65,8)	82 (65,1)
Não sabe/Não responde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	2 (1,6)
Percepção de estado de Saúde mental na alta					
Muito má/Má/Instável	2 (11,8)	3 (17,6)	17 (31,5)	2 (5,3)	24 (19)
Favorável/Boa/muito Boa	15 (88,2)	14 (82,4)	36 (66,7)	35 (92,1)	100 (79,4)
Não sabe/Não responde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	2 (1,6)

- Frequências das Funções do *Core Set* na Avaliação Inicial e Final na Amostra Total

Observámos que para a amostra total, na primeira avaliação a presença de deficiência variou entre 7,6% (b640) e 86,5% (b730), enquanto no último momento essa variação ocorreu entre 4,8% (b310 e b330) e 65,9% (b152, b164, b172, b770).

Na primeira avaliação as funções cuja presença de deficiência foi mais elevada (> 50%) foram b114, b152, b164, b172, b415, b420, b525, b620, b710, b730, b735, b740, b750, b755 e b770. No segundo momento avaliativo isso aconteceu nas mesmas categorias com excepção para b710 e b755.

No segundo momento de avaliação observámos que as categorias b310 e b330 apresentaram uma frequência $\leq 5\%$, no primeiro momento isso não ocorreu em nenhuma categoria.

Faremos agora uma análise relativamente ao comportamento das categorias mais relacionadas com a intervenção da fisioterapia, ou seja as contidas nos capítulos 1, 2 (função dor) e 7.

Relativamente à avaliação inicial e ao capítulo das funções mentais, as categorias onde os indivíduos apresentaram maior deficiência foram as categorias b114, b152, b164 e b172; na alta isso aconteceu nas mesmas categorias, apesar do valor das frequências ter diminuído.

A função dor (b280) variou os seus valores de deficiência de 50% para 36,5%.

Quanto às funções neuromúsculoesqueléticas, na avaliação inicial as categorias com frequência mais elevada de deficiência foram b730 e b770, na alta isso ocorreu nas mesmas categorias apesar das frequências terem diminuído.

Na comparação entre os grupos etários verificamos que a prevalência de deficiência (independentemente do grau) foi mais elevada no grupo etário ≥ 75 anos, da mesma forma que relativamente ao género, onde as prevalências de deficiência foram mais elevadas nas mulheres. Estes resultados apresentam-se no Quadro 18 (Anexo 27).

Quadro 18. Frequências das funções face à idade e ao sexo no início e fim de período de internamento

Funções	65-74 anos n=34		≥75 anos n=92		Total n=126
	Mulher n= 17	Homem n=17	Mulher n= 54	Homem n=38	M= 71 H= 55
Capítulo I: FUNÇÕES MENTAIS					
b110 inicial					
Deficiência completa	0 (0,0)	2 (11,8)	11 (20,4)	5 (13,2)	18 (14,3)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	16 (94,1)	15 (88,2)	43 (79,6)	33 (86,8)	107 (84,9)
b110 final					
Deficiência completa	0 (0,0)	1 (5,9)	9 (16,7)	3 (7,9)	13 (10,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	17 (100)	16 (94,1)	45 (83,3)	35 (92,1)	113 (89,7)
b114 inicial					
Deficiência completa	8 (47,1)	8 (47,1)	40 (74,1)	18 (47,4)	74 (58,7)
Deficiência leve/moderada/severa	4 (23,5)	4 (23,5)	7 (13,0)	12 (31,6)	27 (21,4)
Deficiência Ausente	5 (29,4)	5 (29,4)	7 (13,0)	8 (21,1)	25 (19,8)
b114 final					
Deficiência completa	5 (29,4)	6 (35,3)	21 (38,9)	11 (28,9)	43 (34,1)
Deficiência leve/moderada/severa	4 (23,5)	3 (17,6)	23 (42,6)	10 (26,3)	40 (31,7)
Deficiência Ausente	8 (47,1)	8 (47,1)	10 (18,5)	17 (44,7)	43 (34,1)
b117 inicial					
Deficiência completa	1 (5,9)	5 (29,4)	14 (25,9)	5 (13,2)	25 (19,8)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	11 (0,8)
Deficiência Ausente	16 (94,1)	12 (70,6)	40 (74,1)	32 (84,2)	100 (79,4)
b117 final					
Deficiência completa	1 (5,9)	4 (23,5)	13 (24,1)	5 (13,2)	23 (18,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	16 (94,1)	13 (76,5)	41 (75,9)	32 (84,2)	102 (81,0)

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

b126 inicial					
Deficiência completa	0 (0,0)	2 (11,8)	11 (20,4)	5 (13,2)	18 (14,3)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	16 (94,1)	15 (88,2)	43 (79,6)	33 (86,8)	107 (84,9)
b126 final					
Deficiência completa	0 (0)	1 (5,9)	9 (16,7)	3 (7,9)	131 (10,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	17 (100)	16 (94,1)	45 (83,3)	35 (92,1)	113 (89,7)
b130 inicial					
Deficiência completa	6 (35,3)	11 (64,7)	19 (35,2)	16 (42,1)	52 (41,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	11 (64,7)	6 (35,3)	35 (64,8)	22 (57,9)	74 (58,7)
b130 final					
Deficiência completa	5 (29,4)	7 (41,2)	14 (25,9)	14 (36,8)	40 (31,7)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	12 (70,6)	10 (58,8)	40 (74,1)	24 (63,2)	86 (68,3)
b134 inicial					
Deficiência completa	7 (41,2)	9 (52,9)	22 (40,7)	9 (23,7)	47 (37,3)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	0 (0,0)	3 (5,6)	0 (0,0)	4 (3,2)
Deficiência Ausente	9 (52,9)	8 (47,1)	29 (53,7)	29 (76,3)	75 (59,5)
b134 final					
Deficiência completa	5 (29,4)	5 (29,4)	16 (29,6)	5 (13,2)	31 (24,6)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	11 (64,7)	12 (70,5)	37 (68,5)	33 (86,8)	93 (73,8)
b140 inicial					
Deficiência completa	2 (11,8)	6 (35,3)	21 (38,9)	12 (31,6)	41 (32,5)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	15 (88,2)	11 (64,7)	33 (61,1)	26 (68,4)	85 (67,5)
b140 final					
Deficiência completa	2 (11,8)	4 (23,5)	10 (18,5)	7 (18,4)	23 (18,3)
Deficiência	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

leve/moderada/severa					
Deficiência Ausente	15 (88,2)	12 (70,6)	44 (81,5)	31 (81,6)	102 (81,0)
b144 inicial					
Deficiência completa	3 (17,6)	6 (35,3)	25 (46,3)	11 (28,9)	45 (35,7)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	14 (82,4)	11 (64,7)	28 (51,9)	26 (68,4)	79 (62,7)
b144 final					
Deficiência completa	2 (11,8)	4 (23,5)	19 (35,2)	9 (23,7)	34 (27)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	1 (4,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	15 (88,2)	12 (70,6)	35 (64,8)	29 (76,3)	91 (72,2)
b152 inicial					
Deficiência completa	8 (47,1)	5 (29,4)	23 (42,6)	16 (42,1)	52 (41,3)
Deficiência leve/moderada/severa	6 (35,3)	8 (47,1)	19 (35,2)	12 (31,6)	45 (35,7)
Deficiência Ausente	3 (17,6)	4 (23,5)	12 (22,2)	10 (26,3)	29 (23,0)
b152 final					
Deficiência completa	3 (17,6)	4 (23,5)	21 (38,9)	9 (23,7)	37 (29,4)
Deficiência leve/moderada/severa	8 (47,1)	10 (58,8)	17 (31,5)	11 (28,9)	46 (36,5)
Deficiência Ausente	6 (35,3)	3 (17,6)	16 (29,6)	18 (47,4)	43 (34,1)
b156 inicial					
Deficiência completa	2 (11,8)	5 (29,4)	16 (29,6)	9 (23,7)	32 (25,4)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	15 (88,2)	12 (70,6)	37 (68,5)	29 (76,3)	93 (73,8)
b156 final					
Deficiência completa	1 (5,9)	5 (29,4)	13 (24,1)	7 (18,4)	26 (20,6)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (1,9)	0 (0,0)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	16 (94,1)	11 (64,7)	40 (74,1)	31 (81,6)	98 (77,8)
b164 inicial					
Deficiência completa	8 (47,1)	8 (47,1)	40 (74,1)	18 (47,4)	74 (58,7)
Deficiência leve/moderada/severa	4 (23,5)	4 (23,5)	7 (13,0)	12 (31,6)	27 (21,4)
Deficiência Ausente	5 (29,4)	5 (29,4)	7 (13,0)	8 (21,1)	25 (19,8)
b164 final					

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

Deficiência completa	5 (29,4)	6 (35,3)	21 (38,9)	11 (28,9)	43 (34,1)
Deficiência leve/moderada/severa	4 (23,5)	3 (17,6)	23 (42,6)	10 (26,3)	40 (31,7)
Deficiência Ausente	8 (47,1)	8 (47,1)	10 (18,5)	17 (44,7)	43 (34,1)
b167 inicial					
Deficiência completa	2 (11,8)	5 (29,4)	10 (18,5)	6 (15,8)	23 (18,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	15 (88,2)	12 (70,6)	43 (79,6)	32 (84,2)	102 (81,0)
b167 final					
Deficiência completa	2 (11,8)	3 (17,6)	8 (14,8)	3 (7,9)	16 (12,7)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	15 (88,2)	13 (76,5)	46 (85,2)	35 (92,1)	109 (86,5)
b172 inicial					
Deficiência completa	8 (47,1)	8 (47,1)	40 (74,1)	18 (47,4)	74 (58,7)
Deficiência leve/moderada/severa	4 (23,5)	4 (23,5)	7 (13,0)	12 (31,6)	27 (21,4)
Deficiência Ausente	5 (29,4)	5 (29,4)	7 (13,0)	8 (21,1)	25 (19,8)
b172 final					
Deficiência completa	5 (29,4)	6 (35,3)	21 (38,9)	11 (28,9)	43 (34,1)
Deficiência leve/moderada/severa	4 (23,5)	3 (17,6)	23 (42,6)	10 (26,3)	40 (31,7)
Deficiência Ausente	8 (47,1)	8 (47,1)	10 (18,5)	17 (44,7)	43 (34,1)
b176 inicial					
Deficiência completa	2 (11,8)	5 (29,4)	12 (23,2)	4 (10,5)	23 (18,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	15 (88,2)	12 (70,6)	42 (77,8)	34 (89,5)	103 (81,7)
b176 final					
Deficiência completa	2 (11,8)	2 (11,8)	10 (18,5)	3 (7,9)	17 (13,5)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (1,9)	0 (0,0)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	15 (88,2)	14 (82,4)	43 (79,6)	35 (92,1)	107 (84,9)
b180 inicial					
Deficiência completa	0 (0,0)	2 (11,8)	11 (20,4)	5 (13,2)	18 (14,3)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

Deficiência Ausente	16 (94,1)	15 (88,2)	43 (79,6)	33 (86,8)	107 (84,9)
b180 final					
Deficiência completa	0 (0,0)	1 (5,9)	9 (16,7)	3 (7,9)	13 (10,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	17 (100)	15 (88,2)	45 (83,3)	35 (92,1)	112 (88,9)
Capitulo II: FUNÇÕES Sensoriais e Dor					
b210 inicial					
Deficiência completa	3 (17,6)	4 (23,5)	11 (20,4)	5 (13,2)	23 (18,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	14 (82,4)	13 (76,5)	43 (79,6)	33 (86,8)	103 (81,7)
b210 final					
Deficiência completa	3 (17,6)	3 (17,6)	10 (18,5)	4 (10,5)	20 (15,9)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	14 (82,4)	13 (76,5)	44 (81,5)	34 (89,5)	105 (83,3)
b215 inicial					
Deficiência completa	3 (17,6)	4 (23,5)	11 (20,4)	5 (13,2)	23 (18,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	14 (82,4)	13 (76,5)	43 (79,6)	33 (86,8)	103 (81,7)
b215 final					
Deficiência completa	3 (17,6)	3 (17,6)	10 (18,5)	4 (10,5)	20 (15,9)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	14 (82,4)	14 (82,4)	44 (81,5)	34 (89,5)	106 (84,1)
b260 inicial					
Deficiência completa	8 (47,1)	5 (29,4)	22 (40,7)	9 (23,7)	44 (34,9)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	9 (52,9)	12 (70,6)	31 (57,4)	28 (73,7)	80 (63,5)
b260 final					
Deficiência completa	6 (35,3)	3 (17,6)	13 (24,1)	6 (15,9)	28 (22,2)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (1,9)	1 (2,6)	3 (2,4)
Deficiência Ausente	11 (64,7)	13 (76,5)	40 (74,1)	31 (81,6)	95 (75,4)

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

b265 inicial					
Deficiência completa	4 (23,5)	7 (41,2)	20 (37,0)	8 (21,1)	39 (31)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	3 (2,4)
Deficiência Ausente	12 (70,6)	10 (58,8)	33 (61,1)	29 (76,3)	84 (66,7)
b265 final					
Deficiência completa	3 (17,6)	6 (35,3)	17 (31,5)	6 (15,8)	32 (25,9)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	3 (2,4)
Deficiência Ausente	13 (76,5)	11 (64,7)	36 (66,7)	31 (81,6)	91 (72,2)
b270 inicial					
Deficiência completa	4 (23,5)	2 (11,8)	6 (11,1)	7 (18,4)	19 (15,1)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	13 (76,5)	15 (88,2)	48 (88,9)	31 (81,6)	107 (84,9)
b270 final					
Deficiência completa	4 (23,5)	2 (11,8)	6 (11,1)	4 (10,5)	16 (12,7)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	13 (76,5)	15 (88,2)	48 (88,9)	34 (89,5)	110 (87,3)
b280 inicial					
Deficiência completa	8 (47,1)	10 (58,8)	28 (51,9)	13 (34,2)	59 (46,8)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	1 (5,9)	0 (0,0)	2 (5,3)	4 (3,2)
Deficiência Ausente	8 (47,1)	6 (35,3)	26 (48,1)	23 (60,5)	63 (50,0)
b280 final					
Deficiência completa	6 (35,3)	7 (41,2)	18 (33,3)	11 (28,9)	42(33,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (1,9)	2 (5,3)	4 (3,2)
Deficiência Ausente	11 (64,7)	9 (52,9)	35 (64,8)	25 (65,8)	80 (63,5)
Capítulo III: FUNÇÕES da VOZ e da FALA					
b310 inicial					
Deficiência completa	0 (0,0)	2 (11,8)	4 (7,4)	5 (13,2)	11 (8,7)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	16 (94,1)	15 (88,2)	50 (92,6)	33 (86,8)	114 (90,5)
b310 final					

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

Deficiência completa	0 (0,0)	1 (5,9)	2 (3,7)	3 (7,9)	6 (4,8)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	17 (100)	16 (94,1)	52 (96,3)	35 (92,1)	120 (95,2)
b320 inicial					
Deficiência completa	5 (29,4)	3 (17,6)	12 (22,2)	13 (34,2)	33 (26,2)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	12 (70,6)	14 (82,4)	42 (77,8)	24 (63,2)	92 (73)
b320 final					
Deficiência completa	3 (17,6)	1 (5,9)	7 (13,0)	10 (26,3)	21 (16,7)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	14 (82,4)	16 (94,1)	47 (87,0)	27 (71,1)	104 (82,5)
b330 inicial					
Deficiência completa	0 (0,0)	2 (11,8)	4 (7,4)	5 (13,2)	11 (8,7)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
Deficiência Ausente	16 (94,1)	15 (88,2)	50 (92,6)	33 (86,8)	114 (90,5)
b330 final					
Deficiência completa	0 (0,0)	1 (5,9)	2 (3,7)	3 (7,9)	6 (4,8)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	17 (100)	16 (94,1)	52 (96,3)	35 (92,1)	120 (95,2)
Capítulo IV: FUNÇÕES do APARELHO CARDIOVASCULAR, dos SISTEMAS HEMATOLOGICO e IMUNOLÓGICO e do APARELHO RESPIRATÓRIO					
b410 inicial					
Deficiência completa	7 (41,2)	4 (23,5)	29 (53,7)	15 (39,5)	55 (43,7)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	10 (58,8)	13 (76,5)	25 (46,3)	23 (60,5)	71 (56,3)
b410 final					
Deficiência completa	7 (41,2)	4 (23,5)	30 (55,6)	14 (36,8)	55 (43,7)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	10 (58,8)	13 (76,5)	24 (44,4)	24 (63,2)	71 (56,3)
b415 inicial					
Deficiência completa	9 (52,9)	11 (64,7)	32 (59,3)	19 (50,0)	71 (56,3)

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	8 (47,1)	6 (35,3)	22 (40,7)	19 (50,0)	55 (43,7)
b415 final					
Deficiência completa	9 (52,9)	10 (58,8)	30 (55,6)	18 (47,4)	67 (53,2)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	8 (47,1)	7 (41,2)	24 (44,4)	20 (52,6)	59 (46,8)
b420 inicial					
Deficiência completa	7 (41,2)	10 (58,8)	33 (61,1)	26 (68,4)	76 (60,3)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	1 (5,9)	6 (11,1)	2 (5,3)	10 (7,9)
Deficiência Ausente	9 (52,9)	6 (35,3)	15 (27,8)	10 (26,3)	40 (31,7)
b420 final					
Deficiência completa	6 (35,3)	7 (41,2)	33 (61,1)	23 (60,5)	69 (54,8)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	1 (5,9)	6 (11,1)	2 (5,3)	10 (7,9)
Deficiência Ausente	10 (58,8)	9 (52,9)	15 (27,8)	13 (34,2)	47 (37,3)
b455 inicial					
Deficiência completa	3 (17,6)	3 (17,6)	12 (22,2)	5 (13,2)	23 (18,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	14 (82,4)	14 (82,4)	42 (77,8)	33 (86,8)	103 (81,7)
b455 final					
Deficiência completa	3 (17,6)	3 (17,6)	10 (18,5)	4 (10,5)	20 (15,9)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	14 (82,4)	14 (82,4)	44 (81,5)	34 (89,5)	106 (84,1)
Capítulo V: FUNÇÕES do APARELHO DIGESTIVO e dos SISTEMAS METABÓLICO e ENDÓCRINO					
b510 inicial					
Deficiência completa	3 (17,6)	3 (17,6)	12 (22,2)	5 (13,2)	23 (18,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	14 (82,4)	14 (82,4)	42 (77,8)	33 (86,8)	103 (81,7)
b510 final					
Deficiência completa	3 (17,6)	3 (17,6)	9 (16,7)	4 (10,5)	19 (15,1)
Deficiência	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

leve/moderada/severa					
Deficiência Ausente	14 (82,4)	14 (82,4)	45 (83,3)	34 (89,5)	107 (84,9)
b525 inicial					
Deficiência completa	4 (23,5)	6 (35,3)	13 (24,1)	6 (15,8)	37 (29,4)
Deficiência leve/moderada/severa	5 (29,4)	4 (23,5)	17 (31,5)	10 (26,3)	42 (33,3)
Deficiência Ausente	8 (47,1)	7 (41,2)	24 (44,4)	22 (57,9)	47 (37,3)
b525 final					
Deficiência completa	2 (11,8)	4 (23,5)	13 (24,1)	6 (15,8)	25 (19,8)
Deficiência leve/moderada/severa	6 (35,3)	5 (29,4)	17 (31,5)	10 (26,3)	38 (30,2)
Deficiência Ausente	9 (52,9)	8 (47,1)	24 (44,4)	22 (57,9)	63 (50)
Capítulo VI: FUNÇÕES GENITURINÁRIAS e REPRODUTIVAS					
b620 inicial					
Deficiência completa	5 (29,4)	7 (41,2)	20(37,0)	13 (34,2)	45 (35,7)
Deficiência leve/moderada/severa	3 (17,6)	3 (17,6)	20 (37,0)	6 (5,8)	32 (25,4)
Deficiência Ausente	9 (52,9)	7 (41,2)	14 (25,9)	19 (50,0)	49 (38,9)
b620 final					
Deficiência completa	3 (17,6)	6 (35,3)	14 (25,9)	8 (21,1)	31 (24,6)
Deficiência leve/moderada/severa	4 (23,5)	4 (23,5)	17 (31,5)	7 (18,4)	32 (25,4)
Deficiência Ausente	10 (58,8)	7 (41,2)	23 (42,6)	23 (60,5)	63 (50)
b640 inicial					
Deficiência completa	0 (0,0)	1 (5,9)	4 (7,4)	4 (10,5)	9 (7,6)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	17 (100)	16 (94,1)	50 (92,6)	34 (89,5)	117 (92,4)
b640 final					
Deficiência completa	0 (0,0)	1 (5,9)	4 (7,4)	3 (7,9)	8 (6,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência Ausente	17 (100)	16 (94,1)	50 (92,6)	35 (92,1)	118 (93,7)
Capítulo VII: FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS e RELACIONADAS com o MOVIMENTO					
b710 inicial					
Deficiência completa	9 (52,9)	8 (47,1)	25 (46,3)	17 (44,7)	59 (46,8)

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	3 (17,6)	2 (3,7)	2 (5,3)	7 (5,6)
Deficiência Ausente	8 (47,1)	6 (35,3)	27 (50,0)	19 (50,0)	60 (47,6)
b710 final					
Deficiência completa	6 (35,3)	6 (35,3)	16 (29,6)	9 (23,7)	37 (29,4)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	1 (5,9)	3 (8,6)	3 (7,9)	7 (5,6)
Deficiência Ausente	11 (64,7)	10 (58,8)	35 (64,8)	26 (68,4)	82 (65,1)
b715 inicial					
Deficiência completa	7 (41,2)	7 (41,2)	17 (31,5)	11 (28,9)	42 (33,3)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (1,9)	0 (0,0)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	10 (58,8)	9 (52,9)	36 (66,7)	27 (71,1)	82 (65,1)
b715 final					
Deficiência completa	4 (23,5)	4 (23,5)	12 (22,2)	7 (18,4)	27 (21,4)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	2 (11,8)	1 (1,9)	1 (2,6)	4 (3,2)
Deficiência Ausente	13 (76,5)	11 (64,7)	41 (75,9)	30 (78,9)	95 (75,4)
b730 inicial					
Deficiência completa	13 (76,5)	13 (76,5)	44 (81,1)	31 (81,6)	101 (80,2)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	2 (11,8)	3 (5,6)	2 (5,3)	8 (6,3)
Deficiência Ausente	3 (17,6)	2 (11,8)	7 (13,0)	5 (13,2)	17 (13,5)
b730 final					
Deficiência completa	8 (47,1)	8 (47,1)	27 (50,0)	21 (55,3)	64 (50,8)
Deficiência leve/moderada/severa	1 (5,9)	2 (11,8)	3 (5,6)	3 (7,9)	9 (7,1)
Deficiência Ausente	8 (47,1)	7 (41,2)	24 (44,4)	14 (36,8)	53 (42,1)
b735 inicial					
Deficiência completa	16 (94,1)	10 (58,8)	33 (61,1)	28 (73,7)	87 (69)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	1 (5,9)	7 (41,2)	20 (37,0)	9 (23,7)	37 (29,4)
b735 final					
Deficiência completa	11 (64,7)	7 (41,2)	23 (42,6)	21 (55,3)	62 (49,2)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	6 (35,3)	10 (58,8)	30 (55,6)	16 (42,1)	62 (49,2)

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

b740 inicial					
Deficiência completa	16 (94,1)	10 (58,8)	33 (61,1)	28 (73,7)	87 (69)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	1 (5,9)	7 (41,2)	20 (37,0)	9 (23,7)	37 (29,4)
b740 final					
Deficiência completa	11 (64,7)	7 (1,2)	18 (33,3)	19 (50,0)	55 (43,7)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (13,0)	3 (7,9)	10 (7,9)
Deficiência Ausente	6 (35,3)	10 (58,8)	29 (53,7)	16 (42,1)	61 (48,4)
b750 inicial					
Deficiência completa	16 (94,1)	10 (58,8)	33 (61,1)	28 (73,7)	87 (69)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	1 (5,9)	7 (41,2)	20 (37,0)	9 (23,7)	37 (29,4)
b750 final					
Deficiência completa	11 (64,7)	7 (41,2)	23 (42,6)	21 (55,3)	62 (49,2)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	6 (35,3)	10 (58,8)	30 (55,6)	16 (42,1)	62 (49,2)
b755 inicial					
Deficiência completa	11 (64,7)	7 (41,2)	32 (59,3)	18 (47,4)	68 (54)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	2 (5,3)	3 (2,4)
Deficiência Ausente	6 (35,3)	10 (58,8)	21 (38,9)	18 (47,9)	55 (43,7)
b755 final					
Deficiência completa	7 (41,2)	4 (23,5)	20 (37,0)	12 (31,6)	43 (34,1)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	3 (7,9)	4 (3,2)
Deficiência Ausente	10 (58,8)	13 (76,5)	33 (61,1)	23 (60,6)	79 (62,7)
b760 inicial					
Deficiência completa	11 (64,7)	7 (41,2)	23 (42,6)	16 (42,1)	57 (45,2)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,3)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	6 (35,3)	10 (58,8)	31 (57,4)	20 (52,6)	67 (53,2)
b760 final					
Deficiência completa	5 (29,4)	4 (23,5)	18 (33,3)	12 (31,6)	39 (31,0)
Deficiência	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (0,8)

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

leve/moderada/severa					
Deficiência Ausente	12 (70,6)	13 (76,5)	36 (66,7)	25 (65,8)	86 (68,3)
b770 inicial					
Deficiência completa	15 (88,2)	13 (76,5)	45 (83,3)	31 (81,6)	104 (82,5)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (2,6)	2 (1,6)
Deficiência Ausente	2 (11,8)	4 (23,5)	8 (14,8)	6 (15,8)	20 (15,9)
b770 final					
Deficiência completa	12 (70,6)	7 (41,2)	34(63,0)	19 (50,0)	72 (57,1)
Deficiência leve/moderada/severa	0 (0,0)	3 (17,6)	2 (3,7)	6 (15,8)	11 (8,7)
Deficiência Ausente	5 (29,4)	7 (41,2)	18 (33,3)	13 (34,2)	43 (34,1)

- Associação entre as categorias do *Core Set*, a idade e o sexo nos dois momentos de avaliação

Na avaliação inicial não verificámos associação em nenhuma categoria relativamente à idade ou ao sexo. Na avaliação final verificámos associação na categoria b420 e a idade ($p=0,032$), onde os mais velhos apresentaram valores de deficiência superior. Relativamente ao sexo existiu associação nas variáveis b114 ($p=0,050$), b164 ($p=0,050$), b172 ($p=0,050$), b410 ($p=0,030$) e b770 ($p=0,016$), cujos valores mais elevados de deficiência aconteceram nas mulheres. Estes resultados apresentam-se no Quadro 19 (Anexo 29).

Quadro 19. Associação entre as funções inicial e finais em relação à idade e sexo.

Categorias	Inicial/Idade χ^2	Inicial/Sexo χ^2	Final/Idade χ^2	Final/Sexo χ^2
b110 Funções da Consciência	0,073	0,605	0,098	0,323
b114 Funções da Orientação	0,190	0,062	0,126	0,050
b117 Funções Intelectuais	0,765	0,487	0,671	0,474
b126 Funções do temperamento e da personalidade	0,073	0,605	0,098	0,323
b130 Funções da Energia e dos Impulsos	0,226	0,117	0,603	0,172
b134 Funções do Sono	0,386	0,099	0,545	0,413

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

b140 Funções da Atenção	0,189	0,968	0,256	0,413
b144 Funções da Memória	0,256	0,610	0,103	0,413
b152 Funções Emocionais	0,736	0,783	0,065	0,441
b156 Funções da Perceção	0,609	0,676	0,686	0,940
b164 Funções cognitivas de nível superior	0,190	0,062	0,126	0,050
b167 Funções Mentais da Linguagem	0,770	0,622	0,229	0,462
b172 Funções de cálculo	0,190	0,062	0,126	0,050
b176 Funções Mentais para a Sequência de Movimentos Complexos	0,680	0,629	0,726	0,442
b180 Funções de experiência Pessoal e do Tempo	0,783	0,605	0,070	0,331
b210 Funções da Visão	0,680	0,629	0,236	0,395
b215 Funções dos Olhos	0,680	0,629	0,740	0,377
b260 Função Proprioceptiva	0,635	0,146	0,747	0,297
b265 Função Táctil	0,943	0,664	0,951	0,653
b270 Funções Sensoriais Relacionadas com a Temperatura e Outros Estímulos	0,624	0,723	0,310	0,595
b280 Sensação de Dor	0,337	0,322	0,777	0,438
b310 Funções da voz	0,208	0,263	0,560	0,244
b320 Funções da Articulação	0,751	0,404	0,542	0,339
b330 Funções da fluência e do ritmo da fala	0,208	0,263	0,560	0,244
b410 Funções Cardíacas	0,120	0,070	0,120	0,030
b415 Funções dos Vasos Sanguíneos	0,734	0,719	0,711	0,654
b420 Funções da Pressão Arterial	0,191	0,496	0,032	0,622
b455 Funções de Tolerância ao Exercício	0,915	0,343	0,740	0,395
b510 Funções de Ingestão	0,915	0,343	0,624	0,516
b525 Funções de Defecação	0,539	0,229	0,911	0,668
b620 Funções miccionais	0,386	0,086	0,937	0,460
b640 Funções sexuais	0,286	0,455	0,340	0,708
b710 Funções da Mobilidade das Articulações	0,496	0,312	0,546	0,717
b715 Funções da Estabilidade das Articulações	0,367	0,977	0,518	0,427
b730 Funções da Força Muscular	0,749	0,917	0,836	0,625
b735 Funções do Tónus Muscular	0,438	0,983	0,633	0,921

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

b740 Funções da resistência muscular	0,438	0,983	0,099	0,584
b750 Funções de reflexos motores	0,438	0,983	0,633	0,921
b755 Funções de Reações Motoras Involuntárias	0,537	0,209	0,427	0,295
b760 Funções de Controlo do Movimento Voluntário	0,432	0,238	0,650	0,494
b770 Funções Relacionadas com o Padrão de Marcha	0,660	0,804	0,984	0,016

- Evolução das categorias do Core Set

Em relação à evolução das categorias face ao início e fim do período de internamento constatou-se que houve diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) em 30 (73,1%) das funções. Constituíram excepção as categorias b110, b117, b126, b180, b210, b215, b265, b270, b410, b455 e b640 (Quadro 20) (Anexo 28, 30)

Quadro 20. Variação das funções relativamente ao início e fim de período de internamento

Funções	Inicial n=126 %	Final n=126 %	Valor p
Capitulo I: FUNÇÕES MENTAIS			
Funções da Consciência (b110)			
Deficiência completa	n= 18 (14,3)	n= 13 (10,3)	p= 0,086
Deficiência leve/moderada/severa	n= 1 (0,8)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 107 (84,9)	n= 113 (89,7)	
Funções da Orientação (b114)			
Deficiência completa	n= 74 (58,7)	n= 43 (34,1)	p< 0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 27 (21,4)	n= 40 (31,7)	
Deficiência ausente	n= 25 (19,8)	n= 43 (34,1)	
Funções Intelectuais (b117)			
Deficiência completa	n= 25 (19,8)	n= 23 (18,3)	p= 0,414
Deficiência leve/moderada/severa	n= 1 (0,8)	n= 1 (0,8)	
Deficiência ausente	n= 100 (79,4)	n= 102 (81)	

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

Funções do temperamento e da personalidade (b126)			
Deficiência completa	n= 18 (14,3)	n= 13 (10,3)	p= 0,086
Deficiência leve/moderada/severa	n= 1 (0,8)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 107 (84,9)	n= 113 (89,7)	
Funções da Energia e dos Impulsos (b130)			
Deficiência completa	n= 52 (41,3)	n= 40 (31,7)	p= 0,014
Deficiência leve/moderada/severa	n= 0 (0,0)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 74 (58,7)	n= 86 (68,3)	
Funções do Sono (b134)			
Deficiência completa	n= 47 (37,3)	n= 31 (24,6)	p<0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 4 (3,2)	n= 2 (1,6)	
Deficiência ausente	n= 75 (59,5)	n= 93 (73,8)	
Funções da Atenção (b140)			
Deficiência completa	n= 41 (32,5)	n= 23 (18,3)	p<0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 0 (0,0)	n= 1 (0,8)	
Deficiência ausente	n= 85 (67,5)	n= 102 (81)	
Funções da Memória (b144)			
Deficiência completa	n= 45 (35,7)	n= 34 (27)	p= 0,002
Deficiência leve/moderada/severa	n= 2 (1,6)	n= 1 (0,8)	
Deficiência ausente	n= 79 (62,7)	n= 91 (72,2)	
Funções Emocionais (b152)			
Deficiência completa	n= 52 (41,3)	n= 37 (29,4)	p= 0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 45 (35,7)	n= 46 (36,5)	
Deficiência ausente	n= 29 (23)	n= 43 (34,1)	
Funções da Perceção (b156)			
Deficiência completa	n= 32 (25,4)	n= 26 (20,6)	p= 0,019
Deficiência leve/moderada/severa	n= 1 (0,8)	n= 2 (1,6)	
Deficiência ausente	n= 93 (73,8)	n= 98 (77,8)	
Funções cognitivas de nível superior (b164)			
Deficiência completa	n= 74 (58,7)	n= 43 (34,1)	p<0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 27 (21,4)	n= 40 (31,7)	
Deficiência ausente	n= 25 (19,8)	n= 43 (34,1)	
Funções Mentais da Linguagem (b167)			
Deficiência completa	n= 23 (18,3)	n= 16 (12,7)	p=0,020
Deficiência leve/moderada/severa	n= 1 (0,8)	n= 1 (0,8)	
Deficiência ausente	n= 102 (81)	n= 109 (86,5)	
Funções de cálculo (b172)			p<0,001

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

Deficiência completa	n= 74 (58,7)	n= 43 (34,1)	
Deficiência leve/moderada/severa	n= 27 (21,4)	n= 40 (31,7)	
Deficiência ausente	n=25 (19,8)	n= 43 (34,1)	
Funções Mentais para a Sequência de Movimentos Complexos (b176)			
Deficiência completa	n= 23 (18,3)	n= 17 (13,5)	p= 0,023
Deficiência leve/moderada/severa	n= 0 (0,0)	n= 2 (1,6)	
Deficiência ausente	n= 103 (81,7)	n= 107 (84,9)	
Funções de experiência Pessoal e do Tempo (b180)			
Deficiência completa	n= 18 (14,3)	n= 13 (10,3)	p= 0,097
Deficiência leve/moderada/severa	n= 1 (0,8)	n= 1 (0,8)	
Deficiência ausente	n= 107 (84,9)	n= 112 (88,9)	
Capitulo II: FUNÇÕES Sensoriais e Dor			
Funções da Visão (b210)			
Deficiência completa	n= 23 (18,3)	n= 20 (15,9)	p= 0,131
Deficiência leve/moderada/severa	n= 0 (0,0)	n= 1 (0,8)	
Deficiência ausente	n= 103 (81,7)	n= 105 (83,3)	
Funções do Olhos (b215)			
Deficiência completa	n= 23 (18,3)	n= 20 (15,9)	p= 0,083
Deficiência leve/moderada/severa	n= 0 (0,0)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 103 (81,7)	n= 106 (84,1)	
Função Propriocetiva (b260)			
Deficiência completa	n= 44 (34,9)	n= 28 (22,2)	p<0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 2 (1,6)	n= 3 (2,4)	
Deficiência ausente	n= 80 (63,5)	n= 95 (75,4)	
Função Táctil (b265)			
Deficiência completa	n= 39 (31)	n= 32 (25,9)	p= 0,090
Deficiência leve/moderada/severa	n= 3 (2,4)	n= 3 (2,4)	
Deficiência ausente	n= 84 (66,7)	n= 91 (72,2)	
Função Sensoriais Relacionadas com a Temperatura e Outros Estímulos (b270)			
Deficiência completa	n= 19 (15,1)	n= 16 (12,7)	p= 0,180
Deficiência leve/moderada/severa	n= 0 (0,0)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 107 (84,9)	n= 110 (87,3)	
Sensação de Dor (b280)			
Deficiência completa	n= 59 (46,8)	n= 42 (33,3)	p= 0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 4 (3,2)	n= 4 (3,2)	

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

Deficiência ausente	n= 63 (50)	n= 80 (63,5)	
Capítulo III: FUNÇÕES da VOZ e da FALA			
Funções da voz (b310)			
Deficiência completa	n= 11 (8,7)	n= 6 (4,8)	p= 0,020
Deficiência leve/moderada/severa	n= 1 (0,8)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 114 (90,5)	n= 120 (95,2)	
Funções da Articulação (b320)			
Deficiência completa	n= 33 (26,2)	n= 21 (16,7)	p= 0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 1 (0,8)	n= 1 (0,8)	
Deficiência ausente	n= 92 (73)	n= 104 (82,5)	
Funções da fluência e do ritmo da fala (b330)			
Deficiência completa	n= 11 (8,7)	n= 6 (4,8)	p= 0,020
Deficiência leve/moderada/severa	n= 1 (0,8)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 114 (90,5)	n= 120 (95,2)	
Capítulo IV: FUNÇÕES do APARELHO CARDIOVASCULAR, dos SISTEMAS HEMATOLÓGICO e IMUNOLÓGICO e do APARELHO RESPIRATÓRIO			
Funções Cardíacas (b410)			
Deficiência completa	n= 55 (43,7)	n= 55 (43,7)	p= 1,00
Deficiência leve/moderada/severa	n= 0 (0,0)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 71 (56,3)	n= 71 (56,3)	
Funções dos Vasos Sanguíneos (b415)			
Deficiência completa	n=71 (56,3)	n= 67 (53,2)	p= 0,046
Deficiência leve/moderada/severa	n= 0 (0,0)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 55 (43,7)	n= 59 (46,8)	
Funções da Pressão Arterial (b420)			
Deficiência completa	n= 76 (60,3)	n= 69 (54,8)	p= 0,020
Deficiência leve/moderada/severa	n= 10 (7,9)	n= 10 (7,9)	
Deficiência ausente	n= 40 (31,7)	n= 47 (37,3)	
Funções de Tolerância ao Exercício (b455)			
Deficiência completa	n= 23 (18,3)	n= 20 (15,9)	p= 0,083
Deficiência leve/moderada/severa	n= 0 (0,0)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 103 (81,7)	n= 106 (84,1)	
Capítulo V: FUNÇÕES do APARELHO DIGESTIVO e dos SISTEMAS METABÓLICO e ENDÓCRINO			
Funções de Ingestão (b510)			
Deficiência completa	n= 23 (18,3)	n= 19 (15,1)	p= 0,046
Deficiência leve/moderada/severa	n= 0 (0,0)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 103 (81,7)	n= 107 (84,9)	

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

Funções de Defecação (b525)			
Deficiência completa	n= 37 (29,4)	n= 25 (19,8)	p= 0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 42 (33,3)	n= 38 (30,2)	
Deficiência ausente	n= 47 (37,3)	n= 63 (50)	
Capítulo VI: FUNÇÕES GENITURINÁRIAS e da REPRODUTIVAS			
Funções miccionais (b620)			
Deficiência completa	n= 45 (35,7)	n=31 (24,6)	p= 0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 32 (25,4)	n= 32 (25,4)	
Deficiência ausente	n= 49 (38,9)	n= 63 (50)	
Funções sexuais (b640)			
Deficiência completa	n= 9 (7,1)	n= 8 (6,3)	p= 0,317
Deficiência leve/moderada/severa	n= 0 (0,0)	n= 0 (0,0)	
Deficiência ausente	n= 117 (92,4)	n= 118 (93,7)	
Capítulo VII: FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS e RELACIONADAS com o MOVIMENTO			
Funções da Mobilidade das Articulações (b710)			
Deficiência completa	n= 59 (46,8)	n= 37 (29,4)	p<0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 7 (5,6)	n= 7 (5,6)	
Deficiência ausente	n= 60 (47,6)	n= 82 (65,1)	
Funções da Estabilidade das Articulações – (b715)			
Deficiência completa	n= 42 (33,3)	n= 27 (21,4)	p= 0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 2 (1,6)	n= 4 (3,2)	
Deficiência ausente	n= 82 (65,1)	n= 95 (75,4)	
Funções da Força Muscular (b730)			
Deficiência completa	n= 101 (80,2)	n= 64 (50,8)	p<0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 8 (6,3)	n= 9 (7,1)	
Deficiência ausente	n= 17 (13,5)	n= 53 (42,1)	
Funções do Tónus Muscular (b735)			
Deficiência completa	n= 87 (69)	n= 62 (49,2)	p<0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 2 (1,6)	n= 2 (1,6)	
Deficiência ausente	n= 37 (29,4)	n= 62 (49,2)	
Funções da resistência muscular (b740)			
Deficiência completa	n= 87 (69)	n= 55 (43,7)	p<0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 2 (1,6)	n= 10 (7,9)	
Deficiência ausente	n= 37 (29,4)	n= 61 (48,4)	

Contributo para a Validação do componente Funções Corporais do Core Set do AVE- Estudo exploratório na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve

Funções de reflexos motores (b750)			
Deficiência Severa	n= 87 (69)	n= 62 (49,2)	p=0,000
Deficiência moderada	n= 2 (1,6)	n= 2 (1,6)	
Deficiência ausente	n= 37 (29,4)	n= 62 (49,2)	
Funções de Reações Motoras Involuntárias (b755)			
Deficiência completa	n= 68 (54)	n= 43 (34,1)	p=0,000
Deficiência leve/moderada/severa	n= 3 (2,4)	n= 4 (3,2)	
Deficiência ausente	n= 55 (43,7)	n= 79 (62,7)	
Funções de Controlo do Movimento Voluntário (b760)			
Deficiência completa	n= 57 (45,2)	n= 39 (31)	p<0,001
Deficiência leve/moderada/severa	n= 2 (1,6)	n= 1 (0,8)	
Deficiência ausente	n= 67 (53,2)	n= 86 (68,3)	
Funções Relacionadas com o Padrão de Marcha (b770)			
Deficiência completa	n= 104 (82,5)	n= 72 (57,1)	p=0,000
Deficiência leve/moderada/severa	n= 2 (1,6)	n= 11 (8,7)	
Deficiência ausente	n= 20 (15,9)	n= 43 (34,1)	

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Na amostra em estudo verificou-se que o AVE ocorreu com maior frequência no sexo feminino, em ambos os grupos etários, tendo um valor percentual mais elevado no grupo mais velho. Este resultado difere dos obtidos em outros estudos, já que o sexo mais frequentemente acometido por AVE costuma ser o masculino (WIT *et al*, 2012; APPELROS *et al* 2009), embora essa diferença se vá desvanecendo com o aumento de idade (APPELROS *et al* 2009). Na revisão sistemática com meta análise APPELROS *et al* 2009, foi observado que na faixa etária dos 65-74 anos a diferença entre sexos é maior (rácio de 1,43) do que na faixa entre os 75-84 anos (rácio de 1,21) e acima dos 85 anos (rácio de 1,04). No entanto, e ainda segundo estes autores, o grau de severidade e o índice de mortalidade é maior no sexo feminino. Os autores concluem que estas diferenças se devem à menor exposição do sexo feminino aos factores de risco para o AVE e a factores de ordem genética.

Em relação ao estado civil verificou-se que as mulheres vivem mais sós que os homens (solteiras, divorciadas ou viúvas) independentemente dos grupos etários em estudo. Estes resultados vão de encontro aos dados recolhidos no Censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística) em relação à população Portuguesa, já que existem mais mulheres que homens em Portugal com idades superiores a 65 anos (mantendo-se expectativa que esta diferença se acentue nos próximos anos) e existem mais mulheres viúvas que homens, isto devido à sua maior longevidade.

Na amostra em causa constatou-se que em relação ao nível de escolaridade a maioria possuía menos de 4 anos de escolaridade, sendo que no grupo etário acima dos 75 anos este aspecto é mais marcante. Estes dados estão em concordância com a restante população Portuguesa já que segundo o Recenseamento Nacional de 2011 cerca de 25% possuem o 1º ciclo e 19% não têm qualquer escolaridade.

A observação sobre o consumo de tabaco na amostra em questão revelou que 11,9% eram fumadores, no entanto os mais novos revelaram-se mais fumadores sem no entanto se verificar diferença entre os sexos. Estes resultados são superiores aos da restante população Portuguesa, sendo que segundo a

DGS (2008) cerca de 6,5% dos idosos com idades entre 65-74 e 3,2% naqueles com mais de 75 anos são fumadores. Pelo facto de a nossa amostra ser constituída por doentes com prognóstico de AVE, é espectável que a estes sejam atribuídos comportamentos de risco (tabagismo) que contribuem para o aumento da incidência desta patologia e daí termos encontrado valores mais elevados. Segundo SHAH *et al* (2010) o tabagismo é responsável por 18% dos AVE's e contribui grandemente para o acréscimo da incidência já que aumenta em 2 a 4 vezes o seu risco.

Em relação ao consumo de álcool verificou-se que 34,9% consumia habitualmente (com maior incidência nos homens) e em maior quantidade no grupo de interesse mais novo. Estes resultados são inferiores aos da restante população Portuguesa, já que de acordo com o Recenseamento de 2011, e para a faixa etária dos 75-84 anos esse consumo foi de 52,6% e acima dos 85 anos foi de 43,2%. No estudo efectuado por RONKSLEY *et al* (2011) verificou-se que o consumo baixo de bebidas alcoólicas (entre 14.9 g e 2,5g) este tem um efeito protector, reduzindo a incidência e a mortalidade face ao AVE. No entanto, à medida que o consumo aumenta, este risco aumenta de forma exponencial, sendo a partir daí considerado um importante fator de risco para a ocorrência do AVE, sobretudo do hemorrágico (BEGHI *et al* 1995).

Em relação à percepção do estado de saúde da nossa amostra verificou-se que na admissão 67,5% consideravam o seu estado de saúde físico como favorável/bom ou muito bom e na alta esta percentagem diminuía. Esta diferença denota um aumento da insatisfação neste aspecto após o período de internamento. JEONG *et al* (2012) realizaram estudo com doentes pós AVE em que avaliaram a qualidade de vida nas 2 semanas seguintes ao internamento, verificando que alguns factores como o sexo (masculino), a idade (mais baixa) e o nível de escolaridade (superior) influenciam a percepção do estado de saúde física. Ainda em relação a este estudo, a percepção do estado de saúde mental foi mais positiva no sexo masculino e nos níveis de escolaridade superior. O nosso estudo corroborou estes resultados quanto ao sexo, já que os homens tiveram uma percepção mais favorável da saúde mental do que as mulheres

($p=0,013$). Em relação à idade, os nossos resultados são diferentes, pois não se verificou diferença entre os grupos de interesse.

Em relação ao estado de saúde mental verificou-se um aumento da frequência da percepção do estado de saúde Favorável/Boa/muito Bom no momento da alta (77,8% para 79,4%). Este resultado está em concordância com os obtidos por FROÉS *et al* (2011), no qual se avaliaram a percepção do estado de saúde física e mental de doentes pós AVE e verificaram que a percepção da componente física é mais afetada que a mental no período pós AVE

De acordo com estes autores estas são as categorias que devem ser utilizadas para descrever de forma mais precisa as populações com mais de 65 anos.

No nosso estudo as categorias com a prevalência mais elevada de deficiência e para a avaliação inicial, ocorreram sobretudo no que diz respeito às Funções Mentais e às Funções Neuromusculoesqueléticas Relacionadas com o Movimento.

Esta situação está de acordo com a maioria dos estudos, pois habitualmente após o AVE e por questões relacionadas com a etiopatogenia, as sequelas ocorrem fundamentalmente nas áreas relacionadas com as funções mentais – memória, percepção, cálculo – e sobretudo nas funções relacionadas com o movimento – tônus, força muscular, equilíbrio, marcha. (DENTI *et al*, 2008; PAKER *et al*, 2010; ČENGIĆ *et al*, 2011).

Constatou-se que em relação à severidade das deficiências, o grupo etário com mais de 75 anos e o sexo feminino foram quem obteve os valores mais altos. No entanto, esta constatação só aconteceu na avaliação final. Ou seja, na avaliação inicial a idade e o sexo não contribuíram para fazer a distinção entre a deficiência na amostra, levando-nos a concluir que o grau de severidade da lesão na fase inicial é independente da idade e do sexo.

Na perspectiva de TURTZO *et al* (2008) a idade tem uma associação positiva com o grau de severidade destas sequelas, da mesma forma que o sexo feminino. Esta diferença pode estar relacionada com uma maior esperança de vida para o sexo feminino associado ao maior risco de AVE à medida que idade aumenta, mas também pelo facto que as mulheres apresentam, de acordo com

LAI *et al* (2005), habitualmente maior número de co-morbilidades, sobretudo as do foro músculo-esquelético que podem também precipitar estes resultados e por isso mais dificuldade em readquirir níveis superiores de independência (PETREA *et al* 2009; TURTZO *et al* 2008).

Contudo e apesar da literatura apontar diferenças relativamente à idade, só encontrámos diferença na categoria b420 (pressão arterial); são vários os estudos que apontam uma deterioração desta função relativamente à idade, sendo que esta apresenta valores superiores à medida que idade aumenta (SCHÄFERA *et al*, 2012; CHAUDHRY *et al*, 2012; LIONAKIS *et al* 2012; TOMAS *et al* 2009; PETREA *et al*, 2009; ČENGIĆ *et al*, 2011)

Em relação à evolução das funções durante o período de internamento, observámos uma evolução favorável em todas as categorias avaliadas, se bem que em 11 (26,8%) das categorias essa diferença não tivesse sido significativa.

As categorias onde não se verificaram melhorias significativas prendem-se com alterações que já não podem ser modificáveis no contexto da amostra do estudo. Quer por questões de alterações estruturais irreversíveis (o caso das funções da visão e das funções cardíacas) ou que não fizeram parte da intervenção direta da equipa de reabilitação.

Faremos uma análise mais detalhada relativamente à evolução das categorias que mais se relacionam com a intervenção da fisioterapia.

Globalmente o capítulo onde as diferenças não foram tão significativas foi o capítulo 1 (funções mentais), contrariamente ao capítulo 7 (funções relacionadas com o movimento) onde todas as categorias melhoraram substancialmente.

É importante referir e justificando os resultados das categorias das funções mentais, que as alterações cognitivas pós AVE são muito comuns e mais difíceis de reabilitar que outras funções, além de que muitas vezes aparecem associadas a síndromes demenciais, que por si só, já prejudicam estas funções (ČENGIĆ *et al*, 2011). Foi o que observámos relativamente aos nossos resultados; as 26,7% das categorias onde não se observaram diferenças significativas, não são modificáveis por parte das intervenções terapêuticas.

Relativamente ao capítulo 2, as funções relacionadas com a sensibilidade táctil e temperatura não sofreram melhorias significativas. Julgamos que apesar

de serem passíveis de alteração por estratégias específicas de reabilitação, requerem habitualmente mais tempo de intervenção.

Por outro lado, os resultados referentes às funções relacionadas com o movimento, refletem aquilo que é a intervenção da prestação dos cuidados mais relacionados com a fisioterapia e onde os ganhos são habitualmente os mais referidos. (SCHAECHTER J, 2004) Referimo-nos às funções da mobilidade, da força, do equilíbrio e da marcha (GORDON *et al* 2004).

De facto, o capítulo 7 (funções neuromúsculoesqueléticas e relacionadas com o movimento) foi o capítulo onde as categorias melhoraram significativamente. Estes resultados têm subjacentes dois aspectos: por um lado, são as que traduzem maior défice para os indivíduos e por outro lado, são como já referido anteriormente, aquelas onde os fisioterapeutas actuam com maior eficácia.

Inúmeros estudos já foram realizados anteriormente com o objectivo de validar o *Core Set* para o AVE noutros países. No entanto estes incidiram sobre amostras diferentes da do nosso estudo já que incluíram indivíduos com idades superiores aos 18 anos, o que dificulta a comparação de resultados. Por outro lado, muitos dos estudos fazem o processo de validação a partir de uma metodologia qualitativa do tipo *Delphi List*, com uma amostra multiprofissional de *expert's* da área em questão.

Conforme explicámos nos Materiais e Métodos e tendo em conta que se trata de um estudo empírico longitudinal com uma amostra de doentes, a metodologia utilizada foi idêntica à de outros estudos com as mesmas características (STIER-JARMER *et al* 2011; MÜLLER *et al* 2011; ABDULLAH *et al* 2011) considerando-se validadas as categorias cuja frequência da deficiência fosse $\geq 5\%$.

Tendo conta esta opção, podemos verificar que na avaliação inicial, todas as categorias puderam ser validadas, traduzindo as deficiências que são mais representativas em indivíduos com sequelas de AVE com 65 ou mais anos, em cuidados pós-agudos, podendo por isso servir de *Checklist* para equipas multidisciplinares avaliarem este tipo de doentes, servindo de processo de monitorização para a avaliação e intervenção.

Quanto à escolha das categorias que propomos para o *Brief Core Set*, foi tido em conta novamente os critérios de validação do *Comprehensive Core Set*, ou seja, o contexto dos cuidados e a equipa que o vai aplicar e ainda as deficiências mais frequentemente observadas na avaliação inicial e que sofreram melhorias significativas.

Partindo do conjunto destes pressupostos, a categoria pertencente ao capítulo 1, que numa primeira análise nos mereceu opção, foi b114 - funções da orientação. Esta deficiência costuma ser avaliada pelos fisioterapeutas através da Avaliação Breve do Estado Mental (relativamente ao espaço e ao tempo), pois interfere com os resultados finais da intervenção. No entanto, tendo em conta que a Rede é composta por equipas multiprofissionais, onde se incluem terapeutas ocupacionais e psicólogos, estes serão mais habilitados para intervir nesta deficiência, através de técnicas específicas de reabilitação cognitiva, e por essa razão optámos por não considerar esta categoria no *Brief Core Set*.

Quanto ao capítulo 2 optámos pela função dor (b280), por ter sido a função deste capítulo com deficiência mais elevada, mas sobretudo por fazer parte da ação direta da fisioterapia. De facto, a dor em termos globais é o sintoma cuja causa mais justifica a necessidade de fisioterapia (MURIE *et al*, 2012) sendo também um sintoma muito prevalente após AVE (LAGHORNE *et al*, 2000; KUMAR *et al*, 2010; JÖNSSON *et al*, 2005) nomeadamente por subluxação do ombro (LINDGREN *et al*, 2007; HADIANFARD, 2008) algoneurodistrofias (GASPAR e ANTUNES, 2011), limitações articulares, entre outras.

No capítulo 7 todas as funções evoluíram significativamente e como já referido anteriormente, elas estão na base da intervenção da fisioterapia. Optámos por inclui-las todas com excepção para a função b750 (funções dos reflexos motores), pois não temos actuação directa sobre esta, no que diz respeito a estratégias de intervenção.

Face ao exposto a nossa proposta para a constituição de um *Brief Core Set* para os cuidados continuados pós-agudos em indivíduos com sequelas de AVE com 65 ou mais anos, no processo de avaliação/intervenção dos fisioterapeutas é conforme apresentamos no Quadro 21.

Quadro 21.Proposta de *Brief Core set*

Brief Core Set	Capítulo	Categorias	Total de categorias
	II Funções Sensoriais e Dor	b280 - Dor	9
	VII. Funções Neuromúsculoesqueléticas e Relacionadas com o Movimento	b 710 - Mobilidade das articulações	
		b 715 - Estabilidade articular	
		b 730 - Força muscular	
		b 735 - Tónus muscular	
		b 740 - Resistência muscular	
		b 755 - Reações motoras involuntárias	
		b 760 - Controlo movimento voluntário	
		b 770 – Padrão de marcha	

5. CONCLUSÃO

A utilização da CIF na população portuguesa representa um passo importante na uniformização da informação recolhida referente aos cuidados e às intervenções, permitindo usufruir das vantagens desta ferramenta na abordagem aos conceitos de saúde, incapacidade e funcionalidade.

A uniformização da sua linguagem e conceptualização permite estabelecer também de uma forma mais estruturada e sistematizada políticas e recursos afectos aos cuidados de saúde, de uma forma geral e particularmente da Rede, como é o caso da presente investigação.

Julgamos ser importante que se uniformizem os instrumentos relativos aos *outcomes*, pois só assim poderemos comparar resultados, aferir a qualidade das intervenções e sobretudo aquilo que constitui mais-valia para a vida diária dos utentes.

O diagnóstico por si só não permite descrever ou prever as necessidades reais dos indivíduos nem tão pouco as consequências pessoais físicas, psíquicas ou sociais. As necessidades ao nível dos serviços de apoio, tempo de hospitalização e prognóstico face a uma possível reintegração tanto laboral como social exigem um conhecimento mais abrangente relativamente às populações, nomeadamente ao nível da funcionalidade e incapacidade, onde se incluem as funções fisiológicas, que foi a variável da nossa investigação.

Apesar de ser nas actividades e na participação onde os indivíduos reconhecem de uma forma mais real as intervenções terapêuticas, elas têm subjacentes as acções ao nível das deficiências das funções, sendo por isso este aspecto de extrema importância na actuação das equipas de reabilitação.

Os *Core Sets* têm sido desenvolvidos para facilitar os processos de avaliação e consequentemente de intervenção, pois recolhem a informação mais representativa relativamente às diferentes condições de saúde ou contexto, já que a classificação é extensa. No entanto, a sua aceitação de uma forma mais global, carece ainda de estudos empíricos, com populações variadas e contextos também eles diversificados. Estes foram os objectivos que geriram a presente investigação e que nos permitiram conhecer a validação do *Core Set* do AVE para uma amostra em contexto pós-agudo e com 65 ou mais anos.

Pudemos concluir que o *Comprehensive Core Set* desenvolvido pela OMS através do seu centro colaborador alemão, permite descrever as deficiências das funções mais importantes para esta população. Sendo que estas se situam fundamentalmente ao nível das funções dos domínios mental, cardíaco, digestivo, genitourinário e músculoesquelético.

Foi também possível verificar que a maior parte das funções apresentou melhoria significativa e isto ocorreu sobretudo nas funções músculoesqueléticas e relacionadas com o movimento.

A associação entre a evolução das diferentes categorias e a idade e o sexo, ficou restrita a um número muito pequeno de funções; os mais velhos apresentaram maior incapacidade nas funções da pressão arterial e as mulheres em algumas funções mentais cardíacas e músculo-esqueléticas.

O *Brief Core Set* para a intervenção dos fisioterapeutas no contexto da amostra do estudo, reúne as categorias mais representativas das deficiências músculoesqueléticas relacionadas com o AVE e que são da área interventiva da fisioterapia, às quais acrescentámos a função dor. Este conjunto ficou com 9 categorias que é um número razoável de poder ser utilizado na prática clínica por um único profissional e que permite reconhecer os resultados da sua intervenção.

A CIF tem uma utilidade inquestionável e globalmente reconhecida para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade individual ou de uma população, especialmente na descrição da funcionalidade em reabilitação. No entanto esta classificação apresenta ainda assim algumas limitações.

As limitações residem na dificuldade de se conseguir atribuir uma categoria da CIF a itens recolhidos através de alguns instrumentos existentes, que foram construídos e validados antes do desenvolvimento da CIF, que utilizam uma terminologia e medidas diferentes. Outra das limitações da CIF prende-se com o facto de existirem algumas categorias que se sobrepõem, isto é que recolhem os mesmos dados (por exemplo: b140 e d160 ambas relacionadas com a atenção).

Em alguns casos pode haver falta de diferenciação entre os códigos de níveis mais baixos, ou seja diferentes itens avaliados através de outros instrumentos podem ter a mesma correspondência na CIF (exemplo: b152. Funções emocionais).

Em relação às limitações do nosso estudo, temos a realçar a utilização de apenas um instrumento de recolha de informação (MAB), no qual estavam presentes questões previstas na totalidade no *Comprehensive Core Set*, o que impediu que se incluíssem outras categorias.

Este trabalho pode ser um ponto de partida para a elaboração de uma investigação futura, com uma amostra composta por indivíduos com uma faixa etária mais abrangente e noutros contextos de saúde (agudo e sub-agudo mais imediato) por forma a validar este *Core Set* para o AVE.

6. BIBLIOGRAFIA

ABDULMASSIH, Edna; FILHO, Evaldo; SANTOS, Rosane; JURKIEWICZ, Ari -
Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar. Arq.
Int. Otorrinolaringologia. Vol.13, nº1 (2009), p. 55-62

ABDULLAH, Mohd; NOR, Norsisah; ALI, Siti; BUKHARY, Norizzati; AMAT, Azlin;
LATIF, Ludia; HASNAN, Nazirah; OMAR, Zaliha -Validation of the Comprehensive
ICF Core Sets for Diabetes Mellitus: A Malaysian Perspective. Annals Academy of
Medicine. Vol40, (2011), p-168-78

APLEROS, Peter; STEGMAYR, Birgitta; TARENT, Andreas -Sex differences in
stroke epidemiology, a systematic review. Stroke. Vol. 40 (2009), p1082-1090

Associação AVE, acedido em 31/01/2012 em <http://associacaoAVE.pt/Informacao/Menu1/Page3.php>

BALARDIN, Joana; MIOTTO, Eliane -A review of Constraint-Induced Therapy
applied to aphasia rehabilitation. Dement Neuropsychol. Vol. 3, nº4 (2009), p 275-
282

BATTISTELLA, Linamara; BRITO, Christina -Classificação Internacional de
Funcionalidade (CIF) International Classification of Functioning Disability and
Health (ICF). Acta Fisiátrica. Vol. 9, nº2 (2002), p 98-101

BARQUER, Vázquez [*et al.*] - Clasificación Internacional del Funcionamiento, de
la Discapacidad y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructur.
Papeles Médicos, revista de la sociedad española de documentación médica. Vol.
10, nº4 (2001) p177-184

BEGHI, Ettore [*et al.*] - Stroke and Alcohol Intake in a Hospital Population A Case-
Control Study. Stroke. Vol. 26 (1995) p.1691-1696

BENSOUSSAN, Laurent [*et al.*] -Changes in Postural Control in Hemiplegic Patients After Stroke Performing a Dual Task. Arch Phys Med Rehabil. Vol. 88 (2007), p1009-1015

BELDA-LOIS Juan, [*et al.*] - Rehabilitation of gait after stroke: a review towards a top-down approach. Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation, Vol. 8 nº 66 (2011), p. 1-19

BOHANNON, Richard - Muscle strength and muscle training after stroke. J Rehabil Med. Vol. 39 (2007), p.14–20

BUCHALLA, Cassia - A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. ACTA FISIÁTRICA. Vol. 10, nº1 (2003), p 29-31

Censos 2011, INE (2011). - Resultados Provisórios, Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Consultado em 12/01/2013 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2

CHAUDHRY, Kashif [*et al.*] - Hypertension in the elderly: Some practical considerations in Cleveland», in Clinic Journal of Medicine. Vol. 79, nº10 (2012), p. 694-704

CIEZA Alarco [*et al.*] - Linking health status measurements to the international classification of functioning, disability and health. J Rehabil Med. Vol. 34 (2002), p. 205–210

CIEZA, Alarco [*et al.*] - Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. J Rehabil Med, Vol. 44 (2004), p. 9-11

CIEZA, Alarco [*et al.*] - ICF linking rules: an update based in lessons learned. J Rehabil Med. Vol. 37 (2005), p. 212–218

CIEZA, A.; STUCKI, G. - The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehabil Med.* Vol. 44, nº 3 (2008), p. 303-313.

ČENGIĆ, Ljiljana [*et al.*] - Motor and Cognitive impairment after stroke. *Acta Clin Croat.* Vol. 50, nº. 4 (2011), p. 463-467

DENTI, L; AGOSTI, M; FRANCESCHINI, M - Outcome predictors of rehabilitation for first stroke in the elderly. *European journal of physical and rehabilitation medicine.* Vol. 44, nº. 1 (2008), p. 3-11

DGS (2001) - Unidades de AVE - Direcção de Serviços de Planeamento, Unidades de AVE: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 14/12/2012 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pdf>

DGS (2008) Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde, Lisboa. Acedido em 16/10/2012 em <http://www.dgs.pt/?mid=5005&cr=16987>

DGS – Direcção Geral de Saúde (2000). Viver após um Acidente Vascular Cerebral. Auto-cuidados na Saúde e na Doença. Lisboa. Acedido em 31 de janeiro de 2012 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005652.pdf>

EWERT, Thomas [*et al.*] - Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *J Rehabil Med.* Vol 44 (2004), p.22–29

ENGEL, George - The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series.*, Vol. 196, nº. 4286 (1977), p. 129-136.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Maria - A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. Rev Bras Epidemiol. Vol. 8, nº. 2 (2005) p.187-93

FONTES, ANA; BOTELHO, Maria; FERNANDES, Ana - Incontinência Urinária e Funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa. Acta Urológica. Vol. 2, nº. 2 (2011), p.12 – 19

FONTES, Ana; FERNANDES, Ana; BOTELHO, Maria - Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Rev Port Saúde Pública. Vol. 28, nº 2, (2010), p. 171-178

FONTES, Ana Paula. Funcionalidade e Incapacidade. Conceptualização, Estrutura e Aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lusociência, 1ª edição, Loures, 2013 (in press)

FONSECA, C [et al] - Investigação Passo a Passo – Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica. 1 Edição – Lisboa, 2008

FRÓES, Karla [et al.] - Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. Arq Neuropsiquiatr. Vol. 69 (2-B), (2011), p.371-376

GEYH, Szilvia [et al.] - ICF CORE SETS FOR STROKE. J Rehabil Med. Supl. 44 (2004), p. 135–141

GASPAR, Ana; ANTUNES, Filipe - Síndrome Doloroso Regional Complexo Tipo i. Acta Med Port. Vol 24 (2011), p. 1031-1040

GRENNBERG, David; AMINOFF, Michael; SIMON, Roger - Neurologia Clínica. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora SA, 2005

GRILL, Eva [*et al.*] - *Brief ICF Core Sets for the acute hospital.* J Rehabil Med, , Vol. 43, nº. 2 (2011), p. 123–130

GRILL, Eve; STUCKI, Gerold - Criteria for validating comprehensive ICF *Core Sets* and developing *Brief Core Sets* version. J Rehabil Med. Vol. 43 (2011), p. 87–91

HAVELKA, Mladen; LUCANIN, Jasminka; LUCANIN, Damir - Biopsychosocial Model - The Integrated Approach to Health and Disease. Coll. Antropol. Vol. 33, nº 1 (2009), p.303-310

HADIANFARD, H; HADIANFARD, MJ - Predictor factors of hemiplegic shoulder pain in a group of stroke patients. Iranian Red Crescent Medical Journal. Vol. 10, nº 3 (2008), p. 218-222

Instituto Nacional de Estatística (INE). Projeções de população residente em Portugal 2008-2060.consultado em 15/02/2011, disponível em: www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y

Instituto da Segurança Social, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Cuidados Continuados Integrados Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Vol. 4.13, nº37 (2012)

JÖNSSON, A-C [*et al*] - Prevalence and intensity of pain after stroke: a population based study focusing on patients' perspectives. J Neurol Neurosurg Psychiatry. Vol. 77, nº 5, (2006). p. 590–595

JEONG, Bo-Ok [*et al.*] - Determinants of Quality of Life in the Acute Stage Following Stroke. Psychiatry Investig. Vol. 9, nº2 (2012), p.127-133

KUMAR, Sandeep; SELIM, Magdy; CAPLAN, Louis - Medical complications after stroke. The Lancet Neurology. Vol. 9, nº 1 (2010), p.105-118

LAI, Sue-Min [et al.] - Sex Differences in Stroke Recovery in Preventing chronic disease - Public Health Research, Practice and Policy. Vol. 2, nº 3 (2005)

LANGHORNE, P. - Medical Complications After Stroke: A Multicenter Study. Stroke. Vol. 31, nº 6 (2000), p. 1223-1229

LAWRENCE, Enas - Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. Stroke. Vol. 32, nº 6 (2001) p. 1279- 1284

LEAL, Filomena - Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. Coimbra: Edição Sinais Vitais (2001).

LEMBERG I. [et al.] - The ICF Core Set from the perspective of physicians: a worldwide validation study using the Delphi technique. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. Vol. 46, nº 3 (2010) p.377-388

LINDGREN, Ingrid et al - Shoulder Pain After Stroke : A Prospective Population-Based Study. Stroke. Vol. 38, nº 2 (2007), p. 343-348

LIONAKIS, Nikolaus [et al.] - Hypertension in the elderly. World J Cardiol. Vol. 4, nº 5, (2012), p.135-147

WEIGL, Martin[et al.] - Identification of relevant icf categories in patients with chronic health conditions: a delphi exercise. J Rehabil Med., nº44 (2004), p.12–21

WIT, Liesbet [et al.] - Five-year mortality and related prognostic factors after inpatient stroke rehabilitation : A European multi-centre study. J Rehabil Med. Vol. 44, nº 7 (2012), p- 547–552

World Health Organization (WHO) - Neurological disorders. Public health challenges. 1ª Edição., Fevereiro, 2007

WRIGHT, James; GIOVINAZZO, Renata - Delphi uma ferramenta de apoio ao planeamento prospetivo. Caderno de pesquisas em administração. São Paulo, Vol.1, nº12 (2000)

MADUREIRA, Sofia; GUERREIRO, M; FERRO, J - Dementia and cognitive impairment three months after stroke. Eur J Neurol. Vol. 8, nº 6 (2001), p 621-627.

MURIE, Fernandez [et al] - Painful hemiplegic shoulder in stroke patients: Causes and management. Neurología. Vol. 27. nº 4 (2012). p. 234—244

MÜLLER, Martin [et al.] - Validation of the comprehensive ICF Core Sets for patients receiving rehabilitation interventions in the acute care setting. J Rehabil Med., Vol. 43, nº 2 (2011), p.92–101

GORDON, Neil [et al.] - Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. Stroke. Vol. 35, nº 5 (2004), p-1230-1240

NUBILA, Heloisa; BUCHALLA, Cassia - O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Rev Bras Epidemiol. Vol. 11 nº. 2 (2008), p-324-35

NUBILA, Heloisa - Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev. bras. Saúde ocup. Vol. 35, nº 121 (2010), p-122-123

Organização Mundial de Saúde. - Beginner's Guide – Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health – ICF.World Health Association. Geneve, 2002

Organização Mundial de Saúde – Promovendo Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral: um guia para Fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Porto Alegre, Artmed, 2003

Organização Mundial de Saúde, Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e Saúde. Direcção geral da Saúde: Lisboa, 2004.

PAKER, Nurdan [et al.] - Impact of Cognitive Impairment on Functional Outcome in Stroke. Stroke Research and Treatment. Vol. 2010, Article ID 652612, 5 pages, doi: 10.4061/2010/652612

PATEL, Mehool [et al.] - Natural History and Effects on 2-Year Outcomes of Urinary Incontinence After Stroke. Stroke. Vol. 32, nº 1 (2001), p-122-127

PEREIRA, Carla [et al.] - Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 29, nº 1, (2011), p. 53-63

PETREA, Rodica [et al.] - Gender Differences in Stroke Incidence and Poststroke Disability in the Framingham Heart Study. Stroke. Vol. 40, (2009), p. 1032-1037

PIASSAROLI, Cláudia [et al.] - Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVE Isquémico. Rev Neurocienc., Vol. 20, nº 1, (2012), p-128-137

RIBERTO Marcelo - Core Sets da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde. Rev Bras Enferm. Vol. 64, nº 5 (2011), p 938-46

RIBEIRO Pais - O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação da percepção do estado de saúde. Lisboa: Fundação Merck, 2005

RONKSLEY, Paul [et al.] - Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2011;342:d67. Acedido em 23/1/2013 em <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d671.pdf%2Bhtml>

SAMPAIO, R. [et al.] - Aplicação da Classificação Internacional e Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do Fisioterapeuta. Rev. bras. Fisioter. Vol.9, nº 2 (2005) p. 129-136

SCHAECHTER, Judith - Motor rehabilitation and brain plasticity after hemiparetic stroke. Progress in Neurobiology. Vol.73. nº 1 (2004), p. 61–72

SCHÄFERA, Hans [et al.] - Recommendations for the treatment of hypertension in the elderly and very elderly – a scotoma within international guidelines. Swiss Med Wkly. 2012,142:w13574

SHAH, Reena; COLE Jonh - Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. Expert Rev Cardiovasc Ther. Vol. 8, nº 7 (2010), p. 917 – 932

SPAVE, Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2009). Recomendações para profissionais. Biblioteca médica online. Acedido a 14 de Março em: <http://www.spAVE.org/engine.php?cat=65>

STARROST, Klaus [et al.] - Interrater Reliability of the Extended ICF Core Set for Stroke Applied by Physical Therapists. Journal of the American Physical Therapy Association. Vol. 88, nº 7 (2008), p. 841- 851

STIER-JARMER, M. [et al.] - validation of the comprehensive icf Core Set for patients in geriatric post-acute rehabilitation facilities. J Rehabil Med. Vol. 43, nº 2 (2011), p. 102-112

SCALZO, Paula [*et al.*] - Efeito de um treinamento específico de equilíbrio em hemiplégicos crónicos. Rev Neurocienc. Vol. 19, nº 1 (2011), p.90-97

TERRONI, Luisa [*et al.*] - Depressão pós-AVE: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. Rev. psiquiatr. Clín. Vol.36, nº 3 (2009), p. 100-108

TURTZO, Christine; MCCULLOUGH, Louise- Sex Differences in Stroke. Cerebrovasc Dis. Vol. 26, nº 5 (2008), p.462–474

URBAN, Peter [*et al.*] - Occurrence and Clinical Predictors of Spasticity After Ischemic. Stroke. Vol. 41, nº 9 (2010), p 2016-2020