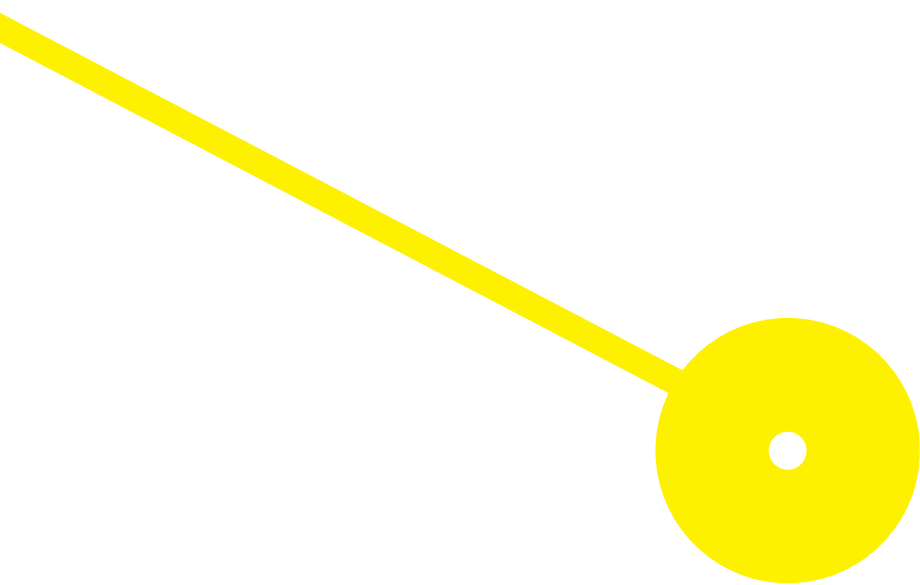




Fisioterapia em adultos com perturbação do desenvolvimento intelectual: Proposta de uma *Checklist* CIF para a descrição de funcionalidade

Maria Catarina Martins de Côrte-Real Fonseca

09/2024





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

**Fisioterapia em adultos com perturbação do desenvolvimento intelectual: Proposta de uma
Checklist CIF para a descrição de funcionalidade**

Autor

Maria Catarina Martins de Côrte-Real Fonseca

Orientador(es)

Prof. Doutor José Luís Martins Alves Sousa/ ESS Jean Piaget VNGaia

Prof. Doutora Maria Augusta Ferreira da Silva/ ESS do Porto

Prof. Doutora Maria João Ribeiro Fernandes Trigueiro/ ESS do Porto

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia – Ramo de Neurologia pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Resumo

Introdução: A perturbação do desenvolvimento intelectual designa uma condição de saúde complexa com impacto na funcionalidade do adulto, parâmetro onde a fisioterapia é determinante. Verifica-se, porém, nesta área, uma lacuna na avaliação, dado que não existe uma uniformização de critérios nem um instrumento com uma linguagem universal usando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Objetivo: Desenvolver uma *Checklist* CIF descritiva da funcionalidade do adulto com PDI.

Material e Métodos: Realização da ligação dos instrumentos de avaliação identificados como não ligados e recomendados para utilização nesta população em fisioterapia, processo realizado de forma individual por três investigadores para obtenção de uma proposta de classificação comum. Análise e validação da *Checklist* CIF, em reunião final de consenso por painel de peritos.

Resultados: *Checklist* CIF com 28 códigos, distribuídos 10% para a componente “funções do corpo” e 90% para a “atividades e participação”.

Conclusões: Esta *Checklist* CIF assume-se como um instrumento de avaliação universal que melhora o nível de avaliação e diagnóstico funcional em fisioterapia, potenciando uma melhor intervenção e comunicação entre os diferentes profissionais de saúde.

Palavras-chave: “perturbação do desenvolvimento intelectual”, “avaliação funcional”, “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”, “adulto” e “*Checklist* CIF”.

Abstract

Introduction: Intellectual developmental disorder (IDD) is a complex health condition characterized by impaired adult functionality, wherein physiotherapy plays a pivotal role. Notwithstanding, a lacuna exists in the evaluation of IDD, owing to the absence of standardized criteria and a universally accepted instrument grounded in the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF).

Objective: To develop a descriptive ICF-based checklist for assessing adult functionality in individuals with IDD.

Materials and Methods: This study entailed the integration of evaluation instruments identified as non-linked and recommended for use in this population in physiotherapy. This process was undertaken individually by three researchers to generate a common classification proposal. Subsequently, the ICF checklist was subjected to analysis and validation through a final consensus meeting with a panel of experts.

Results: The resultant ICF checklist comprises 28 codes, with 10% allocated to the "body functions" component and 90% to the "activities and participation" component.

Conclusions: This ICF checklist constitutes a universal evaluation instrument capable of enhancing the level of functional assessment and diagnosis in physiotherapy, thereby facilitating more effective intervention and communication among diverse healthcare professionals.

Keywords: "Intellectual developmental disorder", "functional assessment", "International Classification of Functioning, Disability, and Health", "adult", and "ICF Checklist".

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introdução..... | 1 |
| 2. Métodos..... | 3 |
| 2.1. Desenho do Estudo..... | 3 |
| 2.2. Considerações éticas | 4 |
| 2.3. Instrumentos..... | 4 |
| 2.4. Regras de ligação à CIF..... | 7 |
| 2.5. Procedimentos..... | 8 |
| 3. Resultados..... | 10 |
| 3.1. Resultados de ligação dos instrumentos de avaliação à CIF..... | 10 |
| 4. Discussão..... | 25 |
| 5. Conclusão..... | 31 |
| Referências Bibliográficas | 31 |

1. Introdução

A perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI) é definida como sendo um défice na função cognitiva e adaptativa, sendo determinada através da avaliação do comportamento adaptativo e do Quociente Intelectual (QI) (American Psychiatric Association, 2022).

A prevalência mundial e europeia de população com PDI é de 1% (Patel et al., 2018; Walsh et al., 2003), muito embora Portugal apresente uma média superior de 3.4% (Instituto Nacional de Estatística, 2021), tendo sido registadas 70994 pessoas, no ano de 2001 (PORDATA, 2001).

A terminologia PDI tem como foco a relação da pessoa com o meio envolvente (S. Santos & Morato, 2012), possibilitando observar limitações de atividade e participação, sinalizando barreiras ambientais, que requerem apoios especializados, com o intuito de melhorar a funcionalidade, isto é, otimizar a experiência humana em relação ao contexto (Tomé et al., 2024).

Adultos com PDI exibem alterações do comportamento adaptativo que se repercutem nas diversas áreas de vida, afetando o desempenho motor, a comunicação, os autocuidados, a vida doméstica, a socialização, entre outras (Hale et al., 2016; Palha et al., 2016). A variação do comportamento adaptativo ao nível das competências motoras tem impacto na aprendizagem, mobilidade, qualidade de vida (QV) e na participação social, denominadas muitas das vezes como atividades básicas de vida diária (ABVD's) (American Psychiatric Association, 2022). A inadaptação ao ambiente resulta de um decréscimo no raciocínio, planeamento e aquisição de conhecimentos através da experiência que leva à diminuição do funcionamento adaptativo, influenciando negativamente a independência da pessoa (American Psychiatric Association, 2022; Patel et al., 2018; Shree & Shukla, 2016; Simões & Santos, 2017). Pelas alterações de funcionalidade características desta população, é, muitas vezes, necessário um apoio especializado, quase sempre permanente e duradouro. Este apoio deverá envolver uma equipa multidisciplinar, que contemple a participação de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicólogos, assistentes sociais, professores e médicos de diferentes especialidades (Schwartzman, 2013).

A fisioterapia, tal como outras áreas de intervenção, pretende, através da aprendizagem motora enquanto recurso terapêutico não farmacológico, aumentar a funcionalidade (Calvo-Lobo et al., 2018). A literatura salienta a importância da intervenção dos fisioterapeutas com um conhecimento especializado ao nível da PDI para realizar um plano de intervenção adequado à pessoa e aos seus contextos, a fim de reduzir os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (Bruce & Standley, 2019; Ramos et al., 2017). Os resultados da intervenção de fisioterapia são

melhorados quando esta recorre ao modelo centrado na pessoa (Heslop & Marriott, 2015; Killingback et al., 2022), isto é, quando o fisioterapeuta tem em consideração as necessidades e escolhas do cliente, o que permite otimizar a participação no plano de intervenção e envolver os participantes deste processo numa relação de maior cumplicidade (Jesus et al., 2016). Uma descrição detalhada do perfil funcional de um indivíduo com PDI permite desenvolver um plano de tratamento individualizado, tendo como prioridade não só as preferências dos clientes, como também a evidência científica das intervenções, o que permite uma reavaliação contínua de resultados (Killingback et al., 2022; Simões & Santos, 2017), para eventuais reajustes durante o processo de intervenção (Bruce & Standley, 2019). Para que seja eficaz, este plano de intervenção deve ter em consideração as limitações nas atividades e de que forma estas restringem a participação (Bruce & Standley, 2019; Ramos et al., 2017).

A avaliação centrada na pessoa irá ter um impacto positivo no plano de intervenção, uma vez que os resultados obtidos serão superiores (Killingback et al., 2022). Na prática clínica do fisioterapeuta existem instrumentos de avaliação recomendados (Bruce & Standley, 2019) para a utilização nesta população, que permitem o planeamento da intervenção e o registo de dados relacionados com a funcionalidade, nomeadamente o *Timed up and go test* (TUG), *One-leg stance test* (OLST), *Tinetti Balance Assessment* ou Performance-Oriented Assessment of Mobility I – Balance (POMA I), *Berg Balance Score* (BBS), *Rivermead Mobility Index* (RMI) e a *Barthel Activities of Daily Living Index* (BI-ADL). Encontram-se validados para a população portuguesa a Escala de *Tinetti* (versão portuguesa) ou POMA I (Petiz, 2002), Teste TUG (Rodrigues et al., 2023), Escala de Equilíbrio de *Berg* (E., 2001), a Escala de Avaliação Motora de *Rivermead* (Ventura & Pereira, 2001) e o Índice de *Barthel* (Araújo et al., 2007). O Teste *One-leg stance* é o único que não se encontra atualmente validado para a população portuguesa (Jácome et al., 2019). Para uma avaliação global e planificação da intervenção, o fisioterapeuta utiliza mais de um instrumento, induzindo a avaliações redundantes para o adulto com PDI. Para tornar mais eficiente a avaliação em fisioterapia, é recomendado o desenvolvimento de apenas um instrumento de registo funcional, de referência e passível de utilizar em múltiplos contextos (Verdugo et al., 2020).

O registo dos dados resultantes da avaliação sobre a funcionalidade, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), tem vindo a ser recomendado por diversos autores (Jacobsohn & Neves, 2024; Zhang et al., 2024) ao permitir realizar registos numa linguagem universal e globalmente aceite, identificando as necessidades

do adulto com PDI, permitindo avaliar a funcionalidade, como terceiro indicador de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (Stucki & Bickenbach, 2017).

Ora é a partir de um caso-problema – a constatação de uma multiplicidade de instrumentos de avaliação dispersos que conduzem a uma avaliação da funcionalidade parcelar –, que surge a necessidade de desenvolver, de raiz, uma *Checklist* CIF como forma de sistematizar a informação recolhida pelos diversos instrumentos de avaliação aconselhados para a população adulta com PDI, apresentando-se como um instrumento de avaliação capaz de auxiliar, efetivamente, o fisioterapeuta na determinação de um diagnóstico funcional e na delimitação de um plano de intervenção o mais ajustado e adequado possível. Um instrumento com estas características permitirá também facilitar a comunicação, em particular entre os diferentes elementos e valências de uma equipa de saúde multidisciplinar.

2. Métodos

2.1. Desenho do Estudo

Este trabalho caracteriza-se por um estudo metodológico para o desenvolvimento de um instrumento de avaliação (Ferreira et al., 2022; Gomes et al., 2019) e foi desenvolvido em três fases.

Fase 1 (Preparatória): Revisão da literatura para identificação das escalas utilizadas em adultos com PDI e a sua ligação à CIF.

Fase 2 (Ligação de instrumentos): Ligação dos instrumentos de avaliação identificados como não ligados à CIF. Este processo foi realizado de forma individual e isolada por três investigadores (associados ao estudo) para posterior consenso segundo as regras de ligação (Cieza et al., 2005, 2019)

Fase 3 (Desenvolvimento e validação de conteúdo da *Checklist* CIF): Reunião e análise de toda a informação dos diferentes instrumentos, dos seus *itens* CIF, em consenso entre os investigadores. Envio prévio da *Checklist* CIF a três especialistas, para revisão, classificando a relevância dos itens identificados. Os critérios de seleção de peritos contemplaram vários itens: conhecer a CIF, trabalhar na área do adulto com PDI e apresentar experiência profissional de pelo menos 10 anos. Este painel de peritos preencheu todos os requisitos, uma vez que estes profissionais revelam experiência profissional e de utilização da CIF que varia entre os 11 e 29 anos de serviço. Todos trabalham na área, havendo dois peritos que acumulam o serviço de

fisioterapia com as funções administrativas de Direção Técnica do Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) e de Vice-Presidência de uma instituição. Após o consenso inicial dos 3 investigadores relativamente ao processo de ligação/inclusão dos códigos numa prévia *Checklist* CIF e da posterior análise e validação do painel de peritos obtém-se a *Checklist* CIF final.

2.2. Considerações éticas

Não existem questões éticas a considerar.

2.3. Instrumentos

Barthel Activities of Daily Living Index

Avalia a capacidade funcional da pessoa com alterações neuromusculares ou musculoesqueléticas nas ABVD's, mobilidade funcional, padrão de marcha e precisão de auxílio no autocuidado. A aplicação desta escala necessita de um papel e lápis. O resultado máximo é de 100, mediante a soma das pontuações de cada item. Uma maior independência funcional é obtida quanto maior for o resultado (Yi et al., 2020). A Escala BI apresentou excelentes valores de fiabilidade no teste-reteste (Coeficiente de Correlação Intraclasse [CCI] = 0,936), em adultos (Hormozi et al., 2019) e pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo (CCI=0.94) (Hsueh et al., 2001).

Berg Balance Score

Avalia o equilíbrio, mobilidade funcional e o risco de queda. Para a realização deste teste é necessário um lápis e papel. A pontuação é baseada no desempenho de 14 itens relacionados com o controlo postural, com diferentes níveis de dificuldade. A pontuação máxima é de 56, resultante da soma da pontuação de cada item (Oliveira et al., 2013). Apresentou excelentes valores de fiabilidade no teste-reteste (CCI = 0,99) para lesões cerebrais (Newstead et al., 2005) et al., 2005) e para pessoas com PDI (CCI= 0.98) (Sackley et al., 2005).

Rivermead Mobility Index

Avalia a marcha, equilíbrio e transferências após AVC. Para a realização deste teste é necessário papel e lápis. A escala é constituída por 15 itens (14 de autoavaliação e 1 de observação) que apresentam diferentes níveis de dificuldade. O resultado máximo é de 15, de acordo com a soma da avaliação dos 15 itens (H. Santos et al., 2023). Apresentou excelentes valores de fiabilidade no teste-reteste (CCI= 0,96) em pessoas com AVC crónico (Chen et al., 2007)

Tinetti ou Performance-Oriented Assessment of Mobility I – Balance

Avalia o risco de queda e a estabilidade ao realizar as ABVD's relacionadas com a mobilidade e com o equilíbrio. Para realizar este teste é necessário papel e lápis. Este instrumento está dividido em duas partes, uma primeira que se refere à avaliação do equilíbrio estático, com 9 itens e um resultado máximo de 16 pontos e uma segunda que avalia o equilíbrio dinâmico, com 10 itens e um resultado máximo de 12 pontos. As duas partes podem apresentar um resultado máximo de 28 pontos (Petiz, 2002). Do que se sabe até ao momento, não foram testados os valores de fiabilidade da POMA I. A Escala *Tinetti* original apresentou excelentes resultados de fiabilidade no teste-reteste (CCI = 0,97), em pessoas com AVC (Hellström & Lindmark, 1999).

Timed up and go Test

Avalia a mobilidade, equilíbrio, capacidade e estabilidade na marcha, assim como o risco de queda, em pessoas com AVC e com paralisia cerebral. Para realizar o teste é necessária uma cadeira standard, cronómetro, papel e lápis. O resultado está de acordo com o tempo que a pessoa demora a realizar o teste (<10 segundos (seg); 10 a 19seg – acima de 12.4seg significa maior risco de queda; >20seg deverá ser encaminhado para uma Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI)) (Dunning, 2018). Do que se sabe até ao momento não foram testados os valores de fiabilidade para pessoas com lesões neurológicas e/ou com PDI. Apresentou resultados de fiabilidade adequados no teste-reteste (CCI = 0,86) (Katz-Leurer et al., 2008) em lesões cerebrais traumáticas em crianças e na doença de Parkinson (CCI = 0,69) (Bello-Haas et al., 2011).

One-leg stance test

Avalia uma única tarefa, o controlo postural e equilíbrio (Oliveira et al., 2013). Para realizar o teste é necessário um cronómetro. O resultado deve ser considerado o melhor de três tentativas, expresso em segundos, e a sua média para as duas condições (olhos abertos e fechados), com uma duração máxima de 45seg (Bassement et al., 2020). Apresentou resultados de fiabilidade excelentes no teste-reteste (CCI = 0,847) em pessoas com AVC (Perez-Cruzado et al., 2014) e em adultos (CCI = 0,86) (Goldberg et al., 2011).

Até à data, que se tenha conhecimento, não foram determinados os valores de fiabilidade para a versão portuguesa dos instrumentos de avaliação mencionados anteriormente.

Na tabela 1, encontram-se os resultados da ligação dos itens constantes dos instrumentos de avaliação BI-ADL, BBS, RMI e OLST, aos códigos da CIF mais adequados, já elaborados previamente a este estudo, por outros investigadores (Oliveira et al., 2013;

Scheuringer et al., 2005) usando as regras de ligação (Cieza et al., 2005). Os dados de ligação da BBS à CIF foram gentilmente cedidos por Gerold Stucki para a realização do presente estudo.

Tabela 1: Origem e frequência de códigos dos instrumentos de avaliação previamente ligados à CIF

| | BI-ADL | BBS | RMI | OLST | Total |
|--|--------|-----|-----|------|-------|
| Funções do corpo (b) | | | | | |
| b525 Funções de defecação | 1 | | | | 1 |
| b620 Funções miccionais | 1 | | | | 1 |
| Atividades e participação (d) | | | | | |
| d410 Mudar a posição básica do corpo | 1 | | 4 | | 5 |
| d4103 Sentar-se | | 1 | | | 1 |
| d4104 Pôr-se em pé | | 1 | | | 1 |
| d4105 Curvar-se | | 1 | | | 1 |
| d4106 Mudar o centro de gravidade do corpo | | 1 | | | 1 |
| d4108 Mudar a posição básica do corpo, outra especificada, rodar o tronco enquanto permanece em pé | | 1 | | | 1 |
| d4108 Mudar a posição básica do corpo, outra especificada, rodar 360º | | 1 | | | 1 |
| d415 Manter a posição do corpo | | | 2 | | 2 |
| d4153 Permanecer sentado | | 1 | | | 1 |
| d4154 Permanecer em pé | | 2 | | 4 | 6 |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé sem apoio com os olhos fechados | | 1 | | | 1 |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé sem apoio com os olhos abertos | | | | 2 | 2 |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé com os pés juntos | | 1 | | | 1 |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, manter-se em pé numa só perna | | 2 | | | 2 |
| d420 Auto transferências | | 1 | | | 1 |

| | BI-ADL | BBS | RMI | OLST | Total |
|---|--------|-----|-----|------|-------|
| Atividades e participação (d) | | | | | |
| d429 Mudar e manter a posição do corpo, outras especificados e não especificadas, levantar-se e ficar em pé | | | 1 | | 1 |
| d430 Levantar e transportar objetos | | | 1 | | 1 |
| d4400 Pegar | | 1 | | | 1 |
| d4452 Alcançar | | 1 | | | 1 |
| d450 Andar | 1 | | 5 | | 6 |
| d455 Deslocar-se | 1 | | 3 | | 4 |
| d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento | 1 | | | | 1 |
| d469 Andar e mover-se, outros especificados e não especificados | | | 1 | | 1 |
| d510 Lavar-se | 2 | | 1 | | 3 |
| d520 Cuidar de partes do corpo | 1 | | | | 1 |
| d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção | 3 | | | | 3 |
| d540 Vestir-se | 1 | | | | 1 |
| d550 Comer | 1 | | | | 1 |
| d560 Beber | 1 | | | | 1 |

2.4. Regras de ligação à CIF

O processo de ligação das escalas à CIF baseia-se em regras propostas por Cieza et al. (2005), que propôs oito regras para a ligação à CIF, nomeadamente (1) ter conhecimento acerca da mesma, (2) considerar cada conceito antes de se realizar a ligação ao código CIF mais significativo, (3) verificar quais são passíveis de ligar, evitar a utilização dos códigos CIF “outros especificados” e (4) “não especificadas”, com a finalidade de diminuir a ambiguidade. (5) A ligação à CIF só é concretizada quando ocorre uma correlação relevante, caso a informação fornecida não seja suficiente é atribuída a designação “não definido”. (6) Se não houver ligação à CIF e for um fator pessoal será definido desta forma. (7) Caso o conceito não esteja presente na CIF e não seja um fator pessoal será então definido como não contido. (8) Se o conceito a ligar à CIF se referir a um diagnóstico ou condição de saúde será definido como condição de saúde. Ocorreu uma

atualização das regras de ligação com acréscimo de duas novas regras para identificar os conceitos mais relevantes a ligar à CIF através da resposta à pergunta sobre a sua natureza, com identificação e categorização das opções de resposta (Cieza et al., 2019).

2.5. Procedimentos

Na fase 1 (preparatória), analisaram-se os testes e escalas definidos como válidos para utilizar nesta população pelos fisioterapeutas e foi feita uma verificação da sua ligação à CIF. Após uma necessária identificação dos autores das ligações, procedeu-se a um primeiro contacto com os mesmos, priorizando-se, desde logo, o trabalho de investigação do Professor Gerold Stucki, cuja colaboração neste estudo passou pela gentil e pronta cedência dos resultados da ligação da BBS à CIF.

Na fase 2 (ligação de instrumentos), procedeu-se à ligação dos conteúdos dos instrumentos *Tinetti* ou POMA I e o TUG aos códigos da CIF, respeitando-se as regras propostas por Cieza et al. (2005, 2019). Esta tarefa de ligação foi realizada individualmente pelos três investigadores deste estudo que, posteriormente, realizaram uma reunião para consenso, onde foi possível verificar uma total unanimidade na seleção de códigos CIF. Após a sua identificação, com recurso aos instrumentos descritos nas *guidelines* publicadas (Bruce & Standley, 2019) foi possível transitar para a fase seguinte e proceder-se ao desenvolvimento da *Checklist* CIF.

Na fase 3 (desenvolvimento e validação de conteúdo da *Checklist* CIF), participaram três investigadores que realizaram a compilação de todos os códigos CIF resultantes dos seis instrumentos de avaliação, BI-ADL, BBS, TUG, OLST, RMI e *Tinetti* ou POMA I. Posteriormente, procedeu-se à construção da *Checklist* CIF, alvo de uma análise por parte de um painel de peritos acerca da relevância dos códigos selecionados para o item do instrumento de avaliação em questão. Para além disso, e tendo acesso total aos códigos identificados, pronunciaram-se, igualmente, sobre a pertinência de acrescentar códigos à *Checklist* CIF.

Esta *Checklist* CIF foi previamente enviada aos peritos, assim como foi partilhada a identificação dos instrumentos de avaliação para que pudessem ser apreciados. Os peritos analisaram a *Checklist* CIF e emitiram um parecer qualitativo sobre a relevância da tradução do item do instrumento em código CIF, através de uma escala de *Likert* (tabela 4) qualitativa de 3 níveis (pouco relevante, relevante e muito relevante). Este feedback traduziu-se na agregação de respostas mediante a construção de uma tabela que continha a *Checklist* CIF e a escala *Likert* (tabela 4). Na última etapa, foi realizada uma reunião final de consenso que reuniu os

investigadores, nomeadamente a autora deste trabalho e um perito em fisioterapia e CIF, assim como o painel de peritos, nomeadamente os três especialistas em PDI, conhecedores/utilizadores CIF, a fim de se discutir a divergência nos níveis de relevância definidos para o mesmo código.

3. Resultados

3.1. Resultados de ligação dos instrumentos de avaliação à CIF

Na tabela 2, encontram-se os resultados da ligação dos itens constantes do instrumento TUG aos códigos da CIF adequados. Este instrumento foi ligado à componente "atividades e participação", nomeadamente ao domínio 4 (mobilidade) e à secção "mudar e manter a posição do corpo" (d410 a d429)

Tabela 2 – Ligação do TUG à CIF

| Itens do TUG | Componente | Descrição código | Código |
|--|---------------------------|---|--------|
| A pessoa deverá estar sentada numa cadeira com apoio lateral de braço. | Atividades e Participação | Permanecer sentado | d4153 |
| Solicite à pessoa, que se levante sem apoiar nas laterais da cadeira, caminhe 3 metros, virando 180º e voltar ao ponto inicial, para sentar-se novamente | Atividades e Participação | Pôr-se em pé | d4104 |
| | | Andar distâncias curtas | d4500 |
| | | Mudar a posição básica do corpo, outra especificada, rodar 180º | d4108 |
| | | Sentar-se | d4103 |

Na tabela 3, pode ver-se os resultados da ligação dos itens constantes do instrumento *Tinetti* (versão portuguesa) ou POMA I aos códigos da CIF. A primeira parte deste instrumento foi ligada à componente "atividades e participação", ao domínio 4 (mobilidade), mais concretamente à secção "mudar e manter a posição do corpo" (d410 a d429). A segunda parte deste instrumento foi ligada à componente "funções do corpo", ao capítulo 7 (funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento) que engloba as "funções relacionadas com o movimento". O código b770

(funções relacionadas com o padrão de marcha) foi ligado a nove itens avaliados pela *Tinetti* ou POMA I, enquanto o código d4158 (manter uma posição do corpo, outra especificada) foi ligado a quatro atividades avaliadas na *Tinetti* ou POMA I.

Tabela 3 – Ligação da *Tinetti* (versão portuguesa) ou POMA I à CIF

| Itens <i>Tinetti</i> ou POMA I | Componente | Descrição código | Código |
|---|---------------------------|--|--------|
| I. Equilíbrio Estático na Cadeira | | | |
| 1. Equilíbrio sentado | Atividades e Participação | Permanecer sentado | d4153 |
| 2. Levantar-se | Atividades e Participação | Pôr-se em pé | d4105 |
| 3. Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos) | Atividades e Participação | Permanecer de pé | d4154 |
| 4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos | Atividades e Participação | Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé com os pés juntos | d4158 |
| 5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno) | Atividades e Participação | Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé sem apoio | d4158 |
| 6. Fechar os olhos na mesma posição | Atividades e Participação | Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé sem apoio com os olhos fechados | d4158 |
| 7. Volta de 360° (2 vezes) | Atividades e Participação | Mudar a posição básica do corpo, outra especificada, girar 360° | d4108 |

| Itens <i>Tinetti</i> ou POMA I | Componente | Descrição código | Código |
|--|---------------------------|--|--------|
| I. Equilíbrio Estático na Cadeira | | | |
| 8. Apoio unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável) | Atividades e Participação | Manter uma posição do corpo, outra especificada, manter-se em pé numa só perna | d4158 |
| 9. Sentar-se | Atividades e Participação | Sentar-se | d4103 |
| II. Equilíbrio dinâmico – Marcha | | | |
| 10. Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida) | Funções do corpo | Funções relacionadas com o padrão de marcha | b770 |
| 11. Largura do passo (pé direito) | Funções do corpo | Funções relacionadas com o padrão de marcha | b770 |
| 12. Altura do passo (pé direito) | Funções do corpo | Funções relacionadas com o padrão de marcha | b770 |
| 13. Largura do passo (pé esquerdo) | Funções do corpo | Funções relacionadas com o padrão de marcha | b770 |
| 14. Altura do passo (pé esquerdo) | Funções do corpo | Funções relacionadas com o padrão de marcha | b770 |
| 15. Simetria do passo | Funções do corpo | Funções relacionadas com o padrão de marcha | b770 |

| Itens <i>Tinetti</i> ou POMA I | Componente | Descrição código | Código |
|--|---------------------------|--|--------|
| II. Equilíbrio dinâmico – Marcha | | | |
| 16. Continuidade do passo | Funções do corpo | Funções relacionadas com o padrão de marcha | b770 |
| 17. Percurso de 3 metros (previamente marcado) | Atividades e Participação | Andar distâncias curtas | d4500 |
| 18. Estabilidade do tronco | Funções do corpo | Funções relacionadas com o padrão de marcha | b770 |
| 19. Base de sustentação durante a marcha | Funções do corpo | Funções relacionadas com o padrão de marcha | b770 |

Na tabela 4, faz-se o resumo dos códigos obtidos para cada instrumento que foi considerado importante para a elaboração da *Checklist* CIF, verificando-se a repetição de 17 códigos. Os códigos finais para a constituição da *Checklist* CIF são: 1) três da componente "funções do corpo", do capítulo 5 (funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino), integrando as categorias de classificação "funções relacionadas com o aparelho digestivo" (b510-b535) e "funções urinárias" (b610-b630) e um código do capítulo 7 que engloba as "funções relacionadas com o movimento"; 2) 26 códigos da componente "atividades e participação", nomeadamente 20 códigos do domínio 4 (mobilidade), incluindo "mudar e manter a posição do corpo" (d410 - d429) e "transportar, mover e manusear objetos" (d430-d449) e seis códigos do domínio 5 (autocuidados).

Tabela 4 – Origem e frequência de códigos – *Checklist* CIF para adultos com PDI

| | BBS | BI-ADL | RMI | OLST | TUG | <i>Tinetti</i> | Total |
|--|-----|--------|-----|------|-----|----------------|-------|
| Funções do corpo (b) | | | | | | | |
| b525 Funções de defecação | | 1 | | | | | 1 |
| b620 Funções miccionais | | 1 | | | | | 1 |
| b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha | | | | | | 7 | 7 |
| Atividades e participação (d) | | | | | | | |
| d410 Mudar a posição básica do corpo | | 1 | 4 | | | | 5 |
| d4103 Sentar-se | 1 | | | | | 1 | 2 |
| d4104 Pôr-se em pé | 1 | | | | | | 1 |
| d4105 Curvar-se | 1 | | | | | 1 | 2 |
| d4106 Mudar o centro de gravidade do corpo | 1 | | | | | | 1 |
| d4108 Mudar a posição básica do corpo, outra especificada, rodar o tronco enquanto permanece em pé | 1 | | | | | | 1 |
| d4108 Mudar a posição básica do corpo, outra especificada, rodar 180º | | | | | 1 | | 1 |
| d4108 Mudar a posição básica do corpo, outra especificada, rodar 360º | 1 | | | | | 1 | 2 |
| d415 Manter a posição do corpo | | | 2 | | | | 2 |
| d4153 Permanecer sentado | 1 | | | | 1 | 1 | 3 |
| d4154 Permanecer em pé | 2 | | | 4 | | 1 | 7 |

| | BBS | BI-ADL | RMI | OLST | TUG | <i>Tinetti</i> | Total |
|---|-----|--------|-----|------|-----|----------------|-------|
| Atividades e participação (d) | | | | | | | |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé sem apoio com os olhos fechados | 1 | | | | | 1 | 2 |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé sem apoio com os olhos abertos | | | | 2 | | | 2 |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé com os pés juntos | 1 | | | | | | 1 |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, manter-se em pé numa só perna | 2 | | | | | 1 | 3 |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé sem apoio | | | | | | 1 | 1 |
| d420 Auto transferências | 1 | 1 | | | | | 2 |
| d429 Mudar e manter a posição do corpo, outras especificados e não especificadas, levantar-se e ficar em pé | | | 1 | | | | 1 |
| d430 Levantar e transportar objetos | | | 1 | | | | 1 |
| d4400 Pegar | 1 | | | | | | 1 |
| d4452 Alcançar | 1 | | | | | | 1 |
| d450 Andar | | 1 | 5 | | | | 6 |
| d4500 Andar distâncias curtas | | | | | 1 | 1 | 2 |
| d455 Deslocar-se | | 1 | 3 | | | | 4 |
| d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento | | 1 | | | | | 1 |

| | BBS | BI-ADL | RMI | OLST | TUG | <i>Tinetti</i> | Total |
|---|-----|--------|-----|------|-----|----------------|-------|
| Atividades e participação (d) | | | | | | | |
| d469 Andar e mover-se, outros especificados e não especificados | | | 1 | | | | 1 |
| d510 Lavar-se | | 2 | 1 | | | | 3 |
| d520 Cuidar de partes do corpo | | 1 | | | | | 1 |
| d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção | | 3 | | | | | 3 |
| d540 Vestir-se | | 1 | | | | | 1 |
| d550 Comer | | 1 | | | | | 1 |
| d560 Beber | | 1 | | | | | 1 |

A Checklist CIF foi sujeita a uma avaliação do grau de relevância por parte de uma equipa de peritos que considerou a maioria dos itens como "muito relevante" (29) e "relevante" (12). O código b525 (funções do corpo), inicialmente avaliado divergentemente como "relevante" e "muito relevante", foi finalmente e após discussão, na reunião de consenso, avaliado como "muito relevante". Igual processo sofreram os códigos b620 (funções do corpo), d4108 (mudar a posição básica do corpo, outra especificada), d4158 (manter uma posição do corpo, outra especificada), d430 (levantar e transportar objetos), d4500 (andar distâncias curtas) e d469 (andar e mover-se, outros especificados e não especificados) inicialmente avaliados como "relevante" e "muito relevante" foram classificados como "muito relevante", na reunião de consenso. O único item considerado "pouco relevante", o d520 (cuidar de partes do corpo), foi reavaliado na reunião de consenso como "relevante". Os códigos d530 (cuidados relacionados com os processos de excreção), d540 (vestir-se), d550 (comer) e d560 (beber), alvo de uma reavaliação, mantiveram as classificações divergentes inicialmente propostas pelos três peritos, verificando-se um consenso na diferença de avaliação entre "relevante" e "muito relevante".

Na tabela 5, encontram-se os resultados da revisão da *Checklist* CIF, definindo a relevância dos itens identificados, que foram divididos, de acordo com a escala de *Likert*, em "pouco relevante", "relevante" e "muito relevante", cabendo aos peritos esta tarefa de avaliação da relevância do código. O único item que inicialmente foi considerado "pouco relevante" por um dos peritos e que careceu de uma reavaliação na reunião de consenso diz respeito ao código d520 (cuidar de partes do corpo) e foi avaliado como "relevante". Os itens que foram considerados "relevante" e "muito relevante" pelos peritos, igualmente debatidos, foram os códigos b525 (funções de defecação) e b620 (funções miccionais). Recebendo ambos a avaliação por um dos peritos como "relevante", uma vez que o fisioterapeuta apenas avaliaria e não iria, neste contexto, fazer parte do seu plano de intervenção, acabaram por ser reavaliados pelo painel como "muito relevante", pelo potencial de reencaminhamento do cliente. O código d4108 (mudar a posição básica do corpo, outra especificada) foi reavaliado pelos peritos como sendo "muito relevante", depois de se referir a potencialidade das diferentes atividades, como por exemplo, olhar para trás quando um carro buzina ou quando alguém chama o cliente. O código d4158 (manter uma posição do corpo, outra especificada) foi reavaliado pelos peritos como "muito relevante", mas substituído pelo código d4154 (permanecer em pé), mais específico. O código d430 (levantar e transportar objetos) e o código d4500 (andar distâncias curtas), depois da reunião, foram reavaliados como sendo "muito relevante", porque na avaliação inicial de "relevante" foram desconsideradas como atividades que são trabalhadas com o mesmo nível de frequência e com o mesmo impacto. Após a reunião, o código d469 (andar e mover-se, outros especificados e não especificados, correr) foi reavaliado como sendo "muito relevante", dado que os peritos o trabalham na prática clínica. Em alguns códigos, d530 (cuidados relacionados com os processos de excreção), d540 (vestir-se), d550 (comer) e d560 (beber), esta classificação de relevância resultou no desacordo dos peritos e num consenso quanto a esta posição, mantendo-se as classificações iniciais de "relevante" e "muito relevante".

Tabela 5 – Avaliação por painel de peritos acerca da relevância dos itens integrantes da *Checklist* CIF.

| <i>Checklist</i> CIF para adultos com Perturbação Intelectual e Desenvolvidamental | | | | | |
|--|-----------------|-----------|-----------------|-------------------------------|---|
| | Pouco relevante | Relevante | Muito relevante | Consenso Peritos | Código incluído na <i>Checklist</i> CIF final |
| Funções do corpo (b) | | | | | |
| b525 Funções de defecação | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Sim |
| b620 Funções miccionais | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Sim |
| b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha | | | X X X | | Sim |
| Atividades e participação (d) | | | | | |
| d410 Mudar a posição básica do corpo | | | X X X | | Sim |
| d4103 Sentar-se | | | X X X | | Sim |
| d4104 Pôr-se em pé | | | X X X | | Sim |
| d4105 Curvar-se | | | X X X | | Sim |
| d4106 Mudar o centro de gravidade do corpo | | | X X X | | Sim |

| | Pouco relevante | Relevante | Muito relevante | Consenso Peritos | Código incluído na Checklist CIF final |
|--|-----------------|-----------|-----------------|-------------------------------|---|
| Atividades e participação (d) | | | | | |
| d4108 Mudar a posição básica do corpo, outra especificada, rodar o tronco enquanto permanece em pé | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Sim |
| d4108 Mudar a posição básica do corpo, outra especificada, rodar 180º | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Sim |
| d4108 Mudar a posição básica do corpo, outra especificada, rodar 360º | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Sim |
| d415 Manter a posição do corpo | | | X X X | | Sim |
| d4153 Permanecer sentado | | | X X X | | Sim |
| d4154 Permanecer em pé | | | X X X | | Sim |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé sem apoio com os olhos fechados | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Não. Substituído pelo código d4154 (permanecer em pé) |

| | Pouco relevante | Relevante | Muito relevante | Consenso Peritos | Código incluído na Checklist CIF final |
|---|-----------------|-----------|-----------------|-------------------------------|---|
| Atividades e participação (d) | | | | | |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé sem apoio com os olhos abertos | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Não. Substituído pelo código d4154 (permanecer em pé) |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, em pé com os pés juntos | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Não. Substituído pelo código d4154 (permanecer em pé) |
| d4158 Manter uma posição do corpo, outra especificada, manter-se em pé numa só perna | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Não. Substituído pelo código d4154 (permanecer em pé) |
| d420 Auto transferências | | | X X X | | Sim |
| d429 Mudar e manter a posição do corpo, outras especificados e não especificadas, levantar-se e ficar em pé | | | X X X | | Sim |
| d430 Levantar e transportar objetos | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Sim |
| d4400 Pegar | | | X X X | | Sim |

| | Pouco relevante | Relevante | Muito relevante | Consenso Peritos | Código incluído na Checklist CIF final |
|---|-----------------|-----------|-----------------|-------------------------------|--|
| Atividades e participação (d) | | | | | |
| d4452 Alcançar | | | X X X | | Sim |
| d450 Andar | | | X X X | | |
| d4500 Andar distâncias curtas | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Sim |
| d455 Deslocar-se | | | X X X | | Sim |
| d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento | | | X X X | | Sim |
| d469 Andar e mover-se, outros especificados e não especificados, correr | | X | X X | Consenso em "muito relevante" | Sim |
| d510 Lavar-se | | X | X X | Consenso em "relevante" | Sim |
| d520 Cuidar de partes do corpo | X | | X X | Consenso em "relevante" | Sim |

| | Pouco relevante | Relevante | Muito relevante | Consenso Peritos | Código incluído na Checklist CIF final |
|---|-----------------|-----------|-----------------|---|--|
| Atividades e participação (d) | | | | | |
| d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção | | X | X X | Consenso em "relevante" e "muito relevante" | Sim |
| d540 Vestir-se | | X | X X | Consenso em "relevante" e "muito adequado" | Sim |
| d550 Comer | | X | X X | Consenso em "relevante" e "muito relevante" | Sim |
| d560 Beber | | X | X X | Consenso em "relevante" e "muito relevante" | Sim |

A *Checklist* CIF final, que consta na tabela 6, contém três códigos da componente “funções do corpo” (um item do capítulo 5, um item do capítulo 6, um item do capítulo 7) e 25 códigos da componente “atividades e participação” (19 itens do domínio 4 e seis itens do domínio 5). Na tabela 6 pode-se ver a *Checklist* CIF final a ser aplicada no adulto com PDI.

Tabela 6 – Tabela *Checklist* CIF final

***Checklist* CIF para adultos com Perturbação Intelectual e Desenvolvimental**

| Funções do corpo (b) |
|---|
| b525 Funções de defecação |
| b620 Funções miccionais |
| b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha |
| Atividades e participação (d) |
| d410 Mudar a posição básica do corpo |
| d4103 Sentar-se |
| d4104 Pôr-se em pé |
| d4105 Curvar-se |
| d4106 Mudar o centro de gravidade do corpo |
| d4108 Mudar a posição básica do corpo, outra especificada |
| d415 Manter a posição do corpo |
| d4153 Permanecer sentado |
| d4154 Permanecer em pé |
| d420 Auto transferências |

Checklist CIF para adultos com Perturbação Intelectual e Desenvolvidamental

Atividades e participação (d)

d429 Mudar e manter a posição do corpo, outras especificados e não especificadas

d430 Levantar e transportar objetos

d4400 Pegar

d4452 Alcançar

d450 Andar

d4500 Andar distâncias curtas

d455 Deslocar-se

d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento

d469 Andar e mover-se, outros especificados e não especificados

d510 Lavar-se

d520 Cuidar de partes do corpo

d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção

d540 Vestir-se

d550 Comer

d560 Beber

4. Discussão

Este trabalho visou o desenvolvimento de uma *Checklist* CIF enquanto instrumento de classificação da funcionalidade do adulto com PDI, objetivo bem-sucedido e que é, de acordo com a evidência científica conhecida, a primeira *Checklist* CIF a ser desenvolvida nesta área.

Esta *Checklist* CIF teve como base diversos instrumentos de avaliação aconselhados para a intervenção em fisioterapia no adulto com PDI, apresentando-se como uma versão que engloba itens da 1ª parte (funcionalidade e incapacidade). Aqui se incluem códigos da componente "funções do corpo", num total de 10%. Estes códigos estão relacionados com o processo de eliminação de fezes, urina e funções relativas ao padrão de marcha. Porém, é na componente "atividades e participação" onde surgem a maioria dos códigos (90%), o que é expectável numa *Checklist* CIF que tem por base instrumentos que avaliam a capacidade funcional. Ela apresenta também 69% de códigos pertencentes ao domínio "mobilidade" e 21% de códigos referentes ao domínio "autocuidados". É expectável que o domínio "mobilidade" seja mais representado, pois a mobilidade tem sido amplamente estudada na área de fisioterapia e de reabilitação. Acresce que a BBS, RMI e TUG, parte dos instrumentos de avaliação base da *Checklist* CIF, são igualmente adequados para avaliar o domínio "mobilidade" (Schepers et al., 2007). Os "fatores ambientais" não se encontram para já aqui representados e a razão desta lacuna justifica-se pela característica dos instrumentos de avaliação utilizados como referência, centrados apenas na avaliação da funcionalidade associada à condição de saúde, o que deixa de fora um eventual e interessante foco de reflexão e estudo. No futuro, tornar-se-á pertinente investigação para verificar a importância da definição destes fatores contextuais para esta população com aplicação da presente *Checklist* CIF, visando a sua adaptação a um contexto clínico. No estudo de Schepers et al. (2007) é, aliás, feita uma menção à pertinência e necessidade de avaliar o contexto de trabalho, lazer e relacionamentos, fatores aos quais ainda é dada pouca importância (Duncan et al., 2000).

No estudo Gomes et al. (2019), a *Checklist* CIF apresentava 49% de códigos para as "funções do corpo" e 54% de códigos para as "atividades e participação". Destacava-se o domínio da "mobilidade", com 46% de códigos devido à sua representatividade nos instrumentos de avaliação. O domínio "autocuidados" representava-se com 8% dos códigos, num estudo, cujo objetivo foi descrever o desenvolvimento, implementação e adaptação de uma *Checklist* CIF, em adultos, na área da fisioterapia neurológica. A metodologia seguida foi igualmente distinta, pois

partiu da compilação dos objetivos funcionais fornecidos pelos fisioterapeutas, que foram, posteriormente, ligados à CIF, produzindo uma *Checklist*.

No estudo de Ferreira et al. (2022), a *Checklist* CIF apresentava 36% de códigos para as "funções do Corpo", 38% de códigos para as "atividades e participação" e 21% de códigos para os "fatores ambientais". O objetivo foi também a criação de uma *Checklist* CIF, a ser aplicada por terapeutas da fala em contexto clínico, em pacientes com alterações auditivas. A metodologia traduziu-se na seleção, por parte da investigadora, dos domínios e categorias da CIF a partir das avaliações realizadas por terapeutas da fala. Posteriormente, os profissionais da área participantes no estudo é que foram responsáveis por avaliar o conjunto de códigos e escolher os que deveriam figurar na *Checklist* CIF. Neste estudo e no de Gomes et al. (2019) torna-se evidente que diferença metodológica utilizada viabilizou a obtenção de uma *Checklist* CIF com códigos de diferentes componentes.

Neste estudo, parte da metodologia utilizada consistiu na ligação da *Tinetti* (versão portuguesa) ou POMA I à CIF, contemplando a marcha, dimensão que, de acordo com o que se sabe, não tinha sido ligada à CIF em estudos anteriores. Na ligação da *Tinetti Balance and Gait Evaluation-Balance Section* à CIF (Oliveira et al., 2013), foi possível verificar que os autores ligaram os itens "levantar-se" e "equilíbrio imediato em pé" ao código d4104 (pôr-se em pé), tendo especificado o procedimento a avaliar, isto é, levantar-se da cadeira e equilíbrio imediato, respetivamente. O procedimento de teste "pequenos desequilíbrios na mesma posição" foi ligado à CIF através do código b7502 (reflexos gerados por outros estímulos exteroceptivos). Neste trabalho, optou-se por ligar este último procedimento à CIF através do código d4158 (manter uma posição do corpo, outra especificada), uma vez que a *Tinetti* ou Poma I está definida como sendo uma escala de atividade, justificando-se, pois, que os códigos selecionados pertençam à componente "atividades e participação". Apesar do conhecimento das regras de ligação (Cieza et al., 2005), nomeadamente as regras (3) e (4) que recomendam verificar os conceitos que são passíveis de ligar e evitar a utilização dos códigos CIF "outros especificados" e "não especificadas", respetivamente, optou-se por utilizar códigos destas categorias, especificando o teste que deverá ser utilizado, com o objetivo de diminuir a ambiguidade na sua formulação. Os autores consideraram inclusive pertinente a utilização do código d4108 (mudar a posição básica do corpo, outra especificada), especificando o girar 360°. O mesmo se verifica para o código d4158 (manter uma posição do corpo, outra especificada), já que a sua ligação ocorreu a fim de distinguir a capacidade de manter determinada posição do cliente, ou seja, se o mesmo se encontra de pé

com os pés juntos, de pé sem apoio, de pé sem apoio com os olhos fechados, ou se está a manter-se em pé numa só perna. A versão portuguesa da *Tinetti* ou POMA I, quando ligada à CIF, apresenta nove procedimentos, todos eles associados à observação das variações do ciclo de marcha, e como tal, todos associados à avaliação de um só código da componente "funções do corpo", b770 (funções relacionadas com o padrão de marcha), assim como sete códigos da componente "atividades e participação": d4153 (permanecer sentado), d4105 (pôr-se em pé), d4154 (permanecer de pé), d4158 (manter uma posição do corpo, outra especificada), d4108 (mudar a posição básica do corpo, outra especificada), d4103 (sentar-se) e d4500 (andar distâncias curtas).

Na ligação da TUG à CIF, realizada pelos autores, foi, de resto, possível constatar que todos os códigos ligados aos conceitos presentes na escala estão inseridos na componente de "atividades e participação". Neste trabalho, optou-se por selecionar preferencialmente códigos do nível 3 para o tornar o mais específico possível, o mesmo critério foi usado no estudo de Ferreira et al. (2022). Já no estudo de Gomes et al. (2019) verificou-se que a maior percentagem de códigos selecionados pertencia a um nível de especificidade menor, ou seja, códigos do segundo nível.

Os peritos consideraram pertinente, de forma unânime, o desenvolvimento desta *Checklist* CIF agregadora, uma vez que na prática clínica se verifica uma grande dificuldade por parte dos utilizadores na perceção da quantidade e fonte de informação que lhes é solicitada, sendo esta dispersão considerada uma limitação da aplicabilidade destas escalas, em contexto clínico, contingência que este trabalho pretende ultrapassar. Um dos peritos referiu também que o contexto clínico torna ainda mais útil a aplicação de um instrumento de avaliação mais curto e simplificado devido à dinâmica do trabalho em instituição e à dificuldade na permanência da tarefa, por parte do cliente, adultos com PDI.

Na reunião de consenso, o código d520 (cuidar de partes do corpo), tarefa que habitualmente é atendida por outras especialidades para além da fisioterapia, não foi classificada inicialmente com o mesmo grau de relevância por parte dos peritos, apesar de ser considerada uma função básica importante presente na ligação a um dos instrumentos de avaliação. Não obstante, acabou por decidir-se a manutenção deste código, com o objetivo de reencaminhar o cliente para outras valências e outros profissionais de saúde. Igualmente "muito relevante" foram considerados os códigos b525 (funções de defecação) e b620 (funções miccionais), porque, apesar de os fisioterapeutas não intervirem habitualmente e diretamente nestas funções, com esta população, podem prescrever produtos e tecnologias de apoio que podem ser considerados

como facilitadores. Como por exemplo, calções de silicone para o cliente usufruir da fisioterapia, em meio aquático. Nos códigos d530 (cuidados relacionados com os processos de excreção), d540 (vestir-se), d550 (comer) e d560 (beber) houve igualmente divergência de opiniões entre o painel de peritos que pode ser justificada pelo contexto clínico diferenciado de cada profissional e a presença de um terapeuta ocupacional na equipa multidisciplinar.

O painel de peritos considerou pertinente propor novos itens a integrarem futuramente a *Checklist* CIF, nomeadamente um código da componente "funções do corpo" do capítulo um "funções sensoriais e dor", mais especificamente o código b210 (funções da visão), dado que a qualidade da visão e as funções relacionadas com a perceção da luz, cor e acuidade podem ter consequências indiretas, por exemplo, no padrão de marcha. Elencaram também um código do capítulo sete "funções das articulações e dos ossos", o código b710 (funções da mobilidade das articulações), visto que a mobilidade de uma ou de várias articulações é importante para o "autocuidado" e "mobilidade", como por exemplo vestir um casaco. Da componente "estruturas do corpo", do capítulo dois "olho, ouvido e estruturas relacionadas" propuseram o código s298 (olho, ouvido e estruturas relacionadas, outras especificadas), uma vez que uma alteração da estrutura, como por exemplo do nervo ótico, pode também ter uma influência indireta na "mobilidade" e no "autocuidado", como por exemplo pegar num copo. Na componente "atividade e participação", foi proposto um código do capítulo um "aprendizagem básica", o código d155 (adquirir competências), na medida em que o cliente ao obter determinada competência irá conseguir iniciar e terminar a tarefa, assim como, dois códigos do capítulo dois "tarefas e exigências gerais", isto é, o código d210 (realizar uma única tarefa) e o código d220 (realizar tarefas múltiplas), uma vez que o cliente deverá conseguir organizar por exemplo, o seu tempo, local e materiais a utilizar para desempenhar uma ou várias tarefas. Do capítulo três "comunicação", da componente "atividades e participação" os peritos sugeriram dois códigos, o código d310 (comunicar e receber mensagens orais) e o código d315 (comunicar e receber mensagens não orais), uma vez que o cliente deverá ser capaz de conseguir comunicar, recebendo e produzindo mensagens verbais e/ou de língua gestual.

No final da reunião, foi discutida e avaliada a melhor estratégia para decidir o teste do código a utilizar quando o item é referido em diferentes escalas. Os peritos fizeram recair a preferência no grau de familiaridade do avaliador com a escala a utilizar. Porém, os autores deste trabalho propõem como critério de seleção do teste relativo ao código, quando o item é referido em diferentes escalas, o grau de fiabilidade do instrumento de avaliação. Por exemplo, quando o

mesmo código, d410 (mudar a posição básica do corpo), apareceu na BI – ADL (CCI = 0,936 em adultos e CCI = 0,94 em pessoas com AVC agudo) e na RMI (CCI = 0,96 em pessoas com AVC crônico), o teste para o código a ser usado deverá ser o inerente à RMI uma vez que apresentou um valor de fiabilidade superior (Chen et al., 2007; Hormozi et al., 2019; Hsueh et al., 2001). Quando o código d4103 (sentar-se) aparece em simultâneo na BBS (CCI = 0,99 em pessoas com lesões cerebrais e CCI = 0,98, em pessoas com PDI) e na *Tinetti* ou POMA I (CCI = 0,97 na *Tinetti* original) dever-se-á optar pelo teste para o código inerente à escala BBS, dado que apresentou valores de fiabilidade superiores (Hellström & Lindmark, 1999; Newstead et al., 2005; Sackley et al., 2005). O código d4153 (permanecer sentado) aparece simultaneamente na BBS, na TUG (CCI = 0,86 em lesões cerebrais traumáticas, em crianças, e CCI = 0,69 em pessoas com Parkinson) e na *Tinetti* ou POMA I, pelo que o teste para o código a aplicar deve estar associado à escala BBS, dado o maior grau de fiabilidade (Bello-Haas et al., 2011; Hellström & Lindmark, 1999; Katz-Leurer et al., 2008; Newstead et al., 2005; Sackley et al., 2005). O código d4154 (permanecer em pé) surgiu ao mesmo tempo na BBS, na OLS (CCI = 0,847 em pessoas com AVC e CCI = 0,86 em adultos) e na *Tinetti* ou POMA I, o teste para o código a aplicar terá de ser o pertencente à escala BBS, uma vez que se revelou mais fiável (Goldberg et al., 2011; Newstead et al., 2005; Perez-Cruzado et al., 2014; Sackley et al., 2005). Para o código d420 (auto transferências), presente na BBS e na BI-ADL, os autores deste trabalho sugerem o teste para o código inerente à BBS por demonstrar valores de fiabilidade mais elevados (Hormozi et al., 2019; Hsueh et al., 2001; Newstead et al., 2005; Sackley et al., 2005). O código d4500 (andar distâncias curtas) que figura na TUG e na *Tinetti* ou POMA I, exige os testes inerentes à TUG, instrumento de avaliação com um maior índice de fiabilidade (Bello-Haas et al., 2011; Hellström & Lindmark, 1999; Katz-Leurer et al., 2008). O código d4108 (mudar a posição básica do corpo, outra especificada) surge em três instrumentos de avaliação distintos, BBS, TUG e *Tinetti* (Bello-Haas et al., 2011; Hellström & Lindmark, 1999; Katz-Leurer et al., 2008; Newstead et al., 2005; Sackley et al., 2005). O teste utilizado poderá ser o rodar o tronco enquanto permanecer em pé, rodar 180º ou rodar 360º. Como o valor de fiabilidade da BBS é superior, deve usar-se o teste inerente à BBS. Consequentemente, será possível realizar uma avaliação mais fiável, fator de extrema importância para a tomada de decisão e possível reajuste do plano de intervenção centrado na pessoa com PDI. O código d429 (mudar e manter a posição do corpo, outras especificados e não especificados) e o código d469 (andar e mover-se, outros especificados e não especificados) surgiram unicamente da ligação da RMI à CIF. Por este motivo os testes utilizados para avaliar

estes dois códigos serão obrigatoriamente os inerentes à RMI, ou seja, o teste de levantar-se e ficar em pé para o código d429 (mudar e manter a posição do corpo, outras especificadas e não especificadas), assim como correr para o código d469 (andar e mover-se, outros especificados e não especificados).

A *Checklist* CIF é sobretudo válida para descrever a funcionalidade e representar o adulto com PDI, pelo que apresenta algumas lacunas como por exemplo a falta da componente "atividades e participação", onde se incluem os domínios "tarefas e exigências gerais", "experiências sensoriais intencionais" e "comunicação" e a componente "fatores ambientais". Como pontos fortes desta *Checklist* CIF, salientam-se a terminologia generalista e a utilização de uma linguagem universal, facilitadoras da consulta e da comunicação entre os profissionais de saúde, ao descrever de forma global a funcionalidade considerando a componente motora e uma estrutura bastante clara e simplificada, promovendo uma avaliação sistemática e coerente. A flexibilidade na sua aplicação é também uma mais-valia, uma vez pode ser aplicada em diferentes contextos, tais como CACI's, Lares Residenciais, clínicas, Instituições com terapias assistidas por animais. Como principais constrangimentos, a *Checklist* CIF não contempla aspetos emocionais, ambientais e sociais, cuja análise se considera fundamental para uma avaliação holística e centrada na pessoa. As *guidelines* (Bruce & Standley, 2019), utilizadas como base para o desenvolvimento desta *Checklist* CIF, centraram a sua avaliação somente na componente motora e não incluíram as "funções sensoriais" nem os "fatores ambientais", que, invariavelmente, apresentam um impacto direto e significativo na funcionalidade. Numa fase inicial, a sua aplicação poderá também ser complexa e requerer mais tempo, esforço e formação por parte do profissional de saúde, especialmente nesta população alvo. Ponderados os pontos fortes e os constrangimentos, esta *Checklist* CIF assume-se como um instrumento de avaliação bastante útil e de aplicação a uma grande diversidade de contextos. Com investimento regular em formação e atualização, a *Checklist* CIF pode tornar-se um instrumento de classificação eficaz para descrever e potenciar a funcionalidade do adulto com PDI.

Recomenda-se que em estudos futuros não se limite a avaliação somente à componente motora e se faça um investimento na inclusão de "funções sensoriais", ABVD's e socialização. Os "fatores ambientais" devem também ser incluídos, uma vez que podem ser considerados facilitadores e/ou barreiras a várias condições clínicas (Magasi et al., 2015), com bastante impacto em casos neurológicos (Athayde et al., 2017), podendo limitar a sua participação na

sociedade (Palmer & Harley, 2012) e assumindo-se como fatores com impacto direto na funcionalidade (Yeung & Towers, 2014).

Limitações do estudo

Como limitações deste estudo, devem referir-se o escasso número de peritos e o baixo número de publicações científicas sobre o tema abordado, razões que tornam pertinente, no futuro, a realização de mais investigação nesta área, a fim de se poder desenvolver uma *Checklist* CIF mais abrangente para o adulto com PDI.

5. Conclusão

Um plano de intervenção em fisioterapia apresenta um papel importante no aumento da funcionalidade em adultos com PDI, pelo que uma *Checklist* CIF para esta população alvo se revela um instrumento de avaliação universal, que melhora o nível de avaliação e diagnóstico funcional em fisioterapia, enquanto prática centrada na pessoa, contribuindo decisivamente para definir uma melhor intervenção e facilitar a comunicação entre diferentes profissionais de saúde.

No entanto, continua a ser necessário que haja mais investigação nesta área, a fim de validar a eficácia deste instrumento de avaliação em contextos distintos, sendo eles clínicos e/ou ambientais.

Referências Bibliográficas

- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2).
- Athayde, F., Mancuzo, E. V., & Corrêa, R. A. (2017). Environmental influence on physical disability: A systematic review of the literature. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(11). <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.01992017>
- Bassement, J. N. C., Shukla, B. K., Yadav, S. K., Vijay, V., Mathur, A., & Hewson, D. J. (2020). A Pilot Study to Detect Balance Impairment in Older Adults Using an Instrumented One-Leg Stance Test. *Journal of Biomechanical Engineering*, 142(9). <https://doi.org/10.1115/1.4046636>
- Bello-Haas, V. D., Klassen, L., Sheppard, S., & Metcalfe, A. (2011). Psychometric properties of activity, self-efficacy and quality-of-life measures in individuals with parkinson disease. *Physiotherapy Canada*, 63(1), 47–57. <https://doi.org/10.3138/ptc.2009-08>

- Bruce, S., & Standley, D. (2019). Standards of Practice for Physiotherapists Working with adults with a learning disability Executive Summary for Professionals. In *Department of Health*.
- Calvo-Lobo, C., Unda-Solano, F., López-López, D., Sanz-Corbalán, I., Romero-Morales, C., Palomo-López, P., Seco-Calvo, J., & Rodríguez-Sanz, D. (2018). Is pharmacologic treatment better than neural mobilization for cervicobrachial pain? A randomized clinical trial. *International Journal of Medical Sciences*, *15*(5), 456–465. <https://doi.org/10.7150/ijms.23525>
- Chen, H. M., Hsieh, C. L., Sing Kai Lo, Liaw, L. J., Chen, S. M., & Lin, J. H. (2007). The test-retest reliability of 2 mobility performance tests in patients with chronic stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, *21*(4), 347–352. <https://doi.org/10.1177/1545968306297864>
- Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., & Prodinger, B. (2019). Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, *41*(5). <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1145258>
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, B., & Stucki, G. (2005). ICF linking rules: An update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *37*(4), 212–218. <https://doi.org/10.1080/16501970510040263>
- Duncan, P. W., Jorgensen, H. S., & Wade, D. T. (2000). Outcome measures in acute stroke trials: A systematic review and some recommendations to improve practice. In *Stroke* (Vol. 31, Issue 6). <https://doi.org/10.1161/01.STR.31.6.1429>
- E., M. (2001). Contributo para a validação à população portuguesa da Escala de Equilíbrio de Berg. *Alcoitão: Escola Superior de Saúde Do Alcoitão*, *1*(1).
- Ferreira, J. B., Vianna, N. G., & Lima, M. C. M. P. (2022). Aplicação clínica da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em crianças e adolescentes de um serviço público de reabilitação auditiva. *Revista CEFAC*, *24*(2). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20222425621s>
- Goldberg, A., Casby, A., & Wasielewski, M. (2011). Minimum detectable change for single-leg-stance-time in older adults. *Gait and Posture*, *33*(4). <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2011.02.020>
- Gomes, J. L., Lopes, U. D. B. L., Freitas, S. F. de, Ferreira, L. T. D., & Oliveira, C. B. de. (2019). Aplicabilidade dos qualificadores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em pacientes neurológicos adultos em um centro de reabilitação

- em São Paulo, Brasil. *Acta Fisiátrica*, 26(1). <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v26i1a163787>
- Hale, L. A., Mirfin-Veitch, B. F., & Treharne, G. J. (2016). Prevention of falls for adults with intellectual disability (PROFAID): A feasibility study. *Disability and Rehabilitation*, 38(1), 36–44. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1017613>
- Hellström, K., & Lindmark, B. (1999). Fear of falling in patients with stroke: A reliability study. *Clinical Rehabilitation*, 13(6), 509–517. <https://doi.org/10.1191/026921599677784567>
- Heslop, P., & Marriott, A. (2015). Making a difference – the impact of the Confidential Inquiry into premature deaths of people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 43(2), 142–149. <https://doi.org/10.1111/bld.12114>
- Hormozi, S., Alizadeh-Khoei, M., Sharifi, F., Taati, F., Aminalroaya, R., Fadaee, S., Angooti-Oshnari, L., & Saghebi, H. (2019). Iranian version of barthel index: Validity and reliability in outpatients' elderly. *International Journal of Preventive Medicine*, 10(1). https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_579_18
- Hsueh, I. P., Lee, M. M., & Hsieh, C. L. (2001). Psychometric characteristics of the barthel activities of daily living index in stroke patients. *Journal of the Formosan Medical Association*, 100(8), 526–532.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *O QUE NOS DIZEM OS CENSOS SOBRE AS DIFICULDADES SENTIDAS PELA POPULAÇÃO COM INCAPACIDADES*. www.ine.pt
- Jacobsohn, L., & Neves, M. A. (2024). Percepção do conhecimento e implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS) pelos profissionais de saúde. *RevSALUS – Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(Supii). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5isupii.713>
- Jácome, C., Sequeira, M., Vieira, Á., Barbosa, P. M., & Pinho, T. (2019). *Instrumentos de medida em fisioterapia cardiorrespiratória*.
- Jesus, T. S., Bright, F., Kayes, N., & Cott, C. A. (2016). Person-centred rehabilitation: What exactly does it mean? Protocol for a scoping review with thematic analysis towards framing the concept and practice of person-centred rehabilitation. *BMJ Open*, 6(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011959>
- Katz-Leurer, M., Rotem, H., Lewitus, H., Keren, O., & Meyer, S. (2008). Functional balance tests for children with traumatic brain injury: Within-session reliability. *Pediatric Physical Therapy*, 20(3). <https://doi.org/10.1097/PEP.0b013e3181820dd8>

- Killingback, C., Green, A., & Naylor, J. (2022). Development of a framework for person-centred physiotherapy. *Physical Therapy Reviews*, 27(6), 414–429. <https://doi.org/10.1080/10833196.2022.2129157>
- Magasi, S., Wong, A., Gray, D. B., Hammel, J., Baum, C., Wang, C. C., & Heinemann, A. W. (2015). Theoretical foundations for the measurement of environmental factors and their impact on participation among people with disabilities. In *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (Vol. 96, Issue 4, pp. 569–577). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.12.002>
- Newstead, A. H., Hinman, M. R., & Tomberlin, J. A. (2005). Reliability of the berg balance scale and balance master limits of stability tests for individuals with brain injury. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 29(1), 18–23. <https://doi.org/10.1097/01.NPT.0000282258.74325.cf>
- Oliveira, C. C., Lee, A., Granger, C. L., Miller, K. J., Irving, L. B., & Denehy, L. (2013). Postural control and fear of falling assessment in people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review of instruments, international classification of functioning, disability and health linkage, and measurement properties. In *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (Vol. 94, Issue 9, pp. 1784–1799.e7). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.04.012>
- Palha M, C. L. M. S. F. A. A. D. C., & Palha M Martins S Fritz A Andrade DC., C. L. (2016). Recomendações de base empírica para a prática relacionada com o acompanhamento de pessoas com perturbação do desenvolvimento intelectual.1-37. *Diferenças*.
- Palmer, M., & Harley, D. (2012). Models and measurement in disability: An international review. In *Health Policy and Planning* (Vol. 27, Issue 5). <https://doi.org/10.1093/heapol/czr047>
- Patel, D. R., Apple, R., Kanungo, S., & Akkal, A. (2018). Intellectual disability: Definitions, evaluation and principles of treatment. In *Pediatric Medicine* (Vol. 1). <https://doi.org/10.21037/pm.2018.12.02>
- Perez-Cruzado, D., González-Sánchez, M., & Cuesta-Vargas, A. I. (2014). Parameterization and reliability of single-leg balance test assessed with inertial sensors in stroke survivors: A cross-sectional study. *BioMedical Engineering Online*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1475-925X-13-127>
- PORDATA, I. (2001). População residente com deficiência segundo os Censos: total e por tipo de deficiência. In *Pordata* (Issue anexo 50). www.epa.gov%0Awww.bt.cdc.gov/agent/cyanide/index.asp

- Rodrigues, F., Teixeira, J. E., & Forte, P. (2023). The Reliability of the Timed Up and Go Test among Portuguese Elderly. *Healthcare (Switzerland)*, *11*(7). <https://doi.org/10.3390/healthcare11070928>
- Sackley, C., Richardson, P., McDonnell, K., Ratib, S., Dewey, M., & Hill, H. J. (2005). The reliability of balance, mobility and self-care measures in a population of adults with a learning disability known to a physiotherapy service. *Clinical Rehabilitation*, *19*(2), 216–223. <https://doi.org/10.1191/0269215505cr815oa>
- Santos, H., Martins, M. E., Brandão, R., Baleia, I., Santos, B., Gonçalves, I., Peixeiro, I., Costa, S., Albuquerque, T., & Silva, C. (2023). The Rivermead Mobility Index is the most comprehensive measurement instrument to evaluate functional mobility in stroke: scoping review and systematic review. *RevSALUS - Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, *5*(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.492>
- Santos, S., & Morato, P. (2012). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê? *Revista Brasileira de Educação Especial*, *18*(1), 3–16. <https://doi.org/10.1590/s1413-65382012000100002>
- Schepers, V. P. M., Ketelaar, M., van de Port, I. G. L., Visser-Meily, J. M. A., & Lindeman, E. (2007). Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*, *29*(3). <https://doi.org/10.1080/09638280600756257>
- Scheuringer, M., Grill, E., Boldt, C., Mittrach, R., Müllner, P., & Stucki, G. (2005). Systematic review of measures and their concepts used in published studies focusing on rehabilitation in the acute hospital and in early post-acute rehabilitation facilities. In *Disability and Rehabilitation* (Vol. 27, Issues 7–8, pp. 419–429). <https://doi.org/10.1080/09638280400014089>
- Schwartzman, J. (2013). *Deficiência intelectual. Temas sobre Desenvolvimento*.
- Shree, A., & Shukla, P. C. (2016). Intellectual Disability: Definition, classification, causes and characteristics. *Learning Community-An International Journal of Educational and Social Development*, *7*(1). <https://doi.org/10.5958/2231-458x.2016.00002.6>
- Simões, C., & Santos, S. (2017). The Impact of Personal and Environmental Characteristics on Quality of Life of People with Intellectual Disability. *Applied Research in Quality of Life*, *12*(2), 389–408. <https://doi.org/10.1007/s11482-016-9466-7>

- Stucki, G., & Bickenbach, J. (2017). Functioning: The third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(1). <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04565-8>
- Tomé, A., Antunes, R., Monteiro, D., Matos, R., Rodrigues, F., Amaro, N., & Jacinto, M. (2024). Efeitos de um programa de exercícios na autonomia, independência e aptidão física de pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento - Um estudo piloto. *Retos*, 53, 147–156. <https://doi.org/10.47197/retos.v53.102003>
- Verdugo, M. A., Aguayo, V., Arias, V. B., & García-Domínguez, L. (2020). A systematic review of the assessment of support needs in people with intellectual and developmental disabilities. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, Issue 24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249494>
- Walsh, P. N., Kerr, M., & Van Schrojenstein Lantman-De Valk, H. M. J. (2003). Health indicators for people with intellectual disabilities: A European perspective. In *European Journal of Public Health* (Vol. 13, Issue 3 SUPPL., pp. 47–50). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_3.47
- Yeung, P., & Towers, A. (2014). An exploratory study examining the relationships between the personal, environmental and activity participation variables and quality of life among young adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 36(1). <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.777808>
- Yi, Y., Ding, L., Wen, H., Wu, J., Makimoto, K., & Liao, X. (2020). Is Barthel Index Suitable for Assessing Activities of Daily Living in Patients With Dementia? *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00282>
- Zhang, M., Gao, Y., Xue, J., Li, K., Zhang, L., Yu, J., Yan, T., & Hou, X. (2024). Development of the assessment standards of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Geriatric Core Set through a modified Delphi method. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04816-6>