

# Proposta de um Core Set Abreviado de Avaliação da Funcionalidade em Cuidados Pós-Agudos Geriátricos

Ana Paula de Almeida Fontes<sup>a</sup> Ana Alexandre Fernandes<sup>b</sup>  
Maria Amália Botelho<sup>c</sup> Ana Luísa Papoila<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Núcleo de Formação, Grupo Hospital Particular do Algarve, Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.Nova), Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade NOVA de Lisboa, Lisbon, Portugal; <sup>b</sup>Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.Nova), Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade NOVA de Lisboa, Lisbon, Portugal; <sup>c</sup>Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa, Lisbon, Portugal

## Palavras-Chave

Envelhecimento · Classificação Internacional de Funcionalidade · Incapacidade e saúde · Core Set geriátrico · Cuidados continuados

## Resumo

**Objetivo:** Desenvolver um Core Set Geriátrico Abreviado para avaliação/intervenção da funcionalidade, em cuidados de reabilitação de contexto pós-agudo. **Materiais e Métodos:** Desenvolveu-se um estudo observacional do tipo analítico e longitudinal, que permitisse conhecer os domínios e as variáveis com maior valor preditivo e discriminativo relativamente à evolução da funcionalidade das condições de saúde observadas. Para a constituição da amostra consideraram-se os indivíduos com 65 ou mais anos, internados em unidades de Convalescença e Média Duração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve. **Resultados:** A amostra foi constituída por 451 indivíduos, com uma média de idade  $79,5 \pm 7,5$  anos, dos quais

62,1% eram mulheres. As condições de saúde com frequências mais elevadas como causa de admissão na Rede foram as fraturas da extremidade superior do fémur e os acidentes vasculares encefálicos que no seu conjunto equivaleram a 73,6% dos casos. Das 21 variáveis independentes que integram os modelos explicativos da funcionalidade foi possível organizar uma listagem de 28 categorias: 5 Funções, 16 Atividades/Participação e 7 Fatores Ambientais. **Conclusões:** A presente proposta de Core Set Geriátrico Abreviado para os cuidados de reabilitação de contexto pós-agudo tem um enfoque sobretudo no componente Atividades/Participação, enquanto componente que materializa de forma concreta a interação do indivíduo com o meio e a sua vida real. A funcionalidade deve ser considerada uma variável incontornável da Saúde Pública pelo facto de permitir reproduzir as deficiências e limitações dos indivíduos, mas igualmente facilitar a alocação estruturada de equipamentos, serviços e sistemas, promotores da sua participação.

© 2017 The Author(s). Published by S. Karger AG, Basel on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública

## Proposal of a Brief Core Set of Functioning Assessment in Post-Acute Geriatric Care

### Keywords

Aging · International Classification of Functioning · Disability and health · Geriatric ICF Core Set · Continuous care

### Abstract

**Objective:** Developing a brief geriatric core set for the assessment/intervention of functioning in the post-acute context of rehabilitative care. **Materials and Methods:** We developed an observational study of analytical and longitudinal type that allows to know the domains and variables with greater predictive and discriminative value regarding the evolution of the functioning of the health conditions observed. For the selection of the sample individuals aged 65 years or older were considered, who were hospitalized in Convalescence Units and Rehabilitation and Average Duration Units of the National Network of Integrated Continuous Care of the Algarve region. **Results:** The sample consisted of 451 individuals with an average age of  $79.5 \pm 7.5$  years, of which 62.1% were women. Health conditions at higher frequencies as a cause of admission to the network were fractures of the upper extremity of the femur and stroke, which together amounted to 73.6% of cases. Of the 21 independent variables that were part of the explanatory models of functioning, it was possible to organize 28 categories: 5 Functions, 16 Activities/Participation, and 7 Environmental Factors. **Conclusions:** The proposed Brief Geriatric Core Set for the post-acute context of rehabilitation care focuses primarily on the category Activities/Participation as a component that materialized in a concrete way the interaction of the individual with the environment and real life. The function should be considered an essential variable of public health in being able to reproduce the weaknesses and limitations of individuals, but also facilitate structured allocation of equipments, services, and systems, promoting their participation.

© 2017 The Author(s). Published by S. Karger AG, Basel on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública

### Introdução

Desde 2001 que a OMS conceptualiza a funcionalidade como um conceito multidimensional e multideterminado, cuja operacionalização se organiza através da

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF ou na terminologia anglo-saxónica ICF).

Assente no modelo biopsicossocial, a funcionalidade é então descrita pela interação de uma Condição de Saúde (doença, lesão ou trauma), da saúde biológica (Funções e Estruturas do Corpo), da capacidade individual (Atividades), do desempenho social (Participação) e dos Fatores Contextuais (Pessoais e Ambientais).

Esta abrangência de componentes onde se integra um conjunto alargado de domínios faz com que a Classificação seja um descritor extenso, cuja aplicabilidade se torna morosa e algumas vezes difícil de contextualizar. Com o objetivo de simplificar e viabilizar o seu propósito, a OMS recomenda o desenvolvimento de Core Sets (listagens curtas de domínios e categorias da funcionalidade, relativas a condições ou estados de saúde) que sobretudo na sua versão mais abreviada, facilitam a utilização do modelo biopsicossocial e da Classificação.

A avaliação da funcionalidade do indivíduo idoso, quer na presença, quer na ausência de uma condição de saúde específica, deve respeitar todos os seus componentes, mas sobretudo permitir entender a sua relação e interação, de forma a valorizar ou modificar os domínios ou categorias que podem concorrer para o seu incremento.

O objetivo do presente estudo consistiu em desenvolver um Core Set Geriátrico Abreviado para avaliação/intervenção da funcionalidade, em cuidados de reabilitação de contexto pós-agudo.

As alterações demográficas observadas nos últimos anos e projetadas para um futuro próximo, associadas à evolução epistemológica da funcionalidade/incapacidade, têm projetado na Saúde Pública novos paradigmas de atuação e mediação, que respondam de forma sistematizada às atuais necessidades organizacionais, legislativas e estruturais. E porque viver mais anos está associado a uma maior probabilidade de perder funcionalidade, este sucesso produziu um novo fenómeno em todos os domínios científicos: um grande segmento da população vive com incapacidade e é do universo da Saúde Pública saber como se considera e contabiliza esse fenómeno.

Desta forma, ao âmbito tradicional da Saúde Pública que inclui a avaliação ampla dos determinantes ambientais, sociais e económicos, é agora também exigida uma avaliação das intervenções relacionadas com a saúde, onde se incluem a estrutura e o funcionamento dos sistemas de cuidados, ou a equidade da sua distribuição, mas também o papel das políticas públicas.

Contudo, a avaliação mantém-se como uma das funções imperativas da Saúde Pública, sendo descrita como

um processo de monitorização sistemático e de rotina da saúde das populações, onde as pessoas com incapacidade(s) temporária ou permanente são hoje uma fração importante desse conjunto, sobretudo nas faixas etárias mais idosas.

Assumindo a incapacidade como uma variável determinante do estudo da Saúde Pública, o passo seguinte respeita a possibilidade dela caracterizar os seus diferentes níveis e conseqüentemente diferenciar as necessidades dos indivíduos e das populações. Por fim, conhecer as competências individuais e o ambiente onde as pessoas se movem, será determinante para a involução ou evolução da sua incapacidade, não só enquanto fatores interativos deste processo, mas sobretudo como determinantes do *locus* da ação, da intervenção e da resolução.

Desde 2001 que a OMS conceptualiza a funcionalidade como um conceito multidimensional e multideterminado, cuja operacionalização se organiza através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF ou na terminologia anglo-saxónica ICF) [1].

Assente no modelo biopsicossocial, a funcionalidade é então descrita pela interação de uma Condição de Saúde (doença, lesão ou trauma), da saúde biológica (Funções e Estruturas do Corpo), da capacidade individual (Atividades), do desempenho social (Participação) e dos Fatores Contextuais (Pessoais e Ambientais).

Esta abrangência de componentes onde se integra um conjunto alargado de domínios faz com que a Classificação seja um descritor extenso, cuja aplicabilidade se torna morosa e algumas vezes difícil de contextualizar. Com o objetivo de simplificar e viabilizar o seu propósito, a OMS recomenda o desenvolvimento de Core Sets (listagens curtas de domínios e categorias da funcionalidade, relativas a condições ou estados de saúde). Os Core Sets sobretudo na sua versão mais abreviada (compostos por um número mais reduzido de categorias) facilitam a utilização do modelo biopsicossocial e da Classificação devendo contudo manter o número de categorias que permita uma avaliação criteriosa de determinada condição ou estado de saúde, respeitando igualmente a temporalidade em que esta decorre – contexto agudo, sub-agudo ou de ambulatório. A OMS recomenda ainda que além da utilização dos Core Sets de condições ou estados de saúde específicos, a avaliação da funcionalidade seja sistematicamente avaliada em conjunto com o Core Set Genérico [2]. Este contém sete categorias que foram consideradas como sendo as que melhor diferenciam os vários níveis de funcionalidade em qualquer condição de saúde e em qualquer contexto.

A avaliação da funcionalidade do indivíduo idoso, quer na presença, quer na ausência de uma condição de saúde específica, deve respeitar todos os seus componentes, mas sobretudo permitir entender a sua relação e interação, de forma a valorizar ou modificar os domínios ou categorias que podem concorrer para o seu incremento.

## Materiais e Métodos

Para dar cumprimento ao objetivo desenvolveu-se um estudo observacional do tipo analítico e longitudinal, que permitisse conhecer os domínios e as variáveis com maior valor preditivo e discriminativo relativamente à evolução da funcionalidade das condições de saúde observadas.

Para a constituição da amostra consideraram-se os indivíduos com 65 ou mais anos, internados em unidades de Convalescência e Média Duração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve, cujo internamento se devesse à necessidade de cuidados de reabilitação após um episódio agudo de doença, lesão ou trauma. A avaliação estabeleceu-se em dois momentos: às 48 horas de entrada na Rede e nas 24 horas anteriores ao dia da alta tendo decorrido entre abril de 2010 e julho de 2012.

As variáveis foram recolhidas a partir de três instrumentos: um questionário de caracterização sociodemográfica, o Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB) [3] e o Core Set Geriátrico (CSG) desenvolvido por Grill et al. [4], que contem 123 categorias de 2º nível.

Analisou-se previamente a ligação conceptual entre o MAB e a Classificação, respeitando as regras de ligação descritas por Cieza et al. [5], cujo resultado revelou existir uma boa ligação entre os conceitos significativos das variáveis do instrumento e a taxonomia da Classificação [6]. Paralelamente foi também validado o Core Set Geriátrico, utilizando a mesma metodologia aconselhada pelo *ICF Research Branch* (Centro Colaborador da OMS) e descrita num estudo idêntico [7]; as categorias foram consideradas como validadas se a sua frequência inicial de deficiência ou limitação fosse >5% ou se a diferença entre a avaliação inicial e final sofresse diferenças estatisticamente significativas.

As variáveis do MAB respeitantes às componentes das Funções e das Atividades/Participação foram aglutinadas por domínios da funcionalidade de acordo com a ICF. Tal como o seu nome indica, o MAB contém 3 áreas de avaliação, com 12 domínios que aglutinam 19 variáveis, que no seu conjunto englobam 56 questões. Estas variáveis são pontuadas numa escala que pode ter até 4 graduações permitindo no seu conjunto atribuir um *score* aos domínios e que por sua vez originam o perfil funcional do indivíduo. Quando o domínio era constituído por mais do que uma variável, foi atribuído um *score*, que resultava da média das variáveis que o constituíam e que resultava em dois *outcomes*: <2 – *outcome* “Desfavorável ou de Dependência Funcional”; ≥2 – *outcome* “Favorável ou de Autonomia/Independência Funcional.”

As categorias do Core Set que tinham uma ligação direta com as questões do MAB foram quantificadas pelo mesmo valor das suas variáveis, em caso de não existir essa correspondência, as categorias eram quantificadas pelos qualificadores da Classificação [1].

Através da estatística descritiva (frequências e medidas de tendência central e de dispersão) caracterizaram-se as variáveis de interesse nos dois momentos avaliativos, sendo que as suas alterações foram verificadas através de estatística inferencial consoante a natureza das variáveis. Foi considerado o nível de significância de 5% em todas as análises inferenciais; qualquer valor de  $p \leq 0,05$  representou o que se considera como diferença estatisticamente significativa, nas análises comparativas entre os grupos de interesse (idade, sexo, estado civil e escolaridade). As análises comparativas entre dois grupos independentes (sexo e estado civil) envolveram o teste de Qui-quadrado para variáveis categóricas e o teste de *t* Student ou o teste não paramétrico Mann-Whitney para variáveis contínuas. Para amostras emparelhadas utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon ou o teste de McNemar. As análises comparativas entre três grupos (idade e escolaridade) envolveram testes Qui-quadrado para variáveis categóricas e a ANOVA para variáveis numéricas ou o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* para variáveis quantitativas.

De modo a resumir a informação estatística mais relevante para a investigação, foram estimados *Odds Ratios* ajustados e respetivos intervalos de confiança, através de modelos de regressão logística univariável e multivariável (utilizando o método de *Forward Wald* para a seleção de variáveis), tendo-se considerado como variáveis dependentes os *outcomes* da funcionalidade obtidos no momento da alta. Nesse sentido, foram considerados os *outcomes* relativos às Funções Queixas de Saúde, Estado Cognitivo, Funções Emocionais e Continência e as Atividades/Participação relativas à Mobilidade, Auto Cuidados, Vida Doméstica, Comunicação e Áreas Principais de Vida. Foram candidatas ao modelo as variáveis independentes que após análise univariável apresentaram um valor  $p < 0,25$ . A escolha das categorias para o Core Set Abreviado teve em conta todas as variáveis que fizeram parte dos modelos de regressão logística dos *outcomes* da funcionalidade, após ter sido avaliado o seu poder preditivo e discriminativo. Para o primeiro considerou-se o valor  $p$  do teste de *Hosmer Lemeshow* e para o segundo, a área sob a curva *ROC* (*Receiver Operating Characteristic*), sendo os seus valores considerados com poder preditivo e discriminativo quando  $>0,05$  e  $>0,7$  respetivamente.

A amostra foi constituída por 451 indivíduos, com uma média de idade 79,5 (SD = 7,5) anos, dos quais 62,1% eram mulheres.

## Resultados

As condições de saúde com frequências mais elevadas como causa de admissão na Rede foram as fraturas da extremidade superior do fémur e os acidentes vasculares encefálicos que no seu conjunto equivaleram a 73,6% dos casos. A frequência das restantes condições distribuiu-se entre doenças do sistema respiratório, do sistema digestivo, neoplasias e amputações.

Relativamente à validação do Core Set Geriátrico os resultados revelaram que 15,7% ( $n = 8$ ) das categorias das Funções do Corpo registaram uma presença  $<5\%$  e que não se observaram melhorias significativas em cerca de 75% ( $n = 13$ ) das categorias. Por outro lado, as Funções

Neuromusculoesqueléticas e Relacionadas com o Movimento foram aquelas que em ambos os momentos avaliativos registaram frequências mais elevadas de deficiência; no momento da admissão a frequência mais elevada de deficiência (99,6%) foi observada nas Funções das Reações Motoras Involuntárias (equilíbrio) e na alta isso ocorreu nas Funções da Força Muscular e nas Funções de Controlo do Movimento Voluntário (96,2%).

Não foram calculadas as prevalências para as Estruturas do Corpo, pois a maior parte dos processos clínicos não possuíam essa informação, nem se faziam acompanhar de meios complementares que permitissem operacionalizar essa avaliação.

Relativamente às Atividades/Participação, todas as categorias desta componente e para ambos os momentos de avaliação tiveram frequências de limitação superiores a 5%, sendo que as melhorias significativas só não foram registadas em 16,7% ( $n = 5$ ). Quanto à frequência mais elevada de limitação, ela observou-se na avaliação inicial na Realização da Rotina Diária, na Utilização dos Movimentos Finos da Mão e na Utilização da Mão e do Braço (todas com 99,6%), enquanto no momento da alta essa observação se registou na Utilização dos Movimentos Finos da Mão (94,7%).

Apesar de terem sido encontradas muitas categorias dos Fatores Contextuais com uma frequência  $<5\%$  relativamente ao impacto Barreira ou Facilitador, optou-se por não excluir nenhuma variável do processo de validação, tendo em conta as percentagens elevadas que se observaram na resposta “Não Sabe/Não Responde” (variações entre 3,1 e 76,3%). A categorização dos Fatores Ambientais como facilitadores variou entre 0% (Produtos e Tecnologias) e 86,5% (Apoios e Relacionamentos e Atitudes), enquanto como barreiras entre 0% (Produtos e Tecnologias) e 33,9% (Apoios e Relacionamentos e Atitudes). Cerca de 36% dos Fatores Ambientais foram concomitantemente referidos como barreiras e facilitadores.

Na Tabela 1 descrevem-se de forma detalhada as categorias que não foram validadas por terem apresentado uma prevalência  $<5\%$  e concomitantemente, por não se ter observado melhoria estatisticamente significativa entre os dois momentos de avaliação, sendo que isso acabou por ocorrer exclusivamente na componente Funções do Corpo.

A Tabela S1 (disponibilizada de forma suplementar online em [www.karger.com/doi/10.1159/000479755](http://www.karger.com/doi/10.1159/000479755)) descreve as quatro categorias que não estão contempladas no atual Core Set, com uma frequência superior a 5% e que resultaram da avaliação a partir do MAB. Todas pertencem ao componente Atividades/Participação, sendo

**Table 1.** Prevalência das deficiências do componente *Funções do Corpo* na admissão e na alta

Funções do Corpo	Avaliação inicial, n (%)	Avaliação final, n (%)	Valor p
<i>Capítulo 2. Funções Sensoriais e Dor</i>			
b215 Funções dos anexos dos olhos			
Deficiência ausente	447 (99,1)	447 (99,1)	
Com deficiência	4 (0,9)	4 (0,9)	1,000
<i>Capítulo 4. Funções do Aparelho Cardiovascular, dos Sistemas Hematológico e Imunológico e do Aparelho Respiratório</i>			
b430 Funções do sistema hematológico			
Deficiência ausente	446 (98,9)	446 (98,9)	
Com deficiência	5 (1,1)	5 (1,1)	1,000
b435 Funções do sistema imunológico			
Deficiência ausente	444 (98,4)	447 (99,1)	
Com deficiência	7 (1,6)	4 (0,9)	0,250
b450 Funções respiratórias adicionais			
Deficiência ausente	439 (97,3)	442 (98,0)	
Com deficiência	12 (2,7)	9 (2,0)	0,250
<i>Capítulo 5. Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólico e Endócrino</i>			
b540 Funções metabólicas gerais			
Deficiência ausente	451 (100)	451 (100)	
Com deficiência	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
b545 Funções de equilíbrio hídrico, mineral e eletrolítico			
Deficiência ausente	451 (100)	451 (100)	
Com deficiência	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000

**Table 2.** Distribuição dos *outcomes* favoráveis ( $\geq 2$ ) no momento de admissão e da alta

Score/domínio	Valor admissão, n (%)	Valor alta, n (%)	Diferença alta – admissão, n (%)	Valor p
Queixas de Saúde	263 (59,2)	312 (70,3)	+49 (11,0)	$\leq 0,001$
Orientação Tempo	215 (47,7)	279 (62,1)	+64 (14,2)	$\leq 0,001$
Orientação Lugar	257 (57,0)	320 (71,3)	+63 (14,0)	$\leq 0,001$
Estado Cognitivo	252 (55,9)	317 (70,6)	+65 (14,4)	$\leq 0,001$
Funções Emocionais	280 (63,2)	318 (71,6)	+38 (8,6)	$\leq 0,001$
Continência	343 (76,1)	402 (89,1)	+59 (13,1)	$\leq 0,001$
Mobilidade	37 (8,2)	177 (39,2)	+140 (31,0)	$\leq 0,001$
Auto Cuidados	85 (18,8)	254 (56,3)	+169 (37,5)	$\leq 0,001$
Comunicação	228 (50,6)	274 (60,8)	+46 (10,2)	$\leq 0,001$
Vida Doméstica	11 (2,4)	89 (19,7)	+78 (17,3)	$\leq 0,001$
Áreas Principais da Vida	160 (35,5)	227 (50,3)	+67 (14,9)	$\leq 0,001$

uma do capítulo da *Mobilidade* e três pertencentes à *Vida Doméstica*.

Na Tabela 2 apresenta-se o número de casos em situação favorável de funcionalidade ( $score \geq 2$ ) relativo aos *outcomes* dos *scores* ou domínios da funcionalidade nos dois momentos de avaliação. Em ambos os momentos, o domínio onde registámos a maior percentagem de casos favoráveis foi na continência (76,1 e 13,1%) tendo a percentagem

mais baixa ocorrido no domínio da vida doméstica (19,7 e 17,3%), também de forma transversal. O domínio onde se verificou a aquisição de um maior número de situações favoráveis entre a admissão e a alta foi o domínio dos auto cuidados (37,5%) enquanto as funções emocionais foram o domínio onde essa diferença foi mais baixa (8,6%).

A apresentação dos modelos de regressão encontra-se em duas tabelas (Tabelas 3, 4) cuja agregação está de acor-

**Table 3.** Resultados dos modelos de regressão logística múltipla dos domínios das Funções do Corpo

	Exp ( $\hat{\beta}$ )	CI 95%		Valor <i>p</i>
		inferior	superior	
<b>Queixas de Saúde</b>				
Presença Equipa Multidisciplinar	3,2	1,73	6,09	<0,001
Rácio Doentes/Terapeutas	1,9	1,48	2,33	<0,001
Prática de Culto	1,7	1,02	2,76	0,040
Internamentos Hospitalares Anteriores	1,8	1,02	3,11	0,042
Comunicação Telefónica Família	3,1	1,80	5,47	<0,001
Estado Emocional Admissão	2,1	1,30	3,52	0,003
Mobilidade Alta	2,4	1,38	4,14	0,002
Comunicação Admissão	1,7	1,00	2,74	0,050
<b>Funções Mentais</b>				
Idade	1,8	1,01	3,28	0,046
Perceção Estado Saúde Mental Alta	6,1	3,23	11,63	<0,001
Queixas de Saúde Admissão	0,4	0,23	0,73	0,002
Comunicação Alta	4,6	2,52	8,37	<0,001
Áreas Principais da Vida Alta	4,1	2,12	7,88	<0,001
Atividade Física	1,8	1,05	3,17	0,033
<b>Funções Emocionais</b>				
Crença Religiosa	2,8	1,30	5,89	0,008
Perceção Estado Saúde Física Alta	3,1	1,78	5,25	<0,001
Perceção Estado Saúde Mental Alta	3,0	1,66	5,55	<0,001
Queixas de Saúde Admissão	2,1	1,28	3,35	0,003
Comunicação Alta	1,8	1,09	2,87	0,021
<b>Continência</b>				
Perceção Estado Saúde Física Alta	3,9	1,84	8,32	<0,001
Queixas Saúde Alta	2,1	1,00	4,50	0,050
Estado Cognitivo Alta	4,5	2,12	9,42	<0,001
Mobilidade Alta	4,0	1,15	14,21	0,030

do com os componentes da funcionalidade Funções do Corpo e Atividades/Participação.

Na Tabela 3 surgem as variáveis que permaneceram no modelo final relativamente às Funções do Corpo no momento da alta: Queixas de Saúde, Funções Mentais, Funções Emocionais e Continência.

O modelo revelou que a possibilidade do agravamento das Queixas de Saúde aumentava nos doentes internados em unidades sem Equipa Multidisciplinar de Terapeutas (OR = 3,2; CI 95%: 1,73–6,09;  $p < 0,001$ ) e na ausência de Comunicação Telefónica com a Família (OR = 3,1; CI 95%: 1,80–5,47;  $p < 0,001$ ). As deficiências nas Funções Emocionais contribuíram igualmente para aumentar essa possibilidade (OR = 2,1; CI 95%: 1,30–3,52;  $p < 0,003$ ), bem como a limitação na Mobilidade na alta (OR = 2,4; CI 95%: 1,38–4,14;  $p < 0,002$ ) e a limitação na Comunicação na altura da admissão na Rede (OR = 1,7; CI 95%: 1,00–2,74;  $p < 0,050$ ). Fizeram também parte deste modelo as variáveis “internamento em unidades com elevado Rácio Doentes/Terapeutas,” não possuir

Prática de Culto e ter história de Internamentos Hospitalares Anteriores.

Relativamente à possibilidade de apresentar deficiências nas Funções Mentais, o modelo revelou que os indivíduos que referiram perceberem desfavoravelmente o seu Estado de Saúde Mental (OR = 6,1; CI 95%: 3,23–11,63;  $p < 0,001$ ) e que revelavam limitação no desempenho da Comunicação (OR = 4,6; CI 95%: 2,52–8,37;  $p < 0,001$ ) e das Áreas Principais da Vida (OR = 4,1; CI 95%: 2,12–7,88;  $p < 0,001$ ) no momento da alta, tinham maior possibilidade de apresentar essas deficiências. Associaram-se também a este modelo a Idade (possibilidade aumentada nos indivíduos com idade  $\geq 85$  anos), a Atividade Física (possibilidade aumentada nos indivíduos que não tinham esta prática) e as Queixas de Saúde (possibilidade aumentada para os indivíduos que referiam menos queixas ou que não se queixavam).

O modelo revelou para as Funções Emocionais, que as variáveis que mais contribuíam para o seu aparecimento no momento da alta eram as relacionadas com os Fatores

**Table 4.** Resultados dos modelos de regressão logística múltipla dos domínios da Atividade/Participação

	Exp ( $\hat{\beta}$ )	CI 95%		Valor <i>p</i>
		inferior	superior	
<b>Mobilidade</b>				
Perceção Estado Saúde Física Alta	4,2	2,30	7,82	<0,001
Queixas Saúde Alta	1,8	1,05	3,00	0,031
Estado Cognitivo Alta	2,7	1,69	4,35	<0,001
Estado Emocional Alta	1,8	1,03	3,20	0,039
Auto Cuidados Admissão	5,7	3,07	10,48	<0,001
<b>Auto Cuidados</b>				
Perceção Estado Saúde Física Alta	4,9	2,79	8,49	<0,001
Rácio Doentes/Terapeutas	1,3	1,01	1,61	0,040
Queixas Alta	1,8	1,02	3,03	0,043
Estado Cognitivo Alta	3,3	1,88	5,78	<0,001
Continência Admissão	2,8	1,52	5,01	0,001
Comunicação Admissão	2,8	1,72	4,67	<0,001
Áreas Principais da Vida Alta	2,8	1,55	4,94	0,001
<b>Comunicação</b>				
Sexo	0,4	0,24	0,71	0,001
Escolaridade	3,8	2,14	6,86	<0,001
Estado Cognitivo Admissão	2,6	1,41	4,73	0,002
Estado Cognitivo Alta	2,0	1,01	3,90	0,046
Continência Alta	3,8	1,44	9,85	0,007
Mobilidade Alta	4,6	2,42	8,73	<0,001
Áreas Principais da Vida Alta	4,0	2,28	7,11	<0,001
<b>Vida Doméstica</b>				
Idade	2,6	1,16	6,0	0,021
Perceção Estado Saúde Física Alta	3,3	1,51	7,17	0,003
Estado Cognitivo Alta	4,4	1,65	11,81	0,003
Auto Cuidados Admissão	2,8	1,52	5,0	0,001
Comunicação Admissão	2,8	1,51	5,26	0,001
Atividade Física	2,2	1,20	4,02	0,010
<b>Áreas Principais da Vida</b>				
Perceção Estado Saúde Mental Alta	2,2	1,02	4,52	0,045
Presença Equipa Multidisciplinar	2,7	1,28	5,63	0,009
Estado Cognitivo Alta	4,7	2,33	9,58	<0,001
Auto Cuidados Admissão	2,7	1,23	5,89	0,014
Auto Cuidados Alta	2,9	1,56	5,24	0,001
Comunicação Alta	3,4	1,88	6,18	0,001
Vida Doméstica Alta	5,0	1,96	12,62	0,001

Pessoais: ter uma perceção desfavorável do Estado de Saúde Físico e Mental no momento da alta (OR = 3,1; CI 95%: 1,78–5,25;  $p < 0,001$ ; OR = 3,0; CI 95%: 1,66–5,55;  $p < 0,001$ ) e não possuir Crença Religiosa (OR = 2,8; CI 95%: 1,30–5,89;  $p < 0,008$ ), além de apresentar Queixas de Saúde no momento de admissão na Rede (OR = 2,1; CI 95%: 1,28–3,35;  $p < 0,003$ ). Revelar limitação na Comunicação Telefónica na alta, esteve também presente neste modelo, se bem que de forma menos importante (OR = 1,8; CI 95%: 1,09–2,87;  $p < 0,021$ ).

As variáveis que apresentaram um efeito mais significativo sobre a possibilidade de ter deficiência na Continência de acordo com o modelo, foram as variáveis relacionadas com a deficiência das Funções Mentais (OR = 4,5; CI 95%: 2,12–9,42;  $p < 0,001$ ) e as limitações no domínio da Mobilidade, ambas no momento da alta (OR = 4,0; CI 95%: 1,15–14,21;  $p < 0,030$ ). Manifestar baixa Perceção do Estado de Saúde Mental e Queixas de Saúde na alta, explicaram também a ocorrência desta deficiência.

A Tabela 4 representa as variáveis com um efeito estatisticamente significativo relativamente à possibilida-

**Table 5.** Resultados do poder preditivo e discriminativo dos modelos de regressão dos *outcomes* da funcionalidade

Domínios	Valor <i>p</i> H-L <sup>1</sup>	AUC <sup>2</sup>	CI assintótico a 95%
Queixas de Saúde	0,354	0,79	0,75–0,83
Funções Mentais	0,381	0,62	0,56–0,67
Funções Emocionais	0,674	0,75	0,69–0,80
Continência	0,453	0,84	0,79–0,90
Mobilidade	0,495	0,80	0,76–0,84
Auto Cuidados	0,139	0,80	0,80–0,88
Comunicação	0,927	0,83	0,78–0,87
Vida Doméstica	0,904	0,89	0,86–0,92
Áreas Principais da Vida	0,225	0,88	0,88–0,91

<sup>1</sup> Valor *p* do teste Hosmer-Lemeshow (H-L). <sup>2</sup> Valor da área da curva ROC (AUC).

de da presença de limitações no momento da alta nas Atividades/Participação: Mobilidade, Autocuidados, Comunicação, Vida Doméstica e Áreas Principais da Vida.

O modelo revelou que a possibilidade do aparecimento de limitação nas atividades relacionadas com a Mobilidade aumentava sobretudo devido à incapacidade nos Auto Cuidados no momento de admissão na Rede (OR = 5,7; CI 95%: 3,07–10,48; *p* < 0,001) e da Perceção desfavorável do Estado de Saúde Física também na altura da alta (OR = 4,2; CI 95%: 2,30–7,82; *p* < 0,001). Contribuíram também, apesar de forma menos importante a presença de deficiências no momento da alta nas Funções Mentais, nas Queixas de Saúde e no Estado Emocional.

As variáveis cujos coeficientes de regressão logística tiveram uma significância mais elevada no modelo respeitante à manifestação de limitações no Auto Cuidado, foram a Perceção desfavorável do Estado de Saúde Física (OR = 4,9; CI 95%: 2,79–8,49; *p* < 0,001) e a deficiência nas Funções Mentais (OR = 3,3; CI 95%: 1,88–5,78; *p* < 0,001) no momento da alta. Associaram-se também ao modelo a presença de deficiência ou limitação nas seguintes variáveis: Comunicação, Áreas Principais da Vida e Continência no momento de admissão e ainda Queixas de Saúde na alta e ainda “Estar internado em unidades cujo rácio Doentes/Terapeutas” era mais elevado.

O modelo construído para a Comunicação, agregou variáveis dos Fatores Pessoais (sexo e escolaridade), das Funções e das Atividades/Participação. Dificuldades nas atividades Mobilidade e na atividade Gerir Dinheiro na alta, mostraram os coeficientes de regressão mais elevados no modelo (OR = 4,6; CI 95%: 2,42–8,73; *p* < 0,001;

OR = 4,0; CI 95%: 2,28–7,11; *p* < 0,001). A ausência de escolaridade explicou também de forma importante as limitações na comunicação telefónica (OR = 3,8; CI 95%: 2,14–6,86; *p* < 0,001), bem como as deficiências associadas à continência (OR = 3,8; CI 95%: 1,44–9,85; *p* < 0,007). Estiveram presentes no modelo e ainda de uma forma importante as deficiências nas Funções Mentais no momento da admissão e da alta. Ser homem revelou também uma possibilidade aumentada para a presença de incapacidade na comunicação.

As variáveis que apresentaram um efeito mais significativo sobre a possibilidade de ter incapacidade nas atividades do domínio Vida Doméstica foram a presença de deficiência nas Funções Mentais (OR = 4,4; CI 95%: 1,65–11,81; *p* < 0,001) e a perceção desfavorável da Saúde Física ambas no momento da alta (OR = 3,3; CI 95%: 1,51–7,17; *p* < 0,003). As limitações nos Autocuidados (OR = 2,8; CI 95%: 1,52–5,0; *p* < 0,001) e na Comunicação (OR = 2,8; CI 95%: 1,51–5,26; *p* < 0,001) na admissão tiveram a mesma importância no modelo. A Idade (ter 85 ou mais anos) e a ausência de Atividade Física, contribuíram também de forma importante para explicar a presença de limitação nas atividades deste domínio.

O modelo revelou para o domínio Áreas Principais da Vida que as variáveis que mais contribuíam para o seu aparecimento no momento da alta foram a limitação nas atividades da Vida Doméstica (OR = 5,0; CI 95%: 1,96–12,62; *p* < 0,001) e a deficiência nas Funções Mentais no momento da alta (OR = 4,7; CI 95%: 2,33–9,58; *p* < 0,001). Fizeram também parte do modelo e ainda de forma importante as limitações na Comunicação na altura da alta e as atividades relacionadas com o Auto Cuidado em ambos os momentos de avaliação. Para explicar este modelo contribuíam ainda duas variáveis pertencentes aos Fatores Contextuais: estar internado em unidades que não possuíam Equipa Multidisciplinar de Terapeutas e a perceção desfavorável da Saúde Mental.

Na Tabela 5 são apresentados o poder preditivo e discriminativo das variáveis explicativas dos modelos de regressão dos *outcomes* da funcionalidade. Todos os modelos revelaram bons valores preditivos, sendo que o poder discriminativo variou entre aceitável e excelente (AUC entre 0,70 e 0,90). Ou seja, as variáveis dos modelos apresentados possuem sensibilidade e especificidades elevadas, capazes de explicar a funcionalidade alcançada dos indivíduos internados em unidades de cuidados pós-agudos. Constituiu exceção o domínio das *Funções Mentais* que apresentou um poder discriminante fraco enquanto variável independente, apesar da sua presença nos modelos ter sido importante.



**Table 6.** Proposta do Core Set Abreviado para cuidados geriátricos pós-agudos

Componente/Categorias dos Modelos	Categorias Incluídas no Core Set Geriátrico	Categorias Excluídas no Processo de Validação	Categorias Incluídas no Core Set Genérico	Categorias Propostas para o Core Set Abreviado
<i>Funções do Corpo</i>				
b114	x			x
b152	x		x	
b210	x			x
b230	x	x		
b280	x		x	
b525	x			x
b620	x			x
b820	x			x
<i>Atividades/Participação</i>				
d360	x			x
d410	x			x
d420	x			x
d455			x	
d460	x			x
d470				x
d510	x			x
d530	x			x
d540	x			x
d550	x			x
d570	x			x
d620				x
d630				x
d640				x
d860	x			x
d920				x
d930	x			x
<i>Fatores Ambientais</i>				
e115	x			x
e120	x			x
e310	x			x
e315	x			x
e355	x			x
e410	x			x
e415	x			x

Das 21 variáveis independentes que integraram os modelos explicativos da funcionalidade e respeitando o processo de ligação entre o MAB e a Classificação, foi possível organizar uma listagem de 32 categorias: 8 categorias das Funções do Corpo, 17 categorias pertencentes às Atividades/Participação e 7 Fatores Ambientais. Na Tabela S2 (disponibilizada de forma suplementar online em [www.karger.com/doi/10.1159/000479755](http://www.karger.com/doi/10.1159/000479755)) apresentamos as variáveis dos modelos de regressão e as categorias da ICF daí resultantes. Só foram consideradas categorias do 2º nível, conforme sugerido pela OMS para este tipo de Core Sets.

Das 32 categorias iniciais foram excluídas posteriormente 4 categorias: uma porque não foi validada no Core Set Abrangente, as outras porque já fazem parte do Core Set Genérico.

Na Tabela 6 apresenta-se a proposta para o Core Set Abreviado que pode ser utilizado em cuidados geriátricos pós-agudos por equipas de reabilitação, cuja composição engloba então 28 categorias: 5 Funções, 16 Atividades/Participação e 7 Fatores Ambientais.

## Discussão

O Core Set Geriátrico só teve até ao momento um processo de validação, realizado com amostras austríacas e alemãs [7] o que condiciona a comparação dos resultados, sobretudo os referentes aos Fatores Ambientais.

As deficiências das Funções encontradas relacionam-se com as condições de saúde mais prevalentes: as Funções Neuromúsculoesqueléticas e Relacionadas com o Movimento, que nos seus diferentes domínios (equilíbrio, força, mobilidade e coordenação), representam as principais alterações das funções daí decorrentes.

Estas deficiências costumam ser as mais detetadas na população idosa, a par das disfunções da marcha, mesmo na ausência de doença, lesão ou trauma [8, 9] e paralelamente responsáveis pelos índices de incapacidade nas atividades de vida diária [10, 11].

As diminutas frequências encontradas nas deficiências das Funções do Aparelho Cardiovascular, dos Sistemas Hematológico e Imunológico e do Aparelho Respiratório, poderão estar subvalorizadas sobretudo se se tiver em conta que muitas das funções que pertencem ao aparelho cardiovascular podem precipitar a ocorrência de um acidente vascular encefálico, e que esta condição ocorreu de forma importante na amostra. A maioria destas funções foi recolhida através do processo clínico e na maior parte dos casos, só se encontrou referência exclusivamente ao diagnóstico principal.

Relativamente à evolução, o capítulo anteriormente referido em conjunto com o capítulo das Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólico e Endócrino, foram aqueles onde as melhorias ocorreram com menor frequência. A par da frágil informação disponível destes sistemas, muitas destas funções estarão ligadas a deficiências estruturais irreversíveis, sobre as quais as intervenções terapêuticas e reabilitativas possuem uma discreta responsabilidade e que suportam os resultados observados.

Das categorias adicionais sugeridas pelos resultados, destaca-se a categoria Subir/Descer, por ser uma tarefa específica, frequente e importante na autonomia e independência nas atividades diárias dos idosos, devendo por isso ser avaliada e trabalhada de forma sistematizada [12]. Também as atividades Preparar Refeições e Realizar as Tarefas Domésticas, poderão ser tidas em consideração no processo de avaliação e intervenção das equipas multidisciplinares, pois podem sinalizar a qualidade de vida e o bem-estar, se bem que com diferentes identificações entre géneros [13].

Estes resultados parecem estar de acordo com aqueles encontrados por Kus e colegas [14] naquilo que diz respeito à perspetiva dos pacientes. Neste estudo, os indivíduos manifestaram que as atividades não contempladas no Core Set Geriátrico e que constituíam objetivos importantes para a funcionalidade alcançada seriam entre outras, a categoria d455 (Deslocar-se) e o capítulo d6 (Vida Doméstica), sendo que estes resultados foram também partilhados pela amostra de Müller et al. [15].

As categorias que fazem parte da presente proposta para um Core Set Geriátrico Abreviado em contexto pós-agudo, refletem os aspetos mais importantes da funcionalidade a ter em conta no processo de avaliação/intervenção, sobretudo na presença de traumatismos da extremidade superior do fémur, mas também após acidente vascular encefálico.

Apesar de importantes na monitorização de algumas condições de saúde, as deficiências das Funções do Corpo consideradas de forma isolada, captam e traduzem de forma limitativa a capacidade/desempenho dos indivíduos para as atividades da vida real, já que estas dependem muito mais da presença ou ausência dos Fatores Ambientais. Ou seja, mesmo perante algumas deficiências das Funções é possível o indivíduo ter um nível de capacidade/desempenho que lhe permita viver autonomamente, se os Fatores Ambientais estiverem presentes de uma forma facilitadora.

Nesse sentido, a presente proposta apesar de só possuir cinco Funções, é concordante com a mudança necessária relativamente ao paradigma modelo biomédico versus modelo biopsicossocial, no que respeita aos modelos de avaliação/intervenção dos processos reabilitativos.

A Função de Orientação não sendo determinante para o desempenho das atividades, permitirá sinalizar os indivíduos que poderão beneficiar de um apoio mais especializado na área da reabilitação cognitiva, ou alertar as equipas para aspetos ligados à segurança e à estimulação psicomotora.

Com efeito, a relação entre cognição e atividades mantém alguns detalhes e limites que ainda não estão totalmente esclarecidos e entendidos e que se manifestam diariamente na vida clínica; a sensibilidade que os testes neuropsicológicos oferecem fica aquém da sensibilidade proporcionada pela capacidade e desempenho das atividades [16, 17], podendo estas revelar um valor preditivo superior para o futuro desenvolvimento de alterações demenciais. De facto, os estudos longitudinais de Pérès et al. [16] e Di Carlo et al. [17], bem como a extensa revisão de Gold [18], revelam discrepância entre as alterações das funções cognitivas e o desempenho das atividades diárias

sobretudo as mais simples ou rotineiras. No entanto, sendo a orientação uma função cognitiva básica, associada habitualmente a outras funções cognitivas mais elaboradas, como as funções de planeamento, executivas ou a memória, merece ser considerada em qualquer listagem avaliativa elementar.

A avaliação da Função da Visão é no contexto da população idosa de extrema importância, não só pela responsabilidade que possui na capacidade/desempenho das atividades/participação, mas também pela prevalência que representa neste cenário. As alterações da visão constituem um desafio importante da saúde pública, se for tido em consideração a sua prevalência e as projeções demográficas associadas ao envelhecimento [19].

As Funções da Continência influenciam de uma forma abrangente os aspetos ligados à qualidade de vida relacionada com a saúde, possuindo uma associação importante com o desempenho das atividades diárias. Além disso, a sua prevalência tem uma presença de destaque na população idosa não só de forma isolada, mas também associada às condições de saúde que foram contempladas [20, 21]. Por outro lado, a algaliação nas unidades geriátricas é uma situação comum e muitas vezes um recurso sem critérios de utilização e supervisão bem definidos [22, 23]. A sua sobre utilização quer como opção terapêutica, quer temporalmente, é responsável por uma elevada taxa de infeções do trato urinário que cria um ciclo vicioso difícil de quebrar e que por si só pode levar à incontinência [22].

Apesar da vigilância e da abordagem que merecem as Funções Reparadoras da Pele, elas surgem neste contexto associadas à presença das fraturas da extremidade do fémur. Nesse sentido, será uma categoria a considerar nesta condição mas que poderá estar omissa noutras condições de saúde.

Apesar da prevalência importante de deficiências no capítulo das Funções Neuromúsculoesqueléticas, a sua inclusão não é determinante, pois estas serão reconhecidas durante a análise das limitações das Atividades, devendo aí ser considerada a sua responsabilidade e merecer consequentemente a intervenção merecida.

A quantidade de variáveis da componente das Atividades/Participação reflete a importância que estas devem ter no resultado final dos processos de reabilitação, por serem aquelas que operacionalizam a capacidade/desempenho do indivíduo na vida real. Neste conjunto, o destaque para as atividades da Mobilidade e do Auto Cuidado, exprime o enfoque que estas produzem enquanto tarefas e ações básicas para o desempenho de outras mais elaboradas, mas também como podendo ser consideradas o nível essencial para o indivíduo poder viver de forma autó-

noma e independente. A notoriedade que as atividades ligadas à Vida Doméstica têm nesta proposta, pode ajudar à estruturação e alocação de recursos que permitam ao indivíduo poder retornar à sua residência, libertando os serviços, as instituições e os sistemas cada vez mais carenciadas de apoio e de disponibilidade.

A importância e os benefícios que a Atividade Física e a Religiosidade/Espiritualidade podem ter na funcionalidade, na qualidade de vida e no bem-estar dos indivíduos estão sobejamente descritos na literatura, devendo por isso ser consideradas de forma transversal em todos os Core Sets. No que respeita de forma concreta à Atividade Física, ela possui uma evidência forte na prevenção e na abordagem das doenças crónicas não transmissíveis, cuja importância por parte das equipas de reabilitação ainda não é suficientemente assumida de forma sistematizada e estruturada. Por seu turno, a associação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde física e mental, onde se incluem as queixas de saúde, tem despertado nas últimas décadas um interesse crescente na comunidade científica. Esta conclusão é atestada pela revisão de Koenig [24], 2012, talvez a maior revisão sistemática nesta matéria, que abrange uma análise desde 1872, com a inclusão de 444 estudos. A Crença Religiosa, mais ainda do que a Prática de Culto, permite uma remissão mais rápida dos sintomas, cujo entendimento se baseia no facto da religião oferecer recursos de enfrentamento (cognições poderosas) que facilitam a resolução dos problemas e fazer recurso a regras e regulamentos (doutrinas) que facilitam o relacionamento com o(s) outro(s) [24].

Quanto aos Fatores Ambientais a presente proposta engloba dois grandes grupos: os apoios das tecnologias e o apoio e atitudes das pessoas. No primeiro, têm destaque as categorias que dão apoio técnico e são essenciais ao desempenho das atividades/participação, como são as ortóteses visuais ou/e auditivas e os auxiliares de marcha; no segundo surgem o apoio, o relacionamento e as atitudes da família e dos profissionais de saúde, que têm igualmente um papel decisivo na recuperação, no suporte e na continuidade da autonomia e independência dos indivíduos.

A literatura é vasta na conclusão de que a presença e participação dos familiares e amigos como parceiros dos cuidados e cuidadores formais, proporciona a redução dos custos, melhora a gestão das doenças crónicas e agudas, melhora a continuidade e os resultados dos tratamentos, prevenindo ainda as readmissões hospitalares. O suporte ou a rede social são fatores protetores da saúde dos indivíduos, concretizando-se no envelhecimento por exemplo ao nível da depressão e da ansiedade [25, 26].

Até ao momento só foi apresentada uma proposta abreviada do Core Set Geriátrico, desenvolvida pelo mesmo grupo de trabalho que criou a sua versão abrangente e composta por 38 categorias [27].

A comparação dos resultados deste estudo e os que são apresentados por aqueles autores é difícil de ser estabelecida uma vez que se observam várias diferenças entre as duas pesquisas: nas prevalências das condições de saúde, nos aspetos sociais e culturais (determinantes na abordagem dos Fatores Ambientais) e na metodologia adotada.

Relativamente à exequibilidade desta proposta de Core Set Abreviado, o número de categorias é adequado, apesar de ultrapassar as duas dezenas que são habitualmente aconselhadas. No entanto, a restrição deste número diz respeito à sua aplicabilidade por parte de um só profissional [28] e a presente proposta é dirigida à equipa multiprofissional que atua na Rede. Nesse sentido, parece ser apropriado o conjunto que se propõe, pois serve o propósito daquilo que se pretende de um Core Set Abreviado: ser o ponto de partida do processo de avaliação básica de uma condição ou contexto e o padrão mínimo necessário mas eficiente, para descrever a funcionalidade e a incapacidade na prática clínica e em estudos epidemiológicos [29]. Além disso, os Core Sets devem ser considerados exclusivamente como documentos orientadores que respeitando a abordagem centrada no indivíduo e na família, permitirão em qualquer altura a possibilidade de se incluírem as categorias e os domínios que melhor podem servir o propósito para que foram criados.

## Conclusões

Os motivos pelos quais as categorias do Core Set Geriátrico não foram validadas no presente estudo relacionaram-se sobretudo com a falta de informação dos processos clínicos, com a irreversibilidade das deficiências estruturais, ou ainda com o tempo necessário para se poder operar ou observar evolução relevante.

As variáveis que fizeram parte dos modelos de regressão logística dos *outcomes* da funcionalidade representam todos os componentes da Classificação, respeitando o modelo biopsicossocial que lhe está subjacente. Também a determinação que os Fatores Contextuais podem ter nos processos de intervenção está explicitamente representada pelo valor dos *Odds Ratios* encontrados.

Apesar da indeterminação que possa existir entre as Funções Mentais e o desempenho de algumas atividades, a presença e os valores de *Odds Ratios* encontrados para o Estado Cognitivo revelou não ser negligenciável a sua

avaliação na população idosa em ambientes de reabilitação pós-aguda.

A presente proposta de Core Set Geriátrico Abreviado para os cuidados de reabilitação de contexto pós-agudo tem um enfoque sobretudo no componente Atividades/ Participação, enquanto componente que materializa de forma concreta a interação do indivíduo com o meio e a sua vida real. São particularmente importantes duas categorias “inovadoras” neste contexto que podem constituir para as futuras gerações de idosos, pilares importantes da sua saúde: a Atividade Física e a Religiosidade/Espiritualidade. A primeira, pelo valor preditivo que representa na saúde e no envelhecimento ativo e bem-sucedido, mas também pela potencialidade que tem enquanto estratégia de intervenção/reabilitação. A segunda, pelas consequências meritórias que pode oferecer ao bem-estar e à saúde mental dos indivíduos manifestando-se por isso como uma aliada dos processos terapêuticos.

O leque de Fatores Ambientais que são sugeridos para esta versão abreviada transmite o suporte dos cuidados e o suporte dos cuidadores, operacionalizando-se pelos apoios das tecnologias e pelos apoios e atitudes de quem cuida ou pode cuidar.

A adoção da ICF enquanto instrumento operacional do modelo biopsicossocial permite refletir numa nova dialética do método de avaliação/intervenção/resultados mais centrado no indivíduo. Para este processo admite-se uma ação mais responsabilizada na capacidade/desempenho das atividades/participação dos indivíduos, com uma integração abrangente dos fatores contextuais, cuja articulação em ambiente terapêutico respeite e se aproxime o mais possível da sua forma de vida real.

A funcionalidade deve ser considerada uma variável incontornável da Saúde Pública pelo facto de permitir reproduzir as deficiências e limitações dos indivíduos, mas igualmente facilitar a alocação estruturada de equipamentos, serviços e sistemas, promotores da sua participação. Pretende-se de forma global que esses resultados possam quantificar as necessidades de serviços e apoios, mas sobretudo estudar o curso de vida das pessoas com incapacidades específicas e direcionar com precisão estratégias de prevenção.

## References

- 1 Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004.
- 2 Ptyushkin P, Selb M, Cieza A: ICF Core Sets; in Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G (eds): ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice. Gottingen, Hogrefe Publishing, 2012, pp 14–21.
- 3 Botelho MA: Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano. Porto, Edições Bial, 2000.
- 4 Grill E, Hermes R, Swoboda W, Uzarewicz C, Kostanjsek N, Stucki G: ICF Core Sets for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* 2005;27:411–417.
- 5 Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün B, Stucki G: ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 2005;37:212–218.
- 6 Fontes A, Botelho A, Fernandes A: A biopsychosocial evaluation method and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). *Educ Gerontol* 2014;40:686–699.
- 7 Stier-Jarmer M, Grill E, Müller M, Strobl R, Quittan M, Stucki G: Validation of the comprehensive ICF Core Set for patients in geriatric post-acute rehabilitation. *J Rehabil Med* 2011;43:102–112.
- 8 Orr D: Contribution of muscle weakness to postural instability in the elderly: a systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med* 2010;46:183–220.
- 9 Den Ouden ME, Schuurmans MJ, Arts IE, van der Schouw YT: Physical performance characteristics related to disability in older persons: a systematic review. *Maturitas* 2011;69:208–219.
- 10 Al Snih S, Graham JE, Ray LA, Samper-Ternent R, Markides KS, Ottenbacher KJ: Frailty and incidence of activities of daily living disability among older Mexican Americans. *J Rehabil Med* 2009;41:892–897.
- 11 Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreu-ewenberg MD, de Witte LP: Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatr* 2011;13:33.
- 12 Seidel D, Brayne C, Jagger C: Limitations in physical functioning among older people as a predictor of subsequent disability in instrumental activities of daily living. *Age Ageing* 2011;40:463–469.
- 13 Cabrero-García J, López-Pina JA: Aggregated measures of functional disability in a nationally representative sample of disabled people: analysis of dimensionality according to gender and severity of disability. *Qual Life Res* 2008;17:425–436.
- 14 Kus S, Müller M, Strobl R, Grill E: Patient goals in post-acute geriatric rehabilitation-goal attainment is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med* 2011;43:156–161.
- 15 Müller M, Strobl R, Grill E: Goals of patients with rehabilitation needs in acute hospitals: Goal achievement is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med* 2011;43:145–150.
- 16 Pérès K, Helmer C, Amieva H, Orgogozo JM, Rouch I, Dartigues JF, et al: Natural history of decline in instrumental activities of daily living performance over the 10 years preceding the clinical diagnosis of dementia: a prospective population-based study. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:37–44.
- 17 Di Carlo A, Lamassa M, Baldereschi M, Inzitari M, Scafato E, Farchi G, et al: CIND and MCI in the Italian elderly: frequency, vascular risk factors, progression to dementia. *Neurology* 2007;68:1909–1916.
- 18 Gold DA: An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *J Clin Exp Neuropsychol* 2012;34:11–34.
- 19 Pascolini D, Mariotti SP: Global estimates of visual impairment 2010. *Br J Ophthalmol* 2011;96:614–618.
- 20 Thomas LH, Cross S, Barrett J, French B, Leathley M, Sutton CJ, et al: Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD004462.
- 21 Parkinson L, Chiarelli P, Byrne J, Gibson R, McNeill S, Lloyd G, et al: Continence promotion for older hospital patients following surgery for fractured neck of femur: pilot of a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging* 2007;2:705–714.
- 22 Apisarnthanarak A, Rutjanawe S, Wichansawakun S, Ratanabunjerdkul H, Patthanitima P, Thongphubeth K, et al: Initial inappropriate urinary catheters use in a tertiary-care center: incidence, risk factors, and outcomes. *Am J Infect Control* 2007;35:594–599.
- 23 Holroyd-Leduc JM, Sen S, Bertenthal D, Sands LP, Palmer RM, Kresevic DM, et al: The relationship of indwelling urinary catheters to death, length of hospital stay, functional decline, and nursing home admission in hospitalized older medical patients. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:227–233.
- 24 Koenig HG: Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012;2012:278730.
- 25 Fiske A, Wetherell JL, Gatz M: Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009;5:363–389.
- 26 Lenze EJ, Wetherell JL: A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13:381–399.
- 27 Grill E, Müller M, Quittan M, Strobl R, Kostanjsek N, Stucki G: Brief ICF Core Set for patients in geriatric post-acute rehabilitation facilities. *J Rehabil Med* 2011;43:139–144.
- 28 Rauch A, Luckenkemper M, Cieza A: Use of ICF Core Sets in clinical practice; in Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G (eds): ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice. Gottingen, Hogrefe Publishing, 2012, pp 22–31.
- 29 Fontes AP: Funcionalidade e incapacidade: conceptualização, estrutura e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Loures, Lusociência, 2014.