

**Ana Sofia Carneiro Saraiva**

**IDENTIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS MAIS RELEVANTES DA  
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,  
INCAPACIDADE E SAÚDE PARA OS TERAPEUTAS  
OCUPACIONAIS QUE EXERCEM FUNÇÕES EM UNIDADES  
DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

**Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional**

**2010**



**Instituto Politécnico do Porto**  
**Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto**

**Identificação das categorias mais relevantes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para os Terapeutas Ocupacionais que exercem funções em Unidades de Cuidados Continuados Integrados**

**Ana Sofia Carneiro Saraiva**

**Outubro 2010**

Dissertação apresentada no Mestrado em Terapia Ocupacional em Reabilitação Física, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto, orientada pelo Prof. Adjunto Joaquim Faias e co-orientada pela Mestre Helena Sousa.

## Resumo

As constantes alterações das realidades sociais e epidemiológicas em associação ao envelhecimento populacional conduziram a insuficiências dos Sistemas Social e de Saúde que requerem uma reestruturação ao nível da adequação dos cuidados de saúde a prestar, pelo que, em resposta a esta necessidade foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

O presente estudo, de natureza qualitativa e carácter exploratório, tem como objectivo compreender a percepção dos Terapeutas Ocupacionais que trabalham em Unidades de Cuidados Continuados Integrados relativamente às categorias que considerem mais relevantes da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, tendo sido aplicada uma entrevista a 8 profissionais a exercer funções em Unidades da Zona Norte, resultante de um processo de amostragem não probabilística e de conveniência.

Como método de recolha de dados foi aplicada uma entrevista semi-estruturada, cujo guião foi construído após revisão bibliográfica, tendo por base as categorias definidas pelo modelo da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e, posteriormente, analisado por um painel de peritos, tendo-se procedido à realização de uma entrevista piloto a um elemento, sem que esta contasse para a análise. A partir da análise das entrevistas realizadas procedemos à identificação das unidades de significado, tendo os conceitos sido ligados às categorias da Classificação que o representam de uma forma mais adequada, de acordo com as *linking rules*, tendo sido identificadas as categorias mais relevantes para os Terapeutas Ocupacionais a exercer funções em Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Com a realização deste estudo, que pretende ser um primeiro passo para a criação de um futuro *Core Set* em Cuidados Continuados, foi-nos possível verificar que o maior número de categorias foram observadas no componente Actividades e Participação, tendo sido contabilizadas 70 (40,7%). Por outro lado, o componente Estruturas do corpo é o que integra menor número, contando com 19 categorias (11,05%).

Assim, pensamos que a criação de um *Core Set* em Cuidados Continuados poderá beneficiar e facilitar a comunicação entre os profissionais destas equipas. No entanto, é importante ressaltar que a terminologia desta Classificação deverá ser utilizada de uma forma concertada com a linguagem específica da Terapia Ocupacional.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, *Core Set*, Terapeutas Ocupacionais, Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

## **Abstract**

The constant changes in the epidemiological and social realities associated to the aging of population have led to shortages of Health and Social Systems. This demands a restructuring of adequacy of health care to be provided so that, in response to this need, it was established the National Network for Integrated Continuing Care Integrated.

This study of qualitative and exploratory design, aims to understand the perceptions of Occupational Therapists working at Integrated Continuing Care Units, regarding the most relevant categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Continuous Care. A semi-structured interview was applied to 8 professionals working in Units of the North Zone. A non-probability convenience sampling was used to select the professionals was made from.

A semi-structured interview, whose screenplay was constructed after a literature review, was used to collect data. The screenplay was based on the defined International Classification Functioning, Disability and Health categories and later reviewed by a panel of experts. A pilot interview was carried out, but it didn't count for analysis. From the analysis of the interviews, we identified units of meaning and the concepts were related to the International Classification Functioning, Disability and Health categories which represented them in a more proper form according to the *linking rules*. The most relevant categories to Occupational Therapists working in Continuous Care Units have been identified.

In this study, which aims to be a first step towards future establishment of a *Core Set* of Continuing Care, we were able find that the largest number of categories were observed in the component Activities and Participation, 70 (40.7%). On the other hand, the component Structures of the Body is the one integrating smaller number of categories, 19 (11.05%).

We therefore believe that the creation of a *Core Set* in Continuing Care can benefit and facilitate communication between these professional teams. However, it is important to note that the terminology of the Classification International Classification Functioning, Disability and Health shall be used associated with the specific language of Occupational Therapy.

**Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health, *Core Set*, Occupational Therapists, Units of Integrated Continuing Care.

## Résumé

Les constantes modifications des réalités sociales et épidémiologiques associées au vieillissement populationnel ont conduit à des insuffisances des systèmes de protection social et de Santé qui exigent une réorganisation au niveau de l'adéquation des soins de santé à prêter, ce pourquoi, en réponse à cette nécessité, a été créé le Réseau National de Soins Continus Intégrés.

Le présente étude, de nature qualitative et de caractère exploratoire, a pour objet comprendre la perception des Ergothérapeutes qui travaillent dans des Unités de Soins Continus Intégrés à l'égard des catégories qu'ils considèrent plus importantes de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé. 8 professionnels résultant d'un processus d'échantillonnage non probabiliste par grappillage, exerçant leurs fonctions dans des Unités de la Zone Nord, furent soumis à un entretien.

Comme méthode de recueil de données il fut appliqué un entretien semi directif, dont les questions ont été construites après révision bibliographique, ayant pour base les catégories définies par le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé et, ultérieurement, analysées par un panneau d'experts, en ayant procédé à la réalisation d'un entretien pilote à un élément, sans que celui-ci soit pris en compte. À partir de l'analyse des entretiens réalisés nous procédons à l'identification des unités de signification, en ayant les concepts été liés aux catégories de la Classification qui les représentent d'une forme plus ajustée, en norme avec les *linking rules*, ayant été identifiées les catégories les plus importantes pour les Ergothérapeutes exerçant dans des Unités de Soins Continus Intégrés.

Avec la réalisation de cette étude, qui prétend être un premier pas pour la création d'un futur *Core Set* en Soins Continués, il nous a été possible de vérifier que le plus grand nombre de catégories ont été observés dans la composante Activité et Participation, en ayant été comptabilisé 70 (40.7%). D'autre part, la composante Structures Corporelles est celle qui intègre le nombre inférieur, avec 19 catégories (11.05%).

Ainsi, nous pensons que la création d'un *Core Set* en Soins Continus pourra bénéficier et faciliter la communication entre les professionnels de ces équipes. Néanmoins, il importe de sauvegarder que la terminologie de cette Classification devra être utilisée d'une forme concertée avec le langage spécifique de la Ergothérapie.

**Mots Clé:** Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé, *Core Set*, Ergothérapeutes, Unités de Soins Continus Intégrés.

## **Agradecimentos**

Dado que a concretização deste trabalho de investigação foi possível, não apenas pelo grande empenho e dedicação de quem o realizou, mas também pela preciosa ajuda e apoio de outros intervenientes que, directa ou indirectamente, prestaram o seu contributo, exprimo, deste modo, o meu sincero agradecimento:

Aos orientadores Prof. Adjunto Joaquim Faias e Mestre Helena Sousa, pela dedicação, acompanhamento e interesse que votaram nesta investigação, sempre disponíveis para apoiar e corrigir o trabalho, pela disponibilização de material e auxílio em todos os momentos.

Aos Terapeutas Ocupacionais que participaram nesta investigação, pela grande disponibilidade prestada e sem os quais este trabalho não poderia ter sido efectuado.

À minha família, que sempre forneceu o apoio e estímulo necessário para ingressar e concluir este Mestrado. O meu obrigada sincero por tudo o que fizeram por mim e pela paciência e incentivo nos momentos de desânimo.

Aos meus amigos pelo carinho, disponibilidade, presença e ajuda neste caminho de formação.

## **Abreviaturas**

AVD – Actividades da Vida Diária

ARS Norte - Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CID-9 - Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde

CIDID - Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIF – CJ - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Versão para Crianças e Jovens

CC - Cuidados Continuados

DP – Desvio padrão

EGA - Equipas de Gestão de Altas

ECL - Equipas de Coordenação Local

ECR - Equipas de Coordenação Regional

INE - Instituto Nacional de Estatística

MOHO - Modelo de Ocupação Humana

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIC - Plano Individual de Cuidados

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

TO - Terapia Ocupacional

UC – Unidade de Convalescença

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UE - União Europeia

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

## Índice

Introdução	4
Capítulo I – Enquadramento teórico	9
1. Cuidados Continuados	10
1.1.Contextualização	10
1.2.Missão e Objectivos	12
1.3.Implementação da RNCCI e tipologias de resposta	12
1.4.Modelo de funcionamento e enquadramento geral da prestação de cuidados da RNCCI	14
1.5.Perfil dos utentes da RNCCI	16
2. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	18
2.1.Contextualização	18
2.2. <i>Core Sets</i>	27
Capítulo II – Estudo Qualitativo	32
1. Metodologia	33
1.1.Desenho do Estudo	33
1.2.Grupo Estudado	33
1.3.Método de Recolha de Dados	35
1.4.Procedimentos	37
1.5.Processo Analítico	39
1.6.Sistema Categorial	41
2. Análise de Conteúdo	43
Conclusões	64
Referências Bibliográficas	69
Anexos	

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1.</b> Caracterização do perfil dos utentes referenciados para a RNCCI	17
<b>Tabela 2.</b> Caracterização dos entrevistados	35
<b>Tabela 3.</b> Componentes da Funcionalidade Humana	41

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1:</b> Interação entre os componentes da CIF	20
--	----

## **Índice de Anexos**

**Anexo I.** Carta enviada aos elementos constituintes do Painel de Peritos

**Anexo II.** Carta enviada aos Terapeutas Ocupacionais para averiguar a possibilidade em participar no estudo

**Anexo III.** Termo de Consentimento Informado que os Terapeutas Ocupacionais participantes no estudo assinaram

**Anexo IV:** Guião de Entrevista

**Anexo V:** Exemplo da análise a uma das entrevistas realizadas

**Anexo VI:** Ligação dos resultados das entrevistas à CIF

**Anexo VII:** Categorias da CIF com prevalências iguais ou superiores a 37,5%

## **Introdução**

A mudança é uma das características da sociedade actual, nomeadamente através das alterações demográficas, com um peso cada vez maior da população idosa, incluindo as mudanças epidemiológicas consequentes das doenças crónicas, assim como a alteração do tecido social provocada pelo aumento das pessoas que vivem sozinhas, e da ausência no domicílio da mulher, cuidadora tradicional. Estas mudanças estão a provocar um aumento constante, por parte da sociedade, da procura de novas soluções aos problemas do envelhecimento e da dependência. Neste sentido surgiu a necessidade de encontrar respostas para apoio de pessoas em situação de dependência, impondo-se como prioridade o desenvolvimento de intervenções que possam dar resposta a necessidades mistas que combinam problemas ou circunstâncias de saúde e sociais (Carvalho & Mota, 1999; Constantino, Gaya & Marques, 1993; Nogueira, 2009; Paúl & Fonseca, 2006; Rede de Cuidados Continuados Integrados, 2008; Santos, 2000; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Como resposta a estas alterações foi estabelecida uma parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social com o objectivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal, tendo sido criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, constituindo-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada.

Este modelo de prestação de cuidados tende a situar-se a um nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, sendo importante destacar a evolução a partir do modelo clássico de cuidado dos doentes baseado no Modelo Biomédico Tradicional, com foco de atenção centrado exclusivamente na alteração biológica e na doença, para um modelo de avaliação e cuidado integral (Modelo Funcional) que incorpora, além dos cuidados médicos baseados nos diagnósticos das doenças dos utentes, o cuidado com as funções físicas, relativas à vida diária, o cuidado com as funções cognitivas e emocionais, e os cuidados sociais (preocupação com o contorno familiar) (Organização Mundial da Saúde, 2001; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados nova resposta no sistema de saúde, 2008; Stamm, 2005; Stucki, Ewert & Cieza, 2002; Stucki & Grimby, 2004; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

A prestação de cuidados pluridimensionais prevista na RNCCI pretende ser orientada para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação, promoção da autonomia e na participação em sociedade dos utentes e famílias. Neste sentido, segundo Nogueira (2009), o trabalho em equipa e a transdisciplinaridade foram identificados como valores chave da RNCCI, para poder assegurar a articulação e continuidade dos cuidados na RNCCI que se fundamenta no princípio dos 3 R's – Reabilitação, Readaptação, Reinserção (Unidade de Missão para Os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Nestas equipas está integrado o profissional de Terapia Ocupacional (TO) que, em articulação com os restantes membros, coloca em prática acções no sentido de se proceder ao reconhecimento das necessidades, expectativas e objectivos do indivíduo e da família/cuidadores informais, de forma a lhes proporcionar os melhores cuidados possíveis disponíveis num contexto específico (Unidade de Missão para Os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Com o intuito de proporcionar uma clara delimitação da perspectiva holística da saúde e funcionalidade dos utentes, torna-se importante o acesso a um quadro conceptual que clarifique a perspectiva e os objectivos dos vários elementos constituintes da equipa das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), no sentido de se promover a melhoria e a qualidade da prestação de cuidados, incluindo o retorno à vida activa em sociedade (Organização Mundial da Saúde, 2001; Stucki et al., 2002; Stucki, Ewert & Cieza, 2002; World Health Organization, 1947; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Neste sentido, o recurso à utilização da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que integra a “família” das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com aplicabilidade em diversos campos da saúde, possibilita um sistema para a codificação de uma variada gama de informações sobre a saúde tais como o diagnóstico, a funcionalidade e incapacidade dos indivíduos e os motivos da procura dos serviços de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2001).

O modelo da CIF representa uma mudança de paradigma ao nível da percepção do significado da deficiência e incapacidade, pretendendo substituir o enfoque negativo fornecido a estes conceitos, por uma perspectiva positiva da funcionalidade de cada indivíduo. Desta forma, constitui uma ferramenta importante para a análise das condições de vida, considerando as actividades que os indivíduos que apresentam alterações da função e/ou da

estrutura do corpo conseguem desempenhar, valorizando a sua participação social (Farias & Buchalla, 2005; Organização Mundial da Saúde, 2001).

Acresce o facto da funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos, na óptica desta classificação, serem determinadas, também, pelo contexto ambiental e social onde estão inseridos, assim como, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação á deficiência e pela disponibilidade de serviços e de legislação deste âmbito. Desta forma, a CIF não constitui apenas uma ferramenta para medir o estado funcional dos indivíduos, mas também permite avaliar as condições de vida e as políticas de inclusão social disponíveis (Farias & Buchalla, 2005; Organização Mundial da Saúde, 2001).

Esta classificação, que tem vindo a ser incorporada em diferentes sectores da sociedade, nomeadamente no da saúde, proporciona um sistema para codificação de informações sobre saúde utilizando uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação entre as várias disciplinas e ciências. Esta parece ser a resposta que possibilita uma classificação de funcionalidade e saúde na reabilitação, assim como, uma estrutura e linguagem comum para todas as áreas da saúde, acessível também aos utentes e prestadores de cuidados, facilitando o processo de comunicação entre os diferentes tipos de serviços envolvidos no processo (Organização Mundial da Saúde, 2001; Stamm, 2005; Stucki et al., 2002; Stucki, Ewert & Cieza, 2002; World Health Organization, 1947; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

No entanto, considerando que a CIF compreende mais de 1500 categorias, o maior desafio coloca-se na viabilidade da sua utilização, pelo que, no sentido de se responder à questão da exequibilidade iniciou-se, em 2001, o projecto dos *Core Sets* da CIF, tratando-se de um projecto conjunto entre várias instituições e organizações, que tem por objectivo seleccionar conjuntos de categorias da classificação global que servirão como standards mínimos para a avaliação, elaboração de relatórios de funcionalidade e de saúde para a utilização em estudos e encontros clínicos ou como modelos para a avaliação global interdisciplinar (Cieza, et al., 2002; Cieza & Stucki, 2009; Stucki & Grimby, 2004).

Assim, pensamos que no futuro, seja importante a utilização dos *Core Sets* da CIF ao nível da documentação clínica e na transmissão de informações entre os diferentes profissionais e prestadores de cuidados informais, bem como, ao próprio paciente, facilitando a comunicação entre todos os intervenientes, sendo que, aplicações específicas podem incluir a avaliação multi e interdisciplinar como a realizada nas equipas de reabilitação, tal como as que constituem as UCCI (Stucki & Grimby, 2004).

Ao nível da TO, há necessidade de salvaguardar que a linguagem uniformizadora da CIF deverá ser utilizada como adjuvante à sua terminologia específica, podendo ser uma oportunidade para os terapeutas ocupacionais utilizarem uma linguagem global que descreva a sua área de especialidade a uma comunidade profissional mais vasta, aumentando a sensibilização para a natureza holística da incapacidade em relação com condições de saúde específicas, assumindo os *Core Sets* uma aplicação prática com esse objectivo (Haglund & Henriksson, 2003; McLaughlin, 2001; Tempest & McIntyre, 2007).

O presente estudo tem por objectivo compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais, que trabalham em UCCI da Zona Norte, relativamente às categorias da CIF que consideram mais relevantes para a sua prática profissional neste contexto.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes: enquadramento teórico e estudo qualitativo. No enquadramento teórico são desenvolvidos dois temas principais, que dizem respeito aos Cuidados Continuados (CC) e à CIF. Numa fase inicial procede-se à contextualização da criação da RNCCI, justificando-se o motivo da sua criação apresentando-se a sua Missão e Objectivos. De seguida, descreve-se a implementação da RNCCI, quais as tipologias de resposta fornecidas, assim como o modelo de funcionamento da RNCCI, sendo enquadrada, a prestação de cuidados da RNCCI e apresentado o perfil dos utentes da RNCCI.

Relativamente ao tema da CIF efectua-se a contextualização desta classificação, apresentando-se os antecedentes, objectivos, os modelos que delimitam o seu âmbito de aplicação. Posteriormente, introduz-se a temática dos *Core Sets* da CIF, cujo principal objectivo passa por seleccionar conjuntos de categorias da classificação global que servirão como standards mínimos para a avaliação e comunicação da funcionalidade e saúde (Cieza & Stucki, 2009; Stucki & Grimby, 2004).

No decorrer do desenvolvimento destes temas, salientamos que foi efectuada a articulação da intervenção do terapeuta ocupacional, quer enquanto profissional integrante das equipas multidisciplinares das UCCI, quer enquanto potencial utilizador da CIF ao nível da sua prática profissional.

A segunda parte dedicada ao estudo qualitativo, clarifica a metodologia utilizada no presente trabalho, procedendo-se à descrição do grupo a estudar sendo determinados os critérios de inclusão e exclusão que estabelecem quais os elementos que reúnem as características necessárias para serem incluídos na investigação. Caracterizaremos, também o método de recolha de dados utilizado, entrevista semi-estruturada, estando também descritas e apresentadas as condições em que decorreu a aplicação das mesmas. Após a descrição do

método de recolha de dados descreveremos os procedimentos que foram utilizados para a concretização de todo este trabalho de investigação, apresentando-se, de seguida, o processo analítico ao qual se recorrerá para a análise dos dados qualitativos obtidos, bem como, à definição do sistema categorial utilizado.

Finalmente, apresenta-se a análise de conteúdo das entrevistas realizadas ao grupo de 8 terapeutas ocupacionais a exercer funções em UCCI da Zona Norte, procedendo-se, por fim, à exposição das principais conclusões que obtivemos.

**CAPÍTULO I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo abordaremos dois temas principais, CC e CIF. Assim, numa fase inicial iremos proceder à contextualização da criação, implementação e prestação de cuidados da RNCCI. De seguida, apresentaremos os antecedentes, objectivos e modelos que delimitam o âmbito de aplicação da CIF, sendo, por fim, introduzidos os *Core Sets* da classificação. No decorrer do desenvolvimento destes temas, há a salientar que foi efectuada a articulação da intervenção do terapeuta ocupacional, quer enquanto profissional integrante das equipas multidisciplinares das UCCI, quer enquanto utilizador da CIF ao nível da sua prática profissional.

## **1. Cuidados Continuados**

### ***1.1.Contextualização***

Na actualidade, em Portugal verifica-se, tal como em toda a Europa, alterações das realidades sociais e epidemiológicas resultantes das doenças crónicas, do aumento do número de indivíduos que vivem sozinhos, assim como a alteração do tecido social provocada pela ausência no domicílio da mulher, cuidadora tradicional, entre outros factores. Estes fenómenos, associados a um progressivo envelhecimento da população, consequência do aumento da esperança média de vida e da baixa natalidade fizeram emergir insuficiências dos Sistemas Social e de Saúde ao nível da adequação dos cuidados necessários nas situações de dependência numa sociedade em mudança (Rede de Cuidados Continuados Integrados, 2008).

Em termos de estrutura populacional, segundo os dados do Eurostat (2000), e do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2001), estima-se que Portugal será um dos Países da União Europeia (UE) com maior percentagem de idosos e que entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará (de 16,9% da população para 31,9%). Em 2050, Portugal será o 4º país, dos 25 da UE, com maior percentagem de idosos, só ultrapassado pela Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%). Assim sendo, verifica-se um conjunto de carências que requerem respostas novas e diversificadas, as quais conduzem simultaneamente à reorganização do sistema de saúde e a novas políticas sociais. Garantir a continuidade e a adequação das intervenções ao nível da saúde e do apoio social são algumas das questões prioritárias face aos novos desafios no actual contexto sócio-demográfico europeu e mais especificamente no português, tanto mais que Portugal será o quarto país da UE com mais idosos e o sexto da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos (OCDE) com maior índice de dependência de idosos (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados nova resposta no sistema de saúde, 2008).

Desta forma, recuperar, reabilitar e reinserir, quem está em situação de dependência, a par de políticas de envelhecimento activo, são os desafios no contexto actual, a nível global, sendo importante a definição de uma estratégia para o desenvolvimento progressivo de um conjunto de serviços adequados, nos âmbitos da Saúde e da Segurança Social, que respondam à crescente necessidade de cuidados destes grupos da população, articulando com os serviços de saúde e sociais já existentes (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados nova resposta no sistema de saúde, 2008).

Assim, no Programa do XVII Governo Constitucional foram definidos como objectivos a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: (i) desenvolver acções mais próximas dos indivíduos em situação de dependência; (ii) investir no desenvolvimento de cuidados de saúde e de longa duração que garantam a qualidade, a equidade e a sustentabilidade dos sistemas; e (iii) ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e às alterações de funcionalidade (Rede de Cuidados Continuados Integrados, 2008).

A parceria que se estabeleceu entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde possibilitou as dinâmicas de criação e fomento de respostas multisectoriais, com o objectivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Assim, foi criada a RNCCI pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, constituindo-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada. Representando um processo reformador desenvolvido por dois sectores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social.

O objectivo geral da RNCCI, enunciado no Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho “é a prestação de cuidados continuados integrados a indivíduos que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.” Neste sentido, a RNCCI vem facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados que contribua para dar uma resposta coerente e integrada aos indivíduos que se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada, adaptadas às necessidades do cidadão e centradas no utente, onde este possa aceder aos cuidados

necessários, no tempo e locais certos, pelo prestador mais adequado (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados nova resposta no sistema de saúde, 2008). Através do desenvolvimento dos seus paradigmas, a RNCCI estimula a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos cuidados primários de saúde do SNS, apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

### ***1.2.Missão e Objectivos***

Tomando por base a missão da RNCCI, descrita no Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, que fomenta a prestação dos cuidados adequados de saúde e apoio social a todos os indivíduos que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, destacam-se os seus objectivos específicos: (i) a melhoria das condições de vida e bem-estar dos indivíduos em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; (ii) a manutenção dos indivíduos com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; (iii) o apoio, acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação; (iv) a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; (v) o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; (vi) a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; e (vii) a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades dos indivíduos em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.

Com a formação da RNCCI pretende-se a diminuição da média de internamento em unidades hospitalares de agudos, bem como a taxa de ocupação de camas hospitalares e o número de internamentos e reinternamentos de indivíduos em situação de dependência, de forma a reduzir-se os custos das unidades hospitalares de agudos (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

### ***1.3.Implementação da RNCCI e tipologias de resposta***

A implementação e o planeamento estratégico da RNCCI tem por base um modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, constituído por três fases, estando planeadas, para cada

fase, metas baseadas em critérios de cobertura tendo por base as necessidades da população (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

A coordenação da RNCCI é exercida a nível nacional através da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) e é operacionalizada a nível regional e local pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL), respectivamente. Este modelo de gestão da RNCCI tem por base uma estrutura descentralizada que visa uma articulação efectiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

A prestação de cuidados de saúde é assegurada pela RNCCI por quatro tipologias de resposta: Unidades de Internamento (Convalescença; Média Duração e Reabilitação; Longa Duração e Manutenção; Cuidados Paliativos); Unidades de Ambulatório (Unidade de dia e promoção de 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) (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

No caso do presente trabalho, importa caracterizar as Unidades de Internamento, nas quais estão integrados terapeutas ocupacionais na Equipa Multidisciplinar.

Neste sentido, as Unidades de Convalescença (UC) têm por objectivo a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciados indivíduos que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

As Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a indivíduos com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

#### ***1.4. Modelo de Funcionamento e enquadramento geral da prestação de cuidados da RNCCI***

O processo de encaminhamento e referenciação de utentes para e na RNCCI obedece ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela carecem e assenta em níveis operacionais, correspondentes a Equipas de Gestão de Altas (EGA), ECL, ECR e a UMCCI com enfoque na monitorização e na regulação (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

O acesso à RNCCI é feito através de referenciação, com origem no Hospital do SNS ou no Centro de Saúde, e a responsabilidade pelo ingresso na RNCCI, independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário, é da competência da ECL, responsável pela avaliação da situação de saúde e social do doente e pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

É necessário que o doente (ou o seu representante) formalize sempre o seu consentimento informado e, no caso das UMDR e ULDM, aceite as respectivas condições de comparticipação (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

A prestação de cuidados pluridimensionais prevista na RNCCI, orientados para a promoção da qualidade de vida, com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e na participação dos utentes e famílias, pretende fornecer os melhores cuidados possíveis disponíveis a um indivíduo e ou família/cuidador com uma necessidade, num contexto específico, habilitando os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os utentes (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados nova resposta no sistema de saúde, 2008; Unidade de Missão para Os Cuidados Continuados Integrados, 2007)

Para a prossecução de tal desiderato, serão necessárias alocações de novos recursos para a sua estruturação como a introdução de novas formas de trabalho e organização dos

serviços e dos profissionais que permitam um funcionamento coordenado e de acordo com as expectativas definidas. Neste ponto reside a relevância do papel dos profissionais e das entidades prestadoras que, através do trabalho integrado e pró-activo das equipas de saúde e de apoio social, envolvem e identificam as expectativas e objectivos do indivíduo e da família/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências, identificando os problemas mais complexos dos utentes com o objectivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados nova resposta no sistema de saúde, 2008; Unidade de Missão para Os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Assim, a saúde e o bem-estar, são influenciados pelas oportunidades do indivíduo se envolver satisfatoriamente em actividades e participar em situações de vida, no dia-a-dia, pelo que, a perda ou limitação na capacidade de se envolver em actividades resultam numa restrição na participação e promovem maior dependência e diminuição da percepção de qualidade de vida (Unidade de Missão para Os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Desta forma, a actuação em equipa multidisciplinar é indispensável, devendo ser implementados procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais e/ou cognitivas, no sentido de se proporcionar oportunidades para o envolvimento do indivíduo em situações de vida diária e facilitando o desempenho, de forma a conduzir a uma maior autonomia nas actividades significativas (Unidade de Missão para Os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

O modelo de intervenção na RNCCI fundamenta-se no princípio dos 3 R's – Reabilitação, Readaptação, Reinserção. Para que tal se verifique, é necessária uma nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social, baseada numa planificação de objectivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazos), constantes de Plano Individual de Cuidados (PIC). Assim, deve proceder-se à avaliação multidisciplinar do utente (inicial, contínua e final, com a revisão do plano de cuidados), de forma a serem delineados os objectivos que promovam autonomia através da elaboração do PIC e da capacitação do cuidador informal (Unidade de Missão para Os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

A prestação de cuidados pluridimensionais prevista na RNCCI pretende ser orientada para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e na participação dos utentes e famílias. O trabalho em equipa e a transdisciplinaridade foram identificados como valores chave da RNCCI, para poder assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados (Nogueira, 2009)

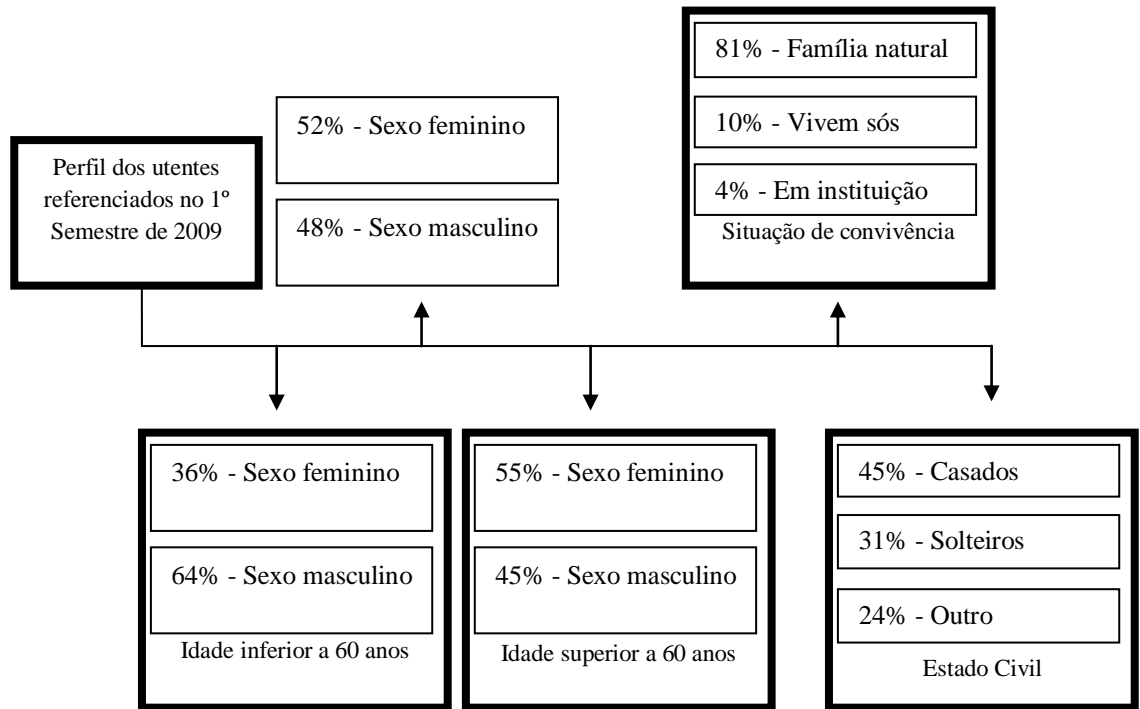
Na equipa actuante na RNCCI está integrado o profissional de TO que, em articulação com os restantes membros, coloca em prática acções que pretendem fornecer os melhores cuidados possíveis disponíveis a um indivíduo e ou família/cuidador com uma necessidade, num contexto específico, sendo que, a identificação das expectativas e objectivos do indivíduo e da família/cuidadores informais são partes importantes na qualidade dos cuidados prestados (Unidade de Missão para Os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Dado que, a saúde e o bem-estar são, em grande medida, influenciados pelas oportunidades do indivíduo se envolver satisfatoriamente em actividades e participar em situações de vida, a perda ou limitação na capacidade de se envolver em actividades resulta numa restrição na participação e promovem maior dependência e diminuição da percepção de qualidade de vida. Assim, devem ser dadas oportunidades para o envolvimento do indivíduo em situações de vida diária e facilitado o desempenho nas actividades que são, para si, importantes, através da implementação de procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais que conduzam a maior autonomia possível (Unidade de Missão para Os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Desta feita, o âmbito da intervenção da TO, tal como é descrito no Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, tem como principal objectivo o “suporte da saúde e da participação nas situações de vida, através do envolvimento em ocupações”. Isto vai de encontro ao definido nas Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados, que se fundamenta no princípio dos 3 R’s, devendo ser implementados procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais que conduzam à maior autonomia possível, sendo proporcionadas oportunidades que promovam um melhor desempenho do indivíduo em Actividades Significativas (AOTA, 2002; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007)

### ***1.5. Perfil dos utentes da RNCCI***

O perfil dos utentes referenciados para a RNCCI tem por base o Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no 1º Semestre de 2009. Consideramos importante referir estes dados, relativamente às variáveis sexo, idade, estado civil, situação de convivência, proveniência e tipo de apoio recebido, diagnóstico principal (segundo a Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão (CID-9), na medida em que estas são as características dos utentes que são acompanhados pelos terapeutas ocupacionais nas unidades em que exercem funções.



**Tabela 1.** Caracterização do perfil dos utentes referenciados para a RNCCI, relativamente às variáveis sexo, à idade, estado civil e situação de convivência, no período entre 01.01.09 e 30.06.09 (Adaptada da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2009).

No período a que se refere a Tabela 1, verificou-se que a patologia cárdio-vascular, em particular a doença vascular cerebral aguda entre as quais o Acidente Vascular Encefálico (AVE), constituiu o diagnóstico presente no maior número de utentes referenciados, com um total de 41%, seguindo-se fractura do colo do fémur (16%), começando também a Diabetes Mellitus a ocupar um número significativo (8%) (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2009).

## **2. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

### **2.1. Contextualização**

Desde o início, a OMS, reconhece que dados verdadeiros e fiáveis sobre a saúde das populações são uma informação importante para o desenvolvimento e a implementação de políticas de saúde. A Constituição da OMS de 1947 solicita que todos os seus membros devem fornecer relatórios com dados estatísticos e epidemiológicos para a Assembleia de Saúde, relativos ao seu país (World Health Organization Constitution, 1947).

Os dados relativos a causas de morte e estatísticas da mortalidade dos vários países são baseados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID-10), no entanto, apesar de relevante para o cálculo da esperança média de vida dos diferentes países, estes dados não possibilitam a recolha do estado de saúde das populações, sendo perdida informação importante relativa a resultados de saúde não mortais, tal como a funcionalidade e a incapacidade nas várias áreas de vida (World Health Organization, 1992; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003)

No sentido de responder a esta necessidade, a OMS publicou em 1980 uma classificação de consequências da doença, denominada Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID). Contudo, à medida que o modelo social e o movimento pelos direitos humanos se iam estabelecendo e influenciando o entendimento da incapacidade, esta classificação começou a ser alvo de acesas críticas, sobretudo por omitir a componente ambiental na produção de experiências de incapacidade. Respondendo ao apelo internacional de uma versão revista e melhorada, o processo de revisão iniciou-se em 1993 para responder à necessidade urgente de uma ferramenta de medição da saúde tanto de âmbito individual, como populacional (World Health Organization, 1992).

Nos dez anos seguintes, centros colaboradores da OMS, organizações governamentais e não-governamentais, incluindo grupos de representantes de indivíduos com deficiência, desenvolveram um trabalho conjunto para rever a versão inicial do CIDID, sendo efectuados todos os esforços para assegurar que o CIDID-2 seria adequado para um variado espectro de domínios de funcionalidade associados a condições de saúde física e mental (Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Os estudos realizados com a participação conjunta dos estados membros da OMS, englobando diferentes disciplinas, estando incluídos sectores como seguros de saúde, segurança social, trabalho, educação e outros grupos envolvidos na classificação das

condições da saúde, tinham por objectivo chegar a um consenso, através da clarificação e operacionalização das definições. O desenvolvimento destes estudos centrou-se em questões transculturais e multisectoriais, num processo contínuo de desenvolvimento, consulta, feedback e actualização (Organização Mundial da Saúde, 2001; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Com base nos vários estudos realizados e com a colaboração dos centros colaboradores e do Comité de Peritos em Medição e Classificação da OMS, foi elaborada a versão pré-final da CIDID-2, em 2000, que após submetida á apreciação do Comité Executivo da OMS, foi apresentada, na Quinquagésima Quarta Assembleia Mundial de Saúde em Maio de 2001, a versão final intitulada CIF (Organização Mundial da Saúde, 2001; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

A aprovação da nova CIF, em substituição da versão de 1980, considerada como classificação de “consequência da doença”, tornou-se um marco de referência para a medicina e sociedade, tendo sido solicitado a todos os países membros da OMS que iniciassem a sua aplicação (Stamm, 2005; Stucki et al., 2002; Stucki, Ewert & Cieza, 2002; World Health Organization, 1947).

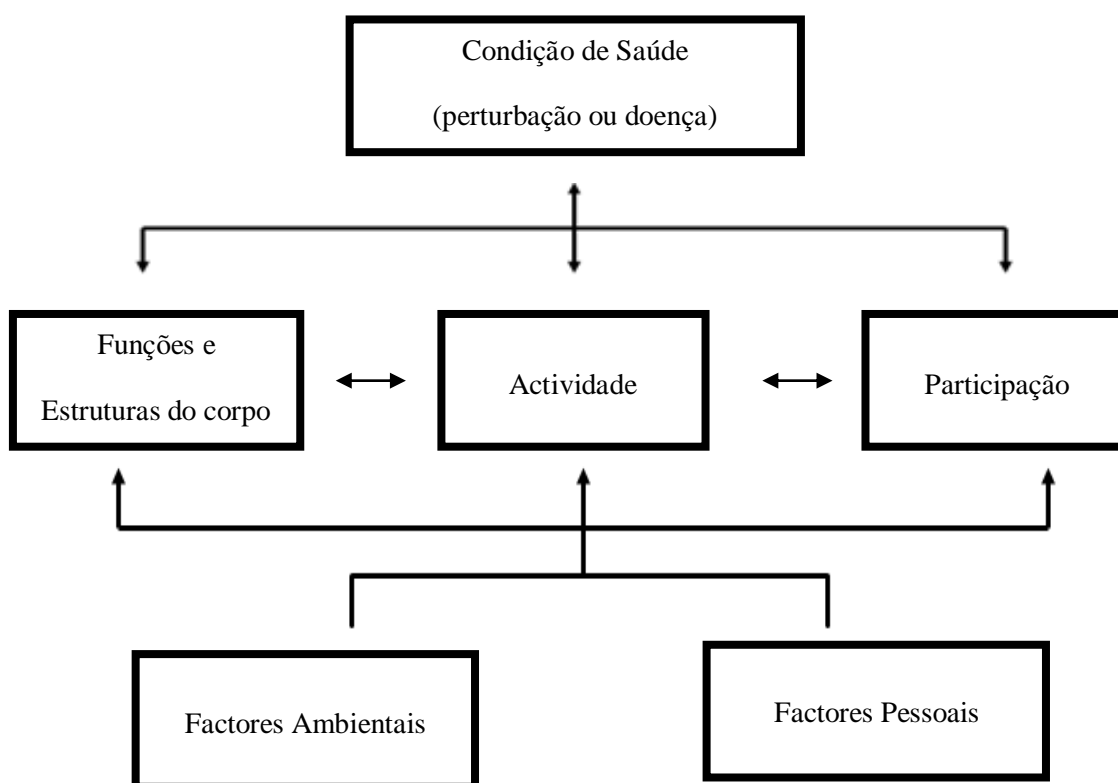
A CIF faz parte do grupo das classificações internacionais desenvolvidas pela OMS com aplicabilidade em vários aspectos da saúde, proporcionando um sistema para codificação de informações sobre saúde utilizando uma linguagem comum padronizada que possibilita a comunicação entre as várias disciplinas e ciências (Organização Mundial da Saúde, 2001; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Esta classificação possibilita descrever os aspectos da funcionalidade do ser humano, bem como, as suas restrições, servindo de enquadramento para organizar esta informação. Está organizada em duas partes: (1) Funcionalidade e Incapacidade; (2) Factores Contextuais. Cada parte contém dois componentes, estando na primeira parte incluídos os componentes Funções do Corpo; Estruturas do Corpo e Actividades e Participação. A segunda parte inclui os componentes Factores Ambientais e Factores Pessoais (que não estão classificados na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos) (Organização Mundial da Saúde, 2001; Stamm, 2005).

A CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos com uma determinada condição de saúde, tendo por referência a função dos órgãos e estruturas do corpo, assim como, levando em consideração as limitações de actividades e da participação social no contexto onde se integra, identificando o que um indivíduo pode ou não fazer no seu dia-a-dia (Battistella & Brito, 2002; Halbertsma, 1995).

Segundo a OMS, a CID-10 e a CIF são complementares, uma vez que, a informação fornecida pelo diagnóstico acrescida do diagnóstico funcional proporciona um quadro mais abrangente sobre a saúde de um indivíduo e/ou população. Assim, duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não têm de ter, necessariamente, a mesma condição de saúde (WHO, 2001)

O diagrama a seguir apresentado poderá ajudar a sistematizar a compreensão actual da interacção dos vários componentes que interagem para caracterizar o estado de saúde dos indivíduos (Organização Mundial da Saúde, 2001).



**Figura1:** Interação entre os componentes da CIF (Adaptado de OMS, 2001)

Este diagrama pretende representar a complexidade das interacções subjacentes à funcionalidade dos indivíduos e a constante dinâmica entre a condição de saúde e os factores contextuais (ambientais e pessoais), uma vez que uma intervenção num dos elementos pode modificar um ou vários dos elementos restantes. Esta interacção funciona nos dois sentidos, ou seja, a presença da deficiência pode modificar até a própria condição de saúde, ou vice-versa (Organização Mundial da Saúde, 2001).

Os componentes da funcionalidade e da incapacidade podem ser expressos de duas formas, podendo ser utilizados para indicar problemas, designadas pelo termo genérico de

deficiência, ou relatar aspectos não problemáticos da saúde e estados relacionados com a saúde, sob o termo funcionalidade (Organização Mundial da Saúde, 2001; Stamm, 2005).

Segundo este modelo, a incapacidade é resultante da interacção entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja fisiológica e/ou da estrutura do corpo), da limitação das suas actividades, da restrição na participação social e dos factores ambientais que podem actuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho das actividades e a participação (Battistella & Brito, 2002; Halbertsma, 1995).

Os componentes da funcionalidade e incapacidade são interpretados sob a forma de constructos, operacionalizados com a utilização de qualificadores. No caso do componente Actividades e Participação estão disponíveis dois constructos: capacidade e desempenho (Organização Mundial da Saúde, 2001; Stamm, 2005).

A funcionalidade e incapacidade de um indivíduo são concebidas como se tratando de uma interacção dinâmica entre os estados de saúde e os factores contextuais (pessoais e ambientais), sendo o seu constructo o impacto “facilitador” ou “barreira” à funcionalidade do indivíduo (Organização Mundial da Saúde, 2001; Stamm, 2005). O seguinte exemplo pretende ilustrar o descrito acima:

*“ Uma deficiência mental é uma variação importante no desenvolvimento intelectual. Ela pode originar certas limitações em diversas capacidades da pessoa. Os factores ambientais, no entanto, podem afectar o grau do desempenho individual em diferentes domínios da vida. Por exemplo, uma criança com esta deficiência mental pode enfrentar poucas desvantagens num ambiente em que as expectativas não sejam altas para a população em geral e onde ela poderá realizar um conjunto de tarefas simples e repetitivas, porém necessárias. Nesse ambiente, a criança teria um bom desempenho em diferentes situações de vida.*

*Uma criança semelhante que cresce num ambiente competitivo e com expectativas escolares elevadas, pode enfrentar mais problemas de desempenho em várias situações da vida se comparada com a primeira criança.”* (Organização Mundial da Saúde, 2001, p. 190 - 191)

A unidade de classificação da CIF diz respeito a categorias dentro dos domínios da saúde e dos relacionados com a saúde, descrevendo a situação de cada indivíduo dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados com a saúde, sendo a descrição sempre feita dentro do contexto dos factores ambientais e individuais (Organização Mundial da Saúde, 2001; Stamm, 2005).

Todas as características da CIF estão subjacentes ao modelo de funcionalidade e incapacidade, que representa a resolução de um longo debate entre dois modelos concorrentes. O tradicional modelo médico possui um ponto de vista mecanicista e reducionista, que define o indivíduo como um receptor passivo de cuidados médicos sem responsabilidade e focado na doença, entendendo que a incapacidade é um problema exclusivo do mesmo, directamente causado pela doença, trauma ou outra condição, que requer cuidados médicos sob a forma de tratamento individual pelos profissionais (Stamm, 2005; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Por contraste, o modelo social conceptualiza a incapacidade apenas como resultado de problemas socialmente criados e não como atributo de um indivíduo, independentemente das suas características pessoais. Neste modelo, a incapacidade exige acção social, uma vez que é criada por um ambiente inflexível (Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

O modelo de incapacidade que dá uma melhor resposta é o que sintetiza o que ambos os modelos anteriores defendem, sem cair no erro de reduzir a complexa definição de incapacidade a um dos seus aspectos. Este é o designado modelo biopsicossocial que tem por objectivo o entendimento da saúde e estados relacionados com a saúde, segundo uma perspectiva holística, multidimensional e multidisciplinar, que tem vindo a ser amplamente aplicado nos sistemas de saúde em todo o mundo, especialmente na medicina de reabilitação. No modelo biopsicossocial, a capacidade do individuo se envolver em actividades e participar na sociedade determina a funcionalidade, assim como, o grau de incapacidade. A CIF está construída segundo este modelo, cobrindo domínios da saúde e outros que podem interferir ou relacionar-se com a saúde, tais como a educação, emprego, vida em comunidade, entre outros aspectos (Stamm, 2005; Stucki, Ewert & Cieza, 2002; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Com a CIF, a funcionalidade dos indivíduos, incluindo as suas componentes, funções e estruturas do corpo, actividades e participação, tornam-se centrais ao nível da perspectiva médica, pelo que, a funcionalidade é vista em associação e não apenas como consequência da condição de saúde e está associada com os factores pessoais e ambientais. Assim, todos os aspectos do indivíduo, incluindo as funções e estruturas do corpo, factores pessoais e ambientais, são levados em consideração (Stucki & Grimby, 2004).

Neste sentido, na avaliação de um indivíduo com deficiência, este modelo destaca-se do modelo médico, que se baseia apenas no diagnóstico etiológico da incapacidade, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: biomédica, psicológica (dimensão

individual) e a social. No futuro, é pretensão da OMS incorporar também os factores pessoais, importantes na forma de lidar com as condições limitativas (Farias & Buchalla, 2005).

Esta visão biopsicossocial não é nova para alguns campos médicos, tal como a reabilitação, a novidade é a utilização global de uma classificação neutra em relação à etiologia da condição de saúde, que qualifica tanto o nível individual como o populacional (Stucki & Grimby, 2004).

O objectivo da CIF é proporcionar uma classificação de funcionalidade e saúde na reabilitação, assim como uma estrutura e linguagem comum para todas as áreas da saúde, sendo que, a linguagem da CIF não é apenas para ser utilizada e compreendida pelos profissionais de saúde, mas deve ser compreendida e acessível aos utentes e prestadores de cuidados (Stucki & Grimby, 2004).

No que diz respeito aos estados membros da OMS, todas as profissões da área da reabilitação são solicitados a utilizar a CIF, como estrutura comum de classificação de funcionalidade, incapacidade e condições relacionadas com a saúde para implementar na prática clínica e no sentido de aumentar melhorar a comunicação entre os diferentes profissionais (Stamm, 2005).

O recurso à CIF poderá aumentar a comunicação e entendimento entre os diferentes profissionais de saúde, bem como, poderá ser utilizada como um modelo unificado e como uma linguagem comum nestas áreas. Esta uniformização pretende clarificar o foco e a perspectiva dos diferentes profissionais que compõem as equipas multidisciplinares, uma vez que é importante que estes estejam familiarizados com a perspectiva e objectivos dos restantes elementos da equipa. Desta forma, promove-se a melhoria e a qualidade da prestação de cuidados nas equipas multidisciplinares, como as que formam as UCCI (Stamm, 2005). Por outro lado, uma uniformização da linguagem, baseada na CIF, poderá ser útil para o processo de reencaminhamento do indivíduo para as estruturas locais, na sua comunidade, como por exemplo Lares, Centros de Dia, serviços de ambulatório, entre outras respostas existentes.

As equipas multidisciplinares de reabilitação, nomeadamente as que formam as UCCI, são constituídas por diferentes profissionais, entre os quais, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, assistentes sociais, entre outros, que, conjuntamente, fornecem uma perspectiva holística da saúde e funcionalidade dos utentes. Assim, caso recorram à utilização da CIF, como quadro comum, não deixarão os seus modelos de prática de lado, no entanto, a comunicação entre os mesmos será promovida e facilitada. Por outro lado, se a CIF for utilizada como um quadro de referência comum e sistema de classificação na reabilitação, a equipa poderá utilizar as categorias da CIF

avaliadas no indivíduo, como forma de identificação dos objectivos de intervenção (Stamm, 2005).

A CIF pode ser utilizada na prática, separadamente ou em conjunto com outros instrumentos de avaliação específicos para determinadas condições patológicas. Na literatura relativa à área da reabilitação, têm surgido dados relativos á aplicação da CIF na avaliação funcional para o planeamento da intervenção, avaliação de tecnologias de apoio, avaliação dos resultados e dos programas de intervenção, nomeadamente da TO. No caso desta área de intervenção, a CIF permite uma estrutura global tanto para a prática, como para a investigação (Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Segundo Reed & Sanderson (1999), não existe um modelo perfeito ou ideal de saúde, funcionalidade ou incapacidade para os terapeutas ocupacionais, sugerindo que devem ser seleccionados os aspectos dos modelos de saúde existentes que mais se aproximam das crenças e valores da profissão. No entanto, em vez de seleccionar esses aspectos mais relevantes, pode ser útil que os terapeutas ocupacionais explorem de que forma os seus modelos conceptuais possam ser relacionados aos modelos existentes, tal como o modelo de funcionalidade e incapacidade da CIF (Reed & Sanderson, 1999; Stamm, 2005).

A natureza dinâmica e interactiva da CIF, que considera a inter-relação entre o sujeito, o seu ambiente e a sua ocupação, além de possibilitar comunicar esta relação através da profissão, permite, também, transmitir a complexidade e as dinâmicas das oportunidades e restrições ao nível da participação dos indivíduos (McLaughlan, 2001).

Esta ideia vai de encontro ao que é defendido pelo Modelo de Ocupação Humana (MOHO)<sup>1</sup>, que se baseia na premissa de que a ocupação é um aspecto central da experiência humana, sendo a interacção do indivíduo com o contexto entendida como conduta ocupacional, nunca esquecendo a visão holística que este modelo tem do indivíduo, considerando os acontecimentos físicos, emocionais, sociais e ambientais que o rodeiam (Kielhofner, 2002).

É importante referir que a CIF é um quadro conceptual construído para ser utilizado e facilitar a comunicação entre diferentes profissões, pelo que, os terapeutas ocupacionais devem recorrer e usar a terminologia da classificação sempre que a mesma seja adequada para a sua avaliação e intervenção, nunca descurando a terminologia própria incluída no

---

<sup>1</sup> Segundo o Modelo de Ocupação Humana (Kielhofner, 2002) o Homem é conceptualizado como sendo constituído por três subsistemas que se inter-relacionam: a volição (factores motivadores), a habituação (organização do comportamento) e o desempenho (componentes biopsicossociais do comportamento). Os três subsistemas estão organizados de uma forma hierárquica e influenciam-se entre si, de uma maneira que as funções de ordem superior actuam sobre as inferiores, enquanto que as inferiores influem sobre as primeiras.

Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, que pode apoiá-los na transmissão do *focus* da TO na ocupação e nos factores que influenciam o desempenho, desta forma, os terapeutas ocupacionais devem familiarizar-se com as categorias que mais se relacionam com a sua área de intervenção (AOTA, 2002; Haglund & Henriksson, 2003).

Caso os terapeutas ocupacionais não levem em consideração a CIF e as suas categorias, e utilizem apenas a sua terminologia específica, poderão ficar isolados na sua profissão, em vez de “construírem pontes” e enriquecerem a linguagem comum dos cuidados de saúde. Por outro lado, os avanços ao nível da TO, nas últimas décadas, foram determinantes na compreensão da natureza funcional e ocupacional do indivíduo. Assim, não deixando de utilizar a linguagem da CIF, torna-se importante manter a especificidade da profissão, procurando encontrar as pontes e clarificar a terminologia (Haglund & Henriksson, 2003).

Os terapeutas ocupacionais, aquando da avaliação de categorias específicas da CIF, necessitam de saber quais os conceitos dos modelos conceptuais que nela estão representados. Esta classificação contempla a maioria dos conceitos dos modelos teóricos da TO, tal como acontece no caso do já referido MOHO, pelo que, poderá ser um possível quadro de referência para a comparação do conteúdo destes modelos conceptuais (Kielhofner, 2002; Stamm, 2005).

Torna-se, assim, importante que seja estudada a relação entre as categorias da CIF e a terminologia da TO, procedendo-se à clarificação do significado dos conceitos da profissão e da sua aplicação à luz da CIF, que comporta numerosas categorias, muitas das quais cobrem funções e actividades que os terapeutas ocupacionais utilizam para descrever e caracterizar os indivíduos com os quais intervêm (AOTA, 2002; Haglund & Henriksson, 2003).

À luz do que vem descrito no Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, o envolvimento na ocupação para suporte à participação no contexto é o *focus* da intervenção da TO, e os terapeutas ocupacionais reconhecem que a saúde é apoiada e mantida quando os indivíduos são capazes de se envolverem em actividades e ocupações que permitam uma participação desejada nos vários contextos e situações em que estejam integrados. Esta perspectiva vai de encontro ao que é defendido pela OMS, que com o intuito de alargar a compreensão dos efeitos das doenças e das incapacidades na saúde, reconheceu que a saúde pode ser afectada pela incapacidade de levar a cabo actividades e participar em situações de vida, assim como pelos problemas que possam existir nas estruturas e funções corporais (AOTA, 2002; WHO, 2001).

Na CIF, actividade é definida como a execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo, enquanto participação diz respeito ao envolvimento de um indivíduo num contexto real, sendo estes dois termos, aspectos centrais no âmbito da TO, neste sentido, de acordo com Townsend (1999), citado por Stamm (2005), o desempenho ocupacional pode ser definido como o resultado da relação dinâmica entre o indivíduo, o ambiente e a ocupação, referindo-se à competência para escolher e desempenhar satisfatoriamente ocupações culturalmente definidas e apropriadas (AOTA, 2002; Nelson, 1996; Organização Mundial da Saúde, 2001; Stamm, 2005).

Esta consideração acerca da “experiência de vida” do indivíduo no seu contexto é compatível com a filosofia da TO, complementando o conceito de terapia centrada no cliente incorporado no MOHO, que define a intervenção como sendo um processo que respeita, informa e habilita o indivíduo a tornar-se activo no estabelecimento de objectivos, bem como na escolha de estratégias terapêuticas. Desta forma, o indivíduo é visto como único, cujas características vão influenciar os objectivos e as estratégias a implementar. Assim sendo, o indivíduo deve ser entendido em termos dos seus valores, interesses, sentido de capacidade e eficácia, papéis, hábitos e o desempenho de tarefas no contexto ambiental em que se insere (AOTA, 2002; Kielhofner, 2002).

No entanto, em algumas circunstâncias, decorrente da natureza dos seus problemas ou limitações, os indivíduos podem não ter a capacidade para referenciar as ocupações cujo envolvimento para eles é significativo, sendo, nestes casos, importante procurar informações junto da família ou outras pessoas significativas, nomeadamente, prestadores de cuidados formais, informais e outros técnicos envolvidos no processo, para possuir uma perspectiva mais alargada da história dos indivíduos. A inclusão de outros elementos, nestas circunstâncias, possibilita que o indivíduo seja representado no planeamento e implementação da intervenção (AOTA, 2002; Kielhofner, 2002).

No quotidiano da sua intervenção, nomeadamente ao nível das UCCI, os terapeutas ocupacionais estão integrados em equipas multidisciplinares, nas quais diferentes modelos de prática são utilizados, tornando-se importante que expliquem e fundamentem os conceitos teóricos que sustentam a sua prática, tornando-os acessíveis quer aos profissionais com quem trabalham, quer aos indivíduos e familiares (AOTA, 2002; Kielhofner, 2002; McIntyre & Tempest, 2007; Reed & Sanderson, 1999; Stamm, 2005;).

A natureza específica e sistémica da CIF torna-a possível observar, documentar e entender a graduação actividades e participação de uma forma mais específica, tornando possível a sua utilização ao nível da identificação e monitorização da eficácia e eficiência das

estratégias de intervenção utilizadas, podendo ser efectuadas a comparação dos níveis de funcionalidade antes e após a operacionalização da intervenção (Haglund & Henriksson, 2003; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Tendo por base o que vem descrito na UMCCI (2007), um dos objectivos primordiais das UCCI, passa pela prestação de cuidados continuados integrados a indivíduos que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, melhorando os seus níveis de funcionalidade e autonomia, pelo que é particularmente relevante que sejam recolhidos dados e efectuadas avaliações relativas à funcionalidade dos utentes nelas integrados. Torna-se, então, importante a existência de uma ferramenta que identifique, avalie e descreva a funcionalidade neste contexto, podendo a CIF ser a resposta a este desiderato (Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

## **2.2. Core Sets**

Considerando que a CIF compreende mais de 1500 categorias, o maior desafio coloca-se na viabilidade da sua utilização. Outros desafios têm sido destacados na literatura e convergem para a operacionalização e a quantificação das categorias da CIF e a ligação aos conteúdos das medidas existentes, incluindo os testes e as medidas de estados de saúde existentes, às categorias da CIF (Cieza et al., 2002).

Para responder à questão da viabilidade, tendo em conta o número de categorias a ser avaliadas, iniciou-se, em 2001, o projecto dos *Core Sets* da CIF, tratando-se de um projecto conjunto entre o International Classification of Functioning, Disability and Health Research Branch of the World Health Organization Collaboration Center of the Family of International Classifications at the Ludwig-Maximilians University in Munich, Germany, com a equipa da Classification, Assessment and Surveys da OMS, assim como, um número crescente de organizações (Stucki & Grimby, 2004).

O objectivo do projecto dos *Core Sets* da CIF é seleccionar conjuntos de categorias da classificação global que servirão como standards mínimos para a avaliação, elaboração de relatórios de funcionalidade e de saúde para a utilização em estudos e encontros clínicos (*Brief Core Sets*), ou como modelos para a avaliação global interdisciplinar (*Comprehensive Core Sets*) (Cieza & Stucki, 2009; Stucki & Grimby, 2004).

Assim, no caso dos *Brief Core Sets*, estão incluídas apenas as categorias mais importantes para descrever o espectro típico de problemas de funcionalidade dos utentes com uma condição específica, tornando o modelo da CIF mais operacional em função da situação,

contexto, cultura ou país. Uma vez que se pretende que as categorias do *Brief Core Set* para uma condição específica sirvam como um conjunto de dados mínimo que seja utilizado para descrever uma patologia e comparar os seus indicadores de funcionalidade entre ensaios clínicos, a lista necessita de ser o mais curta possível, mas ainda assim, deve representar a funcionalidade de um dado grupo (Cieza et al., 2004; Cieza & Stucki, 2009; Stucki & Grimby, 2004).

Por outro lado, os *Comprehensive Core Sets* para uma condição específica, compreendem uma lista de categorias da CIF necessárias para servirem de referencial a avaliações levadas a cabo por equipas multidisciplinares, do espectro típico de problemas de funcionalidade de um paciente com uma condição específica. Obviamente, esta será uma lista mais longa, comparativamente à do *Brief Core Set* (Cieza et al., 2004; Cieza & Stucki, 2009; Stucki & Grimby, 2004).

No seu primeiro projecto, foram criados 12 *Core Sets* para algumas condições crónicas de saúde, estando também a decorrer projectos para o desenvolvimento de *Brief Core Sets* para utentes com condições neurológicas, músculo-esqueléticas, cárdio-pulmonares e geriátricas em unidades de agudos, assim como, de *Comprehensive Core Sets* para condições neurológicas, músculo-esqueléticas, cárdio-pulmonares e geriátricas em unidades subagudas com equipas multiprofissionais de reabilitação (Stucki & Grimby, 2004).

Na óptica de Stucki & Grimby (2004), futuramente, os *Brief Core Sets* serão utilizados para descrever a funcionalidade em qualquer estudo populacional. Mais especificamente, prevêem que as categorias dos *Core Sets* da CIF sejam referenciadas em qualquer publicação. Diferentemente das medidas genéricas e das condições específicas de saúde, os *Core Sets* da CIF incluem, não apenas aspectos relacionados com o paciente, mas também as funções e estruturas do corpo e factores contextuais importantes, o que fornece uma classificação e descrição mais completa da funcionalidade do paciente. Segundo os mesmos autores, os investigadores irão identificar e comunicar as suas intervenções, resultados e conclusões de estudos através das categorias das CIF que melhor os representem, pelo que, o uso consistente dos *Core Sets* da CIF para descrever a funcionalidade e a apresentação de relatórios padronizados das suas intervenções, associando-os às categorias da CIF que melhor os explicitam, será um avanço no sentido de melhorar a interpretação e a comparação entre estudos, nomeadamente em equipas multidisciplinares.

Assim, no futuro, será importante que os *Core Sets* da CIF sejam utilizados ao nível da documentação clínica e na transmissão de informações entre os diferentes profissionais e prestadores de cuidados informais, assim como, ao próprio paciente, promovendo a

comunicação entre todos os intervenientes. Aplicações específicas incluem a avaliação multi e interdisciplinar como a realizada nas equipas de reabilitação, tal como as que constituem as UCCI (Stucki & Grimby, 2004).

O uso da CIF como quadro de referência para os resultados de pesquisa requer a sistematização e uniformização de procedimentos, no sentido de relacionar os instrumentos de avaliação utilizados, bem como as intervenções realizadas, de forma a comparar o conteúdo dos mesmos e examinar as diferenças, sendo cada item ligado á categoria apropriada da CIF. Assim, Cieza et al. (2002) propuseram um conjunto de regras (*linking rules*) para efectuar a ligação entre as medidas de estados de saúde e a CIF. Estas regras têm vindo a ser aplicadas e, decorrente da sua utilização, têm sido redefinidas e simplificadas, assim como os contextos onde podem ser aplicadas têm aumentado.

A mais recente actualização das *linking rules* para a ligação de medidas de estados de saúde, instrumentos técnicos e clínicos e intervenções, possibilita aos investigadores efectuar a ligação e comparação entre os conceitos significativos contidos nos mesmos. Este aspecto pode ser extremamente útil na selecção do instrumento de medição mais adequado, dentre os vários disponíveis, para uma determinada condição (Cieza et al., 2002).

Assim, na base da aplicação das *linking rules*, cada item deve ser ligado à categoria mais específica da CIF que com ele se relaciona. No caso do conteúdo de um item não estar explicitado na categoria correspondente da CIF deve ser assinalado como “não definível”. Se um dos conteúdos de um item for mais geral do que a categoria da CIF correspondente, deve ser ligado ao código mais elevado da CIF. E ainda, no caso de um item não estar contemplado na classificação CIF, este item deve ser assinalado como “não coberto” (Cieza et al., 2002; Stamm, 2005).

De acordo com as *linking rules*, profissionais de saúde treinados na utilização da CIF são solicitados a ligar cada conceito à categoria da CIF que representa este conceito mais precisamente. O consenso entre profissionais é utilizado para decidir qual a categoria da CIF deve ser ligada a cada item. Para resolver o desacordo entre os dois profissionais no respeitante às categorias seleccionadas, um terceiro perito treinado na utilização das *linking rules* deve ser consultado e, tendo por base os prós e os contras referidos pelos dois anteriores profissionais, o terceiro elemento deve apresentar uma decisão (Stamm, 2005).

A prestação de serviços que se opera nas UCCI exige uma acção de vários profissionais coordenados multidisciplinarmente, tais como médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. Assim, os *Core Sets* da CIF poderão ser uma mais-valia e possibilitarão que os vários

elementos que constituem a equipa descrevam as deficiências, limitações nas actividades, restrições de participação e os factores contextuais resultando no perfil funcional de cada paciente que integra as UCCI (Cieza & Stucki, 2009; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

O uso da CIF em equipas multidisciplinares tem sido documentado como sendo benéfico para a clarificação dos papéis na equipa e facilitar o raciocínio clínico (Tempest & McIntyre, 2007). Portanto, a introdução dos *Core Sets* da CIF poderão possibilitar uma descrição rápida de como um paciente com determinada condição patológica se apresenta, assim como, têm sido desenvolvidos estudos empíricos nos quais se analisa a ligação entre o diagnóstico e etiologia com áreas específicas de dificuldades funcionais (Tempest & McIntyre, 2007; Ustün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Assim, pela primeira vez existe uma estrutura conceptual internacionalmente reconhecida para utilização entre diferentes áreas, que possibilita demonstrar que a incapacidade e a funcionalidade são o resultado da interacção entre o ambiente, o individuo e o seu estado de saúde. Os *Core Sets* para condições de saúde específicas possibilitam documentar esta interrelação holística e complexa, podendo também, facilitar o raciocínio clínico e a escolha apropriada de medidas de resultados, reforçando, assim, a prática baseada na evidência na TO. Os *Core Sets* para condições de saúde específicas poderão ajudar a definir o perfil e o impacto das patologias no desempenho ocupacional de um grupo de utentes que dessa patologia padecem, para uma vasta audiência (Tempest & McIntyre, 2007).

Desta forma, argumenta-se que é útil a criação de *Core Sets* para condições de saúde específicas, no entanto, há quem considere que desta forma se volte ao modelo médico, em que a incapacidade é consequência do processo patológico ou da condição de saúde, em vez de ser percebida como resultado do desajuste entre o ambiente, individuo e a condição de saúde. O uso de *Core Sets*, especialmente o uso inapropriado dos *Brief Core Sets*, poderá, em vez de encorajar o raciocínio clínico e a prática centrada no paciente, minimizar a importância do raciocínio e encorajar a prática prescritiva (Tempest & McIntyre, 2007).

Autores como Tempest & MacIntyre (2007) afirmam que, nesta fase, é ainda precoce concluir que a introdução de *Core Sets* para condições de saúde específicas são “dois passos à frente e um passo atrás”, dado que ainda se está numa fase-piloto de desenvolvimento dos mesmos, sendo necessário a realização de mais investigação para que a CIF reflecta verdadeiramente a natureza multifactorial da deficiência. Segundo Wade (2003), uma nova adaptação para classificar os factores pessoais é essencial para que seja reconhecida a importância da perspectiva do indivíduo.

Na opinião de Haglund & Henriksson (2003), a CIF deverá ser utilizada como adjuvante da terminologia da TO, podendo ser uma oportunidade para os terapeutas ocupacionais utilizarem uma linguagem global para descrever a sua área de especialidade a uma comunidade vasta (McLaughlin, 2001). Os *Core Sets* poderão ter uma aplicação prática para permitir atingir este objectivo, com os terapeutas ocupacionais também a utilizar a linguagem uniformizada da CIF para aumentar a sensibilização para a natureza holística da incapacidade em relação com condições de saúde específicas (Tempest & McIntyre, 2007).

Portanto, quando se explora a relação entre a CIF e a TO, o nosso maior papel poderá passar por contribuir para uma análise crítica e futuros desenvolvimentos da estrutura, classificação e de *Core Sets*. Desta forma, em vez de permitir o desenvolvimento de *Core Sets* como sendo um “passo atrás”, os terapeutas ocupacionais poderão usar este meio para influenciar a direcção dos próximos passos no desenvolvimento da CIF (Tempest & McIntyre, 2007).

Assim, corroborando tudo o que foi referido, justifica-se a relevância da realização de estudos que explorem a relação entre a CIF e a TO, pelo que, é objectivo deste trabalho compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais que trabalham em UCCI relativamente às categorias que considerem mais relevantes da CIF.

**CAPÍTULO II**  
**ESTUDO QUALITATIVO**

Neste capítulo apresentamos a metodologia do estudo efectuado, bem como a análise de conteúdo dos dados obtidos.

## **1. Metodologia**

A escolha da metodologia de investigação deve ter na base a natureza do tema que se pretende estudar, que no caso do presente trabalho de investigação tem por objectivo compreender a percepção dos terapeutas ocupacionais que trabalham em UCCI relativamente às categorias que considerem mais relevantes da CIF. Neste sentido, todas as fases e procedimentos a seguir devem estar relacionados com a opção metodológica adoptada, no sentido de responder às questões de investigação decorrentes do objectivo referido.

### ***1.1. Desenho do Estudo***

Tendo por base o objectivo definido para o presente trabalho, pareceu-nos que a investigação qualitativa seria a mais apropriada, já que a metodologia de cariz qualitativo deve ser a seleccionada quando se pretende entender e descrever fenómenos sobre os quais existe pouca informação, assim como, quando se pretende conhecer o ponto de vista dos participantes relativamente à temática em estudo, tal como acontece no presente trabalho de natureza qualitativa e carácter exploratório, uma vez que procuramos aprofundar conhecimento sobre um tema específico (Creswell, 1998; Green & Thorogood, 2004; Hammell, Carpenter & Dick, 2000; Patton, 2002).

### ***1.2. Grupo estudado***

O número de elementos que constituem o grupo estudado depende do objectivo do estudo a realizar e dos métodos de investigação seleccionados. No caso da investigação qualitativa o investigador selecciona, para o grupo de indivíduos estudado, aqueles que poderão aumentar o conhecimento do tema da pesquisa, sendo que, o número de elementos que o constituirão deverá ser o suficiente para que se obtenha informação em quantidade e com qualidade para o tema que se pretende estudar (Hammell, Carpenter & Dick, 2000).

No caso do presente estudo, o grupo estudado é não probabilístico, uma vez que não é possível o acesso a toda a população em questão, sendo a principal característica deste método a probabilidade de cada indivíduo da população não ter a mesma probabilidade de ser seleccionado para o grupo. Os participantes foram seleccionados de forma não probabilística, de acordo com os critérios que o investigador julga como pertinentes, tendo por base o

objectivo do trabalho, não estando garantida uma probabilidade conhecida e não nula de cada um dos elementos da população ser seleccionados para fazer parte do grupo (Carmo & Ferreira, 1998).

Este grupo foi obtido por conveniência, já que é formado pelos indivíduos que estão disponíveis num determinado local e momento, sendo incluídos sujeitos até o grupo ter o tamanho desejado, pretendendo-se obter informações preciosas relativamente à temática a estudar (Carmo & Ferreira, 1998).

Assim, como critérios de inclusão definimos que do grupo estudado fizessem parte terapeutas ocupacionais a exercer funções em UCCI inseridas na RNCCI, da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS Norte)<sup>2</sup>, nomeadamente dos distritos de Aveiro, Braga e Porto (Ministério da Saúde, 2009). Como critério de exclusão consideramos que não deveriam fazer parte da amostra terapeutas ocupacionais que exerçam funções nestas UCCI há menos de um mês.

Os elementos seleccionados para participar no presente estudo foram contactados por endereço electrónico (*email*) no qual se explicitou os objectivos do trabalho, a disponibilidade dos elementos em colaborar e o cumprimento dos critérios de inclusão estabelecidos.

De seguida, de modo a descrevermos o grupo estudado, apresentamos a Tabela 2 onde os entrevistados (Ent.) são caracterizados segundo a sua idade, sexo, habilitações literárias, tempo de serviço total, tempo de experiência em UCCI, tipologia das UCCI e experiência em utilização da CIF.

Refira-se que no presente estudo participaram terapeutas ocupacionais ( $n=8$ ) a exercer funções em UCCI da Zona Norte com idade média de 29,3 ( $DP=6,71$ ) anos, sendo que, sete foram do sexo feminino e um do sexo masculino.

---

<sup>2</sup> Da ARS Norte fazem parte os distritos de Aveiro, Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo, Vila Real, Viseu (Ministério da Saúde, 2009).

<i>Ent.</i>	<i>Idade (anos)</i>	<i>Sexo</i>	<i>Habilitações literárias</i>	<i>Tempo de serviço total (anos)</i>	<i>Tempo de experiência em UCCI (anos)</i>	<i>Tipologia das UCCI</i>	<i>Experiência em utilização da CIF</i>
1	22	Feminino	Licenciatura	0,5	0,5	UMDR	---
2	26	Feminino	Licenciatura	3	0,75	UMDR ULDM	CIF-CJ
3	28	Feminino	Licenciatura	7	1,5	UC	CIF-CJ
4	31	Feminino	Mestrado	10	1	ULDM	CIF-CJ
5	22	Feminino	Licenciatura	0,5	0,5	UMDR	---
6	31	Feminino	Licenciatura	8	2,33	UC	---
7	43	Feminino	Bacharelato	22	3,5	UC UMDR	---
8	31	Masculino	Licenciatura	7	0,5	UMDR ULDM	---

**Tabela 2.** Caracterização dos entrevistados segundo a sua idade, sexo, habilitações literárias, tempo de serviço total, tempo de experiência em UCCI, tipologia das UCCI, experiência em utilização da CIF.

### ***1.3.Método de Recolha de Dados***

De forma a recolher as informações necessárias para a concretização do presente estudo procedemos à selecção da técnica de recolha de dados que mais vantagem oferecesse na obtenção das informações necessárias para a consecução do objectivo final desta investigação. Desta forma, de entre as técnicas disponíveis para a recolha de dados no domínio de uma investigação qualitativa, optamos pelo uso da entrevista pelo facto de permitir conhecer, mais profundamente, as percepções dos terapeutas ocupacionais que trabalham em UCCI relativamente às categorias que considerem mais relevantes da CIF (Ghiglione & Matalon, 1997; Lessard et al., 2005).

A entrevista, possibilita a captação imediata de informação com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados temas apresentando, também, um carácter mais pessoal resultante da interacção directa entre o investigador e o entrevistado. Esta vantagem reside no facto de, por exemplo, dar a possibilidade do investigador ter acesso imediato às respostas do sujeito, o que permite uma adequação em termos de formato e de momento de colocação das questões (Goméz et al., 1999).

De entre os diversos tipos de entrevistas disponíveis optamos pela entrevista semi-estruturada, dado que, apesar de inicialmente se definirem uma série de questões a colocar aos entrevistados, a sequência destas está dependente das respostas fornecidas podendo existir, inclusive, a necessidade de se colocar outras questões, inicialmente não previstas, mas que

permitam conduzir a entrevista para os aspectos particulares que interessam para a investigação (Ghiglione & Matalon, 1997). Neste sentido, De Ketele & Roegiers (1993) salientam o facto de se poder reorientar a entrevista sempre que o discurso não seja linear. As informações recolhidas, devido à liberdade do entrevistado na forma de se exprimir, conduziram à obtenção de representações mais correctas acerca do objectivo do estudo, neste caso das categorias da CIF que os terapeutas ocupacionais consideram mais significativas para a sua intervenção em UCCI.

Para a construção da entrevista, numa fase inicial, procedeu-se à revisão bibliográfica, que levou a uma definição clara e rigorosa dos objectivos da mesma, sendo os mesmos operacionalizados sob a forma de um conjunto de questões constituindo-se, assim, o guião de entrevista (Carmo & Ferreira, 1998).

Este primeiro guião foi submetido a um painel de peritos, constituído por pessoas a quem foi reconhecido conhecimento acerca do campo de pesquisa e do problema a estudar, possibilitando uma melhor delimitação, clareza e o aperfeiçoamento da formulação das questões (Quivy & Campenhoud, 1998).

Após a aprovação pelo painel de peritos, no sentido de validar a aplicabilidade do guião desenvolvido e possibilitar algum treino prévio da entrevistadora com a técnica de recolha de dados utilizada, foi realizada uma entrevista prévia (entrevista piloto), tal como McMillan & Schumacher (2009) propõem, sem que conte para a análise da amostra em causa. Durante a realização da entrevista piloto, os procedimentos seguidos foram iguais aos que se utilizaram nas restantes entrevistas. Segundo Merriam (1998), as entrevistas piloto são importantes, visto que, possibilitam praticar a técnica de entrevista, mas também verificar se as questões estão bem construídas, ou necessitam de ser modificadas ou reconstruídas para se proceder à recolha de informação pretendida.

Após a validação das entrevistas pelos elementos constituintes do painel de peritos e a realização da entrevista piloto, delineou-se o guião final, em Anexo 4, constituído por um conjunto de questões que serviu como uma lista no sentido de orientar o fluxo da entrevista e como forma de introdução das temáticas que se pretenderam ver discutidas.

Um dos aspectos importantes a ser levado em consideração na altura da realização da entrevista é a relação estabelecida entre o entrevistador e o entrevistado, já que a qualidade desse contacto vai determinar a qualidade dos dados que são obtidos. Assim sendo, o entrevistador deverá adoptar uma atitude, ao mesmo tempo agradável e profissional, mantendo uma postura neutra, desinteressada e livre de juízos de valores (Minayo, 1994).

A qualidade da informação recolhida através da entrevista vai depender, em grande medida, do entrevistador que tem a responsabilidade de comunicar claramente a informação importante e porque é importante, para que o entrevistado conheça como a entrevista está a progredir (Patton, 2002).

Assim, ao iniciar a entrevista, após uma breve síntese em que se explicita o objectivo e os resultados que se esperam obter com a mesma, é importante que se introduza uma questão inicial que facilite o ambiente relacional, no sentido de ser criado um clima afável e empático, favorecedor da recolha de dados relevantes e significativos (Carmo & Ferreira, 1998).

No decorrer da entrevista o entrevistador deverá assumir uma atitude de escuta, evitando cortar a palavra ao entrevistado. Assim como, é importante que o entrevistador forneça reforço e feedback para que o entrevistado se sinta encorajado e motivado a continuar a participar. Outro aspecto importante a atender prende-se com o facto de que o entrevistador deve manter o controlo do fluxo da informação durante a realização da entrevista, aspecto que é facilitado pelo conhecimento das respostas que são importantes e significativas, das que não são, fornecendo feedback e conduzindo a entrevista no “rumo” pretendido (Patton, 2002).

Assim, no caso do presente estudo as entrevistas decorreram num local calmo, seleccionado mediante a disponibilidade dos entrevistados, no sentido de evitar factores distractores que poderiam interferir com a prossecução das mesmas. Iniciaram-se pela explicação dos objectivos da mesma e pela recolha dos dados sócio-demográficos necessários. De seguida, passou-se à realização da entrevista propriamente dita, que se baseou nas questões do guião delineado para o estudo, tendo sido acrescentadas ou reformuladas as questões que se consideraram que os entrevistados não forneceram as informações pretendidas.

Verificou-se que houve boa receptividade ao estudo por parte dos terapeutas ocupacionais entrevistados e que as entrevistas realizadas apresentaram uma duração média de 36.2 ( $DP=6.9$ ) minutos, sendo que, a transcrição de cada entrevista teve uma duração aproximada de 7 horas resultando a totalidade das transcrições num documento, o *corpus* do trabalho.

#### **1.4.Procedimentos**

A realização do presente estudo teve início a partir de uma recolha bibliográfica aprofundada, relacionada com dois temas principais, a RNCCI e a CIF, no sentido de se

verificar o “estado da arte” e que tipo de estudos se têm vindo a desenvolver, de forma a poder contextualizar o conhecimento actual relativo a estas temáticas principais.

Partindo desta recolha bibliográfica, procedemos à construção da entrevista semi-estruturada, instrumento que se verificou como o mais adequado para efectuar a recolha dos dados pretendidos e necessários à prossecução do presente estudo. Após a construção do guião inicial da entrevista, este foi submetido, via *email*, aos elementos constituintes do painel de peritos que validaram o conteúdo da mesma e apontaram as correcções necessárias. De seguida, foi realizada uma entrevista piloto, cujos procedimentos adoptados foram similares aos que se utilizaram nas entrevistas a realizar.

Posteriormente, após a validação das entrevistas pelos elementos do painel de peritos e da realização da entrevista piloto, foi delineado o guião final aplicado aos terapeutas ocupacionais que constituíram o grupo estudado.

Seguidamente, no sentido de assegurar e salvaguardar as questões éticas, foram contactados, via *email*, os terapeutas ocupacionais que exercem funções nas UCCI, que cumpriram os critérios de inclusão e que constituíram o grupo estudado, no sentido de lhes ser dado a conhecer em que consiste o estudo e os objectivos do mesmo, para que fosse averiguada a disponibilidade de cada participante em colaborar. Assim, e após os participantes aceitarem em colaborar, foi marcada a realização da entrevista, em local e hora, mediante disponibilidade de cada participante.

A entrevista foi aplicada a cada um dos participantes, em contexto individual, procedendo-se, inicialmente, à assinatura da declaração de consentimento informado e ao pedido de autorização para a gravação das entrevistas com um gravador de voz, tendo-lhes sido explicado que desta forma não se perderão dados relevantes, assim como, lhes foi também garantido que a posterior transcrição das entrevistas resultará num documento anónimo, denominado *corpus* do trabalho.

Para se proceder à análise dos dados obtidos pela entrevista, utilizamos o método de “condensação de significado” (Kvale, 1996). No caso do presente estudo, os dados foram divididos em unidades de significado, procedendo-se também à determinação do tema que domina a unidade de significado. Posteriormente, os conceitos contidos nas unidades de significado foram identificados, podendo uma unidade de significado conter mais de um conceito. Finalmente, todos os conceitos foram ligados às categorias da CIF que representam o conceito mais precisamente, de acordo com as *linking rules* de Cieza et al. (2005). No caso de uma unidade de significado conter mais de um conceito, este será ligado a mais do que uma categoria da CIF.

Após a ligação de todos os conceitos às categorias da CIF que melhor o representavam, procedeu-se ao cálculo das frequências absolutas e relativas (prevalências) das categorias dos componentes Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Actividades e Participação e Factores Ambientais, que foram consideradas como significativas para os terapeutas ocupacionais entrevistados. Para isso, fizemos recurso ao Software SPSS – Statistical Package for Social Sciences, versão 17. Assumimos que prevalências com valor inferior a 37,5% foram consideradas como não relevantes, tendo por base a representatividade do nosso grupo.

Nesta investigação de cariz qualitativo, foram tidos em consideração critérios de qualidade, de forma a se alcançar um resultado mais fidedigno e uma compreensão mais completa do que se pretende estudar. Assim, utilizou-se o método de triangulação em que se solicitou a um investigador (revisão por pares), fora do contexto desta investigação, mas com conhecimentos relativamente a esta temática, processo de pesquisa e análise dos dados obtidos, procedendo-se à medição da fiabilidade inter-investigador. Isto é, outro investigador identificou, de forma independente, as categorias constantes no *corpus* de texto e, quando foram identificados pontos de discordância, os investigadores procederam à sua discussão para alcançar um consenso na interpretação do conteúdo examinado (Creswell, 2000).

Procedeu-se também à revisão pelos participantes, que consistiu em devolver aos participantes do estudo os resultados da análise de conteúdo efectuada às entrevistas, para que estes verificassem/confirmassem se as interpretações reflectiam de facto as suas experiências/ideias/sentimentos (Creswell, 2000). Aquando da revisão, alguns participantes, depois de reverem as suas entrevistas e a respectiva análise da mesma, referiram que por desconhecimento da linguagem da CIF acrescentavam ou retiravam categorias.

### ***1.5.Processo Analítico***

De acordo com Berelson (1968), citado por Carmo & Ferreira (1998), a análise de conteúdo é definida como sendo uma técnica de investigação que possibilita fazer uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação.

Bardin (1995), salienta que a análise de conteúdo não deve ser utilizada apenas para se proceder a uma descrição do conteúdo das mensagens, já que a sua principal finalidade é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, com ajuda de indicadores.

A análise de conteúdo compreende algumas etapas, iniciando-se pela definição dos objectivos e do quadro de referência teórico, seguindo-se a constituição de um *corpus*, a definição de categorias e da unidade de análise e por fim a interpretação dos resultados obtidos. O *corpus* do trabalho, ou seja, o conjunto dos documentos escolhidos para se proceder posteriormente à análise de conteúdo, será a transcrição das entrevistas a realizar (Carmo & Ferreira, 1998).

As categorias são rubricas significativas e em função das quais o conteúdo será classificado, podendo as mesmas ser definidas *a priori* ou *a posteriori* (Carmo & Ferreira, 1998). No caso do presente estudo, as categorias foram definidas *a priori*, uma vez que se tomou por base as categorias de funcionalidade constantes na estrutura taxonómica da CIF. O escrutínio dos textos transcritos deu-se através da identificação de conceitos considerados significativos para a caracterização do processo de avaliação/ intervenção dos utentes da UCCI, que foram, de forma sistemática e dedutiva, ligados às categorias de funcionalidade da CIF (Cieza et al., 2005).

Considerando o presente estudo, a análise dos dados qualitativos seguiu o método de “condensação de significado” (Kvale, 1996). Inicialmente, procedeu-se à leitura da transcrição das entrevistas, no sentido de se obter uma visão global sobre os dados recolhidos. De seguida, os dados foram divididos em unidades de significado, procedendo-se também à determinação do tema que domina a unidade de significado. A unidade de significado define-se como uma unidade específica do texto, ou um número reduzido de palavras, ou de frases, com um tema comum (Karlsson, 1995). Portanto, a divisão em unidades de significado não segue regras linguísticas gramaticais. Em vez disso, o texto divide-se onde o investigador encontra uma mudança de significado (Kvale, 1996). Posteriormente, os conceitos contidos nas unidades de significado foram identificados, podendo uma unidade de significado conter mais de um conceito. Finalmente, todos os conceitos foram ligados às categorias da CIF, de acordo com as *linking rules*<sup>3</sup> de Cieza et al. (2002). De acordo com estas *linking rules*, os profissionais de saúde treinados na utilização da CIF, são aconselhados a ligar cada conceito à categoria da CIF que representa este conceito mais precisamente. No caso de uma unidade de significado conter mais de um conceito, este será ligado a mais do que uma categoria da CIF (Cieza et al., 2005).

O número de categorias consideradas foi sujeito a tratamento estatístico, procedendo-se, com recurso ao SPSS, versão 17, ao cálculo de frequências absolutas e de frequências

---

<sup>3</sup> A utilização da CIF como quadro de referência nos resultados de investigações exige procedimentos standardizados que permitam que as intervenções e medidas de resultados sejam ligadas á CIF. As regras para efectuar a ligação entre medidas de estados de saúde á CIF foram propostas por Cieza et al. em 2002.

relativas (prevalências) de cada categoria identificada a partir da análise das entrevistas. Assim, foram consideradas como relevantes as categorias que obtiveram valores de prevalência iguais ou superiores a 37,5%, sendo este valor considerado como representativo, tendo por base o grupo utilizado no nosso estudo. Assim, após consulta exaustiva de estudos similares realizados por (e.g. Grill, Huber, Herceg, Fialka-Moser & Quittan, 2005; Grill, Lipp, Boldt & Stucki, 2005; Grill, Quittan, Huber, Boldt & Stucki, 2005), nos quais estes autores assumiram o valor representativo para as suas amostras para depois tecerem o critério de concordância (%), sendo que, nos baseamos nos mesmos para delinear o valor de concordância que consideramos representativo para a nossa amostra.

### 1.6. Sistema Categorial

Na análise aplicada no presente trabalho, os conteúdos foram codificados em unidades de significado sendo posteriormente identificados os conceitos nelas contidos de acordo com as suas propriedades conceptuais. Assim, o sistema categorial foi definido *a priori* sendo utilizado, no presente trabalho, o esquema de codificação que considerará as categorias definidas pelo modelo de classificação da OMS (2001) (Tabela 3). Neste sentido foram aplicadas as *linking rules* de Cieza et al. (2005), que são de extrema relevância no sentido de obter melhores conexões entre os conceitos obtidos a partir das entrevistas e a sua relação entre as Funções e Estruturas do Corpo, Actividades e Participação e os Factores Ambientais.

<b>Categorias</b>	<b>Abreviatura</b>	<b>Conteúdo</b>
<b>Funções do Corpo</b>	<b>FC</b>	“Funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas” (OMS, 2001, p.39).
<b>Estruturas do Corpo</b>	<b>EC</b>	“Partes anatómicas do corpo, tais como órgãos, membros e os seus componentes” (OMS, 2001, p.83).
<b>Actividades</b>	<b>A</b>	“Execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo” (OMS, 2001, p.101).
<b>Participação</b>	<b>P</b>	“Envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real” (OMS, 2001, p. 101).
<b>Factores Ambientais</b>	<b>FA</b>	“Constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida” (OMS, 2001, p. 137)
<b>Factores Pessoais</b>	<b>FP</b>	“Factores contextuais relacionados com o indivíduo, tais como idade, sexo, nível social, experiências de vida, etc., que não são classificados na CIF, mas que os utilizadores podem incorporar nas suas aplicações de classificação” (OMS, 2001, p. 167).
<b>Condição de Saúde</b>	<b>CS</b>	“Termo genérico para doenças (agudas ou crónicas), perturbações, lesões ou traumatismos. Uma condição de saúde pode incluir circunstâncias como gravidez, envelhecimento, stress, anomalia congénita ou predisposição genética” (OMS, 2001, p. 166).

**Tabela 3.** Componentes da Funcionalidade Humana (adaptado de OMS, 2001).

Assim, sempre que os conteúdos do texto traduziram aspectos relacionados com funções fisiológicas e mentais, nomeadamente um problema/ alteração/ atraso/ perda da função usamos o sistema categorial da componente Funções do Corpo, como por exemplo, “verificam-se alterações no tónus muscular” que será ligado à categoria da CIF b735 “*Funções relacionadas com o tónus muscular*” (Cieza et al., 2005). Quando o texto apelou a aspectos relacionados com a avaliação e intervenção sobre a forma como o indivíduo executa actividades ou se envolve em situações de vida reais, tentamos ligar a categorias pertencentes ao componente Actividades e Participação, como por exemplo, “evidência dificuldades em tomar banho” que será ligado à categoria da CIF d510 “*Lavar-se*” (Cieza et al., 2005). Quando se identificaram situações relativas a aspectos do ambiente físico, social e atitudinal utilizamos as categorias dos Factores Ambientais, tal como acontece no seguinte exemplo, “verifica-se um acompanhamento próximo prestado pelos filhos” que poderá ser ligado à categoria da CIF e310 “*Família próxima*” (Cieza et al., 2005).

Quando no texto a informação fornecida pelo conceito/unidade de significado não foi a suficiente para tomar a decisão acerca da categoria da CIF mais precisa ao qual pudesse ser efectuada a ligação, este conteúdo foi assinalado como “Não Definível” (ND) (Cieza et al., 2005).

Apesar dos Factores Pessoais não estarem classificados na CIF, eram passíveis de ser incorporados nas aplicações da classificação sendo utilizada a abreviatura “FP”, tornando o processo de ligação mais preciso, uma vez que serão diferenciados dos que não estão cobertos pela CIF, assinalados como “*Não Cobertos*” (NC) (Cieza et al., 2005).

Finalmente, conceitos significativos relacionados com a Condição de Saúde foram classificados como “CS”, diferenciando-se dos que não fornecem informação suficiente para se tomar uma decisão acerca da categoria da CIF que melhor se relaciona com o mesmo.

### 3. Análise de Conteúdo

Pretendemos, de seguida, focar alguns aspectos dos dados obtidos, tomando por base a teoria e estudos relacionados com a temática em questão, não descurando as limitações inerentes a este tipo de estudo, tendo em consideração a utilização da entrevista como método de recolha de dados, podendo, a partir desta conhecer-se mais profundamente, as percepções dos terapeutas ocupacionais que trabalham em UCCI relativamente às categorias que considerem mais relevantes da CIF (Ghiglione & Matalon, 1997; Lessard et al., 2005).

De entre os diversos tipos de entrevistas disponíveis optamos pela entrevista semi-estruturada, tendo sido construído um guião orientador do fluxo da entrevista, constituído pelas questões que se consideraram mais pertinentes, de forma a recolher-se o máximo de informação pertinente para o estudo em causa. No decorrer da realização das entrevistas, tornou-se necessário colocar outras questões, mais dirigidas à informação que se pretendia recolher, no sentido de conduzir a entrevista para os aspectos particulares que interessavam para a investigação (Ghiglione & Matalon, 1997).

Esta necessidade, provavelmente, ficou a dever-se ao facto da maioria dos entrevistados, 62,5%, não possuírem qualquer experiência no uso da classificação, e apenas 37,5% possuírem experiência na utilização da CIF, mas na sua versão para crianças e jovens, pelo que, não podemos considerar que estão familiarizados com a linguagem específica da CIF. Houve, assim necessidade de se introduzirem questões esclarecedoras e clarificadoras dos conceitos abarcados pela classificação. Este facto está patente no seguinte: “*É isso, tens de me ir dizendo senão até me esqueço...*” (ent.7)

Todos os participantes referiram que a CIF cobria todas as áreas relevantes para a população com a qual intervêm nas UCCI nas quais trabalham, independentemente da tipologia (UC, UMDR, ULDM), tal como se pode observar nas seguintes palavras: “*...penso que tem todos os itens que é fundamental avaliar e intervir na população com quem trabalhamos.*” (ent. 5). Este facto vai de encontro ao que é retratado na literatura por vários autores que referem a utilidade e a pertinência da CIF sustentando que esta classificação proporciona uma base comum da descrição do estado funcional e de saúde dos indivíduos, tornando-a comparável em diferentes contextos e em diferentes áreas de intervenção (Cieza & Stucki, 2009; Stucki, Ewert & Cieza, 2003; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003; Üstün, Chatterji, Kastanjsek, Schnieder & Bickenbach, 2003).

Os entrevistados expuseram também que, na sua versão original, com a totalidade dos itens, torna a sua aplicação morosa e pouco prática, tal como pode ser constado nas seguintes

citações: “... acaba por contemplar tudo e até já é bastante extensa.” (ent. 4) e “Não, acho que foi focado quase tudo, não, não noto que falte aí nada até acho que tem muita coisa.” (ent.7) Isto vai de encontro ao que é referido por vários autores que consideram que o maior desafio da utilização CIF, que compreende mais de 1500 categorias, se coloca na sua viabilidade de utilização (Cieza, et al., 2002; Cieza & Stucki, 2009; Stucki, Ewert & Cieza, 2003; Stucki, Mueller, Bochdansky, Schwarz & Smolenski, 2000).

De acordo com os resultados do estudo, categorias de todos os componentes da CIF, Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Actividades e Participação e Factores Ambientais foram referidas como relevantes para a sua prática nas UCCI.

Na componente Funções do Corpo, o Capítulo 7, Funções Neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento foi o que apresentou maior número de categorias com prevalências mais elevadas, sendo que, todas as categorias consideradas obtiveram valores entre os 100% e os 87,5%, pelo que, os entrevistados consideram importantes as categorias deste capítulo aquando da avaliação e intervenção, tal como pode ser constatado no seguinte: “São, são todos porque acabam todos por interferir na capacidade de desempenho de qualquer tarefa que vamos pedir ao doente para ser capaz de fazer e muitas vezes temos de iniciar a recuperação dessas alterações para conseguirmos que depois o doente seja funcional.” (ent.3) e “Sim, tudo isso sim e aliás, nós estamos sujeitos a uma prescrição, porque pelo menos tem prescrição e pedem para focar esses pontos, normalmente é mais a nível ortopédico e fisiátrico e esses pontos são fundamentais na minha análise e é onde eu incido mais portanto, tento não, tento não descurar nenhum desses pontos, normalmente sigo-os todos.” (ent.8)

No referente ao capítulo das Funções Mentais, as Funções de orientação (100%), Funções do temperamento e da personalidade (87,5%), Funções da memória (100%), Funções psicomotoras (87,5%), Funções mentais da linguagem (87,5%), Funções mentais para a sequência de movimentos complexos (87,5), foram as categorias mais vezes referidas como sendo importantes considerar aquando da avaliação/intervenção dos utentes nas UCCI. Neste capítulo, há categorias que apresentam valores de prevalência mais baixos, tal como acontece, por exemplo, na b117 Funções intelectuais com a prevalência de 50%, o que significa que não são consideradas por todos os entrevistados. Esta situação pode ficar a dever-se às características da população atendida em cada UCCI tal como se observa nas palavras do seguinte entrevistado: “E capacidades intelectuais é um pouco complicado, porque os nossos

*utentes aqui, têm um nível de escolaridade baixo, portanto é difícil eu conseguir avaliar isso.” (ent.7)*

No respeitante às Funções Sensoriais e Dor, as categorias b210 Funções da visão (100%), b280 Sensação de dor (100%), b230 Funções auditivas (87,5%), b265 Função tátil (87,5%) foram as que tiveram maior valor de prevalência, pelo que são as mais consideradas aquando da avaliação/intervenção dos utentes nas UCCI.

Relativamente ao capítulo 3 Funções da voz e da fala, observamos prevalências entre os 37,5% e os 50%, pelo que, nem todos os entrevistados consideram estas categorias aquando da avaliação/intervenção. Este aspecto pode ficar a dever-se ao trabalho em equipa que se opera em algumas UCCI com outros profissionais, nomeadamente com o terapeuta da fala, tal como pode ser constatado nas seguintes palavras: *“...o que observo é a parte mais funcional, se é capaz de pedir alguma coisa aos técnicos de apoio permanente, se os compreendem ou não e tento criar, em conjunto com a terapeuta da fala, a melhor forma de eles tentarem fazer as tarefas do dia-a-dia. Tenho de observar se é em termos de articulação, ... mas em conjunto com a terapeuta da fala. Ao nível da comunicação, da interacção, ...” (ent.2)* e *“... normalmente quem faz a avaliação mais exaustiva é a terapeuta da fala e dá-nos as estratégias para nós ajudarmos o doente a melhorar, seja porque nos indicou os objectos que devemos utilizar até mais para o doente adquirir as competências em relação à linguagem, normalmente é assim.” (ent.3)*

Em relação ao capítulo 5 Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino não observamos categorias com prevalências iguais ou superiores a 37,5%, dado que, a maioria dos entrevistados referiu que lhes importa ter um conhecimento geral acerca das mesmas, recorrendo à consulta do processo e a outros profissionais, tal como a equipa médica ou de enfermagem, no entanto, não são aspectos que considerem, à partida, aquando da avaliação/intervenção. Esta situação pode ser confirmada nas seguintes palavras: *“Essa é uma informação que me chega mais pela enfermagem e tenho de saber, por exemplo na altura das refeições, ou então não descem para a actividade, às vezes pode ser por motivos de patologia do estômago, mas é só mais conhecimento geral não é tanto avaliado, mas é mais para conhecimento geral.” (ent.2); “Não faço uma avaliação específica, o que eu faço aí na própria ficha de avaliação tem os antecedentes, faço consulta do processo.” (ent.5)* e *“Não faço avaliações específicas dessas situações, mas faço uma recolha de dados no processo e sei de antemão o que está alterado, se por algum motivo há alguma coisa que falha, vou ter com a parte médica e esclareço a dúvida em relação a essas situações.” (ent.6)*

Outro dos capítulos cujas categorias não apresentaram prevalências iguais ou superiores a 37,5% diz respeito ao das Funções genitourinárias e reprodutivas, sendo que, para além das justificações referidas para o capítulo 5, neste caso, o factor faixa etária também foi focado, tal como se observa: *“É assim, não é uma área que eu também contemple primeiro porque os nossos idosos em termos da parte são, ... os nossos utentes são todas pessoas com uma idade mais avançada...”* (ent.7) e *“A nível reprodutivo a média de idades que eu tenho lá é de 80 anos, portanto diria que funções reprodutivas não contemplo.”* (ent.8)

No que se refere às Funções da pele e estruturas relacionadas, capítulo 8, observamos valores de prevalência de 75% e 62,5%, pelo que, nem todos os entrevistados as assumem como prioritárias aquando da avaliação e intervenção, tal como se observa no seguinte: *“Não é uma avaliação directa mas faço a avaliação da pele no geral. Para sabermos até que ponto podemos fazer certo tipo de actividades ou não.”* (ent.1); *“Geralmente não costumo avaliar, a não ser que seja bastante visível, ou uma úlcera ou um hematoma, ou um edema. Se for bastante visível sim.”* (ent.1); *“Em relação à pele, normalmente seguimos os aconselhamentos que nos dão em termos de alterações que os doentes tenham, ...”* (ent.3) e *“... aí não tanto mais a nível da pele, ... ok se houver uma escara, houver uma operação, uma cicatriz que vá interferir sim, vejo. A nível de unhas e pêlos não contemplo.”* (ent.8). No entanto, há outros entrevistados que referem que são funções consideradas: *“Há pessoas que têm a pele mais seca e eu observo, ou quando há patologia de mão e aí tenho de observar a pele e como está a superfície cutânea, isso sempre.”* (ent.2)

O componente Estruturas do Corpo é o que integra menor número de categorias onde se observam prevalências iguais ou superiores a 37,5%, sendo observadas apenas 19 categorias (11,05%), que respondam a essa condição.

Assim, é no capítulo 1 Estrutura do Sistema Nervoso e no capítulo 7 Estruturas relacionadas com o movimento que observamos as categorias com maiores valores de prevalência.

Relativamente ao capítulo 1, apesar de contemplar apenas duas categorias, s110 Estrutura do cérebro com valor de prevalência de 87,5% e s120 Medula espinhal e estruturas relacionadas com o valor de 75%, estas foram estruturas focadas por vários entrevistados, uma vez que, a maioria dos utentes com os quais intervêm nas suas UCCI são casos neurológicos, sendo referido o AVE como a patologia mais frequentemente acompanhada por eles. Esta situação é constatada nas seguintes palavras: *“Provavelmente mais ao nível dos lobos cerebrais, dos hemisférios. Porque a maioria dos meus doentes são AVE, ...”* (ent.1);

*“No diagnóstico dos clientes, quando chegam vêm com o processo e vemos que áreas e, por exemplo, que lobos estão afectados, que artéria cerebral é que foi afectada pelo AVE, porque a maioria deles são AVE, ...” (ent.2); “Um AVE acaba por ter envolvimento de cérebro, encéfalo, todas essas áreas, depois se forem pessoas que tenham problemas associados degenerativos, temos afectada a medula espinhal.” (ent.3) e “... o diagnóstico e o que é que a TAC diz, muitas das vezes isso faz-nos referir a nível da estrutura interna, a nível cérebro, onde é que está o problema, ali principalmente porque são AVE, volta e meia quando temos algum hemi, algum para a nível de sistema nervoso central e espinhal medula também temos em conta essa situação.” (ent.8)*

No que se refere ao capítulo 7 Estruturas relacionadas com o movimento, são também observados valores de prevalência consideráveis, sendo que, todos os valores observados são iguais ou superiores a 62,5%, o que revela que os terapeutas ocupacionais entrevistados atribuem importância a estas estruturas, aquando da sua avaliação/intervenção nas UCCI. Tal pode ser verificado no seguinte: *“Essas sim, sobretudo as da cabeça e do pescoço, do ombro também, mas em quase todas tenho de saber como está a estrutura, para saber a actividade que vou planear e realizar com os doentes.” (ent.2); “Aí temos um nível de abordagem mais direccionado. Interessa-nos saber mais informações a esse nível, por isso estas estruturas são mais levadas em consideração e faço uma avaliação mais dirigida e contemplo estes itens.” (ent.6) e “ E o que eu tenho que e, naquilo que me pedem e naquilo que é a minha função na Unidade é onde eu tenho que focar mais e aí tento fazer uma avaliação exhaustiva de todos os pontos, ...” (ent.8)*

Nos restantes capítulos considerados, nomeadamente capítulo 2 Olho, ouvido e estruturas relacionadas, capítulo 3 Estruturas relacionadas com a voz e fala, capítulo 8 Pele e Estruturas relacionadas, as categorias apresentam valores de prevalência baixos, 37,5%. Esta situação pode ficar a dever-se ao facto de que, para a intervenção dos terapeutas ocupacionais com a população das UCCI, no caso das estruturas acima referidas, não importa tanto conhecer parte anatómica do corpo em questão, mas é mais significativo conhecer as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (Organização Mundial da Saúde, 2001).

Assim, podemos verificar valores de prevalência mais elevados no caso das categorias das Funções do corpo, comparativamente aos observados na Estrutura do corpo correspondente, exemplo disto é a Categoria b210 Funções da visão que apresenta a prevalência de 100% e no caso das correspondentes Estruturas, s210 Estrutura da cavidade ocular, s220 Estrutura do globo ocular e s230 Estruturas anexas ao olho, observamos o valor

de 37,5%. Esta situação é passível de ser verificada nas palavras dos seguintes entrevistados: “... mas sempre, tendo em conta o défice, a origem do problema. Se à partida nós sabemos que a pessoa tem um problema no lobo occipital estamos já à espera de um problema ocular e aí procuramos mas senão, não.” (ent.1); “...há doentes realmente que tem muitos problemas principalmente, os doentes do foro respiratório, com DPCO, há ali um comprometimento muito grande e quando eles são referenciados para serem trabalhados na área da TO claro que tenho de ter ali muitos pontos para pensar mas não é uma coisa que, ... não é tanto a estrutura mas é mais a função do aparelho.” (ent.7) e “não vou primeiro ver a estrutura se estiver a nível sensitivo bem.” (ent.8).

Tal como acontece no caso das Funções do corpo, existem capítulos nos quais não observamos categorias com prevalência iguais ou superiores a 37,5%, assim, as categorias do capítulo 4 Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório, capítulo 5 Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino e capítulo 6 Estruturas relacionadas com os aparelhos genitourinário e reprodutivo, não foram consideradas relevantes e prioritárias aquando da avaliação e intervenção.

Este aspecto pode ficar a dever-se ao trabalho em equipa que se desenvolve em algumas UCCI entre profissionais, assim como aos dados fornecidos pela consulta de processo que possibilita fazer-se uma triagem e hierarquização das problemáticas apresentadas pelos utentes, tal como pode ser revisto nos seguintes trechos: “São todas informações que nos chegam e depois sei, mas a estrutura não é contemplada.” (ent.2); “Normalmente vemos também se há alguma alteração, aqui já estamos a falar mais do próprio aparelho e da estrutura e não temos tanta intervenção ao nível da estrutura, pelo menos no meu caso. Pode é haver o aconselhamento de certas situações pela sensação que isso dá à pessoa e a forma como ela aceita essa alteração, agora em termos de estratégias para mudar a estrutura ou melhorar o funcionamento da estrutura, normalmente está sempre ligado à parte médica.” (ent.3) e “Temos em conta, não fazemos uma avaliação tão dirigida, mas temos em conta e há algum comprometimento, ou alguma situação que vá prejudicar o desempenho. Mais ao nível de consulta de processo.” (ent.6)

Relativamente ao componente Actividades e Participação, este foi onde registamos maior número de categorias comparativamente com as restantes, sendo contabilizadas 70 categorias (40,7%). Um dos aspectos que poderá justificar esta situação prende-se com o facto de os conceitos actividades e participação serem aspectos centrais da TO, sendo que, os

terapeutas ocupacionais consideram que as actividades significativas para os utentes com os quais intervêm são um contributo para a manutenção da saúde, pelo que as aplicam aquando da sua intervenção (Meyer, 1977; Townsend, 1999; Wilcock, 1989; Yerxa et al., 1989).

Acresce-se ainda o aspecto do que é solicitado na intervenção dos profissionais, neste caso específico dos terapeutas ocupacionais, que exercem funções em UCCI, como pode ser constatado em documentos redigidos pela UMCCI (2007), que postula que a saúde e o bem-estar, são influenciados pelas oportunidades do indivíduo se envolver satisfatoriamente em actividades e participar em situações de vida, no dia-a-dia, pelo que, a perda ou limitação na capacidade de se envolver em actividades resultam numa restrição na participação e promovem maior dependência e diminuição da percepção de qualidade de vida.

Assim, o âmbito da intervenção do terapeuta ocupacional, tal como é descrito no Occupational Therapy Practice Framework (2002), tem como principal objectivo o “suporte da saúde e da participação nas situações de vida, através do envolvimento em ocupações”. Neste sentido, enquanto elemento integrante da equipa multidisciplinar, e indo de encontro ao que é defendido nas Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados (2007), tem como principal objectivo a implementação de procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais que conduzam à maior autonomia possível, sendo proporcionadas oportunidades que promovam um melhor desempenho do indivíduo em actividades.

Assim, pensamos que, em parte, esteja justificado o facto de as categorias respeitantes ao componente Actividades e Participação serem consideradas em maior número e com valores de prevalência elevados, já que, tendo por base o que é defendido pela UMCCI (2007), deverão ser dadas, aos utentes das UCCI, oportunidades em participar em actividades e em se envolver em situações da vida quotidiana, pelo que, consideramos que seja este um dos factores que levem a que os terapeutas ocupacionais as considerem como relevantes aquando do processo de avaliação e intervenção.

Outra das razões que, nos parece, que poderá explicar ser este o componente com maior número de categorias, prende-se com o que os utentes admitidos nestas UCCI consideram, segundo os terapeutas ocupacionais que com eles trabalham e que constituem a amostra do nosso estudo, como prioritário. Maioritariamente, são os aspectos relacionados com a aquisição de uma maior autonomia no desempenho das actividades do dia-a-dia, assim como, a motivação para voltar a ser participantes nas situações do quotidiano, quer em casa, quer na comunidade. Esta situação está patente nas seguintes citações: “*À partida o que eles gostam mais de se envolver, na actividade, é a marcha, o deambular, à partida é logo o*

*primeiro objectivo. Depois existe também a funcionalidade no próprio dia-a-dia, as Actividades da Vida Diária (AVD), o comer, o vestir e tomar banho sozinho, o conseguir gerir novamente a sua rotina como anteriormente. Também existe algum cuidado mais ao nível dos homens, pronunciam mais que gostavam de voltar a trabalhar, o trabalho é um factor bastante importante, não só pela área em si mas pela própria questão económica inerente. As senhoras, falam mais no cuidar da casa, é um dos objectivos que elas têm, no fim da reabilitação. Ser capaz de voltar a fazer as compras, a cozinhar, a tratar da casa, da roupa.” (ent.1); e “Normalmente, em termos de actividades, primariamente quando os doentes chegam à unidade, o que referem mais é que querem vir a andar, primariamente o que querem mesmo é vir a andar. Depois, quando começam a sentir, a população mais jovem querem, não só voltar a comer, voltar a pentear, mas por exemplo, voltar a escrever, ... Mas normalmente é a alimentação, conseguem comer sozinhos, o conseguem vestir-se e despir-se sozinhos, o banho também, ...” (ent.3).*

A partir do que foi referido anteriormente podemos concluir que os capítulos onde se observam valores de prevalência mais significativos dizem respeito ao capítulo 4 Mobilidade e capítulo 5 Auto cuidados.

Assim, no que se refere ao capítulo 4 Mobilidade, as categorias d410 Mudar a posição básica do corpo, d420 Auto-transferências, d440 Utilização de movimentos finos da mão e d465 apresentaram prevalências de 100%, sendo consideradas por todos os elementos da amostra. Valores de prevalência elevados (87,5%) foram observados nas categorias d415 Manter a posição do corpo e d445 Utilização da mão e do braço, pelo que, são aspectos também tidos em conta aquando da avaliação e intervenção.

No que se refere ao Andar e mover-se, nem todos os terapeutas ocupacionais consideram estes aspectos aquando da avaliação e intervenção, nomeadamente as categorias d450 Andar (62,5%), d455 Deslocar-se (75%) e d460 Deslocar-se por diferentes locais (50%). Este facto poderá ficar a dever-se à intervenção em equipa com outros profissionais, nomeadamente fisioterapia, como pode ser observado nas palavras do seguinte entrevistado: “É avaliado no inicio, mas essa parte é em conjunto com a fisioterapia, para percebermos como a pessoa se desloca, se tem capacidade ou não de já fazer uma alteração de um dispositivo, ...” (ent.6) e “Não faço tanto essa avaliação. Há situações que complemento com a ajuda da fisioterapia, há dados que são vistos por ela nesse caso e depois há uma partilha de informação.” (ent.6).

Contrariamente às categorias referidas anteriormente, a categoria d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, foi considerada por todos os entrevistados, que levam

em conta o facto dos utentes que acompanham utilizam algum dispositivo, tal como uma cadeira de rodas ou andarilho, como se apura: “... *quando queremos ver se a mobilidade vai ser enquadrada com um dispositivo electrónico, uma cadeira de rodas, ... a deslocação utilizando algum tipo de equipamento, ou se efectivamente vai ser mais autónomo ou pode recorrer a alguma ajuda técnica, como uma bengala, uma canadiana,..*” (ent.3)

Ainda no capítulo 4 Mobilidade, no que se refere às categorias relativas ao Deslocar-se utilizando transporte, d470 Utilização de transporte (50%) e d475 Conduzir (62,5%), o facto de não serem consideradas por todos os entrevistados poderá ficar a dever-se quer à faixa etária dos utentes que acompanham nas UCCI, quer ao tempo de acompanhamento, dependendo da tipologia onde exercem funções. Esta situação é constatada no seguinte: “*Sim, numa fase mais... nem todos os doentes na nossa unidade são os mais independentes que saem ao fim de 30 dias, porque nem sempre são bem referenciados. Mas, partindo do princípio que no meu caso é uma Convalescença, temos de ver se são doentes que depois vão conseguir andar de transporte público, se vão conseguir voltar a conduzir, isso é sempre contemplado.*” (ent.3) e “*Não, não foco tanto isso. Normalmente os utentes que tenho não têm essa expectativa.*” (ent.8)

Levando em consideração o capítulo 5 Auto cuidados, como já foi referido, é um dos capítulos onde se observam categorias com prevalências mais elevadas. Assim, as categorias d510 Lavar-se, d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção, d550 Comer obtiveram o valor de prevalência 100%, sendo que, a categoria d520 Cuidar de partes do corpo apresentou 87,5%, neste sentido, estas são as categorias mais consideradas no âmbito da avaliação e intervenção pelos terapeutas ocupacionais, no referente aos auto cuidados. Este facto, tal como já foi referido anteriormente, deve-se quer ao que é pretendido através da intervenção da TO com esta população, quer ao que é tido como significativo pelos utentes com os quais intervêm, como pode ser reforçado pela seguinte citação “*Por norma, os auto cuidados mais básicos que eles sentem-se limitados e para eles é uma situação muito frustrante, porque são coisas tão básicas e eles não as conseguem executar. Muitos deles referem, mais na participação, estarem impedidos de frequentar actividades que faziam anteriormente. Mas os auto cuidados são os mais referidos.*” (ent.6)

No que concerne aos restantes capítulos, nomeadamente ao capítulo 1 Aprendizagem e aplicação, que trata da capacidade de aprender, aplicar os conhecimentos adquiridos, pensar, resolver problemas e tomar decisões, (World Health Organization, 1992), neste também se verificaram categorias com valores de prevalência elevados, nomeadamente no que se refere às Experiências sensoriais intencionais, em que a categoria d115 Ouvir obteve o valor de

100% e as categorias d110 Observar e d120 Outras percepções sensoriais intencionais a prevalência de 87,5%. Neste sentido, esta situação pode ficar a dever-se quer ao facto destes serem os pré-requisitos necessários para qualquer aprendizagem, da mais básica à mais complexa e posterior aplicação dos conhecimentos adquiridos, pelo que deverão ser sempre considerados aquando do processo de avaliação e intervenção em CC.

Além deste facto, dependendo da faixa etária, da patologia e da tipologia em questão, estes poderão ser os aspectos passíveis de se avaliar, tal como se pode verificar: *“Em casos mais graves como os da RNCCI da ULDM, aí sim, observo a reacção deles, se respondem ou não aos estímulos auditivos, tácteis, propioceptivos, vibratórios, aí sim. Nos outros casos também, mas nos casos da UMDR as actividades sensoriais sim, mas o que eu noto é que é mais difícil a aprendizagem e aplicação do conhecimento quando há alteração da memória, por exemplo aprender algo de novo, é um corpo que está modificado e que eles têm de se adaptar ao novo funcionamento.”* (ent.2), *“Sim, se não conseguirmos que um doente olhe para nós para imitar algum gesto, algum movimento, ou até mesmo alguma palavra, não conseguem fazer as aquisições básicas de que vamos precisar. O escutar, o observar, o responder activamente e de uma forma coordenada ao que vamos pedindo, o enquadrar aquilo que nós ensinamos ao longo do dia, muitas vezes está afectado....”* (ent.3) e *“Mas lá está muitos dos meus casos já não chegam a essa, não conseguimos chegar a essa fase inicial como é uma população bastante envelhecida.”* (ent.8)

Decorrente do que foi referido acima, as categorias referentes à Aprendizagem básica apresentaram valores de prevalência mais baixos do que seria de esperar. Esta situação poderá ser justificada, pelo facto das características relativas à faixa etária, da patologia e do nível sociocultural que caracteriza os utentes não possibilitarem uma avaliação e intervenção específica neste âmbito. Assim, não será pelo facto de não serem consideradas importantes, mas pelo aspecto de não ser possível atingir os pré-requisitos básicos referentes à capacidade de fazer aprendizagens, mesmo básicas. Este aspecto pode ser constatado nas seguintes transcrições: *“... mas existem muitos utentes que ainda são analfabetos, por isso, às vezes é uma grande lacuna na avaliação e mesmo na intervenção.”* (ent.1), *“... eu às vezes já não chego a nada disso, não é porque não os considere importantes, e que às vezes numa segunda fase não os venha a considerar. Mas normalmente quando eles chegam à Unidade nem sequer chegamos a essa fase.”* (ent.4), *“eles não chegam a nada disso, não é que eu não considere isso importante, mas não faz sentido com a população que temos falar nisso, ou pensar nisso, nunca isso chega a ser um objectivo, devido à faixa etária da população.”* (ent.4) e *“... a maior parte da população são pessoas idosas se bem que agora tenha surgido*

*cada vez mais em pessoas mais novas e que até têm um nível de educação mais ou menos enquanto as pessoas mais idosas... Uma complicação que até tenho ao nível da intervenção são pessoas que são analfabetas e então é um bocado difícil estruturar essa parte de fazer um treino mais cognitivo com elas acaba por ser muito ao nível de situações práticas em que... porque é isso que eles fazem, não os ponho a fazer treino de escrita nem nada disso porque as pessoas não sabem, a população que é atendida lá não justifica esse tipo de intervenção dados os antecedentes deles.” (ent.5)*

Estas citações justificam também os valores de prevalências baixos, nomeadamente nas categorias d140 Aprender a ler (37,5%), d145 Aprender a escrever (50%) e d150 Aprender a calcular (50%).

No que se refere à Aplicação do conhecimento, as categorias d170 Escrever e d175 Resolver problemas apresentaram prevalências de 87,5%, pelo que podemos concluir que são levadas em grande consideração pelos terapeutas ocupacionais nas UCCI. Relativamente à categoria d170 Escrever, os terapeutas ocupacionais referiram que esta é um dos aspectos mais referido como importante para a população mais jovem que acompanham nas UCCI, tal como se constata: “... a leitura e a escrita são duas situações, mais na população jovem, eles sentem muita falta de voltar a ter essas capacidades...” (ent.3)

Relativamente à categoria d175 Resolver Problemas, este valor de prevalência poderá ficar a dever-se ao facto de a maioria dos terapeutas ocupacionais identificarem este aspecto como deficitário na maioria dos utentes que acompanham, como poderá verificar-se: “... mas depois têm de ser orientados porque não conseguem resolver os problemas deles, ...” (ent.3)

No que se refere ao capítulo 2 Tarefas e exigências gerais, verificaram-se categorias com valores elevados, tais como, a d230 Realizar a rotina diária com a prevalência de 100%, a d210 Realizar uma única tarefa (87,5%) e d220 Realizar tarefas múltiplas (87,5%), sendo estes aspectos tidos em consideração pelos terapeutas ocupacionais a exercer funções nestas UCCI.

No entanto, apesar de ser dado realce a estes factores, há a referência, tal como já foi referido em situações anteriores, que decorrente da faixa etária e da condição nosológica, em muitos dos utentes não é possível realizar a avaliação e intervenção destes itens. Neste sentido, supomos que estes valores de prevalência se devem à importância que estas categorias assumem para os terapeutas ocupacionais, apesar de, não serem passíveis de aplicar em todos os elementos da população que acompanham nas UCCI. Este facto pode ser observado no seguinte: “É assim eu considero todas essas situações importantes, mas nos nossos às vezes é realizar uma tarefa única e tentar chegar às tarefas múltiplas e não saio

*daí.” (ent.4) e “A nível do stress e outras exigências psicológicas talvez não mas a nível de rotina diária e das AVD sim, a nível de tarefas específicas, tarefas complexas ou compostas também. Mas lá está, muitos dos meus casos já não chegam a essa, não conseguimos chegar a essa fase inicial como é uma população bastante envelhecida” (ent.8).*

Seguidamente, no que se refere ao capítulo 3 Comunicação, observamos uma categoria com a prevalência de 100%, incluindo d335 Produzir mensagens não verbais, sendo que esta é tida em consideração por todos os terapeutas ocupacionais entrevistados. Em relação às categorias d310 Comunicar e receber mensagens orais, d315 Comunicar e receber mensagens não verbais, d330 Falar, d345 Escrever mensagens constatamos valores de prevalência de 75%. As categorias onde se observam valores mais baixos de prevalência são a d340 Produzir mensagens usando a linguagem gestual e d355 Discussão, sendo as menos consideradas pelos elementos entrevistados. Esta situação vai de encontro ao que é referido pelos seguintes excertos: *“Sim é contemplado se conseguem e têm a capacidade de perceber uma mensagem e de a comunicar. A parte da linguagem gestual não é explorada, mas as restantes sim são contempladas.” (ent.6), “O da linguagem gestual não porque não tenho formação na área nem nunca surgiu também, mas todas as outras sim, são contempladas.” (ent.6) e “Orais, não verbais e escritas, principalmente. A linguagem gestual, nunca pensamos especificamente na linguagem gestual, mas acontece regularmente a falar com os afásicos, quer queiramos quer não, acabamos por usar muita gesticulação.” (ent.8)*

No que toca ao capítulo 6 Vida doméstica, verificamos que apenas seis categorias foram consideradas, assim, no que se refere a Aquisição de produtos necessários para viver apenas verificamos a categoria d620 Aquisição de bens e serviços com a prevalência de 62,5%. No que diz respeito ao Trabalho doméstico, verificamos que foram tidas em conta duas categorias com valores de prevalência mais elevados, comparativamente às restantes do presente capítulo. Assim, foi considerada a d630 Preparar refeições (87,5%) e d640 Realizar tarefas domésticas (75%). Em relação a Cuidar dos objectos domésticos e ajudar os outros, foram consideradas as categorias d650 Cuidar do objectos da casa com a prevalência de 75% e d660 Ajudar os outros com o valor de 62,5%.

A selecção destas categorias pelos terapeutas ocupacionais entrevistados poderá ter por base os objectivos dos utentes com quem intervêm e as características dos mesmos, tal como se constata: *“Também é contemplado. Sobretudo e ainda mais quando são clientes que cozinham diariamente.” (ent.2), “Normalmente pensam muito na dependência que têm para aquisição das refeições, se serão capazes, ou de confeccionar, ou de chegar a um alimento simples, como ir à cozinha, cortar uma maçã ou pêra, para conseguirem comer. As senhoras*

*referem muito o cuidar dos filhos, se vão ser capazes de cuidar dos filhos, e de realizar as tarefas domésticas, desde passar a ferro, é como se perdessem essa capacidade, apesar de que hoje em dia está mais homogeneizado, ...” (ent.3) e “Há algum tempo surgiu-me um caso em que a preocupação do senhor era exactamente realizar as suas tarefas domésticas e foi logo tido em conta a importância para ele de readquirir todas essas competências necessárias e aí sim foi valorizado.” (ent.5)*

Relativamente ao capítulo 7 Interações e relacionamentos interpessoais, no que se refere às Interações interpessoais gerais, a categoria com a prevalência mais elevada foi a d710 Interações pessoais básicas com a prevalência de 100%, sendo que, durante o período de internamento nas UCCI a interação com outras pessoas estará mais restrita ao contexto da unidade, onde as oportunidades de interações são mais reduzidas, quer pelo contexto, quer pela condição de saúde que acarreta situações de maior isolamento, pelo que, este aspecto é considerado relevante para os terapeutas ocupacionais entrevistados, tal como pode ser observado no seguinte: “ ... muitos deles isolam-se, entram em períodos de depressão, por isso, eu avalio geralmente a interação que eles têm dentro do Serviço e tentar motivar para a continuação da realização das actividades no meio social em que eles estão inseridos.” (ent.1), “ ...os utentes chegam lá muito depressivos, muito apáticos e têm dificuldade ao nível da interacção mas depois com incentivo da minha parte e de outros profissionais acabam por se ambientar e de haver ali uma socialização.” (ent.5) e “Estão contempladas e estão avaliadas, encontram-se aqui alguns défices de pessoas com dificuldade de interacção com os outros, talvez muitas porque já viviam isoladamente e perderam um bocado os laços, chegam cá e até lhes custa um bocadinho estar na comunidade e em contacto com outros doentes quando nós lhes propomos uma actividade mais de grupo elas acabam por ter mais dificuldade nas relações sociais entre uns e outros mas com o tempo elas acabam por se adaptar e até gostar.” (ent.7)

Assim, como já foi referido, e de acordo com o que é referido por Grill, Lipp, Boldt & Stucki (2005), o período de internamento restringe o contacto e os relacionamentos, pelo que, no caso dos Relacionamentos interpessoais particulares a categoria onde se observa a prevalência mais elevada é a d760 Relacionamentos familiares com valor de 100%. Este facto poderá ficar a dever-se a que a interação com outras pessoas estará mais restrita ao contexto da unidade, pelo que, neste período as interações mais frequentes serão as familiares, elementos importantes no processo terapêutico. Esta situação está patente no seguinte: “...e a envolver também a família no próprio processo de reabilitação.” (ent.4), “A parte familiar sim, porque nos interessa saber a forma como as coisas estão a funcionar com a família, isso

*sim é contemplado logo numa fase inicial.” (ent.6) e “ ... da experiência que eu tenho há alguns casos em que é importante tentar gerir a relação, principalmente com a família mais próxima, que às vezes não, a relação entre eles, devido à doença, acaba por amargar um bocado ...” (ent.8)*

No que respeita às Áreas principais da Vida, capítulo 8, verificamos que a categoria d850 Trabalho remunerado foi considerada, mas com uma prevalência muito diminuta, 37,2%. Este facto poderá ficar a dever-se à faixa etária elevada que caracteriza a maioria dos utentes internados nestas UCCI, tal como nos é possível constatar por dados constantes no Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da RNCCI (2009), a maioria dos utentes referenciados na Rede tem mais de 65 anos (85%). Esta situação é possível rever-se no seguinte: *“O trabalho e emprego principalmente. As outras áreas também são tidas em conta mas também depende da idade dos utentes.” (ent.1), “Não faz sentido, na nossa população falar disso.” (ent.4), “ É assim, eu contemplo quando há necessidade disso, dado que a nossa faixa etária, a nossa população tem uma faixa etária que já está toda dos 70 para cima, já são todos reformados.” (ent.7) e “Não, não posso, não faz parte das minhas funções nem tenho população em que se aplique.” (ent.8)*

No entanto, verificamos também citações de terapeutas ocupacionais que referem que, nas suas UCCI intervêm com população cada vez mais jovem, pelo que, começa a ser importante considerar aspectos relacionados com a actividade laboral, sendo que a população com idade abaixo dos 65 anos corresponde a 15% do total (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2009). Este aspecto pode ser revisto no seguinte: *“Para o trabalho, nos casos de pessoas que ainda estão inseridas no mundo de trabalho porque cada vez mais temos utentes com idade mais jovem, aí sim.” (ent.5)*

Relativamente ao capítulo 9 Vida comunitária, social e cívica, verificamos que a categoria com maior valor de prevalência foi a d920 Recreação e lazer com 87,5%, seguindo-se a d910 Vida comunitária com o valor de 75%. Presumimos que estes valores se devem ao facto dos terapeutas ocupacionais entrevistados considerarem importante os aspectos relacionados com as actividades de lazer e o retorno à participação social, no sentido de se manterem activos e integrados, o que favorecerá o processo terapêutico. Isto pode ser constatado no seguinte: *“Se a pessoa continua a ter alguma participação na comunidade, se tinha um grupo de amigos, se continua a sair com os amigos, se participava na catequese, se continua ou não a ir à catequese, se continua a realizar voluntariado, se continua, digamos assim, a realizar as tarefas que fazia. Ou então se não o faz, porque é que não o faz e vamos incentivar para. Por isso, à partida sim, são sempre avaliadas.” (ent.1), “ ...pedimos à*

*peessoa para tentar manter os relacionamentos e a actividade de lazer que goste, seja ler, seja tratar dos pombos, vemos se tem capacidade para manter o controlo e a gestão dessa actividade de lazer.” (ent.3) e “É-nos importante saber como era o funcionamento da pessoa anteriormente, se ela valoriza a parte do lazer, isso é levado em conta logo no inicio, quais as actividades que lhe interessavam, perceber até que ponto está limitado para a realização destas actividades, para as poder a voltar a realizar, percebermos o que para eles era significativo.” (ent.6)*

No que se refere ao componente Factores Ambientais, constatamos que no capítulo 1 Produtos e tecnologia, as categorias e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária e e155 Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso privado obtiveram a prevalência de 100%, pelo que, são os considerados como mais relevantes pelos terapeutas ocupacionais nas UCCI, tal como pode observar-se no seguinte: *“... tentar perceber o que é que, em termos ambientais, ou num contexto, influencia o desempenho da pessoa, e então nesse paralelismo tentar recomendar algumas tecnologias de apoio, alguma alteração ambiental, mesmo no hospital muitas vezes, ...” (ent.1).*

Nas restantes categorias deste capítulo, e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores (75%), e125 Produtos e tecnologias para a comunicação (50%), e140 Produtos e tecnologias para a cultura, actividades recreativas e desportivas (50%), e135 Produtos e tecnologias para o trabalho (37,5%), e145 Produtos e tecnologias para a prática religiosa e espiritualidade (37,5%), e150 Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público (37,5%), observamos valores de prevalência mais baixos. Esta situação pode ficar a dever-se ao facto de nas UCCI onde exercem funções não lhes ser solicitada a intervenção a esse nível, tal como se constatado no seguinte: *“não interfiro em nenhum desses pontos nem faz parte da minha avaliação nem da minha intervenção, eventualmente se achar que posso interferir e posso ajudar em algum ponto faço mas por iniciativa própria não me é exigido nenhum desses pontos.” (ent.8)*

Julgamos ainda que o factor económico restringe o acesso e aquisição dos Produtos e tecnologia, aspecto que foi sinalizado pelos entrevistados: *“também as próprias condições sócio-económicas, porque às vezes nós queremos fazer um enquadramento correcto de certas estratégias mas sabemos que em termos de contexto, em casa, as pessoa não tem possibilidades para adquirir” (ent.3).*

No entanto, outra situação focada pelos entrevistados, diz respeito ao facto da população portuguesa não estar aberta nem aceitar a utilização de produtos e tecnologias adaptados, justificando-se com o factor económico, sendo este aspecto descrito pelo seguinte: *“acho que a população portuguesa tem muita dificuldade em aceitar ajudas técnicas ou sistemas de compensação, falando generalizadamente. Maioritariamente dizem que é por uma questão económica, mas não acredito, muitas vezes não querem aceitar utilizar e acabam por preferir ser dependentes de terceiros, do que fazer aquisição, ou por rejeição social, ou por vergonha, ou porque desconhecem que efectivamente aquilo vai-lhes melhorar porque se vão sentir mais independentes dos outros. Tentamos sempre depois do treino a aconselhar os doentes a comprar.”* (ent.3)

No que se refere ao capítulo 3 Apoio e Relacionamentos, as categorias e310 Família próxima e e355 Profissionais de saúde reuniram valores de prevalência de 100%. Valores de prevalência de 87,5% foram observados nas categorias e320 Amigos e e360 Outros profissionais. Assim, podemos verificar que a família próxima, os profissionais de saúde, amigos e outros profissionais, durante o internamento em UCCI, são quem mais de perto acompanha os utentes. Esta situação está patente no seguinte: *“Isso está muito presente, porque em quase todos os clientes intervenho também com os familiares ou com os cuidadores mais próximos, que nem sempre é a família, mas um vizinho, ou apoio que o cliente tiver mais presente...”* (ent.2); *“Normalmente é questionado ao doente quando sair da unidade quem prevê que o irá ajudar, normalmente é dirigido mais pelo familiar. Caso não tenha familiar ou amigo que indique como a pessoa que o vai ajudar o serviço social tenta sempre enquadrar na comunidade, num lar ou centro de dia.”* (ent.3)

As categorias respeitantes ao capítulo 4 Atitudes, reuniram valores de prevalência baixos, entre os 37,5% e os 50%, pelo que concluímos que não são levadas em elevada consideração pelos elementos entrevistados. Uma das justificações poderá ser o horário em que os terapeutas ocupacionais exercem funções nas UCCI, que não se coadunam com os horários das visitas, facto que inibe o contacto com os familiares ou outros cuidadores, tal como se observa no seguinte: *“eu não estou num horário em que consiga estar com as famílias portanto à partida não vai ser avaliado. Se encontrar por exemplo um familiar aí sim, pergunto, questiono, é um factor que tenho em atenção. Mas geralmente não existe essa possibilidade para avaliar.”* (ent.1)

No que se refere ao capítulo 5, Serviços, Sistemas e políticas, verificamos prevalências igualmente baixas, sendo que a categoria e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com

a saúde destacou-se assumiu o valor mais elevado, comparativamente com as restantes, no entanto, ficou-se por 62,5%. Estes valores reduzidos podem justificar-se pelo facto de nas UCCI onde exercem funções não serem solicitados a isso, tal como se revê no seguinte: “... não interfiro em nenhum desses pontos nem faz parte da minha avaliação nem da minha intervenção, eventualmente se achar que posso interferir e posso ajudar em algum ponto faço mas por iniciativa própria não me é exigido nenhum desses pontos.” (ent.8)

Outra situação patente nas palavras dos entrevistados e que poderá justificar os baixos valores de prevalências deve-se ao facto do trabalho em equipa que se opera em algumas UCCI, pelo que, ou é uma intervenção global ou é chamado a intervir em cada situação o elemento que mais conhecimento tem nesse âmbito, tal como se constata: “Normalmente essas áreas são todas abrangidas, mas num trabalho global da equipa toda. Aquilo que nós, como terapeutas ocupacionais vemos mais é a capacidade de acesso a esses meios e a esses sistemas, se consegue aceder a um meio de transporte, se consegue aceder a casa, à igreja, ou à instituição de culto onde se desloca, tudo o que lhe permita aceder e utilizar esses sistemas.” (ent.3), “Normalmente não mobilizo nenhum tipo desses serviços. Por vezes, caso haja necessidade de algum tipo de apoio da parte social, solicitamos a ajuda da nossa assistente social, até para adquirir algum tipo de material que possa ser benéfico para o doente, mas recorremos a ela e não propriamente como uma avaliação não, é durante o processo se sentirmos alguma necessidade a esse nível, de resto não considero mais nada.” (ent.6); “São, mas serão depois, muitos pontos depois tratados pela área da assistente social, não são tratados por mim, mas se eu acho ou se eu notar alguma coisa claro que eu reencaminho para os membros da equipa mais dotados para resolver esse tipo de problemas.” (ent.7) e “Nesse ponto às vezes pedem-me a... principalmente ao nível da Segurança Social e quando eles vão ter alta que se possa ver isso ou não, mas só em casos pontuais.” (ent.8)

Esta diversidade de categorias prende-se com a multiplicidade de condições patológicas que são referenciadas para UCCI, nomeadamente de foro neurológico, sendo que, os AVE são a condição nosológica mais comumente acompanhada pelos terapeutas ocupacionais entrevistados, tal como pode ser constatado nas seguintes citações: “Porque a maioria dos meus doentes são AVE, ...” (ent.1); “Tenho muitos AVE neste momento, ...” (ent.2).

Esta situação vai de encontro ao que é referido no Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no

1º Semestre de 2009, em que se verifica que a patologia cardiovascular, em particular a doença vascular cerebral aguda entre as quais o AVE, constituiu o diagnóstico presente no maior número de utentes referenciados, com um total de 41%.

No caso dos utentes com patologias neurológicas, as funções cognitivas, neuromusculares, de movimento e comunicação são as mais comumente afectadas. Tomando por exemplo o AVE, este poderá acarretar comprometimento ao nível cognitivo, entre outros, défices em focar e manter a atenção, alterações de memória e de linguagem, défices motores e sensoriais o que condicionam limitações na execução de actividades, nomeadamente nas AVD. Os utentes poderão também padecer de distúrbios psiquiátricos, tal como, depressão pós-AVE. Neste sentido, as categorias que encontramos com as prevalências mais elevadas em cada componente são consistentes com as manifestações clínicas decorrentes do AVE (Grill, Huber & Stucki, 2005; Grill, Lipp, Boldt, Stucki & Koenig, 2005).

Outro aspecto que nos parece que poderá concorrer para a multiplicidade de categorias às quais chegamos poderá ficar a dever-se às características particulares de cada tipologia das UCCI, quer sejam ao nível de objectivos de intervenção, que variam consoante a Unidade, quer ao nível de duração de internamento.

Assim, os utentes referenciados para uma UC, cujo período de internamento é até 30 dias, encontram-se em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação. No caso das UMDR, cujo período de internamento não ultrapassa os 90 dias, visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico. Finalmente para as ULDM são referenciados indivíduos com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio, sendo proporcionados cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Neste sentido, podemos verificar, tendo por base esta breve descrição, que para cada tipologia serão referenciados utentes com características diferentes, pelo que, tendo por base este facto, é-nos possível referir que a selecção de determinadas categorias se deve, não ao facto de não serem consideradas significativas pelos terapeutas ocupacionais entrevistados, mas sim pelo facto de não terem aplicabilidade na população atendida na UCCI onde

trabalham, tal como se constata nos seguintes trechos de um dos elementos da amostra que exerce funções em ULDM: *“Eu às vezes já não chego a nada disso, não é porque não os considere importantes, e que às vezes numa segunda fase não os venha a considerar. Mas normalmente quando eles chegam à Unidade nem sequer chegamos a essa fase.”* e *“eles não chegam a nada disso, não é que eu não considere isso importante, mas não faz sentido com a população que temos falar nisso, ou pensar nisso”* (ent.4)

Verificamos também que determinadas categorias apresentavam valores de prevalência mais baixos, tal como aconteceu, por exemplo, nas categorias respeitantes ao capítulo 3 das Funções da voz e da fala do componente Funções do Corpo e no capítulo 4 Mobilidade do componente Actividades e Participação, no referente ao Andar e mover-se, podendo esta situação explicar-se pelo que é referido por Nogueira (2009). Em relação ao trabalho em equipa e à transdisciplinaridade são tidos como valores chave da RNCCI, para poder assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados, pelo que, apesar dos terapeutas ocupacionais considerarem esses aspectos relevantes, assumem que são os elementos da equipa mais *“expert”* nessas áreas que avaliam esses pontos, sendo essa informação obtida a partir deles, seguindo as suas orientações. Este aspecto é reforçado pelo seguinte: *“São, mas serão depois, muitos pontos depois tratados pela área da assistente social, não são tratados por mim, mas se eu acho ou se eu notar alguma coisa claro que eu reencaminho para os membros da equipa mais dotados para resolver esse tipo de problemas.”* (ent.7)

Neste sentido, são várias as citações em que revemos a importância e a realização de trabalho em equipa pelos elementos entrevistados, o que vai ao encontro ao que é redigido por Nogueira (2009). Assim, é fulcral que na prática da reabilitação, nomeadamente, no trabalho desenvolvido por equipas multidisciplinares, tais como as que trabalham nas UCCI, a troca de conhecimento e o acesso à informação dos vários profissionais seja constante, tal como se recorda no seguinte: *“Geralmente recorro à equipe de enfermagem e ao médico, mesmo à própria ficha pessoal e clínica do doente para saber.”* (ent.1)

Desta feita, todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados em UCCI devem comunicar entre si factos relativos ao estado de saúde, objectivos de intervenção e necessidades dos utentes, assim como, quando os utentes são referenciados para outros locais, tal como foi referido pelo entrevistado: *“Também se for preciso, por exemplo se o doente for transferido para outra unidade o telefonarmos para dizermos como está o caso e enviarmos os relatórios.”* (ent.3) Esta comunicação entre profissionais de diferentes áreas implica que todos possuam conhecimento e partilhem uma linguagem comum que seja transversal a todas

as áreas profissionais, situação facilitada pela CIF (Stucki, Üstün & Melvin, 2005; Ustün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Na literatura são focados vários aspectos onde a CIF pode ser aplicada, nos quais se inclui a avaliação funcional para o planeamento do tratamento, avaliação da eficácia de dispositivos de apoio, avaliação de resultados de tratamentos e de programas de intervenção de terapia da fala e de terapia ocupacional, sendo que, no caso da TO, a CIF poderá proporcionar uma estruturação global da prática clínica e de investigação (Ustün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

No seguimento do exposto acima, existem referências relativamente a estudos que exploram as ligações efectuadas entre os conceitos da CIF e os modelos conceptuais da TO (Imms, 2006; Stamm, 2005). Neste sentido, segundo Stamm (2005), a um nível teórico, existem fortes conexões conceptuais entre a CIF e os modelos da TO, pelo que, os terapeutas ocupacionais têm vindo a ser instigados a construir e comunicar o seu conhecimento e a sua prática recorrendo à linguagem da CIF.

No entanto, é importante referirmos que nos deparamos com unidades de significado que traduziam expressões particulares da linguagem da TO que não foram passíveis de ligar à categoria da CIF mais adequada, pela sua especificidade, sendo estas assinaladas como “Não Definível” (ND) (Cieza et al., 2005), tal como se pode constatar pelos seguintes trechos: “... *mas grande parte deles já está na reforma e procuro saber o que faziam, se tinham uma vida activa, que actividades significativas faziam, durante esse período, mais nesse sentido.*” (ent.2) e “*São as AVD, trabalhar com eles, actividades de integração sensorial, actividades de terapia de reminiscência, actividades psicomotoras, actividades de orientação da realidade, actividades de integração sensorial,...*” (ent.7)

Assim, esta impossibilidade de ligar unidades de significado que traduzem expressões particulares da TO à CIF, vai de encontro ao referido por Haglund & Henriksson (2003), que salvaguardam que o quadro conceptual da CIF foi desenvolvido para ser utilizado e facilitar a comunicação entre diferentes profissões, pelo que, os terapeutas ocupacionais devem recorrer e usar a terminologia da classificação sempre que a mesma seja adequada para a sua avaliação e intervenção. No entanto, a terminologia desta classificação deve ser utilizada como adjuvante à terminologia da TO, uma vez que é por si só, a sua utilização isolada se torna insuficiente para nos referirmos a conceitos particulares da profissão.

Há também a salientar que, como já foi referido, nem todos os terapeutas ocupacionais estão familiarizados com os termos técnicos da CIF. Este facto reflectiu-se aquando da revisão pelos participantes, quando lhes foram fornecidos os resultados da análise de conteúdo

efectuada nas entrevistas, para que fosse verificado se as interpretações reflectiam de facto as suas ideias. Neste sentido, alguns dos entrevistados referiram que, após leitura da análise de conteúdo, excluiriam categorias que, aquando da realização da entrevista, tinham referido como relevantes e com aplicabilidade no processo de avaliação e intervenção.

No entanto, este facto não trouxe repercussões na análise efectuada, na medida em que as categorias que referiram como não consideradas, posteriormente à revisão, não apresentavam um valor de prevalência igual ou superior a 37,5%, o que veio reforçar o não serem consideradas como relevantes para a prática da TO em UCCI.

Este trabalho de investigação, tal como sucede em qualquer investigação de cariz qualitativo, comporta algumas limitações que se relacionam com o grupo estudado seleccionado e os processos empregues para a análise dos dados.

Assim, consideram-se como principais limitações as características do grupo estudado, na medida em que se tornou necessário restringi-lo devido a limitações cronológicas para a realização do trabalho. Desta forma, foram seleccionados oito terapeutas ocupacionais que exercem funções em UCCI da zona Norte.

Outro aspecto prende-se com a subjectividade inerente à análise de conteúdo das entrevistas. Embora se tenha realizado a revisão por pares e pelos participantes, de forma a se alcançar um resultado mais fidedigno e uma compreensão mais completa do que se pretende estudar, não se pode garantir que foi suficiente para eliminar completamente a subjectividade inerente à análise realizada.

Outro aspecto que pode ser limitador para este trabalho é o facto de existirem poucos estudos com relevância científica no âmbito dos CC e da CIF, pelo que, não foi possível encontrar dados que fossem de encontro e comprovassem alguns aspectos que nos pareceram importantes e significativos para o estudo em questão, e que foram referenciados no decorrer das entrevistas realizadas com os terapeutas ocupacionais que compõem o nosso grupo estudado. Este facto vai de encontro ao exposto por vários autores que referem que as recomendações da OMS (2001) para a utilização da CIF são tão recentes, remontando as referências mais antigas ao ano de publicação da classificação. Este aspecto parece justificar o facto de existirem ainda poucos artigos publicados, com relevância científica, neste âmbito (Bruyère, VanLooy & Peterson, 2005; Reed et al., 2005).

## **Conclusões**

A sociedade actual caracteriza-se pelas alterações das realidades sociais e epidemiológicas, que associadas ao progressivo envelhecimento populacional conduziram a insuficiências dos Sistemas Social e de Saúde ao nível da adequação dos cuidados necessários nas situações de dependência numa sociedade em mudança (Rede de Cuidados Continuados Integrados, 2008).

Neste contexto foi criada a RNCCI, constituindo-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia com o objectivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Assim, a prestação de cuidados prevista na RNCCI, por equipas multidisciplinares, tem por principais objectivos a promoção da qualidade de vida, com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e na participação dos utentes e famílias (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados nova resposta no sistema de saúde, 2008; Unidade de Missão para Os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

As equipas multidisciplinares das UCCI são constituídas por diferentes profissionais que, conjuntamente, fornecem uma perspectiva holística da saúde e funcionalidade dos utentes, pelo que, se torna importante o acesso a um quadro conceptual que lhes facilite a clarificação do foco e a perspectiva dos diferentes profissionais que as compõem, uma vez que, é importante que os diferentes profissionais estejam familiarizados com a perspectiva e objectivos dos restantes elementos da equipa, promovendo-se, assim, a melhoria e a qualidade da prestação de cuidados (Stamm, 2005).

Na equipa actuante na RNCCI está integrado o profissional de TO que, em articulação com os restantes membros, implementa procedimentos promotores e facilitadores da recuperação de capacidades funcionais que conduzam a maior autonomia possível, proporcionando oportunidades que promovam um melhor desempenho do indivíduo em Actividades Significativas (Youngstrom, 2002; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Neste âmbito, a publicação da CIF, tornou-se um marco de referência para a medicina e para a sociedade, por proporcionar uma classificação de funcionalidade e saúde na reabilitação, assim como uma estrutura e linguagem comum para todas as áreas da saúde também acessível aos utentes. Assim, o uso da CIF enquanto modelo conceptual, poderá

constituir-se como importante elemento de enquadramento do processo de avaliação e de intervenção subjacentes à prestação de serviços na reabilitação (Stamm, 2005; Stucki et al., 2002; Stucki, Ewert & Cieza, 2002; World Health Organization, 1947; Stucki & Grimby, 2004).

No entanto, deparamo-nos com o facto de na sua versão original, a CIF compreende mais de 1500 categorias, pelo que o maior desafio se coloca na viabilidade da sua utilização (Cieza, et al., 2002).

Assim, este estudo pretendeu ser um primeiro passo para a identificação das categorias da CIF mais relevantes para os terapeutas ocupacionais que exercem funções em UCCI, para a criação de um futuro *Core Set* em CC. Não pretende constituir um *Core Set*, mas sim perceber apenas na óptica dos terapeutas ocupacionais, quais os itens da CIF mais significativos na abordagem aos utilizadores dos serviços dos CC.

O objectivo da criação de um *Core Set* passa pela selecção de um conjunto de categorias a partir da totalidade da classificação que sirvam como standards mínimos para a avaliação, elaboração de relatórios de funcionalidade e de saúde para a utilização em estudos e encontros clínicos, ou como modelos para a avaliação global interdisciplinar (Cieza & Stucki, 2009; Stucki & Grimby, 2004).

No caso do presente estudo, pensamos que a criação de um *Core Set* facilitaria, tal como refere Stucki et al. (2005), a comunicação entre os profissionais que compõem as equipas das UCCI, nomeadamente, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, bem como, promoveria um conhecimento mais real e abrangente das necessidades do paciente ao nível melhorando os cuidados prestados nas mesmas, assim, como facilitaria a transmissão da informação relevante, aquando da transferência para outra UCCI ou da alta, aquando do encaminhamento para serviços de ambulatório e/ou comunitários.

Consideramos pertinente salvaguardar, tal como referem Haglund & Henriksson (2003), que o quadro conceptual da CIF, desenvolvido para facilitar a comunicação entre diferentes áreas profissionais, deve ser utilizado como adjuvante à terminologia específica e particular da TO, podendo ser uma oportunidade para os terapeutas ocupacionais utilizarem uma linguagem global para descrever a sua área de especialidade a uma comunidade vasta.

Com a realização deste estudo, tomando por base dados recolhidos aquando da auscultação inicial dos dados demográficos, foi-nos possível reconhecer que os terapeutas ocupacionais não estão familiarizados com os termos técnicos da CIF, nem utilizam esta

classificação na prática clínica diária nas UCCI. A constatação deste facto foi reforçada pela necessidade de introduzir questões, não previstas no guião inicial da entrevista semi-estruturada, no sentido de clarificar os termos técnicos da CIF, assim como, teve também reflexos aquando da revisão pelos participantes, uma vez que alguns referiram que, após a leitura da análise das entrevistas e da ligação dos conceitos significativos às categorias da CIF, excluíam categorias que tinham considerado como relevantes aquando da realização da entrevista.

Neste sentido, a participação neste trabalho, permitiu aos terapeutas ocupacionais entrevistados a tomada de consciência da abrangência, assim como, da adequabilidade da CIF para a área da TO, mais especificamente no exercício das funções nas UCCI.

Outro aspecto com o qual nos deparamos, prende-se com o facto das diferentes tipologias de UCCI nas quais os terapeutas ocupacionais entrevistados exercem funções, UC, UMDR e ULDM, tal como vem descrito no Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, apresentar especificidades próprias, nomeadamente ao nível das características sócio-demográficas e patológicas da população para elas referenciada. Este facto pareceu-nos que teve relevância aquando da selecção das categorias mais relevantes da CIF pelos entrevistados, na medida em que, muitos deles, referiram que não consideravam algumas categorias, não por não as reconhecerem como importantes, mas por entenderem não ter aplicabilidade na sua população, sendo que, o factor faixa etária avançada foi várias vezes focado.

Outro aspecto que nos pareceu influir nos resultados do nosso estudo refere-se à multiplicidade de condições patológicas referenciadas para as UCCI. Assim, tomando por base o Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no 1º Semestre de 2009, verificamos que a patologia cardíaco-vascular, em particular o AVE, constituiu o diagnóstico presente no maior número de utentes referenciados, seguindo-se fractura do colo do fémur começando também a Diabetes Mellitus a ocupar um número significativo (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2009). Este facto esteve patente no discurso dos entrevistados, na medida em que referiram o AVE como sendo o diagnóstico mais frequente nos utentes que acompanham, pelo que, esta condição nosológica acarreta comprometimento ao nível cognitivo, défices motores e sensoriais que condicionam limitações na execução de actividades, nomeadamente nas AVD, assim como, distúrbios psiquiátricos, tal como, depressão pós-AVE (Grill, Huber & Stucki, 2005; Grill, Lipp, Boldt, Stucki & Koening, 2005).

Neste sentido, as categorias que encontramos com as prevalências mais elevadas em cada componente são consistentes com as manifestações clínicas decorrentes do AVE, pelo que, seria também pertinente considerar a utilização de *Core Sets* específicos para esta patologia, dada a sua prevalência nas UCCI (Geyh et al., 2004).

Um dos aspectos distintivos da CIF comparativamente à classificação anterior, considerada como classificação de “consequência da doença”, refere-se ao facto de ter sido elaborada segundo o modelo biopsicossocial que tem por objectivo o entendimento da saúde e estados relacionados com a saúde, segundo uma perspectiva holística, multidimensional e multidisciplinar. Segundo este modelo, a capacidade do indivíduo se envolver em actividades e participar na sociedade determina a funcionalidade, assim como, o grau de incapacidade (Stamm, 2005; Stucki, Ewert & Cieza, 2002; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Neste sentido, a CIF é baseada numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Na avaliação de uma pessoa com deficiência, este modelo destaca-se do tradicional modelo médico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as dimensões médica, a psicológica e a social no qual cada um age sobre e sofre a influência dos restantes, sendo todos influenciados pelos factores ambientais (Stamm, 2005; Stucki, Ewert & Cieza, 2002; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek & Schneider, 2003).

Este aspecto, contrariamente ao descrito na bibliografia consultada, não foi focado pelos terapeutas ocupacionais entrevistados, como nos foi possível rever nas categorias referentes ao componente Factores Ambientais, com baixos níveis de prevalência. Explicações para esta situação revêm-se em citações dos terapeutas ocupacionais entrevistados, que pareceram explicar o sucedido, nomeadamente o facto de nas UCCI onde exercem funções não lhes ser solicitada a intervenção a nível dos Factores Ambientais, associado ao aspecto da população portuguesa não estar aberta nem aceitar a utilização de produtos e tecnologias adaptadas, justificando-se com o factor económico como limitador do acesso e da aquisição dos mesmos.

O reconhecimento do papel central do meio ambiente no estado funcional dos indivíduos, agindo como barreira ou facilitadores no desempenho das suas actividades e na participação social, mudou foco do problema da natureza biológica individual da redução ou perda de uma Função ou Estrutura do corpo, para a interacção entre a disfunção apresentada e o contexto ambiental onde os indivíduos se inserem (Farias & Buchalla, 2005).

Assim, tendo por base o que foi referido por Farias & Buchalla (2005), consideramos pertinente que o modelo da CIF seja investigado nas suas dimensões sociais, políticas e culturais, sendo que, será mais adequado à medida que for utilizado por um maior número de profissionais, em locais diversos e a partir de pessoas e realidades diferentes.

A partir deste facto, consideramos que a realização de futuros estudos no âmbito da CIF e dos CC possibilitarão uma melhor compreensão da funcionalidade, incapacidade e da saúde dos utentes referenciados para as UCCI. A implementação na prática da CIF através dos *Core Sets* irá contribuir para o aumento do reconhecimento das necessidades de reabilitação dos utentes, a uma melhor prestação de cuidados de reabilitação e à prevenção de estados de incapacidade nos utentes que integram as UCCI.

Não podemos deixar de salientar o que já foi referido acerca das características específicas de cada tipologia das UCCI onde os terapeutas ocupacionais exercem funções. Esta situação levou-nos a pensar no facto de, no futuro, se proceder à criação de um *Core Set* geral para as diferentes tipologias das UCCI, ou se seria pertinente a delineação de um *Core Set* para cada uma das tipologias, tendo por base as especificidades de cada uma, pelo que seria pertinente também a realização de futuros estudos com o objectivo de se averiguarem as características nosológicas atendidas em cada uma delas, assim como, a faixa etária mais prevalente e se há variabilidade ao nível do género, no sentido de se efectuar uma caracterização aprofundada dos utentes que são encaminhados para cada das tipologias das UCCI.

## Referências Bibliográficas

- AOTA. (2002). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process*. Inc. Bethesda, Maryland
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70, Lta.
- Battistella, L. R., & Brito, C. M. M. (2002). Tendência e Reflexões: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica*, 9 (2): 98-101.
- Bruyère, S., VanLooy, S., & Peterson, D. (2005). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Contemporary literature overview. *Rehabilitation Psychology*, 50 (2).
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a auto - aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, J., & Mota, J. (1999). Actas do seminário – *A qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.
- Cieza, A. et al. (2002). Linking health-status measurements to the International Classification of Functioning Disability and Health. *J Rehabil Med*, 34 (5), 205- 210.
- Cieza, A. et al. (2004). Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*, 44, 9-11.
- Cieza, A., & Stucki, G. (2009). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A Basis for multidisciplinary clinical practice. American College of Rheumatology. In *Clinical Care in the Rheumatic Diseases, 3rd Edition*, 79-88.
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, B., & Stucki, G. (2005). ICF Linking Rules: An update based on lessons learned. *J Rehabil Med*, 37, 212-218

- Constantino, J.M., Gaya, A., & Marques A. (1993). *Physical Activity and Health in the Elderly*. Proceedings of the 1<sup>st</sup> Conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity): Oeiras.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and research design*. London UK: Sage Publications.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República n.º 109/06 - I Série A*.
- De Ketele, J., & Roegiers, X. (1993). *Metodologia da Recolha de Dados. Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Eurostat. *Key Data on Health 2000*. Luxembourg: European Commission.
- Farias, N., & Buchalla, C. M. (2005). A Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 8 (2), 187-193.
- Geyh, S. et al. (2004). ICF Core Sets for Stroke. *J Rehabil Med*, 44, 135-141.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O inquérito. Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gómez, G. et al. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Archidona: Ediciones Aljibe.
- Green, J., & Thorogood., N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage Publications.
- Grill, E., Huber, E. O., Stucki, G., Herceg, M., Fialka-Moser, V., Quittan, M. (2005). Identification of relevant ICF categories by patients in the acute hospital. *Disability and Rehabilitation*, 27 (7/8), 447-458.

- Grill, E., Lipp, B., Boldt, C., Stucki, G. (2005). Identification of relevant ICF categories by patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 27 (7/8), 459-465.
- Grill, E., Quittan, M., Huber, E.O., Boldt, C., Stucki, G. (2005). Identification of relevant ICF categories by health professionals in the acute hospital. *Disability and Rehabilitation*, 27 (7/8), 437-445.
- Haglund, L., & Henriksson, C. (2003). Concepts in occupational therapy in relation to the ICF. *Occupational Therapy International*, 10 (4): 253-268.
- Halbertsma, J. (1995). The ICIDH: health problems in a medical and social perspective. *Disability and Rehabilitation*, 17 (3/4), 128-34 (8).
- Hammell, K. W., Carpenter, C., & Dyck, I. (2000). *Using Qualitative Research. A Practical Introduction for Occupational and Physical Therapists*. Churchill Livingstone.
- Imms, C. (2006). The International Classification of Functioning, Disability and Health: They're talking our language. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 53, 65-56.
- Instituto Nacional de Estatística. Portugal. Censos 2001. Projeções de População Residente, segundo o sexo e grandes grupos etários, Portugal e NUTS III, 2000-2050, CENÁRIO BASE.
- Karlsson, G. (1995). *Psychological Qualitative Research from a Phenomenological Perspective*. Stockholm: Almqvist & Wiskell International.
- Kvale, S. (1996). *Interviews - An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. California: Sage.
- Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (3<sup>a</sup> ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lessard, M. et al. (2005). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

- McIntyre, A., & Tempest, S. (2007). Disease specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): two steps forward and one step back?. *Disability and Rehabilitation*, 29 (18): 1475-1479.
- McLaughlan, J. (2001). Discussion of the ICIDH-2 in relation to Occupational Therapy and Occupational Science. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8 (1): 19-30.
- McMillan, J. & Schumacher, S. (2009). *Research in Education*. New Jersey: Pearson.
- Merriam, S.B. (1998). *Qualitative Research and Case Study Applications in Education. Revised and Expanded from Case Study Research in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Meyer, A. (1977). The philosophy of occupation therapy. Reprinted from the Archives of Occupational Therapy, Volume 1, pp. 1-10, 1922. *American Journal of Occupational Therapy*, 31(10): 639-642.
- Minayo, M.S. (1994). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Ministério da Saúde. (2009). *Portal ARS Norte*. Mapa RNCCI.
- Moreira, C.D. (1994). *Planeamento e estratégias da investigação social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências sociais e Políticas.
- Nelson, D. L. (1996). Therapeutic Occupation: A Definition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 50 (10) 775-782.
- Nogueira, J. M. A. (2009). *Cuidados Continuados – Desafios*. Acedido em 10 de Outubro de 2009, from [http://www.rncci.minsaude.pt/download\\_files/cuidados\\_continuados\\_desafios\\_final.pdf](http://www.rncci.minsaude.pt/download_files/cuidados_continuados_desafios_final.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods (3<sup>rd</sup> ed)*. Thousand Oak: Sage Publications.
- Paúl, M.C., & Fonseca, A. M., (2006). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores
- Quivy, R., Campenhoud, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais (2<sup>a</sup> Edição)*. Gradiva – Publicações, Lda.
- Rede de Cuidados Continuados Integrados*. (2008). Acedido em 10 de Outubro de 2009, from <http://www.rncci.min-saude.pt>.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados nova resposta no sistema de saúde* (2008). Acedido em 10 de Outubro de 2009, from <http://www.rncci.minsaude.pt>.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no 1<sup>o</sup> Semestre de 2009*. Acedido em 10 de Outubro de 2009, from <http://www.rncci.min-saude.pt>.
- Reed, G. et al. (2005). Operationalizing the international classification of functioning, disability and health in clinical settings. *Rehabilitation Psychology*, 50, 122-131.
- Reed, K. L., & Sanderson, S. N. (1999). *Concepts of Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Santos, P. (2000). *A depressão no idoso. Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Stamm, T. A. (2005). Conceptualizing the patient perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München*. Acedido em 3 de Dezembro de 2009, from [http://edoc.ub.unimuenchen.de/3937/1/Stamm\\_Tanja.pdf](http://edoc.ub.unimuenchen.de/3937/1/Stamm_Tanja.pdf).

- Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Konstanjek, N., Chatterji, S., & Üstün, T. B. (2002). Application on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*, 24 (5), 281-282.
- Stucki, G., Ewert, T. & Cieza, A. (2002). Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation*, 24 (17), 932-938.
- Stucki, G., & Grimby, G. (2004). Foreword – Applying the ICF in Medicine. *J Rehabil Med*, 44, 5-6.
- Stucki, G., Üstün, T. B. & Melvin, J. (2005). Applying the ICF for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), 349-352.
- Stucki, G., Mueller T., Bochdansky, T., Scharwaz, H., & Smolenski, U. (2000). Is the ICIDH checklist useful for the classification of functional health in rehabilitative practice? Results of a workshop of the consensus conference of the societies of Physical Medicine and Rehabilitation of Germany, Austria and Switzerland. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 10, 78-85.
- Tempest, S., & McIntyre, A. (2006). Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 28(10), 663 – 667.
- Townsend, E. (1999) *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Unidade de Missão para Os Cuidados Continuados Integrados (2007). *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. Acedido em 24 de Outubro 2009, from <http://www.socialgest.pt>.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Acedido em 10 de Outubro de 2009, from [http://www.rncci.minsaude.pt/download\\_files/Guia\\_RNCCI.pdf](http://www.rncci.minsaude.pt/download_files/Guia_RNCCI.pdf).

- Üstün, T.B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M.(2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*, 25 (11/12), 596-571.
- Üstün, T., Chatterji, S., Kastanjsek, N., Schnieder, M., & Bickenbach, J. (2003). WHO's ICF and functional status information in health records. *Health Care Financing Review*, 24, 77-88.
- Wade, D., (2003). Editorial: New wine in old bottles: The WHO ICF as an explanatory model of human behavior. *Clinical Rehabilitation*, 17, 349-354.
- Wilcock, A. (1998). *An Occupational Perspective of Health*. New Jersey: Slack Incorporated.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1992). *ICIDH: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization Constitution. (1947). *Article 64*. Geneva: World Health Organization.
- Yerxa, E.J. et al. (1989). An Introduction to Occupational Science, a Foundation for Occupational Therapy in the 21st Century. *Occupational Therapy in Health Care*. 6, 1-17.

# Anexo I

*Este anexo consiste na Carta enviada aos elementos constituintes do Painel de Peritos*

Exmo. (a) Sr. (a),

No âmbito da elaboração da Tese de Mestrado, integrado no plano curricular do Mestrado em Terapia Ocupacional, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, encontro-me a realizar um estudo cujo objectivo principal é compreender a percepção dos Terapeutas Ocupacionais (TO) que trabalham em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) relativamente às categorias da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que considerem mais relevantes.

A pertinência deste tema advém do facto de, na actualidade, questões como o impacto do envelhecimento populacional, a mudança do perfil das patologias, situações de dependência e de fragilidade com grande necessidade de apoio social e familiar, assim como, a mudança do perfil das famílias levantarem desafios relativos à necessidade de mudança do modelo dos cuidados prestados. Neste contexto, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que através da actuação de equipas multi e interdisciplinares, nas quais está integrado o TO, põem em prática acções no sentido de promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Este estudo pretende ser um contributo para o desenvolvimento de um futuro Core Set em Cuidados Continuados, que ajudará na classificação da saúde e estados relacionados com a saúde, bem como, proporcionará uma linguagem unificada e padronizada que facilitará a comunicação entre os diferentes profissionais que fazem parte destas equipas.

A recolha de informação será realizada através da presente entrevista, com a qual se pretende recolher dados referentes à actuação do TO em UCC, assim como, no respeitante às características dos utentes com os quais intervêm, identificando-se quais os problemas mais significativos dos utentes nas UCC, na perspectiva dos TO e, a partir daí, identificar-se-ão as categorias da CIF que se consideram como as mais significativas para esta população.

Assim e, reconhecendo o seu conhecimento relativamente a esta temática, venho desta forma, convidá-lo (a) a fazer parte do painel de peritos para validação da entrevista que construí para a realização do meu estudo.

Agradeço, desde já, a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos, fico a aguardar resposta ao solicitado,

Ana Sofia Carneiro Saraiva

# **Anexo II**

*Este anexo consiste na Carta enviada aos Terapeutas Ocupacionais para averiguar a possibilidade em participar no estudo*

Exmo. (a) Sr. (a),

No âmbito da elaboração da Tese de Mestrado, integrado no plano curricular do Mestrado em Terapia Ocupacional, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, encontro-me a realizar um estudo cujo objectivo principal é compreender a percepção dos Terapeutas Ocupacionais (TO) que trabalham em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) relativamente às categorias da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que considerem mais relevantes.

Este estudo pretende ser um contributo para o desenvolvimento de um futuro Core Set em Cuidados Continuados, que ajudará na classificação da saúde e estados relacionados com a saúde, bem como, proporcionará uma linguagem unificada e padronizada que facilitará a comunicação entre os diferentes profissionais que fazem parte destas equipas.

A recolha de informação será realizada através da realização de uma entrevista a TO que se encontrem a exercer funções em UCCI.

Assim, venho desta forma averiguar a sua disponibilidade em colaborar na realização do presente estudo, na qualidade de entrevistado, ressalvando, desde já, que serão asseguradas todas as questões éticas e de confidencialidade inerentes à realização da entrevista.

No caso de aceitar em colaborar na realização deste estudo, posteriormente entrarei em contacto consigo no sentido de marcar a realização da entrevista.

Agradeço, desde já, a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos, fico a aguardar resposta ao solicitado,

Ana Sofia Carneiro Saraiva

# **Anexo III**

*Este anexo consiste no Termo de Consentimento Informado que os Terapeutas Ocupacionais participantes no estudo assinaram*

## **Consentimento Informado**

Eu, \_\_\_\_\_

declaro que faço voluntariamente parte do estudo subordinado ao tema ““Identificação das categorias mais relevantes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para os Terapeutas Ocupacionais (TO) que exercem funções em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) ”, após ter sido informado(a) e esclarecido(a) acerca deste, bem como do seu anonimato. Fui também informado(a) do direito de recusa em participar no estudo, sem sofrer qualquer tipo de retaliação no futuro.

Este estudo faz parte integrante da Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional, especialidade Reabilitação Física, de Ana Sofia Carneiro Saraiva, sob a orientação do Terapeuta Joaquim Faias e co-orientação da Terapeuta Helena Sousa.

# Anexo IV

*Este anexo consiste no Guião de Entrevista*

## Construção da Entrevista

### Dados Sócio-demográficos

---

Idade:

Sexo:

### Caracterização da Experiência Profissional

---

1. Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_
2. Tempo de serviço total: \_\_\_\_\_
3. Tempo de experiência em UCCI: \_\_\_\_\_
4. Tipologia das UCCI: \_\_\_\_\_
5. Experiência em utilização da CIF: \_\_\_\_\_

### Componente Funções e Estruturas do Corpo

---

- 1 – Que tipo de problemas ao nível das funções do corpo encontra mais frequentemente nos utentes com os quais intervém?
- 2 – Quais as estruturas do corpo estão envolvidas?

### Questões de Apoio

- 1 – Quais as Funções Mentais considera estar mais comprometidas? A que níveis?

<b>Funções Mentais Globais (b110-b139)</b>	
<b>b110</b>	Funções da consciência
<b>b114</b>	Funções da orientação
<b>b117</b>	Funções intelectuais
<b>b122</b>	Funções psicossociais globais
<b>b126</b>	Funções do temperamento e da personalidade
<b>b130</b>	Funções da energia e dos impulsos
<b>b134</b>	Funções do sono
<b>b139</b>	Funções mentais globais, outras específicas e não especificadas
<b>b140</b>	Funções da atenção
<b>Funções Mentais Específicas (b140-b189)</b>	
<b>b144</b>	Funções da memória
<b>b147</b>	Funções psicomotoras
<b>b152</b>	Funções emocionais
<b>b156</b>	Funções da percepção
<b>b160</b>	Funções do pensamento
<b>b164</b>	Funções cognitivas de nível superior
<b>b167</b>	Funções mentais da linguagem
<b>b172</b>	Funções de cálculo
<b>b176</b>	Funções mentais para a sequência de movimentos complexos
<b>b180</b>	Funções de experiência pessoal e do tempo

2 – E relativamente às Funções Sensoriais? Que níveis de compromisso encontra aquando da avaliação e intervenção?

<b>Visão e funções relacionadas (b210-229)</b>	
<b>b210</b>	Funções da visão
<b>b215</b>	Funções dos anexos do olho
<b>b220</b>	Sensações associadas ao olho e anexos
<b>Funções auditivas e vestibulares (b230-b249)</b>	
<b>b230</b>	Funções auditivas
<b>b235</b>	Funções vestibulares
<b>b240</b>	Sensações associadas à audição e à função vestibular
<b>Funções sensoriais adicionais (b250-b279)</b>	
<b>b250</b>	Função gustativa
<b>b255</b>	Função olfactiva
<b>b260</b>	Função proprioceptiva
<b>b265</b>	Função táctil
<b>Dor (b280-b289)</b>	
<b>b280</b>	Sensação de dor

3 – No respeitante às Funções relacionadas com voz e fala? Este domínio assume alguma importância durante o processo de avaliação e de intervenção?

<b>Funções da voz e da fala</b>	
<b>b310</b>	Funções da voz
<b>b320</b>	Funções da articulação
<b>b330</b>	Funções da fluência e do ritmo da fala
<b>b340</b>	Funções de outras formas de vocalização

4 – E no referente às Funções do aparelho cardiovascular, sistemas hematológico, imunológico e do aparelho respiratório?

<b>Funções do aparelho cardiovascular (b410-b429)</b>	
<b>b410</b>	Funções cardíacas
<b>b415</b>	Funções dos vasos sanguíneos
<b>b420</b>	Funções da pressão arterial
<b>Funções dos sistemas hematológico e imunológico (b430-b439)</b>	
<b>b430</b>	Funções do sistema hematológico
<b>b435</b>	Funções do sistema imunológico
<b>Funções do aparelho respiratório (b440-b449)</b>	
<b>b440</b>	Funções da respiração
<b>b445</b>	Funções dos músculos respiratórios
<b>Funções e sensações adicionais dos aparelhos cardiovascular e respiratório (b450-b469)</b>	
<b>b450</b>	Funções respiratórias adicionais
<b>b455</b>	Funções de tolerância ao exercício
<b>b460</b>	Sensações associadas às funções cardiovasculares e respiratórias

5– E relativamente às Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino?

<b>Funções relacionadas com o aparelho digestivo (b510-b539)</b>	
<b>b510</b>	Funções de ingestão
<b>b515</b>	Funções digestivas
<b>b520</b>	Funções de assimilação
<b>b525</b>	Funções de defecação
<b>b530</b>	Funções de manutenção do peso
<b>b535</b>	Sensações associadas ao aparelho digestivo

<b>Funções relacionadas com os sistemas metabólicos e endócrino (b540-b559)</b>	
<b>b540</b>	Funções metabólicas gerais
<b>b545</b>	Funções de equilíbrio hídrico, mineral e electrolítico
<b>b550</b>	Funções termo reguladoras
<b>b555</b>	Funções das glândulas endócrinas

6 – E relativamente às Funções genitourinárias e reprodutivas?

<b>Funções urinárias (b610-639)</b>	
<b>b610</b>	Funções de excreção urinária
<b>b620</b>	Funções miccionais
<b>b630</b>	Sensações associadas às funções urinárias
<b>Funções genitais e reprodutivas (b640-b679)</b>	
<b>b640</b>	Funções sexuais
<b>b650</b>	Funções relacionadas com a menstruação
<b>b660</b>	Funções de procriação
<b>b670</b>	Sensações associadas às funções genitais e reprodutivas

7 – Que nível de comprometimento encontra mais frequentemente nas Funções Neuromúsculoesqueléticas e relacionadas com o movimento?

<b>Funções das articulações e dos ossos (b710-b729)</b>	
<b>b710</b>	Funções da mobilidade das articulações
<b>b715</b>	Funções da estabilidade das articulações
<b>b720</b>	Funções da mobilidade dos ossos
<b>Funções musculares (b730-b749)</b>	
<b>b730</b>	Funções da força muscular
<b>b735</b>	Funções do tónus muscular
<b>b740</b>	Funções da resistência muscular
<b>Funções relacionadas com o movimento (b750-b789)</b>	
<b>b750</b>	Funções de reflexos motores
<b>b755</b>	Funções de reacções motoras involuntárias
<b>b760</b>	Funções de controlo do movimento voluntário
<b>b765</b>	Funções dos movimentos involuntários
<b>b770</b>	Funções relacionadas com o padrão de marcha
<b>b780</b>	Sensações relacionadas com os músculos e as funções do movimento

8 – E no respeitante às Funções da pele e estruturas relacionadas?

<b>Funções da pele (b810-b849)</b>	
<b>b810</b>	Funções protectoras da pele
<b>b820</b>	Funções reparadoras da pele
<b>b830</b>	Outras funções da pele
<b>b840</b>	Sensação relacionada com a pele
<b>Funções dos pêlos e das unhas (b850-b869)</b>	
<b>b850</b>	Funções dos pêlos
<b>b860</b>	Funções das unhas

9 – Quais as Estruturas do sistema nervoso considera as mais comprometidas? A que níveis?

<b>Estruturas do sistema nervoso</b>	
<b>s110</b>	Estrutura do cérebro
<b>s120</b>	Medula espinhal e estruturas relacionadas
<b>s130</b>	Estrutura das meninges
<b>s140</b>	Estrutura do sistema nervoso simpático

<b>s150</b>	Estrutura do sistema nervoso parassimpático
-------------	---

10 – E no que diz respeito ao olho, ouvido e estruturas relacionadas?

<b>Olho, ouvido e estruturas relacionadas</b>	
<b>s210</b>	Estrutura da cavidade ocular
<b>s220</b>	Estrutura do globo ocular
<b>s230</b>	Estruturas anexas ao olho
<b>s240</b>	Estrutura do ouvido externo
<b>s250</b>	Estrutura do ouvido médio
<b>s260</b>	Estrutura do ouvido interno

11 – E relativamente às Estruturas relacionadas com a voz e fala?

<b>Estruturas relacionadas com a voz e a fala</b>	
<b>s310</b>	Estrutura do nariz
<b>s320</b>	Estrutura da boca
<b>s330</b>	Estrutura da faringe
<b>s340</b>	Estrutura da laringe

12 – E no que se refere às Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório?

<b>Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório</b>	
<b>s410</b>	Estrutura do aparelho cardiovascular
<b>s420</b>	Estrutura do sistema imunológico
<b>s430</b>	Estrutura do aparelho respiratório

13 – E relativamente às Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino?

<b>Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino</b>	
<b>s510</b>	Estrutura das glândulas salivares
<b>s520</b>	Estrutura do esófago
<b>s530</b>	Estrutura do estômago
<b>s540</b>	Estrutura dos intestinos
<b>s550</b>	Estrutura do pâncreas
<b>s560</b>	Estrutura do fígado
<b>s570</b>	Estrutura da vesícula e vias biliares
<b>s580</b>	Estrutura das glândulas endócrinas

14 – E relativamente às Estruturas relacionadas com os aparelhos genitourinário e reprodutivo?

<b>Estruturas relacionadas com os aparelhos genitourinário e reprodutivo</b>	
<b>s610</b>	Estrutura do aparelho urinário
<b>s620</b>	Estrutura do pavimento pélvico
<b>s630</b>	Estrutura do aparelho reprodutivo

15 - E relativamente às Estruturas relacionadas com o movimento?

<b>Estruturas relacionadas com o movimento</b>	
s710	Estrutura da região da cabeça e do pescoço
s720	Estrutura da região do ombro
s730	Estrutura do membro superior
s740	Estrutura da região pélvica
s750	Estrutura do membro inferior
s760	Estrutura do tronco
s770	Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento

16 - E relativamente à Pele e estruturas relacionadas?

<b>Pele e estruturas relacionadas</b>	
s810	Estrutura das áreas da pele
s820	Estrutura das glândulas da pele
s830	Estrutura das unhas
s840	Estrutura dos pêlos

## **Componente Actividades e Participação**

1 – Quais as actividades considera como as mais significativas para os paciente e quais as limitações nas actividades e restrições nas participação são mais frequentes?

### **Questões de Apoio**

1 - Considera que a aprendizagem e aplicação do conhecimento encontra-se comprometida nos utentes com os quais intervém? A que níveis?

<b>Experiências sensoriais intencionais (d110-d129)</b>	
d110	Observar
d115	Ouvir
d120	Outras percepções sensoriais intencionais
<b>Aprendizagem básica (d130-d159)</b>	
d130	Imitar
d135	Ensaiai (Repetir)
d140	Aprender a ler
d145	Aprender a escrever
d150	Aprender a calcular
d155	Adquirir competências
<b>Aplicação do conhecimento (d160-d179)</b>	
d160	Concentrar a atenção
d163	Pensar
d166	Ler
d170	Escrever
d172	Calcular
d175	Resolver problemas
d177	Tomar decisões

2 - E no que se refere à execução de tarefas e das exigências gerais das mesmas? Que tipo de comprometimentos identifica?

<b>Tarefas e exigências gerais</b>	
d210	Realizar uma única tarefa
d220	Realizar tarefas múltiplas
d230	Realizar a rotina diária
d240	Lidar com o stress e outras exigências psicológicas

3 - E ao nível da Comunicação? Encontra algum nível de compromisso?

<b>Comunicar e receber mensagens (d310-d329)</b>	
<b>d310</b>	Comunicar e receber mensagens orais
<b>d315</b>	Comunicar e receber mensagens não verbais
<b>d320</b>	Comunicar e receber mensagens usando linguagem gestual
<b>d325</b>	Comunicar e receber mensagens escritas
<b>Comunicar e produzir mensagens (d330-d349)</b>	
<b>d330</b>	Falar
<b>d335</b>	Produzir mensagens não verbais
<b>d340</b>	Produzir mensagens usando linguagem gestual
<b>d345</b>	Escrever mensagens
<b>Conversa�o e utiliza�o de dispositivos e de t�cnicas de comunica�o (d350-d369)</b>	
<b>d350</b>	Conversa�o
<b>d355</b>	Discuss�o
<b>d360</b>	Utiliza�o de dispositivos e de t�cnicas de comunica�o

4 - A mobilidade   um aspecto importante ao nível da avalia o e interven o? E no caso de o ser, a que nível?

<b>Mudar e manter a posi�o do corpo (d410-d429)</b>	
<b>d410</b>	Mudar a posi�o b�sica do corpo
<b>d415</b>	Manter a posi�o do corpo
<b>d420</b>	Auto-transfer�ncias
<b>Transportar, mover e manusear objectos (d430-d449)</b>	
<b>d430</b>	Levantar e transportar objectos
<b>d435</b>	Mover objectos com os membros inferiores
<b>d440</b>	Utiliza�o de movimentos finos da m�o
<b>d445</b>	Utiliza�o da m�o e do bra�o
<b>Andar e mover-se (d450-d469)</b>	
<b>d450</b>	Andar
<b>d455</b>	Deslocar-se
<b>d460</b>	Deslocar-se por diferentes locais
<b>d465</b>	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento
<b>Deslocar-se utilizando transporte (d470-d489)</b>	
<b>d470</b>	Utiliza�o de transporte
<b>d475</b>	Conduzir
<b>d480</b>	Montar animais como meio transporte

5 - Quais as áreas de Desempenho Ocupacional considera as mais comprometidas, nomeadamente ao nível dos auto-cuidados e vida doméstica? Que níveis de compromisso encontra?

<b>Auto cuidados</b>	
<b>d510</b>	Lavar-se
<b>d520</b>	Cuidar de partes do corpo
<b>d530</b>	Cuidados relacionados com os processos de excre�o
<b>d540</b>	Vestir-se
<b>d550</b>	Comer
<b>d560</b>	Beber
<b>d570</b>	Cuidar da pr�pria sa�de

<b>Vida Doméstica</b>	
<b>Aquisição do necessário para viver (d610-d629)</b>	
<b>d610</b>	Aquisição de um lugar para morar
<b>d620</b>	Aquisição de bens e serviços
<b>d629</b>	Aquisição do necessário para viver, outro especificado e não especificado
<b>Tarefas domésticas (d630-d649)</b>	
<b>d630</b>	Preparar refeições
<b>d640</b>	Realizar as tarefas domésticas
<b>Cuidar dos objectos da casa e ajudar os outros (d650-d669)</b>	
<b>d650</b>	Cuidar dos objectos da casa
<b>d660</b>	Ajudar os outros

6 - E no respeitante às Interacções e relacionamentos interpessoais? Considera um aspecto a ser levado em conta na avaliação e intervenção?

<b>Interacções interpessoais gerais (d710-d729)</b>	
<b>d710</b>	Interacções interpessoais básicas
<b>d720</b>	Interacções interpessoais complexas
<b>Relacionamentos interpessoais particulares (d730-d779)</b>	
<b>d730</b>	Relacionamento com estranhos
<b>d740</b>	Relacionamento formal
<b>d750</b>	Relacionamentos sociais informais
<b>d760</b>	Relacionamentos familiares
<b>d770</b>	Relacionamentos íntimos

7 - Quais as Áreas Principais da Vida leva em consideração aquando da avaliação e intervenção?

<b>Educação (d810-d839)</b>	
<b>d810</b>	Educação informal
<b>d815</b>	Educação pré-escolar
<b>d820</b>	Educação escolar
<b>d825</b>	Formação profissional
<b>d830</b>	Educação de nível superior
<b>Trabalho e emprego (d840-d859)</b>	
<b>d840</b>	Estágio (preparação para o trabalho)
<b>d845</b>	Obter, manter e sair de um emprego
<b>d850</b>	Trabalho remunerado
<b>d855</b>	Trabalho não remunerado
<b>Vida económica (d860-d879)</b>	
<b>d860</b>	Transacções económicas básicas
<b>d865</b>	Transacções económicas complexas
<b>d870</b>	Auto-suficiência económica

8 - E no respeitante à Vida comunitária, social e cívica? Quais as consideradas aquando da sua avaliação e intervenção?

<b>Vida comunitária, social e cívica</b>	
<b>d910</b>	Vida comunitária
<b>d920</b>	Recreação e lazer
<b>d930</b>	Religião e espiritualidade
<b>d940</b>	Direitos Humanos
<b>d950</b>	Vida política e cidadania

## Componente Factores Ambientais

---

1 – Que circunstâncias/ condições ambientais são, mais comumente, alvo de avaliação e intervenção na abordagem a estes utentes?

### Questões de Apoio

1 - A sua avaliação e intervenção incide com frequência sobre produtos e tecnologias? Quais?

<b>Produtos e tecnologia</b>	
<b>e110</b>	Produtos ou substâncias para consumo pessoal
<b>e115</b>	Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária
<b>e120</b>	Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores
<b>e125</b>	Produtos e tecnologias para a comunicação
<b>e130</b>	Produtos e tecnologias para a educação
<b>e135</b>	Produtos e tecnologias para o trabalho
<b>e140</b>	Produtos e tecnologias para a cultura, actividades recreativas e desportivas
<b>e145</b>	Produtos e tecnologias para a prática religiosa e espiritualidade
<b>e150</b>	Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público
<b>e155</b>	Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso privado
<b>e160</b>	Produtos e tecnologias relacionados com a utilização e a exploração dos solos
<b>e165</b>	Bens

2 – Considera na sua avaliação o ambiente natural e mudanças feitas pelo homem? Em que medida?

<b>Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem</b>	
<b>e210</b>	Geografia física
<b>e215</b>	População
<b>e220</b>	Flora e fauna
<b>e225</b>	Clima
<b>e230</b>	Desastres naturais
<b>e235</b>	Desastres causados pelo homem
<b>e240</b>	Luz
<b>e245</b>	Mudanças relacionadas com o tempo
<b>e250</b>	Som
<b>e255</b>	Vibração
<b>e260</b>	Qualidade do ar

3 - O Apoio, Relacionamento são factores que integram o processo de avaliação e intervenção? De que forma?

<b>Apoio e relacionamentos</b>	
<b>e310</b>	Família próxima
<b>e315</b>	Família alargada
<b>e320</b>	Amigos
<b>e325</b>	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade
<b>e330</b>	Pessoas em posição de autoridade
<b>e335</b>	Pessoas em posição subordinada
<b>e340</b>	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais
<b>e345</b>	Estranhos
<b>e350</b>	Animais domesticados
<b>e355</b>	Profissionais de saúde
<b>e360</b>	Outros profissionais

4 – E no respeitante às Atitudes? Também são factores que integram o processo de avaliação e intervenção? De que forma?

<b>Atitudes</b>	
<b>e410</b>	Atitudes individuais de membros da família próxima
<b>e415</b>	Atitudes individuais de membros da família alargada
<b>e420</b>	Atitudes individuais de amigos
<b>e425</b>	Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade
<b>e430</b>	Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade
<b>e435</b>	Atitudes individuais de pessoas em posições subordinadas
<b>e440</b>	Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e dos assistentes pessoais
<b>e445</b>	Atitudes individuais de estranhos
<b>e450</b>	Atitudes individuais de profissionais de saúde
<b>e455</b>	Atitudes individuais de outros profissionais
<b>e460</b>	Atitudes sociais
<b>e465</b>	Normas, práticas e ideologias sociais

5 - Que tipo de Serviços, Sistemas e Políticas analisa durante a avaliação e mobiliza para a intervenção?

<b>Serviços, sistemas e políticas</b>	
<b>e510</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a produção de bens de consumo
<b>e515</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a arquitectura e a construção
<b>e520</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o planeamento de espaços abertos
<b>e525</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a habitação
<b>e530</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com os serviços de utilidade pública
<b>e535</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área da comunicação
<b>e540</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com os transportes
<b>e545</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a protecção civil
<b>e550</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área jurídico-legal
<b>e555</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com associações e organizações
<b>e560</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com os meios de comunicação
<b>e565</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a economia
<b>e570</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social
<b>e575</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral
<b>e580</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde
<b>e585</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a educação e a formação profissional
<b>e590</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e o emprego
<b>e595</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o sistema político

# Anexo V

*Este anexo consiste no exemplo da análise a uma das entrevistas realizadas*

<b>Análise Entrevista 3</b>	
<b>1 – Que tipo de problemas ao nível das Funções do Corpo encontra mais frequentemente nos utentes com os quais intervém?</b>	
<p>Em termos de Funções do Corpo, problemas associados a <b>alterações de sensibilidade</b>, dificuldades em fazer a <b>selectividade do movimento</b>, não sabem <b>coordenar a força muscular</b>, <b>equilíbrio</b>, muitas alterações de equilíbrio que advêm os dessa <b>falta de força</b> ou de <b>desequilíbrios musculares</b> com <b>dificuldades de rectificação e reacções de extensão protectiva</b>. Também associadas a essas alterações, como são doentes com <b>AVE</b>, também há <b>alterações sociais</b>, normalmente desenvolvem algum quadro de <b>depressão</b>. Também têm muita dificuldade na <b>transição para a vida activa</b>, a maior parte desses doentes, ou pela incapacidade que adquiriram ou pela reintegração mesmo que aceitem essa incapacidade e se adaptem a ela, têm dificuldade na em inserirem-se na vida activa, principalmente porque a população é cada vez mais jovem, há muitos AVE com cerca de 45/50 anos, acho que está a ser a idade fulminante para eles acontecerem agora, principalmente pelos <b>factores de risco</b>.</p>	<p>Alterações de sensibilidade – ND</p> <p>b760 Funções relacionadas com o controlo do movimento voluntário</p> <p>b730 Funções relacionadas com a força muscular</p> <p>b235 Funções vestibulares</p> <p>b755 Funções relacionadas com reacções motoras involuntárias</p> <p>AVE – CS</p> <p>Alterações sociais – ND</p> <p>Depressão – CS</p> <p>Transição para a vida activa – ND</p> <p>Factores de risco – ND</p>
<b>2- E mais especificamente ao nível de Funções Mentais Globais, como sejam as Funções da consciência, Funções da orientação, Funções intelectuais, falou-me nas Funções psicossociais globais?</b>	
<p>Normalmente têm muitas alterações. Em termos de consciência, normalmente quando entram, não sei se é por causa da <b>medicação</b>, temos sempre de coordenar essas alterações, para ver se é do <b>efeito da medicação</b>, também há sempre um período de <b>adaptação e de enquadramento na unidade</b>, mas normalmente, apresentam muitas vezes <b>alterações do sono, sonolência</b>, têm tendência às vezes a querer dormir de dia e não dormem de noite. Em termos de <b>memória</b>, de <b>problemas de memória</b>, têm dificuldade de <b>enquadrar as coisas</b>, em <b>categorizar, sequenciar as várias actividades</b> ao longo da <b>rotina do</b></p>	<p>b134 Funções do sono</p> <p>b144 Funções da memória</p> <p>b164 Funções cognitivas de nível superior</p>

<p><b>dia-a-dia.</b></p>	<p>b1641 Organização e planeamento</p> <p>b1642 Gestão do tempo</p> <p>d230 Levar a cabo a rotina diária</p>
<p><b>3 – Falou-me das Funções do Sono e as Funções de Energia e dos impulsos, também, estão contempladas na avaliação e intervenção?</b></p>	
<p>Sim, sim. Normalmente passamos sempre por essa fase que achamos sempre que eles ou não aceitam, ou estão a <b>fazer o luto</b> de alguma dificuldade que tenham, mas normalmente depois, tenta-se sempre, através de técnicas, fazer sempre, melhorar a <b>auto-estima</b> deles, para <b>gerar mais energia</b>, mais <b>resistência ao esforço</b>.</p>	<p>Fazer o luto – FP</p> <p>b126 Funções do temperamento e da personalidade</p> <p>b130 Funções da energia e dos impulsos</p> <p>b4550 Resistência física geral</p>
<p><b>4 – E ao nível das Funções de Orientação? Também são contempladas ao nível da avaliação e intervenção?</b></p>	
<p>Sim, avaliamos sempre se têm <b>orientação no espaço, se têm orientação no tempo</b>, depois se eles conseguem coordenar para a passagem para se conseguirem <b>deslocar na rua, no contexto da rua, a orientação topográfica</b>, enquadrar isso nas <b>horas de cumprimento das tarefas</b>, como ir <b>trabalhar</b>, ir <b>buscar os filhos ao infantário</b> ou simplesmente fazerem as <b>tarefas deles em casa</b>, se já forem com alguma idade, ou a <b>toma da medicação</b>, se conseguem <b>controlar a toma da medicação</b>.</p>	<p>b114 Funções da orientação</p> <p>d460 Deslocar-se em diferentes locais</p> <p>d850 Trabalho remunerado</p> <p>d660 Ajudar os outros</p> <p>d640 Realizar o trabalho doméstico</p> <p>d570 Cuidar da própria saúde</p>
<p><b>5 – E ao nível das Funções Intelectuais? São objecto de avaliação?</b></p>	
<p>É assim, nós temos de contemplar, porque não temos nenhum psicólogo, é uma falha que temo na unidade que eu acho que seria importante</p>	<p>Esquema corporal - ND</p>

<p>termos na unidade. Muitas vezes eles perdem em termos de <b>esquema corporal</b>, a <b>imagem corporal</b> e depois não fazem muitas vezes uma interiorização da <b>relação deles para com o meio</b>, não reconhecem muito bem eles próprios porque é como se tivessem um membro que desapareceu, ou algo estranho ou uma sensação diferente.</p>	<p>b1801 Imagem do corpo</p>
<p><b>6 - Também está a falar das funções da percepção?</b></p>	
<p>Sim, também acabam por haver <b>alterações da percepção</b> que também lhes modifica a forma como se <b>orientam no espaço</b>, como enquadram o corpo no espaço.</p> <p>Também avaliamos as <b>Funções Sensoriais</b>, desde a recepção dos estímulos, a forma como recebem, se recebem de forma exacerbada o estímulo, ou se não reconhecem estímulo. Avaliamos depois essa percepção desses estímulo porque às vezes eles recebem mas não conseguem interpretar esse estímulo correctamente ou dar uma resposta adaptativa.</p>	<p>b156 Funções da percepção</p> <p>b114 Funções da orientação</p> <p>Funções Sensoriais – ND</p>
<p><b>7 – E mais especificamente em relação às Funções Mentais Específicas, como seja as Funções de Atenção, são contempladas ao nível da avaliação e intervenção?</b></p>	
<p>Sim, principalmente os doentes que apresentam <b>lesão do hemisfério direito</b>, que apresentam mais comprometimento do <b>lado esquerdo do corpo</b>, apresentam <b>síndrome de heminegligência lateral</b>, principalmente os esquerdos, normalmente é também o membro não dominante, e normalmente está associado a um <b>défice de atenção</b>, normalmente é mantido, porque depois rejeitam qualquer estímulo que venha desse lado, não conseguem também movimentar-se correctamente no espaço e não o usam para o <b>controlo bilateral</b> do corpo e das actividades, normalmente nesse sentido, tenta-se fazer a <b>organização do espaço</b>, dos objectos, usar estratégias para estimular aquele membro, em termos de utilização, como seja pela colocação de uma pulseira com cor, dá-se sempre algum estímulo, com alguma coisa que <b>motive</b>, o nome dos filhos, para tentar sempre enquadrar aquele membro no corpo.</p>	<p>s110 Estrutura do cérebro</p> <p>Lado esquerdo do corpo – ND</p> <p>Síndrome de heminegligência lateral - CS</p> <p>b140 Funções da atenção</p> <p>b760 Funções relacionadas com o controlo do movimento voluntário</p> <p>e155 Produtos e tecnologias relacionados com a arquitectura, a construção e os acabamentos de prédios para uso privado</p> <p>b1301 Motivação</p>
<p><b>8 – E ao nível das Funções psicomotoras, costuma contemplar esse aspecto na avaliação/intervenção?</b></p>	
<p>Sim, normalmente até são os casos de que estava a falar anteriormente,</p>	<p>b215 Funções dos anexos do</p>

<p>apresentam sempre <b>dificuldades de varrimento ocular</b> e tem de se fazer a <b>coordenação visuo-motora</b> para conseguirem <b>percepcionar a distância</b> dos objectos que vão tentar explorar e manipular, se conseguem depois fazer a diferenciação em termos de <b>acuidade visual</b> do objecto, do distanciamento, o <b>tipo de preensão</b> mais efectiva para <b>manipularem o objecto</b> ou compensatória também, se for necessário.</p>	<p>olho</p> <p>b760 Funções relacionadas com o controlo do movimento voluntário</p> <p>b1565 Percepção visuoespacial</p> <p>b2100 Funções da acuidade visual</p> <p>d440 Actividades de motricidade fina da mão</p>
<p><b>9 – E ao nível de Funções emocionais?</b></p>	
<p>Em termos de funções emocionais, temos muitos casos, principalmente, de <b>labilidade emocional</b>, tanto estão bem-dispostos, como têm períodos de tristeza, temos sempre de abarcar, não que sejam um trabalho primário, não temos lá esse trabalho primário com os doentes, normalmente eles fazem sempre uma medicação que os ajuda e nós vamos sempre motivando com as melhorias que vão tendo, vamos dizendo que está a conseguir, vamos dar mais um objectivo, não é uma abordagem psicológica, mas tentamos sempre estipular objectivos, o nosso objectivo esta semana é que consiga fazer até aqui este movimento, com este objecto, amanhã ou para a semana passamos para um mais pesado ou para um aumento de amplitude do movimento, estipulamos sempre objectivos, porque depois a parte emocional, indirectamente também vai melhorando e <b>envolvemos sempre a família</b> para tentarmos que as melhorias também sejam mais efectivas e para que eles próprios também fiquem contentes quando a visita vai lá, já consigo fazer isto, a menina ensinou-me a fazer aquilo.</p>	<p>b152 Funções emocionais</p> <p>e310 Família próxima</p>
<p><b>10 – E ai nível das Funções mentais para a sequência e movimento complexos, também contempla ao nível da avaliação e intervenção?</b></p>	
<p>Sim, sim, isso tem sempre de fazer porque muitas vezes eles têm <b>dificuldade em iniciar</b> e <b>diferenciar as diferentes componentes motoras</b>, ou porque fazem o movimento muito rápido, ou porque não têm <b>capacidade de placing</b>, parar, e tentamos sempre <b>sequenciar</b>, ou por <b>estimulação condutiva</b>, ou fazer <b>imitação</b> do que estamos a fazer, ou mostramos, não sei se é para falar em técnicas?</p>	<p>b176 Funções mentais para a sequência de movimentos complexos</p> <p>Placing – ND</p> <p>d130 Imitação</p> <p>Estimulação condutiva - ND</p>

<p><b>11 – À partida seria para verificar se ao nível da avaliação/intervenção esse aspecto é contemplado, por isso poderá dizer alguma técnica, mas não é esse o objectivo.</b></p> <p><b>E ao nível de Funções mentais de linguagem, é um aspecto que contempla?</b></p>	
<p>È assim, normalmente pedimos sempre à terapeuta da fala os tipos de alterações que o doente apresenta, sejam eles de <b>linguagem</b>, de <b>fala</b>, de <b>afasias</b>, as <b>nomeações</b>, as <b>compreensões</b>, normalmente quem faz a avaliação mais exaustiva é a terapeuta da fala e dá-nos as estratégias para nós ajudarmos o doente a melhorar, seja porque nos indicou os objectos que devemos utilizar até mais para o doente adquirir as competências em relação à linguagem, normalmente é assim.</p>	<p>b167 Funções mentais da linguagem</p> <p>b1682 Funções da linguagem</p>
<p><b>12 – E relativamente às Funções de experiência pessoal e do tempo, como sejam aquelas aquisições que as pessoas já apresentavam e se isso interfere na actualidade?</b></p>	
<p>Às vezes temos casos de doentes que aquilo que nós achamos que é correcto, seja o <b>padrão de movimento</b>, sejam uma <b>rotina adequada</b>, ou pelo <b>consumo de substâncias</b> que não seriam adequadas em termos de quantidade e qualidade, seja por <b>beberem</b>, apercebemos que há coisas que nós não podemos modificar porque já são padrões de habituação da própria pessoa que já tem instalados e às vezes, nós próprios também temos de ser flexíveis e ver e mediar e também as próprias <b>condições sócio-económicas</b>, porque às vezes nós queremos fazer um enquadramento correcto de certas estratégias mas sabemos que em termos de <b>contexto, em casa</b>, as pessoa não tem possibilidades para adquirir ou a própria pessoa negligencia ou porque não quer, porque há pessoas que também não se importam de continuarem dependentes, tentamos sempre envolver esse contexto e, ... mas muitas vezes não conseguimos mudar as situações que já estão mantidas.</p>	<p>d230 Levar a cabo a rotina diária</p> <p>d5702 Manter a própria saúde</p> <p>Condições sócio-económicas - FP</p>
<p><b>13 – Falou-me já bastante das Funções sensoriais, qual é o nível de compromisso que encontra nas várias modalidades sensoriais?</b></p>	
<p>Normalmente, há muitas pessoas que já têm <b>alterações de visão</b>, sejam elas de <b>acuidade visual</b>, às vezes há casos, por lesão, de <b>agnosias visuais</b>, a parte visual afecta muito a <b>coordenação visuo-motora</b>. Depois temos os casos de pessoas que ficam com <b>alterações a nível temporal</b> que provocam muitas <b>alterações vestibulares e de equilíbrio</b>, vai mudar muito em termos de <b>postura</b> e todas as componentes envolventes, em termos de <b>acuidade auditiva</b> em si há pessoas que têm problemas, mas a idade, não costuma ser uma coisa que influencie tanto é mais a <b>parte vestibular</b> do que propriamente se ouve menos bem de um ouvido, tem um <b>aparelho</b>, normalmente já vêm encaminhados nesse sentido, às vezes dão mais problemas os problemas visuais como as <b>hemianópsias</b>, e as <b>ptoses</b> que depois o doente tem de tentar recuperar, as vezes dá mais problema a parte visual. Depois em</p>	<p>b210 Funções da visão</p> <p>b2100 Funções da acuidade visual</p> <p>b1561 Percepção visual</p> <p>b760 Funções relacionadas com o controlo do movimento voluntário</p> <p>s11001 Lobo temporal</p>

<p>termos de <b>sensibilidade táctil</b>, a maior parte dos doentes apresenta alterações e têm de ser bem avaliadas porque, principalmente por nós terapeutas ocupacionais, porque não conseguimos fazer uma reabilitação efectiva ao membro superior se eles não sentirem as coisas, se não tocarem nas coisas, tentando normalizar aquela sensação. Em termos <b>olfactivos</b>, agora é contemplado porque aprendi uma técnicas novos de estimular o tacto e a sensibilidade através do cheiro de objectos vivos, e agora também contemplo, mas honestamente, até há bem pouco tempo era uma coisa que negligenciava e só se o doente referisse à terapeuta da fala que por não conseguir cheirar correctamente não conseguia <b>saborear os alimentos</b>, mas passava muito mais pelo trabalho da terapia da fala e não interferia muito.</p>	<p>b235 Funções vestibulares</p> <p>b230 Funções auditivas</p> <p>e1150 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária</p> <p>b215 Funções dos anexos do olho</p> <p>b265 Função táctil</p> <p>b255 Função olfactiva</p> <p>b250 Função gustativa</p>
<p><b>14 – E ao nível gustativo também é contemplado, ou é de uma forma mais indirecta?</b></p>	
<p>Normalmente, nos temos dietista e a terapeuta da fala, nós sabemos e indirectamente temos conhecimento, mas não fazemos a avaliação e não temos uma intervenção directa, é pelos aconselhamentos que elas nos dão.</p>	
<p><b>15 – E ao nível da dor? Também é contemplada?</b></p>	
<p>Sim, a <b>dor</b> é sempre contemplada, um dos princípios que também temos é se nós não conseguimos diminuir a dor, muitas vezes temos de atrasar o processo reabilitativo, porque se a dor for persistente e mantida, não se consegue avançar, por isso em termos de dor, no enquadramento disso nos <b>movimentos</b> e na <b>rotina do dia-a-dia</b> e o impacto que tem em termos <b>emocionais</b> também contemplamos na avaliação.</p>	<p>b280 Sensação de dor</p> <p>b760 Funções relacionadas com o controlo do movimento voluntário</p> <p>d230 Levar a cabo a rotina diária</p> <p>b152 Funções emocionais</p>
<p><b>16 – E no respeitante às Funções relacionadas com voz e fala, nomeadamente funções da voz, da articulação, da fluência e do ritmo da fala, são aspectos considerados?</b></p>	
<p>Sim, normalmente quem trabalha mais esses aspectos é a fisioterapia e a terapia da fala, vou-lhe explicar em que sentido, se um doente tem <b>dificuldade em expressar</b> porque não controla o <b>ritmo diagramático</b>, eu faço isso enquadrado nas estratégias que o fisioterapeuta me dá ou a terapeuta da fala para que eu contextualize também para mim, mas como</p>	<p>b1681 Expressão da linguagem</p> <p>b4451 Funções do diafragma</p>

avaliação minha, só se eu vir que é uma <b>respiração ofegante</b> , que automaticamente elimine a possibilidade de compreender o doente, aí a única coisa em que intervimos é ir buscar <b>correções posturais</b> para ver se o doente consegue articular melhor.	b440 Funções da respiração  d415 Manter a posição do corpo
<b>17 – E no referente às Funções do aparelho cardiovascular, sistemas hematológico, imunológico e do aparelho respiratório?</b>	
Normalmente, está associado, em termos de aparelho cardiovascular, há algumas técnicas de <b>redução e aumento de resistência ao esforço, endurance</b> , é o plano que fazem, em termos de mecanoterapia com o fisioterapeuta. De resto, todo o controle é feito com apoio médico. Consultamos registos clínicos e de enfermagem para ver se há alguma variação. Depois, se fazem algum treino mais mecânico também temos de ter em atenção se o <b>doente é cardíaco</b> , que não vai poder fazer <b>grandes distâncias em termos de deslocação</b> .	b455 Funções de tolerância ao exercício  Doente é cardíaco – CS
<b>18 - É mais uma avaliação em termos de Desempenho Ocupacional, se isso interfere ou não, não é tão focado item a item?</b>	
Exacto. Nós seguimos mais aquilo que vem no processo, as directrizes e temos em atenção se têm <b>problemas cardíacos</b> e tentamos ver se o doente, ao fim de 5 min., fica <b>cansado</b> ou se melhorou e se fica cansado, na mesma tarefa ao fim de 10 min., e vamos avaliando isso, mas directamente não, seguimos sempre as directrizes médicas.	Problemas cardíacos – CS  b455 Funções de tolerância ao exercício
<b>19 – E relativamente às Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino?</b>	
Normalmente, em termos de sistema digestivo e endócrino, é feito mais um controle intestinal, vesical, isso é tudo feito pela parte da enfermagem, nós também seguimos aquilo que eles nos pedem, desde sabermos de x em x horas o doente tem de ser questionado se quer ir à casa-de-banho, se tem ou não vontade...	
<b>20 - Mais uma vez têm um conhecimento mais geral para saber se de alguma forma interfere com o Desempenho Ocupacional?</b>	
Exactamente.	
<b>21 - E relativamente às Funções genitourinárias e reprodutivas?</b>	
Normalmente nesse contexto acontece mais com a população mais jovem, pessoas que têm <b>traumatismos da coluna</b> e muitas vezes questionam, pelo menos no meu caso, se há <b>posições sexuais</b> que devem evitar, mais ao nível de funções sexuais. Em termos de outras funções, normalmente não é contemplado.	s7600 Estruturas da coluna vertebral  d770 Relacionamentos íntimos
<b>22 – E falou-me já bastante das Funções neuro-músculo-esqueléticas e relacionadas com o movimento, pelo que, presumo que seja uma das áreas em que incida mais a avaliação e posterior intervenção, nomeadamente as funções da mobilidade das articulações da estabilidade das articulações, Funções da mobilidade dos ossos, Funções da força muscular, Funções do tónus muscular, Funções da resistência muscular, Funções de reflexos motores Funções de reacções</b>	

**motoras involuntárias, Funções de controlo do movimento voluntário, Funções dos movimentos involuntários, Funções relacionadas com o padrão de marcha, Sensações relacionadas com os músculos e as funções do movimento, de uma forma geral estes temas são todos considerados aquando da avaliação e intervenção?**

São, são todos porque acabam todos por interferir na capacidade de desempenho de qualquer tarefa que vamos pedir ao doente para ser capaz de fazer e muitas vezes temos de iniciar a recuperação dessas alterações para conseguirmos que depois o doente seja funcional.

b710 Funções relacionadas com a mobilidade das articulações

b715 Estabilidade das funções das articulações

b720 Funções relacionadas com a mobilidade dos ossos

b730 Funções relacionadas com a força muscular

b735 Funções relacionadas com o tónus muscular

b740 Funções relacionadas com a resistência muscular

b750 Funções relacionadas com os reflexos motores

b755 Funções relacionadas com reacções motoras involuntárias

b760 Funções relacionadas com o controlo do movimento voluntário

b765 Funções relacionadas com os movimentos involuntários

b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha

b780 Sensações relacionadas

	com os músculos e as funções do movimento
<b>23 – E no respeitante às Funções da pele e estruturas relacionadas?</b>	
Temos em atenção, principalmente situações de <b>psoríase</b> , que também alteram muito a aceitação que a pessoa tem e muitas vezes exacerbam-se nas <b>situações de stress</b> e com a ocorrência de <b>AVC</b> . Temos um cuidado também indirecto porque temos de cumprir para que o doente se mantenha hidratado....	Psoríase – CS  b152 Funções emocionais  AVC - CS
<b>24 - Esta a falar-me então das funções tanto protectoras como reparadoras e das sensações da pele, no sentido a pele estar íntegra?</b>	
Exactamente, e hidratada e consiga <b>explorar o meio</b> e não cause desconforto ao doente, porque muitas vezes causa desconforto, <b>comichão, pruridos e processos inflamatórios</b> que muitas vezes também alteram a parte das <b>articulações, dos ossos</b> , se forem <b>processos reumatológicos</b> , que também tenham <b>alterações cutâneas e da pele</b> . A nossa intervenção é mais a prevenção de situações que haja mais desgaste de energia, e que não haja tanto desgaste da pele, se for preciso alguma protecção em termos de prótese ou para um doente que se queimou é mais os cuidados, ... mas aí é um cuidado mais global, da equipa médica, da fisioterapia, nosso, da enfermagem.	Explorar o meio – ND  b840 Sensações relacionadas com a pele  Articulações - ND  Ossos – ND  b820 Funções reparadoras da pele
<b>25 – E ao nível das Funções dos pêlos e das unhas?</b>	
Às vezes fazemos alguma referência, em termos dos pelos, nem por isso. Mas em termos das unhas sim, porque às vezes é sinal de algum avançar de algum <b>processo reumatológico</b> , e temos em atenção se está a haver algum <b>desgaste ungueal</b> , é preciso ter alguns cuidados nesse sentido, até em termos de nutrição, ou se estão a ficar <b>desidratados</b> . Fazemos sempre um acompanhamento paralelo com os nossos colegas, não directo, mas paralelo.	Processo reumatológico – CS  b5450 Equilíbrio hídrico  b860 Funções das unhas
<b>26 - E ao nível de Estruturas do corpo? Quais considera estar mais envolvidas, nomeadamente das estruturas do sistema nervoso, como sejam as Estrutura do cérebro, Medula espinhal e estruturas relacionadas, Estrutura das meninges, Estrutura do sistema nervoso simpático, Estrutura do sistema nervoso parassimpático?</b>	
É assim, na unidade em que estou apanha-se de tudo. Um AVE acaba por ter envolvimento de <b>cérebro, encéfalo</b> , todas essas áreas, depois se forem pessoas que tenham problemas associados degenerativos, temos afectada a <b>medula espinhal</b> . Praticamente acho que enquadram-se todos porque depende do diagnóstico que nos chega e da população que temos.	s110 Estrutura do cérebro  s120 Medula espinhal e estruturas relacionadas
<b>27 - E no que diz respeito ao olho, ouvido e estruturas relacionadas?</b>	
Normalmente aí nós seguimos, ... fazemos alguma avaliação para ver se a tal recepção e percepção em termos sensitivos. Em termos de	b215 Funções dos anexos dos olhos

<p>cuidados, às vezes também ensinamos estratégias em doentes com <b>ptose</b> e com alterações, tentamos sempre que haja um trabalho bilateral ou readaptamos o trabalho unilateral, quando há essas alterações, temos em atenção essas estruturas se estão preservadas ou não porque qualquer tarefa fica afectada se não tiver o enquadramento, ou dos dois <b>olhos</b>, ou dos dois <b>ouvidos</b>, ou tentamos compensar ou reestruturar a função da estrutura.</p>	
<p><b>28 - E relativamente às Estruturas relacionadas com a voz e fala, nomeadamente Estrutura do nariz, Estrutura da boca, Estrutura da faringe, Estrutura da laringe?</b></p>	
<p>Às vezes damos alguns estímulos em termos da <b>boca</b> ao nível externo, não um trabalho do bolo alimentar, da <b>deglutição</b> é mesmo no processo de chegada do alimento à boca, a partir daí é sempre a terapeuta da fala ou fisioterapeuta que faz.</p>	<p>s320 Estrutura da boca b5105 Deglutição</p>
<p><b>29 - E no que se refere às Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório?</b></p>	
<p>Ai é um trabalho sempre indirecto. A fisioterapia é que faz sempre um acompanhamento em termos de <b>fadiga e resistência ao esforço</b> e a parte médica que vai sempre fazendo os exames complementares de diagnóstico para controlar essas situações, de resto seguimos aquilo que eles nos pedem em termos de protocolo, também para não fragilizar mais o doente.</p>	<p>b455 Funções de tolerância ao exercício</p>
<p><b>30 - E relativamente às Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino, nomeadamente Estrutura das glândulas salivares, Estrutura do esófago, Estrutura do estômago, Estrutura dos intestinos, Estrutura do pâncreas, Estrutura do fígado, Estrutura da vesícula e vias biliares, Estrutura das glândulas endócrinas?</b></p>	
<p>Normalmente é também um trabalho indirecto, às vezes temos em atenção se esta presente ou ausente determinadas alterações diagnosticadas, se isso interfere com a forma como a pessoa desempenha as suas actividades desde a manhã à noite, se é incómodo, se faz com que haja isolamento social, que haja rejeição de alguma actividade, mas actuação directa não, normalmente é sempre o médico, a nutrição ou a terapeuta da fala.</p>	
<p><b>31 - E relativamente às Estruturas relacionadas com os aparelhos genitourinário e reprodutivo?</b></p>	
<p>Normalmente vemos também se há alguma alteração, aqui já estamos a falar mais do próprio aparelho e da estrutura e não temos tanta intervenção ao nível da estrutura, pelo menos no meu caso. Pode é haver o aconselhamento de certas situações pela sensação que isso dá à pessoa e a forma como ela aceita essa alteração, agora em termos de estratégias para mudar a estrutura ou melhorar o funcionamento da estrutura, normalmente está sempre ligado à parte médica.</p>	
<p><b>32 - E relativamente às Estruturas relacionadas com o movimento, nomeadamente Estrutura da</b></p>	

<b>região da cabeça e do pescoço, Estrutura da região do ombro, Estrutura do membro superior, Estrutura da região pélvica, Estrutura do membro inferior, Estrutura do tronco, Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento, são aspectos tidos em consideração?</b>	
<p>Sim. Esses temos todos. Nos costumamos, em termos de equipa de reabilitação nós avaliamos no global e depois, correcto ou não, mas para nos facilitar um bocado o nosso trabalho, eu, por exemplo, posso trabalhar <b>mobilidade funcional</b> com um doente e avalio mais a qualidade da relação do <b>tronco</b> com o <b>membro superior</b> e claro com a <b>cabeça</b>. Se houver mais alterações em termos de <b>morfologia na face</b>, pedimos mais ao terapeuta da fala, já estamos a falar de um plano mais exaustivo de estudo, e tudo o que for alterações do <b>membro inferior</b> pedimos ao fisioterapeuta e conjugamos tudo porque trabalhamos muitas vezes em conjunto, por isso acaba por ser um trabalho global, mas cada uma específica mais naquilo que poderá retirar de melhor de cada região do corpo.</p>	<p>Mobilidade funcional - ND</p> <p>s760 Estrutura do tronco</p> <p>s730 Estrutura do membro superior</p> <p>s710 Estrutura da região da cabeça e pescoço</p> <p>s7101 Estrutura da face</p> <p>s750 Estrutura do membro inferior</p>
<b>33 - E relativamente à Pele e estruturas relacionadas?</b>	
<p>Em relação à pele, normalmente seguimos os aconselhamentos que nos dão em termos de alterações que os doentes tenham, porque vêm com algum <b>problema de pele</b> e tudo o que for preciso para que isso não cause incomodo na exploração do meio e dos objectos, não uma intervenção em termos de pomada que precise, normalmente já vem encaminhado, damos só conselhos para não exacerbar a condição.</p>	<p>Problema de pele – CS</p>
<b>34 - Quais as actividades considera como as mais significativas para os paciente e quais as limitações nas actividades e restrições nas participação são mais frequentes?</b>	
<p>Normalmente, em termos de actividades, primariamente quando os doentes chegam à unidade, o que referem mais é que querem vir a <b>andar</b>, primariamente o que querem mesmo é vir a andar. Depois, quando começam a sentir, a população mais jovem querem, não só voltar a <b>comer</b>, voltar a <b>pentear</b>, mas por exemplo, voltar a <b>escrever</b>, a população jovem faz-lhe muita falta a independência no <b>reconhecimento de si próprio</b>, de <b>conseguir assinar</b>, <b>poder ir a um banco</b>, a <b>leitura</b>, ... a leitura e a <b>escrita</b> são duas situações, mais na população jovem, eles sentem muita falta de voltar a ter essas capacidade. Depois varia um bocadinho se é homem, se é mulher, normalmente as mulheres até se preocupam mais com as <b>situações de higiene</b>, de serem independentes, ou porque são mais jovens e ainda têm <b>menstruação</b>, em termos <b>estéticos</b> de se poderem arranjar, <b>melhorar a auto-estima</b>. Mas normalmente é a <b>alimentação</b>, conseguirem <b>comer sozinhos</b>, o conseguirem <b>vestir-se e despir-se sozinhos</b>, o <b>banho</b></p>	<p>d450 Andar</p> <p>d550 Comer</p> <p>d5202 Cuidar do cabelo e da barba</p> <p>d170 Escrever</p> <p>d870 Auto-suficiência económica</p> <p>d166 Ler</p> <p>d530 Higiene pessoal</p>

<p>também, mas eu acho que eles aceitam á partida que o banho é mais complicado, sabem que há uma fase de transição, que primeiro há uma fase de <b>aquisição da capacidade de se transferir</b>, depois conseguir <b>lavar-se</b> durante o banho, tem várias competências diferentes que têm de adquirir. Os homens gostam muito de conseguir <b>fazer a barba</b>, ou <b>arranjar substituto</b> para conseguir fazer a barba porque não gostam de ter a barba grande.</p>	<p>relacionada com as excreções</p> <p>d5302 Cuidados durante a menstruação</p> <p>d5200 Cuidar da pele</p> <p>b126 Funções do temperamento e personalidade</p> <p>d540 Vestir-se</p> <p>d5400 Vestir roupa</p> <p>d5401 Despir roupa</p> <p>d510 Lavar-se</p> <p>d420 Auto transferências</p> <p>e1151 Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária</p>
<p><b>35 - Nomeadamente de cuidar de determinadas zonas do corpo e da própria saúde, também já falou á bocado da toma da medicação e a esse nível também dos cuidados relacionados com os processos de excreção, á partida quando falou da menstruação, não estando ligada, são itens que são contemplados. Já que falou nos auto-cuidados, ao nível da vida doméstica, da aquisição do que é necessário para viver, nomeadamente de um lugar para morar, de bens e serviços, são itens contemplados quando da avaliação e intervenção?</b></p>	
<p>Sim, esse trabalho é feito mais pela assistente social, para fazer a transição para casa, para ver se vão ser capazes de se <b>movimentar em casa</b>, se é preciso <b>eliminar ou alterar situações de contexto em casa</b>, para prevenir outra lesão, ou exacerbar a que tem. Normalmente pensam muito na dependência que têm para <b>aquisição das refeições</b>, se serão capazes, ou de <b>confeccionar</b>, ou de chegar a um alimento simples, como ir à cozinha, <b>cortar uma maçã ou pêra</b>, para conseguirem comer. As senhoras referem muito o <b>cuidar dos filhos</b>, se vão ser capazes de cuidar dos filhos, e de <b>realizar as tarefas domésticas</b>, desde <b>passar a ferro</b>, é como se perdessem essa capacidade, apesar de que hoje em dia</p>	<p>d4600 Deslocar-se dentro de casa</p> <p>e155 Produtos e tecnologias relacionados com a arquitectura, a construção e os acabamentos de prédios para uso privado</p> <p>d620 Adquirir bens e</p>

<p>está mais homogeneizado, mas normalmente acham que <b>perdem a identidade</b> delas, porque deixam de conseguir fazer as coisas em casa, além de poderem ter a <b>dificuldade no trabalho</b>, mas a dificuldade de não conseguirem fazer as coisas em casa e principalmente de não conseguirem tratar dos filhos, tira-lhes muita autonomia e, no caso das mulheres até da muita <b>depressão</b>, porque acham que perderam a capacidade de fazer aquilo que melhor sabiam fazer.</p>	<p>serviços</p> <p>d630 Preparar refeições</p> <p>d660 - Ajudar os outros</p> <p>d650 Cuidar dos objectos domésticos</p> <p>d6500 Fazer e consertar roupas</p> <p>Perdem a identidade - FP</p> <p>d850 Trabalho remunerado</p> <p>Depressão – CS</p>
<p><b>36 - Considera que a aprendizagem e aplicação do conhecimento se encontra comprometida nos utentes com os quais intervém, nomeadamente as Experiências sensoriais intencionais como o Observar, Ouvir, Outras percepções sensoriais intencionais? São itens contemplados?</b></p>	
<p>Sim, se não conseguirmos que um doente olhe para nós para <b>imitar</b> algum gesto, algum movimento, ou até mesmo alguma palavra, não conseguimos fazer as <b>aquisições básicas</b> de que vamos precisar. O <b>escutar</b>, o <b>observar</b>, o <b>responder</b> activamente e de uma forma coordenada ao que vamos pedindo, o enquadrar aquilo que nós ensinamos ao longo do dia, muitas vezes está afectado e eles próprios às vezes dizem que parece que lhes <b>falha a memória</b> e que a menina disse, que sei que disse, porque me lembrou e sei que me lembrou, mas eu não me ia recordar do que era para fazer.</p>	<p>d130 Imitar</p> <p>d115 Ouvir</p> <p>d110 Observar</p> <p>b144 Funções de memória</p>
<p><b>37 – Já falou que para eles é importante o ler, escrever e provavelmente o aprender ou reaprender esse tipo de competências, nesse aspecto o facto de concentrar a atenção é levado em consideração?</b></p>	
<p>Sim, sim, os <b>tempos de permanência na tarefa</b> é muito importante, porque depois depende da tarefa que estamos a fazer. Depois a capacidade de <b>lidar com a frustração</b> perante um melhor desempenho, ou não dessa tarefa também afecta, mas é sempre tido em atenção os <b>tempos de permanência</b>, de <b>concentração</b>, de selecção daquilo que estão a realizar e desfocalizarem-se até das actividades que os outros possam estar a realizar, mesmo que não seja durante a terapia, basta alguém entrar e eles desligam do que estão a fazer.</p>	<p>Tempos de permanência na tarefa - ND</p> <p>d160 Concentrar a atenção</p> <p>b126 Funções do temperamento e personalidade</p>
<p><b>38 – E ao nível de resolução de problemas e tomada de decisões, também é contemplada?</b></p>	
<p>Sim, também contemplamos. Isso acaba por ser generalizado, desde que se conhece o doente, a própria aceitação do quadro clínico que tem,</p>	<p>d175 Resolver problemas</p>

daquilo que ele próprio compromete-se para melhorar, as estratégias que aceita que lhe façamos, no entanto, eles às vezes até querem, mas depois têm de ser orientados porque não conseguem <b>resolver os problemas</b> deles, como é o caso de uma <b>apraxia de vestir</b> que não conseguem desempenhar essa <b>sequenciação do movimento</b> e não conseguem <b>vestir</b> , como outros <b>problemas de gestão financeira</b> .	b176 Funções mentais para a sequência de movimentos complexos  b164 Funções cognitivas de nível superior
<b>39 – Também está a focar os aspectos de realização de uma única tarefa, de realização de tarefas múltiplas, realizar a rotina diária e de lidar com o stress e outras exigências psicológicas?</b>	
Exactamente.	d210 Levar a cabo uma tarefa única  d220 Levar a cabo tarefas múltiplas  d230 Levar a cabo a rotina diária  d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas
<b>40 - E ao nível da Comunicação? Encontra algum nível de compromisso, como seja, comunicar e receber mensagens orais, comunicar e receber mensagens não verbais, comunicar e receber mensagens usando linguagem gestual, comunicar e receber mensagens escritas? Esses aspectos são contemplados?</b>	
É, normalmente quando é preciso utilizar algum <b>sistema que aumente a compreensão dessas mensagens...</b>	e1251 Produtos e tecnologias de assistência para comunicação
<b>41 - Está a falar da utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação?</b>	
Exacto. Normalmente, isso fazemos paralelamente com a terapia da fala.	d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação
<b>42 – Também contempla os aspectos falar, produzir mensagens não verbais, produzir mensagens na linguagem formal dos sinais, escrever mensagens?</b>	
Exacto e <b>utilizar dispositivos como o telefone</b> , pedir ajuda...	d330 Falar  d335 Produzir mensagens não verbais  d340 Produzir mensagens usando linguagem formal dos sinais

	d345 Escrever mensagens  d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação
<b>43 – E o aspecto da conversação e da discussão?</b>	
Sim, muitas vezes eles <b>falam</b> por cima de nós, esses aspectos também são contemplados porque não são capazes de <b>fazer aprendizagens</b> se não forem capazes de ter um paralelo de <b>escuta activa</b> e de <b>expressão</b> daquilo que precisam.	d330 Falar  Fazer aprendizagens – ND  d115 Ouvir  Expressão - ND
<b>44 - A mobilidade é um aspecto importante ao nível da avaliação e intervenção? E no caso de o ser, a que nível?</b>	
Sim, sempre. Principalmente depois do doente fazer a aquisição, aquando de um processo mais avançado quando queremos ver se a <b>mobilidade</b> vai ser enquadrada com um <b>dispositivo electrónico</b> , uma <b>cadeira de rodas</b> , ... a <b>deslocação utilizando algum tipo de equipamento</b> , ou se efectivamente vai ser mais autónomo ou pode recorrer a alguma ajuda técnica, como uma <b>bengala</b> , <b>uma canadiana</b> , não que nós façamos a escolha de bengalas ou canadianas, de cadeiras de rodas sim, mas depois o enquadramento da <b>mobilidade funcional</b> , isto é, o doente <b>desloca-se e aparece um objecto</b> , será que ele se afasta do objecto? Será que ele precisa de ir ao armário e tem de <b>transferir o peso para um lado</b> para pegar num copo, será que ele vai ser capaz?	Mobilidade – ND  d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento  Mobilidade funcional - ND  d455 Deslocar-se  d4106 Mudar o centro de gravidade do corpo
<b>45 – Está a falar então do deslocar e do deslocar-se por diferentes locais?</b>	
Exacto.	d455 Deslocar-se  d460 Deslocar-se em diferentes locais
<b>46 – E ao nível do mudar a posição básica do corpo, manter a posição do corpo e auto-transferências?</b>	
Sim.	d410 Mudar a posição básica do corpo  d415 Manter a posição do corpo  d420 Auto-transferências
<b>47 – E ao nível do Levantar e transportar objectos Mover objectos com os membros inferiores,</b>	

<b>Utilização de movimentos finos da mão, Utilização da mão e do braço?</b>	
Sim, isso é sempre contemplado.	<p>d430 Levantar e transportar objectos</p> <p>d435 Mover objectos com os membros inferiores</p> <p>d440 Actividades de motricidade fina da mão</p> <p>d445 Utilização da mão e do braço</p>
<b>48 – E ao nível do deslocar-se utilizando transporte, conduzir e montar animais como meio transporte são contemplados?</b>	
Sim, numa fase mais... nem todos os doentes na nossa unidade são os mais independentes que saem ao fim de 30 dias, porque nem sempre são bem referenciados. Mas, partindo do princípio que no meu caso é uma Convalescença, temos de ver se são doentes que depois vão <b>conseguir andar de transporte público</b> , se vão <b>conseguir voltar a conduzir</b> , isso é sempre contemplado.	<p>d4702 Utilizar transporte público</p> <p>d475 Conduzir</p>
<b>49 - E no respeitante às Interações e relacionamentos interpessoais? Considera um aspecto a ser levado em conta na avaliação e intervenção?</b>	
Sim, tentamos sempre que a <b>relação</b> entre os utentes que estão na unidade, se eles conseguem criar um <b>espírito de companheirismo, ajudarem-se mutuamente</b> , ...	<p>d710 Interações interpessoais básicas</p> <p>d720 Interações interpessoais complexas</p>
<b>50 – Está a falar-me das interações básicas e complexas, bem como o relacionamento com estranhos, relacionamento formal, relacionamentos sócias informais, relacionamentos familiares?</b>	
Sim, alguns ficam com bastantes alterações porque falam com todas as pessoas da mesma forma, às vezes até nem diferenciam os familiares de estranhos, a forma de comunicação é sempre igual.	<p>d710 Interações interpessoais básicas</p> <p>d720 Interações interpessoais complexas</p> <p>d730 Relacionamento com estranhos</p> <p>d740 Relacionamento formal</p> <p>d750 Relacionamentos</p>

	<p>sociais informais</p> <p>d760 Relacionamentos familiares</p>
<b>51 – E os relacionamentos íntimos?</b>	
<p>É mais por uma observação indirecta ou porque há algum problema que o doente nos refira, porque é muito novo e é casado e tem filhos pequenos, ou queria ter mais filhos, é mais nesse sentido. Já é uma abordagem mais indirecta.</p>	
<b>52 – E ao nível das Áreas Principais da Vida leva em consideração aquando da avaliação e intervenção? Como sejam, Educação, Trabalho e emprego e a Vida económica?</b>	
<p>Sim, isso temos sempre em consideração. A parte económica, quando o doente vai para casa, ou quando é transferido para outra unidade, está mais com a assistente social, bem como tudo o que é preciso depois requerer para manter os tratamentos fora da unidade. Em termos de <b>trabalho</b>, damos sempre os <b>aconselhamentos para prevenção</b> ou melhorar a capacidade de desempenho nesses contextos, ou em termos educacionais.</p>	<p>e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde</p>
<b>53 - E no respeitante à Vida comunitária, social e cívica? Quais as consideradas aquando da sua avaliação e intervenção, como sejam a Vida comunitária, Recreação e lazer, Religião e espiritualidade, Direitos Humanos e Vida política e cidadania?</b>	
<p>Em termos de enquadramento político e religioso, normalmente não fazemos uma intervenção directa. A pessoa pode-nos referenciar os gostos que tem podemos aconselhar a manter essas actividades mas não interferimos com essas áreas. Normalmente em termos de cidadania, muitas vezes quando têm de fazer <b>transferência de actividade</b> ou de área de trabalho ou pelo menos, pedimos à pessoa para tentar <b>manter os relacionamentos</b> e a actividade de lazer que goste, seja <b>ler</b>, seja <b>tratar dos pombos</b>, vemos se tem capacidade para manter o <b>controlo e a gestão dessa actividade de lazer</b>.</p>	<p>d845 Obter, manter e sair de um emprego</p> <p>d710 Interacções interpessoais básicas</p> <p>d720 Interacções interpessoais complexas</p> <p>d166 Ler</p> <p>d6506 Cuidar dos animais</p> <p>d920 Recreação e lazer</p>
<b>54 - Que circunstâncias/ condições ambientais são, mais comumente, alvo de avaliação e intervenção na abordagem a estes utentes?</b>	
<p>Normalmente o que avaliamos mais é a <b>adaptação ao ambiente</b> da unidade e depois a capacidade de se <b>enquadrar novamente no trabalho e em casa</b>, normalmente são sempre adultos. Se forem pessoas mais velhas e reformadas é em <b>casa e o convívio no lar ou no centro</b></p>	<p>Adaptação ao ambiente – ND</p> <p>Enquadrar novamente no trabalho e em casa – ND</p>

de dia, para voltar a ser o mais independente possível.	d910 Vida comunitária
<b>55 - A sua avaliação e intervenção incide com frequência sobre produtos e tecnologias? Quais?</b>	
Normalmente tentamos sempre que é necessário, porque fazemos o treino e se o próprio doente aceita, acho que a população portuguesa tem muita dificuldade em aceitar ajudas técnicas ou sistemas de compensação, falando generalizadamente. Maioritariamente dizem que é por uma questão económica, mas não acredito, muitas vezes não querem aceitar utilizar e acabam por preferir ser dependentes de terceiros, do que fazer aquisição, ou por rejeição social, ou por vergonha, ou porque desconhecem que efectivamente aquilo vai-lhes melhorar porque se vão sentir mais independentes dos outros. Tentamos sempre depois do treino a aconselhar os doentes a comprar.	
<b>56 - E que tipo de produtos e tecnologias costuma avaliar, nomeadamente, Produtos ou substâncias para consumo pessoal Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária, Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores Produtos e tecnologias para a comunicação Produtos e tecnologias para a educação Produtos e tecnologias para o trabalho Produtos e tecnologias para a cultura, actividades recreativas e desportivas Produtos e tecnologias para a prática religiosa e espiritualidade Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso privado Produtos e tecnologias relacionados com a utilização e a exploração dos solos, Bens?</b>	
Normalmente a avaliação incide mais sobre as de <b>uso pessoal</b> e de <b>interacção com o meio</b> , não as que abarcam a alteração urbanística, não entramos por aí, já era um passo muito à frente, as de uso pessoal, sejam elas as de <b>deslocação, mobilidade</b> , aí já é um trabalho em conjunto em equipa tendo em conta a necessidade do doente para <b>deslocar-se</b> , para <b>comer</b> . Mas e mais de uso pessoal do que interacção com o meio, se falarmos nas de <b>mobilidade</b> , as <b>cadeiras de rodas, os andarilhos</b> , mas não fazemos modificações de elevadores, nem de acessibilidade ao prédio onde mora, podemos fazer o aconselhamento de pequenas alterações para <b>prevenir quedas</b> em casos de escadas, mas são sempre situações que não conseguimos chegar a esse passo de fazer a modificação do ambiente, podemos é por certos estímulos para controlar o risco de algumas situações.	e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal  e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária  e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores
<b>57 - Considera na sua avaliação o ambiente natural e mudanças feitas pelo homem? Em que medida, como sejam, Geografia física, População, Flora e fauna, Clima, Desastres naturais, Desastres causados pelo homem, Luz, Mudanças relacionadas com o tempo, Som, Vibração, Qualidade do ar?</b>	
Nesse aspecto o que consideramos mais é em termos de <b>controlo de luminosidade</b> por causa da deslocação dos doentes, no restante não.	e240 Luz
<b>58 - O Apoio, Relacionamento são factores que integram o processo de avaliação e intervenção? De</b>	

<b>que forma, nomeadamente, Família próxima, Família alargada, Amigos, Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade, Pessoas em posição de autoridade, Pessoas em posição subordinada, Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, Estranhos, Animais domesticados, Profissionais de saúde e Outros profissionais?</b>	
Normalmente há sempre uma <b>pessoa que representa</b> e a esse fazemos sempre aconselhamentos, tentamos depois ver quem é a pessoa que tem muito impacto na vida do paciente, nem sempre é aquela que está mais “à frente”, a <b>cuidadora mais directa</b> e tentamos sempre que essa pessoa seja um meio de estímulo para o doente, normalmente estimulamos que as visitas sejam periódicas ou se não há visitas que telefonem porque sabemos que a pessoa está numa fase mais deprimida, que telefonem só a perguntar como é que correu, nós próprios perguntamos quem se lhes telefonou e tentamos que seja um trabalho de articulação com a <b>família</b> .	e340 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais  e310 Família próxima
<b>59 – E ao nível Amigos, Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade?</b>	
Normalmente o grau de parentesco e a envolvência depende das pessoas que estão mais presentes, que vão à unidade para visitar e nós vamo-nos apercebendo de quem são essas pessoas, porque normalmente as pessoas mais significativas vão e depois as que não vão tentamos ver se há algum problema de ordem familiar e o serviço social é que avalia mais para ajudar no processo.	
<b>60 - E ao nível dos Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais?</b>	
Normalmente é questionado ao doente quando sair da unidade quem prevê que o irá ajudar, normalmente é dirigido mais pelo <b>familiar</b> . Caso não tenha familiar ou <b>amigo</b> que indique como a pessoa que o vai ajudar o serviço social tenta sempre enquadrar na comunidade, num lar ou centro de dia.	e310 Família próxima  e320 Amigos
<b>61 – Também enquadra os profissionais de saúde e outros profissionais?</b>	
Também se for preciso, por exemplo se o doente for transferido para outra unidade o telefonarmos para dizermos como está o caso e enviarmos os relatórios.	e355 Profissionais de saúde  e360 Outros profissionais
<b>62 - E no respeitante às Atitudes? Também são factores que integram o processo de avaliação e intervenção? De que forma, tais como Atitudes individuais de membros da família próxima, Atitudes individuais de membros da família alargada, Atitudes individuais de amigos, Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade, Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade, Atitudes individuais de pessoas em posições subordinadas, Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e dos assistentes pessoais, Atitudes individuais de estranhos, Atitudes individuais de profissionais de saúde, Atitudes individuais de outros profissionais, Atitudes sociais, Normas, práticas e ideologias sociais?</b>	
Isso é um processo constante de entrada e saída de pessoas no processo de reabilitação do doente. É sempre tido em conta para ver se é um aspecto que vai afectar positivamente ou negativamente. É uma coisa	e355 Profissionais de saúde

<p>que não se avalia logo primariamente mas que se vai avaliando, porque vai alguém visitar o doente que o deprimiu ou que o deixou muito contente. Avaliamos o relacionamento com a visita e de que forma isso poderá auxiliar esse trabalho. Ou então porque o doente foi a uma <b>consulta médica</b> e veio muito contente porque o potenciou e vem a achar que vai recuperar, ou pelo contrário, vem completamente desmotivado e a achar que vai desistir e vemos a influência que tem. E até <b>nós próprios</b> a influencia que temos perante uma palavra que digamos, um gesto que fazemos e vemos a aceitação.</p>	
<p><b>63 - Que tipo de Serviços, Sistemas e Políticas analisa durante a avaliação e mobiliza para a intervenção, nomeadamente Serviços, sistemas e políticas relacionados com a produção de bens de consumo, Serviços, sistemas e políticas relacionados com a arquitectura e a construção, Serviços, sistemas e políticas relacionados com o planeamento de espaços abertos, Serviços, sistemas e políticas relacionados com a habitação, Serviços, sistemas e políticas relacionados com os serviços de utilidade pública, Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área da comunicação, Serviços, sistemas e políticas relacionados com os transportes, Serviços, sistemas e políticas relacionados com a protecção civil, Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área jurídico-legal, Serviços, sistemas e políticas relacionados com associações e organizações, Serviços, sistemas e políticas relacionados com os meios de comunicação, Serviços, sistemas e políticas relacionados com a economia, Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social, Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral, Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde, Serviços, sistemas e políticas relacionados com a educação e a formação profissional, Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e o emprego, Serviços, sistemas e políticas relacionados com o sistema político?</b></p>	
<p>Normalmente essas áreas são todas abrangidas, mas num trabalho global da equipa toda. Aquilo que nós, como terapeutas ocupacionais, vemos mais é a capacidade de acesso a esses meios e a esses sistemas, se <b>consegue aceder a um meio de transporte, se consegue aceder a casa, á igreja, ou à instituição de culto</b> onde se desloca, tudo o que lhe permita aceder e utilizar esses sistemas.</p>	<p>d470 Utilizar transporte  d460 Deslocar-se em diferentes locais</p>
<p><b>64 - Estamos a terminar e resta-me perguntar se há alguma situação que queira acrescentar ou referir?</b></p>	
<p>Não, acho que está tudo.</p>	

# Anexo VI

*Este anexo consiste na ligação dos resultados das entrevistas à CIF*



<b>Capítulo 3 Funções da voz e da fala</b>									
<b>b310</b>	Funções da voz		√		√	√			√
<b>b3100</b>	Produção da voz	√	√						
<b>b3101</b>	Qualidade da voz	√							
<b>b320</b>	Funções da articulação	√				√		√	√
<b>b330</b>	Funções da fluência e do ritmo da fala		√			√		√	
<b>b340</b>	Funções de outras formas de vocalização								
<b>Capítulo 4 Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório</b>									
<b>Funções do aparelho cardiovascular (b410-b429)</b>									
<b>b410</b>	Funções cardíacas				√			√	
<b>b415</b>	Funções dos vasos sanguíneos							√	
<b>b420</b>	Funções da pressão arterial								
<b>Funções dos sistemas hematológico e imunológico (b430-b439)</b>									
<b>b430</b>	Funções do sistema hematológico							√	
<b>b435</b>	Funções do sistema imunológico								
<b>Funções do aparelho respiratório (b440-b449)</b>									
<b>b440</b>	Funções da respiração			√	√				
<b>b445</b>	Funções dos músculos respiratórios							√	
<b>b4451</b>	Funções do diafragma			√					
<b>Funções e sensações adicionais dos aparelhos cardiovascular e respiratório (b450-b469)</b>									
<b>b450</b>	Funções respiratórias adicionais							√	
<b>b455</b>	Funções de tolerância ao exercício	√	√	√	√			√	
<b>b4550</b>	Resistência física geral	√		√	√				
<b>b4552</b>	Fatigabilidade		√					√	
<b>b460</b>	Sensações associadas às funções cardiovasculares e respiratórias							√	
<b>Capítulo 5 Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino</b>									
<b>Funções relacionadas com o aparelho digestivo (b510-b539)</b>									
<b>b510</b>	Funções de ingestão								√
<b>b5105</b>	Deglutição			√		√			
<b>b515</b>	Funções digestivas								
<b>b520</b>	Funções de assimilação								
<b>b525</b>	Funções de defecação								√
<b>b5251</b>	Consistência fecal			√					
<b>b530</b>	Funções de manutenção do peso								
<b>b535</b>	Sensações associadas ao aparelho digestivo								
<b>Funções relacionadas com os sistemas metabólicos e endócrino (b540-b559)</b>									
<b>b540</b>	Funções metabólicas gerais								
<b>b545</b>	Funções de equilíbrio hídrico, mineral e eletrolítico								
<b>b5450</b>	Equilíbrio hídrico			√					
<b>b550</b>	Funções termo reguladoras								
<b>b555</b>	Funções das glândulas endócrinas								
<b>Capítulo 6 Funções geniturinárias e reprodutivas</b>									
<b>Funções urinárias (b610-b639)</b>									
<b>b610</b>	Funções de excreção urinária	√							
<b>b620</b>	Funções miccionais	√							
<b>b630</b>	Sensações associadas às funções urinárias								
<b>Funções genitais e reprodutivas (b640-b679)</b>									
<b>b640</b>	Funções sexuais							√	
<b>b650</b>	Funções relacionadas com a menstruação	√							
<b>b660</b>	Funções de procriação								
<b>b670</b>	Sensações associadas às funções genitais e reprodutivas								
<b>Capítulo 7 Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento</b>									
<b>Funções das articulações e dos ossos (b710-b729)</b>									
<b>b710</b>	Funções da mobilidade das articulações	√	√	√	√	√	√	√	√
<b>b715</b>	Funções da estabilidade das articulações		√	√	√	√	√	√	√
<b>b720</b>	Funções da mobilidade dos ossos	√	√	√	√	√	√	√	√
<b>Funções musculares (b730-b749)</b>									
<b>b730</b>	Funções da força muscular	√	√	√	√	√	√	√	√
<b>b735</b>	Funções do tônus muscular	√	√	√	√	√		√	√



s580	Estrutura das glândulas endócrinas								
<b>Capítulo 6 Estruturas relacionadas com os aparelhos genitourinário e reprodutivo (s610-s699)</b>									
s610	Estrutura do aparelho urinário								
s620	Estrutura do pavimento pélvico								
s630	Estrutura do aparelho reprodutivo								
<b>Capítulo 7 Estruturas relacionadas com o movimento (s710-s799)</b>									
s710	Estrutura da região da cabeça e do pescoço	√	√	√	√	√	√	√	√
s7101	Estrutura da face			√					
s720	Estrutura da região do ombro	√	√			√	√	√	√
s730	Estrutura do membro superior	√		√	√	√	√	√	√
s740	Estrutura da região pélvica	√				√	√	√	√
s750	Estrutura do membro inferior	√		√		√	√	√	√
s760	Estrutura do tronco	√		√		√	√	√	√
s7600	Estruturas da coluna vertebral			√					
s770	Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento	√				√	√	√	√
<b>Capítulo 8 Pele e estruturas relacionadas (s810-s899)</b>									
s810	Estrutura das áreas da pele		√			√	√		
s820	Estrutura das glândulas da pele		√			√			
s830	Estrutura das unhas		√			√	√		
s840	Estrutura dos pêlos		√			√	√		
<b>Actividades e Participação</b>									
<b>Capítulo 1 Aprendizagem e aplicação do conhecimento</b>									
<b>Experiências sensoriais intencionais (d110-d219)</b>									
d110	Observar	√	√		√	√	√	√	√
d115	Ouvir	√	√	√	√	√	√	√	√
d120	Outras percepções sensoriais intencionais	√	√		√	√	√	√	√
<b>Aprendizagem básica (d130-d159)</b>									
d130	Imitar		√	√	√	√		√	√
d135	Ensaïar (Repetir)				√	√		√	√
d140	Aprender a ler				√	√			√
d145	Aprender a escrever				√	√		√	√
d150	Aprender a calcular				√	√		√	√
d155	Adquirir competências		√		√	√		√	√
<b>Aplicação do conhecimento (d160-d179)</b>									
d160	Concentrar a atenção	√	√	√		√	√		√
d163	Pensar	√	√			√	√		√
d166	Ler	√	√	√		√	√		
d170	Escrever	√	√	√		√	√	√	√
d172	Calcular	√	√			√	√		
d175	Resolver problemas	√	√	√		√	√	√	√
d177	Tomar decisões		√				√	√	√
<b>Capítulo 2 Tarefas e exigências gerais (d210-d299)</b>									
d210	Realizar uma única tarefa		√	√	√	√	√	√	√
d2100	Realizar uma tarefa simples	√			√		√		
d2101	Realizar uma tarefa complexa	√					√		
d220	Realizar tarefas múltiplas	√	√	√		√	√	√	√
d230	Realizar a rotina diária	√	√	√	√	√	√	√	√
d2301	Gerir a rotina diária	√							
d240	Lidar com o stress e outras exigências psicológicas	√	√	√		√	√	√	
<b>Capítulo 3 Comunicação</b>									
<b>Comunicar e receber mensagens (d310-d329)</b>									
d310	Comunicar e receber mensagens orais	√	√		√		√	√	√
d315	Comunicar e receber mensagens não verbais	√	√		√		√	√	√
d3152	Comunicar e receber mensagens através de desenhos e fotografias								√
d320	Comunicar e receber mensagens usando linguagem gestual		√					√	
d325	Comunicar e receber mensagens escritas	√	√		√		√	√	√

<b>Comunicar e produzir mensagens (d330-d349)</b>									
d330	Falar	√		√		√	√	√	√
d335	Produzir mensagens não verbais	√	√	√	√	√	√	√	√
d340	Produzir mensagens usando linguagem gestual			√		√		√	
d345	Escrever mensagens	√	√		√		√	√	√
<b>Conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (d350-d369)</b>									
d350	Conversação		√			√	√		√
d355	Discussão		√			√		√	
d360	Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação			√		√		√	√
d3600	Utilizar dispositivos de comunicação		√						
d3601	Utilizar máquinas para escrever		√						
<b>Capítulo 4 Mobilidade</b>									
<b>Mudar e manter a posição do corpo (d410-d429)</b>									
d410	Mudar a posição básica do corpo	√	√	√	√	√	√	√	√
d4104	Pôr-se em pé	√							
d4106	Mudar o centro de gravidade do corpo			√					
d415	Manter a posição do corpo		√	√	√	√	√	√	√
d420	Auto-transferências	√	√	√	√	√	√	√	√
<b>Transportar, mover e manusear objectos (d430-d449)</b>									
d430	Levantar e transportar objectos		√	√		√	√	√	√
d435	Mover objectos com os membros inferiores		√	√		√			√
d440	Utilização de movimentos finos da mão	√	√	√	√	√	√	√	√
d445	Utilização da mão e do braço	√	√	√		√	√	√	√
<b>Andar e mover-se (d450-d469)</b>									
d450	Andar	√	√	√				√	√
d4502	Andar contornando obstáculos	√							
d455	Deslocar-se	√	√	√			√	√	√
d4551	Subir/descer		√						
d460	Deslocar-se por diferentes locais			√	√			√	√
d4600	Deslocar-se dentro de casa			√					
d465	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	√	√	√	√	√	√	√	√
<b>Deslocar-se utilizando transporte (d470-d489)</b>									
d470	Utilização de transporte	√	√	√		√			
d4702	Utilizar transporte público			√					
d475	Conduzir	√	√	√				√	√
d480	Montar animais como meio transporte								
<b>Capítulo 5 Auto cuidados (d510- d599)</b>									
d510	Lavar-se	√	√	√	√	√	√	√	√
d520	Cuidar de partes do corpo	√	√		√	√	√	√	√
d5200	Cuidar da pele			√					
d5201	Cuidar dos dentes	√							
d5202	Cuidar do cabelo e da barba			√	√				
d5203	Cuidar das unhas das mãos					√			
d530	Cuidados relacionados com os processos de excreção	√	√	√	√	√	√	√	√
d5302	Cuidados durante a menstruação			√					
d540	Vestir-se	√	√	√	√	√	√	√	√
d5400	Vestir roupa			√					
d5401	Despir roupa			√					
d550	Comer	√	√	√	√	√	√	√	√
d560	Beber		√		√	√	√		√
d570	Cuidar da própria saúde	√		√	√	√	√		
d5702	Manter a própria saúde		√	√					
<b>Capítulo 6 Vida doméstica</b>									
<b>Aquisição de produtos necessários para viver (d610-d629)</b>									
d610	Aquisição de um lugar para morar					√		√	
d620	Aquisição de bens e serviços	√	√	√		√		√	
<b>Trabalho doméstico (d630-d649)</b>									
d630	Preparar refeições	√	√	√	√	√		√	√

<b>d640</b>	Realizar as tarefas domésticas	√		√		√	√	√	√
<b>d6400</b>	Lavar e secar a roupa	√							
<b>Cuidar dos objectos domésticos e ajudar os outros (d650-d669)</b>									
<b>d650</b>	Cuidar dos objectos da casa	√	√	√		√	√	√	
<b>d6500</b>	Fazer e consertar roupas			√		√			
<b>d6505</b>	Cuidar das plantas de interior e exterior					√			
<b>d6506</b>	Cuidar dos animais			√					
<b>d660</b>	Ajudar os outros		√	√		√	√	√	
<b>Capítulo 7 Interações e relacionamentos interpessoais</b>									
<b>Interações interpessoais gerais (d710-d729)</b>									
<b>d710</b>	Interações interpessoais básicas	√	√	√	√	√	√	√	√
<b>d720</b>	Interações interpessoais complexas	√	√	√		√		√	
<b>Relacionamentos interpessoais particulares (d730-d779)</b>									
<b>d730</b>	Relacionamento com estranhos		√	√		√		√	
<b>d740</b>	Relacionamento formal		√	√		√		√	
<b>d750</b>	Relacionamentos sociais informais		√	√		√		√	
<b>d760</b>	Relacionamentos familiares	√	√	√	√	√	√	√	√
<b>d770</b>	Relacionamentos íntimos	√	√	√		√			
<b>Capítulo 8 Áreas principais da vida</b>									
<b>Educação (d810-d839)</b>									
<b>d810</b>	Educação informal					√		√	
<b>d815</b>	Educação pré-escolar					√		√	
<b>d820</b>	Educação escolar					√		√	
<b>d825</b>	Formação profissional					√		√	
<b>d830</b>	Educação de nível superior							√	
<b>Trabalho e emprego (d840-d859)</b>									
<b>d840</b>	Estágio (preparação para o trabalho)	√				√			
<b>d845</b>	Obter, manter e sair de um emprego			√		√			
<b>d850</b>	Trabalho remunerado	√		√		√			
<b>d855</b>	Trabalho não remunerado					√			
<b>Vida económica (d860-d879)</b>									
<b>d860</b>	Transacções económicas básicas	√	√			√	√	√	√
<b>d865</b>	Transacções económicas complexas					√		√	
<b>d870</b>	Auto-suficiência económica	√		√		√		√	
<b>Capítulo 9 Vida comunitária, social e cívica (d910- d999)</b>									
<b>d910</b>	Vida comunitária	√	√	√	√	√		√	
<b>d920</b>	Recreação e lazer	√		√	√	√	√	√	√
<b>d9200</b>	Jogos					√			
<b>d930</b>	Religião e espiritualidade	√			√	√	√	√	
<b>d940</b>	Direitos Humanos	√			√	√		√	
<b>d950</b>	Vida política e cidadania				√	√		√	
<b>Factores Ambientais</b>									
<b>Capítulo 1 Produtos e tecnologia (e110-e199)</b>									
<b>e110</b>	Produtos ou substâncias para consumo pessoal		√	√	√	√			
<b>e115</b>	Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	√	√	√	√	√	√	√	√
<b>e1150</b>	Produtos e tecnologias gerais para uso pessoal	√		√					
<b>e1151</b>	Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária		√	√				√	
<b>e120</b>	Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores		√	√		√	√	√	√
<b>e1201</b>	Produtos e tecnologias de assistência destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores	√			√				
<b>e125</b>	Produtos e tecnologias para a comunicação					√	√	√	√
<b>e1250</b>	Produtos e tecnologias gerais para comunicação		√						
<b>e1251</b>	Produtos e tecnologias de assistência para comunicação			√		√	√		√

e130	Produtos e tecnologias para a educação	√						√	
e135	Produtos e tecnologias para o trabalho					√	√	√	
e140	Produtos e tecnologias para a cultura, actividades recreativas e desportivas		√			√	√	√	
e1400	Produtos e tecnologias gerais para a cultura, a recreação e o desporto	√							
e145	Produtos e tecnologias para a prática religiosa e espiritualidade					√	√	√	
e150	Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público	√				√		√	
e155	Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso privado	√	√	√	√	√	√	√	√
e1550	Produtos e tecnologias relacionados com a arquitectura, a construção e os acabamentos de entradas e saídas de prédios para uso privado	√							
e160	Produtos e tecnologias relacionados com a utilização e a exploração dos solos								
e165	Bens					√			
<b>Capítulo 2 Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem (e210-e299)</b>									
e210	Geografia física								
e215	População								
e220	Flora e fauna								
e225	Clima								
e230	Desastres naturais								
e235	Desastres causados pelo homem								
e240	Luz			√	√				
e245	Mudanças relacionadas com o tempo								
e250	Som				√				
e255	Vibração								
e260	Qualidade do ar								
<b>Capítulo 3 Apoio e relacionamentos (e310-e399)</b>									
e310	Família próxima	√	√	√	√	√	√	√	√
e315	Família alargada	√				√	√	√	√
e320	Amigos	√		√	√	√	√	√	√
e325	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	√	√		√	√	√	√	
e330	Pessoas em posição de autoridade		√			√		√	
e335	Pessoas em posição subordinada					√		√	
e340	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	√	√	√	√	√	√		√
e345	Estranhos					√			
e350	Animais domesticados					√	√	√	
e355	Profissionais de saúde	√	√	√	√	√	√	√	√
e360	Outros profissionais	√	√	√	√	√	√	√	
<b>Capítulo 4 Atitudes (e410-e499)</b>									
e410	Atitudes individuais de membros da família próxima		√		√	√	√		
e415	Atitudes individuais de membros da família alargada		√		√	√	√		
e420	Atitudes individuais de amigos		√						
e425	Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade		√			√	√		
e430	Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade		√			√			
e435	Atitudes individuais de pessoas em posições subordinadas		√			√			
e440	Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e dos assistentes pessoais		√			√	√		
e445	Atitudes individuais de estranhos					√			
e450	Atitudes individuais de profissionais de saúde					√	√		

e455	Atitudes individuais de outros profissionais					√	√		
e460	Atitudes sociais								
e465	Normas, práticas e ideologias sociais								
<b>Capítulo 5 Serviços, sistemas e políticas (e510-e599)</b>									
e510	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a produção de bens de consumo					√			
e515	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a arquitectura e a construção				√	√			
e520	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o planeamento de espaços abertos							√	
e525	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a habitação				√			√	
e530	Serviços, sistemas e políticas relacionados com os serviços de utilidade pública				√	√		√	
e535	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área da comunicação				√	√		√	
e540	Serviços, sistemas e políticas relacionados com os transportes					√		√	
e545	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a protecção civil					√		√	
e550	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área jurídico-legal					√		√	
e555	Serviços, sistemas e políticas relacionados com associações e organizações					√		√	
e560	Serviços, sistemas e políticas relacionados com os meios de comunicação					√		√	
e565	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a economia					√			
e570	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social				√	√		√	
e575	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral				√	√		√	
e580	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde		√	√	√	√		√	
e585	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a educação e a formação profissional				√	√		√	
e590	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e o emprego				√	√		√	
e595	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o sistema político				√	√			

# Anexo VII

*Este anexo consiste nas categorias da CIF com prevalências iguais ou superiores a 37,5%*

<b>Funções do Corpo</b>			
<b>Capítulo 1 Funções Mentais</b>			
<b>Funções mentais globais (b110 –b139)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b110</b>	Funções da consciência	25	75
<b>b114</b>	Funções da orientação	0	100
<b>b1140</b>	Orientação em relação ao tempo	50	50
<b>b1141</b>	Orientação em relação ao lugar	50	50
<b>b117</b>	Funções intelectuais	50	50
<b>b122</b>	Funções psicossociais globais	50	50
<b>b126</b>	Funções do temperamento e da personalidade	12,5	87,5
<b>b130</b>	Funções da energia e dos impulsos	25	75
<b>b134</b>	Funções do sono	25	75
<b>Funções mentais específicas (b140-b189)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b140</b>	Funções da atenção	25	75
<b>b144</b>	Funções da memória	0	100
<b>b147</b>	Funções psicomotoras	12,5	87,5
<b>b152</b>	Funções emocionais	37,5	62,5
<b>b156</b>	Funções da percepção	25	75
<b>b1561</b>	Percepção visual	62,5	37,5
<b>b164</b>	Funções cognitivas de nível superior	37,5	62,5
<b>b167</b>	Funções mentais da linguagem	12,5	87,5
<b>b1681</b>	Expressão da linguagem	50	50
<b>b172</b>	Funções de cálculo	50	50
<b>b176</b>	Funções mentais para a sequência de movimentos complexos	12,5	87,5
<b>b180</b>	Funções de experiência pessoal e do tempo	50	50
<b>Capítulo 2 Funções Sensoriais e dor</b>			
<b>Visão e funções relacionadas (b210-229)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b210</b>	Funções da visão	0	100
<b>Funções auditivas e vestibulares (b230-b249)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b230</b>	Funções auditivas	12,5	87,5
<b>b235</b>	Funções vestibulares	37,5	62,5
<b>Funções sensoriais adicionais (b250-b279)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b250</b>	Função gustativa	62,5	37,5

<b>b255</b>	Função olfactiva	62,5	37,5
<b>b260</b>	Função proprioceptiva	25	75
<b>b265</b>	Função táctil	12,5	87,5
<b>b270</b>	Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos	50	50
<b>b2700</b>	Sensibilidade á temperatura	62,5	37,5
<b>Dor (b280-b289)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b280</b>	Sensação de dor	0	100
<b>Capítulo 3 Funções da voz e da fala</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b310</b>	Funções da voz	50	50
<b>b320</b>	Funções da articulação	50	50
<b>b330</b>	Funções da fluência e do ritmo da fala	62,5	37,5
<b>Capítulo 4 Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório</b>			
<b>Funções e sensações adicionais dos aparelhos cardiovascular e respiratório (b450-b469)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b455</b>	Funções de tolerância ao exercício	37,5	62,5
<b>b4550</b>	Resistência física geral	62,5	37,5
<b>Capítulo 7 Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento</b>			
<b>Funções das articulações e dos ossos (b710-b729)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b710</b>	Funções da mobilidade das articulações	0	100
<b>b715</b>	Funções da estabilidade das articulações	12,5	87,5
<b>b720</b>	Funções da mobilidade dos ossos	0	100
<b>Funções musculares (b730-b749)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b730</b>	Funções da força muscular	0	100
<b>b735</b>	Funções do tónus muscular	12,5	87,5
<b>b740</b>	Funções da resistência muscular	12,5	87,5
<b>Funções relacionadas com o movimento (b750-b789)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b750</b>	Funções de reflexos motores	0	100
<b>b755</b>	Funções de reacções motoras involuntárias	0	100
<b>b760</b>	Funções de controlo do movimento voluntário	0	100
<b>b765</b>	Funções dos movimentos involuntários	12,5	87,5

<b>b770</b>	Funções relacionadas com o padrão de marcha	0	100
<b>b780</b>	Sensações relacionadas com os músculos e as funções do movimento	0	100
<b>Capítulo 8 Funções da pele e estruturas relacionadas</b>			
<b>Funções da pele (b810-b849)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b810</b>	Funções protectoras da pele	25	75
<b>b820</b>	Funções reparadoras da pele	37,5	62,5
<b>Funções dos pêlos e das unhas (b850-b869)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>b860</b>	Funções das unhas	37,5	62,5
<b>Estruturas do Corpo</b>			
<b>Capítulo 1 Estrutura do sistema nervoso (s110-s199)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>s110</b>	Estrutura do cérebro	12,5	87,5
<b>s120</b>	Medula espinhal e estruturas relacionadas	25	75
<b>Capítulo 2 Olho, ouvido e estruturas relacionadas (s210-s299)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>s210</b>	Estrutura da cavidade ocular	62,5	37,5
<b>s220</b>	Estrutura do globo ocular	62,5	37,5
<b>s230</b>	Estruturas anexas ao olho	62,5	37,5
<b>s240</b>	Estrutura do ouvido externo	62,5	37,5
<b>s250</b>	Estrutura do ouvido médio	62,5	37,5
<b>s260</b>	Estrutura do ouvido interno	50	50
<b>Capítulo 3 Estruturas relacionadas com a voz e fala (s310- s399)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>s320</b>	Estrutura da boca	62,5	37,5
<b>Capítulo 7 Estruturas relacionadas com o movimento (s710-s799)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>s710</b>	Estrutura da região da cabeça e do pescoço	0	100
<b>s720</b>	Estrutura da região do ombro	25	75
<b>s730</b>	Estrutura do membro superior	12,5	87,5
<b>s740</b>	Estrutura da região pélvica	37,5	62,5
<b>s750</b>	Estrutura do membro inferior	25	75
<b>s760</b>	Estrutura do tronco	25	75
<b>s770</b>	Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento	37,5	62,5
<b>Capítulo 8 Pele e estruturas relacionadas (s810-s899)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>s810</b>	Estrutura das áreas da pele	62,5	37,5
<b>s830</b>	Estrutura das unhas	62,5	37,5
<b>s840</b>	Estrutura dos pêlos	62,5	37,5

<b>Actividades e Participação</b>			
<b>Capítulo 1 Aprendizagem e aplicação do conhecimento</b>			
<b>Experiências sensoriais intencionais (d110-d219)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d110</b>	Observar	12,5	87,5
<b>d115</b>	Ouvir	0	100
<b>d120</b>	Outras percepções sensoriais intencionais	12,5	87,5
<b>Aprendizagem básica (d130-d159)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d130</b>	Imitar	25	75
<b>d135</b>	Ensaiai (Repetir)	50	50
<b>d140</b>	Aprender a ler	62,5	37,5
<b>d145</b>	Aprender a escrever	50	50
<b>d150</b>	Aprender a calcular	50	50
<b>d155</b>	Adquirir competências	37,5	62,5
<b>Aplicação do conhecimento (d160-d179)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d160</b>	Concentrar a atenção	25	75
<b>d163</b>	Pensar	37,5	62,5
<b>d166</b>	Ler	37,5	62,5
<b>d170</b>	Escrever	12,5	87,5
<b>d172</b>	Calcular	50	50
<b>d175</b>	Resolver problemas	12,5	87,5
<b>d177</b>	Tomar decisões	50	50
<b>Capítulo 2 Tarefas e exigências gerais (d210-d299)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d210</b>	Realizar uma única tarefa	12,5	87,5
<b>d2100</b>	Realizar uma tarefa simples	62,5	37,5
<b>d220</b>	Realizar tarefas múltiplas	12,5	87,5
<b>d230</b>	Realizar a rotina diária	0	100
<b>d240</b>	Lidar com o stress e outras exigências psicológicas	25	75
<b>Capítulo 3 Comunicação</b>			
<b>Comunicar e receber mensagens (d310-d329)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d310</b>	Comunicar e receber mensagens orais	25	75
<b>d315</b>	Comunicar e receber mensagens não verbais	25	75
<b>Comunicar e produzir mensagens (d330-d349)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d330</b>	Falar	25	75
<b>d335</b>	Produzir mensagens não verbais	0	100

<b>d340</b>	Produzir mensagens usando linguagem gestual	62,5	37,5
<b>d345</b>	Escrever mensagens	25	75
<b>Conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (d350-d369)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d350</b>	Conversação	50	50
<b>d355</b>	Discussão	62,5	37,5
<b>d360</b>	Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação	50	50
<b>Capítulo 4 Mobilidade</b>			
<b>Mudar e manter a posição do corpo (d410-d429)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d410</b>	Mudar a posição básica do corpo	0	100
<b>d415</b>	Manter a posição do corpo	12,5	87,5
<b>d420</b>	Auto-transferências	0	100
<b>Transportar, mover e manusear objectos (d430-d449)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d430</b>	Levantar e transportar objectos	25	75
<b>d435</b>	Mover objectos com os membros inferiores	50	50
<b>d440</b>	Utilização de movimentos finos da mão	0	100
<b>d445</b>	Utilização da mão e do braço	12,5	87,5
<b>Andar e mover-se (d450-d469)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d450</b>	Andar	37,5	62,5
<b>d455</b>	Deslocar-se	25	75
<b>d460</b>	Deslocar-se por diferentes locais	50	50
<b>d465</b>	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	0	100
<b>Deslocar-se utilizando transporte (d470-d489)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d470</b>	Utilização de transporte	50	50
<b>d475</b>	Conduzir	37,5	62,5
<b>Capítulo 5 Auto cuidados (d510- d599)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d510</b>	Lavar-se	0	100
<b>d520</b>	Cuidar de partes do corpo	12,5	87,5
<b>d530</b>	Cuidados relacionados com os processos de excreção	0	100
<b>d540</b>	Vestir-se	0	100
<b>d550</b>	Comer	0	100
<b>d560</b>	Beber	37,5	62,5
<b>d570</b>	Cuidar da própria saúde	37,5	62,5

<b>Capítulo 6 Vida doméstica</b>			
<b>Aquisição de produtos necessários para viver (d610-d629)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d620</b>	Aquisição de bens e serviços	37,5	62,5
<b>Trabalho doméstico (d630-d649)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d630</b>	Preparar refeições	12,5	87,5
<b>d640</b>	Realizar as tarefas domésticas	25	75
<b>Cuidar dos objectos domésticos e ajudar os outros (d650-d669)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d650</b>	Cuidar dos objectos da casa	25	75
<b>d660</b>	Ajudar os outros	37,5	62,5
<b>Capítulo 7 Interações e relacionamentos interpessoais</b>			
<b>Interações interpessoais gerais (d710-d729)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d710</b>	Interações interpessoais básicas	0	100
<b>d720</b>	Interações interpessoais complexas	37,5	62,5
<b>Relacionamentos interpessoais particulares (d730-d779)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d730</b>	Relacionamento com estranhos	50	50
<b>d740</b>	Relacionamento formal	50	50
<b>d750</b>	Relacionamentos sociais informais	50	50
<b>d760</b>	Relacionamentos familiares	0	100
<b>d770</b>	Relacionamentos íntimos	50	50
<b>Capítulo 8 Áreas principais da vida</b>			
<b>Trabalho e emprego (d840-d859)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d850</b>	Trabalho remunerado	62,5	32,5
<b>Vida económica (d860-d879)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d860</b>	Transacções económicas básicas	25	75
<b>d870</b>	Auto-suficiência económica	50	50
<b>Capítulo 9 Vida comunitária, social e cívica (d910- d999)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>d910</b>	Vida comunitária	25	75
<b>d920</b>	Recreação e lazer	12,5	87,5
<b>d930</b>	Religião e espiritualidade	37,5	62,5
<b>d940</b>	Direitos Humanos	50	50
<b>d950</b>	Vida política e cidadania	62,5	37,5

<b>Factores Ambientais</b>			
<b>Capítulo 1 Produtos e tecnologia (e110-e199)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>e110</b>	Produtos ou substâncias para consumo pessoal	50	50
<b>e115</b>	Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	0	100
<b>e1151</b>	Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária	62,5	37,5
<b>e120</b>	Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores	25	75
<b>e125</b>	Produtos e tecnologias para a comunicação	50	50
<b>e1251</b>	Produtos e tecnologias de assistência para comunicação	50	50
<b>e135</b>	Produtos e tecnologias para o trabalho	62,5	37,5
<b>e140</b>	Produtos e tecnologias para a cultura, actividades recreativas e desportivas	50	50
<b>e145</b>	Produtos e tecnologias para a prática religiosa e espiritualidade	62,5	37,5
<b>e150</b>	Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público	62,5	37,5
<b>e155</b>	Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso privado	0	100
<b>Capítulo 3 Apoio e relacionamentos (e310-e399)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>e310</b>	Família próxima	0	100
<b>e315</b>	Família alargada	37,5	62,5
<b>e320</b>	Amigos	12,5	87,5
<b>e325</b>	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	25	75
<b>e330</b>	Pessoas em posição de autoridade	62,5	37,5
<b>e340</b>	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	12,5	87,5
<b>e350</b>	Animais domesticados	62,5	37,5
<b>e355</b>	Profissionais de saúde	0	100
<b>e360</b>	Outros profissionais	12,5	87,5
<b>Capítulo 4 Atitudes (e410-e499)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>e410</b>	Atitudes individuais de membros da família próxima	50	50
<b>e415</b>	Atitudes individuais de membros da família alargada	50	50
<b>e425</b>	Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	62,5	37,5
<b>e430</b>	Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade	62,5	37,5
<b>e440</b>	Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e dos assistentes pessoais	62,5	37,5

<b>Capítulo 5 Serviços, sistemas e políticas (e510-e599)</b>		<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>
<b>e530</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com os serviços de utilidade pública	62,5	37,5
<b>e535</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área da comunicação	62,5	37,5
<b>e570</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social	62,5	37,5
<b>e575</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral	62,5	37,5
<b>e580</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	37,5	62,5
<b>e585</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a educação e a formação profissional	62,5	37,5
<b>e590</b>	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e o emprego	62,5	37,5