



Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde
Fisioterapia – TL4

O EU na Osteoartrose

Comparação dos *Core Sets* da CIF para a Osteoartrose, com
a perspetiva dos utentes com OA da região centro de
Portugal

Cristiana Costa Faria

Fernando Torres Loureiro

Mariana Andreia Rodrigues Torres de Sousa

Sofia Almeida Pereira

Leiria, junho de 2016.



Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde
Fisioterapia – TL4

O EU na Osteoartrose

Comparação dos *Core Sets* da CIF para a Osteoartrose, com
a perspetiva dos utentes com OA da região centro de
Portugal

MONOGRAFIA

O objetivo deste estudo consiste em identificar em que medida os problemas percecionados pelos indivíduos com osteoartrose na região centro de Portugal, se encontram representados na versão atual do *Comprehensive* e *Brief Core Sets* da CIF para esta condição de saúde.

Cristiana Costa Faria nº5120406

Fernando Torres Loureiro nº5120202

Mariana Andreia Rodrigues Torres de Sousa nº5120407

Sofia Almeida Pereira nº5120454

Unidade Curricular: Monografia.

Orientador: Professora Doutora Sandra Amado.

Coorientadores: Professor Doutor José Alves-Guerreiro e Professor Luís Carrão.

Leiria, junho de 2016.

AGRADECIMENTOS

É com muita satisfação que expressamos o nosso mais profundo agradecimento a todos aqueles que contribuíram e tornaram possível a realização deste trabalho. Ao Instituto Politécnico de Leiria, especificamente à Escola Superior de Saúde de Leiria e aos seus colaboradores que orientaram e nos seguiram durante toda a Unidade Curricular, Sandra Amado, José Alves-Guerreiro, Nuno Morais e Luís Carrão, pelo apoio, incentivo e disponibilidade demonstrada.

Às instituições e seus colaboradores, que pronta e simpaticamente se disponibilizaram para nos receber e proporcionaram o acesso aos utentes e conseqüentemente a recolha de dados, fulcral para esta investigação, nomeadamente:

- CEPOMEL – Centro Polivalente de Medicina e Enfermagem de Leiria;

- SCME – Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento e em especial ao fisioterapeuta e professor Luís Eva Ferreira.

Aos indivíduos que aceitaram participar neste estudo, contribuindo com o seu tempo e experiências pessoais, fundamentais para a realização do mesmo.

Aos nossos familiares e amigos por estarem sempre presentes e nos acompanharem nesta longa caminhada.

Ao grupo de trabalho que superou momentos difíceis, ultrapassou barreiras, mas que se entregou de corpo e alma a este projeto e proporcionou momentos de partilha de conhecimento, amizade e diversão.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD's – Atividades da Vida Diária;

AR – Artrite Reumatóide;

CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens;

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade em Saúde;

fp – Fatores Pessoais;

MMSE – Mini Mental State Examination;

OA – Osteoartrose;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

SCQ – Self-Administered Comorbidity Questionnaire;

SPSS – Statistic Package for the Social Sciences.

RESUMO

Introdução: Na prática diária, os clínicos necessitam apenas de uma fração das categorias encontradas na CIF. No conflito entre a generalização e a necessidade de captar detalhes, a CIF deve ser adaptada às perspetivas e necessidades de diferentes utilizadores. Esta necessidade surge como a principal motivação por detrás do projeto dos *Core Sets*, que tem como objetivo extrair uma seleção de categorias de toda a classificação que são relevantes para condições específicas de saúde. Após o desenvolvimento da primeira versão dos *Core Sets* da CIF para a OA, os autores realçaram a importância desta ser testada sob a perspetiva de diferentes profissionais, em diferentes países e ainda segundo a perspetiva dos indivíduos.

Objetivos: Identificar os problemas percebidos pelos indivíduos com OA, da região centro de Portugal e verificar em que medida estes aspetos se encontram compreendidos no *Comprehensive e Brief Core Set* da CIF, para esta condição de saúde.

Metodologia: Foi realizado um estudo qualitativo, recorrendo a uma amostra de conveniência, indivíduos com OA no joelho e/ou anca. A recolha de dados consistiu em entrevistas individuais, e o seu processamento foi efetuado segundo o protocolo de *Coenen* (2008).

Resultados: Foram incluídos 20 indivíduos, perfazendo uma média de idades de 69,65 ($\pm 9,8$) anos, dos quais 9 são mulheres e 11 homens. Foram identificadas 34 das 55 categorias contempladas no *Comprehensive Core Set* da CIF e 9 das 12 categorias do *Brief Core Set* da CIF, 61,82% e 75%, respetivamente.

Conclusões: Tendo em conta os resultados, conclui-se que os *Comprehensive e Brief Core Sets* da CIF para a OA abrangem a perspetiva da população portuguesa, contudo não contemplam alguns dos problemas percebidos pelos indivíduos. Além disso, ainda se verifica que integra algumas categorias não relevantes para esta população.

Palavras-chave: CIF; *Core Sets*; OA; modelos de saúde e doença; abordagem centrada no utente.

ABSTRACT

Introduction: In daily practice, clinicians need only a fraction of the categories found in ICF. So, in this conflict between the spread and the need to capture details, ICF should be adapted to the perspectives and needs of different users. This need appears as the main motivation behind the Core Sets project, which aims to extract a selection of categories throughout the classification that are relevant to specific health conditions. After the development of the first version of the ICF Core Sets of OA, the authors highlighted the importance of being tested under the perspective of different professionals, in different countries and also according to the perspective of individuals.

Objectives: Identify the problems perceived by individuals with OA, in the central region of Portugal and verify to what extent these aspects are included in the Comprehensive and Brief Core Set of ICF, for this health condition.

Methodology: A qualitative study was conducted using a convenience sample, individuals with OA in the knee or hip. The data collection consisted of individual interviews and its processing was carried out according to Coenen Protocol (2008).

Results: We included 20 individuals, making an average age of 69.65 ($\pm 9,8$) years, of which 9 are women and 11 men. 34 of the 55 categories included in the ICF Comprehensive Core Set and 9 of the 12 categories of the ICF Core Set Brief, 61,82% and 75% respectively, were identified.

Conclusions: Taking into account the results, we conclude that the ICF Comprehensive and Brief Core Sets of OA include the perspective of the Portuguese population; however do not address some of the problems perceived by the individuals. Furthermore, we can still verify that it integrates some categories which are not relevant for this population.

Keywords: ICF; Core Sets; OA; health and disease models; user-centered approach.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO 15

2.METODOLOGIA 25

2.1.OBJETIVOS 25

2.2.TIPO DE ESTUDO 25

2.3.POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA 26

2.4.PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 28

2.5.INSTRUMENTOS E RECOLHA DE DADOS 29

2.6.ANÁLISE DE DADOS 31

1ª Etapa: Análise qualitativa 31

2ª Etapa: *Linking* para a CIF 31

3ª Etapa: Comparação com os *Core Sets* da CIF 32

2.7.PRECISÃO E RIGOR DOS DADOS 33

Análise contínua de dados 33

Reflexividade 33

Codificação Múltipla 33

Revisão por pares 34

2.8.TRATAMENTO DOS DADOS 34

3.RESULTADOS 36

3.1.CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 36

3.2.ANÁLISE DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO *SELF ADMINISTERED COMORBILITY QUESTIONNAIRE* 36

3.3.DADOS RELATIVOS À IDENTIFICAÇÃO DE CONCEITOS 37

3.4.DADOS RELATIVOS AO *LINKING* DA PERSPETIVA DO UTENTE COM A CIF 37

3.4.1.*Linking* da perspetiva dos indivíduos com a componente das Funções do Corpo 38

3.4.2.*Linking* da perspetiva dos indivíduos com a componente das Estruturas do Corpo 39

3.4.3.*Linking* da perspetiva dos indivíduos com a componente das Atividades e Participação 40

3.4.4. *Linking* da perspetiva dos indivíduos com a componente dos Fatores Ambientais 40

3.5.COMPARAÇÃO DA PERSPETIVA DO INDIVÍDUO COM O *COMPREHENSIVE* E *BRIEF CORE SETS* DA CIF PARA A OA 41

4.DISCUSSÃO 43

4.1.DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 43

4.2.DISCUSSÃO DA METODOLOGIA 48

5.CONCLUSÃO 51

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53

ANEXOS

ANEXO I Developing a Method to validate the WHO ICF Core Sets from the patient perspective: rheumatoid arthritis as case in point

ANEXO II *Comprehensive e Brief Core Sets* da CIF para a OA

ANEXO III Cronograma

ANEXO IV Carta de pedido de colaboração às instituições

ANEXO V Exposição do estudo aos indivíduos

ANEXO VI Consentimento informado

ANEXO VII Ficha de seleção da amostra

ANEXO VIII *Mini Mental State Examination*

ANEXO IX *Self-administered Comorbidity questionnaire*

ANEXO X Guião de entrevista individual

ANEXO XI Regras para identificação do significado dos conceitos

ANEXO XII Regras para o *linking* entre conceitos identificados com a CIF

ANEXO XIII Caracterização da amostra

ANEXO XIV Análise das comorbidades

ANEXO XV Transcrição das entrevistas e comparação das unidades de conceito identificadas pelo investigador 1 e 2

ANEXO XVI Lista final de conceitos

ANEXO XVII Revisão por pares e cálculo do *Kappa de Cohen* referente aos conceitos

ANEXO XVIII *Linking* individual do investigador 1 e 2

ANEXO XIX Lista de conceito não codificados

ANEXO XX Consenso entre os dois investigadores - *Linking* final

ANEXO XXI *Linking* dos conceitos identificados com os códigos da CIF dividido por capítulos e níveis com a respetiva frequência absoluta

ANEXO XXII Revisão por pares e cálculo do *Kappa* de *Cohen* referente ao *linking*

ANEXO XXIII Categorias de 3º nível consideradas de 2º nível

ANEXO XXIV Comparação entre a perspectiva dos indivíduos e os *Core Sets* da CIF

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Frequências absolutas dos códigos da CIF por nível 38

Gráfico 2 – Frequências absolutas dos códigos referentes às funções do corpo 39

Gráfico 3 - Frequências absolutas dos códigos referentes às estruturas do corpo 39

Gráfico 4 - Frequências absolutas dos códigos referentes às atividades e participação 40

Gráfico 5 - Frequências absolutas dos códigos referentes aos fatores ambientais 41

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Esquema do procedimento de análise e interpretação de dados qualitativos

34

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Frequências absolutas e relativas referentes aos dados sociodemográficos 36

Tabela 2 – Comparação entre a perspectiva dos indivíduos com OA com os *Core Sets* da CIF desenvolvidos para esta condição 42

INTRODUÇÃO

A Osteoartrose (OA) trata-se da doença crónica mais prevalente (Bijlsma, Berenbaum, & Lafeber, 2011), encontrando-se entre as 3 condições mais incapacitantes e apresenta um notável impacto na saúde pública (Dreinhofer, et al., 2004). Clinicamente, esta condição é caracterizada por dor articular, crepitação, rigidez e limitação de movimento com efusão ocasional e graus variáveis de inflamação local (Bijlsma, Berenbaum, & Lafeber, 2011), perda de força e massa muscular (Abrahin, et al., 2015). Em todo o mundo estima-se que 9,6% dos homens e 18% das mulheres com idade acima de 60 anos padecem de OA sintomática (World Health Organization).

No ambiente médico atual, demonstrar a eficácia dos tratamentos através de medidas de resultados quantificáveis é cada vez mais importante. Tendo em conta que a informação gerada por ferramentas avaliativas pode ser vista por muitos profissionais de saúde e pode-se estender por longos períodos de tempo, a utilidade de tais informações é maior quando apresentada numa ferramenta com linguagem e conceitos padronizados (Gilchrist, et al., 2009). Desta forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) fornecem uma estrutura útil para classificar os aspetos de saúde e as consequências da doença. O seu objetivo é fornecer uma linguagem unificada para a descrição das condições de saúde em reabilitação e um quadro comum para todas as profissões de saúde (Bossmann, Kirchberger, Glaessel, Stucki, & Cieza, 2011). O conhecimento e a compreensão dos indivíduos por parte dos profissionais de saúde permite uma intervenção centrada no indivíduo que vai ao encontro das suas necessidades pessoais (Berzina, Paanalahti, Lundgren-Nilsson, & Sunnerhagen, 2013).

Na prática diária, os clínicos necessitam apenas de uma fração das categorias encontradas na CIF. Embora existam instrumentos genéricos baseados na CIF, que são concebidos como traduções práticas e utilizáveis numa vasta gama de aplicações, o seu carácter genérico pode surgir como uma desvantagem em configurações específicas. Assim, neste conflito entre a generalização e a necessidade de captar detalhes, a CIF deve ser adaptada

às perspetivas e necessidades de diferentes utilizadores. A necessidade de adaptar a CIF aos diferentes contextos particulares surge como a principal motivação por detrás do projeto dos *Core Sets*, que tem como objetivo extrair uma seleção de categorias de toda a classificação que são relevantes para condições específicas de saúde (Grill & Stucki, 2011). A forma como estes indivíduos vivenciam e valorizam os seus problemas depende dos fatores contextuais e são influenciados pelo meio envolvente e pelos aspetos culturais (Mead & Bower, 2000; Kaba & Sooriakumaran, 2007). Posto isto, é essencial selecionar os instrumentos de avaliação que vão ao encontro das necessidades específicas de cada indivíduo, auxiliando o profissional de saúde a interpretar a perceção do utente relativamente à sua condição, o que irá influenciar o processo de intervenção (Velstra, Baller, & Cieza, 2011).

Todos os *Core Sets* da CIF são criados em versões preliminares e necessitam de ser testados nos próximos anos em diferentes países e regiões, subgrupos de utentes variados e com condições características, assim como em diferentes configurações do serviço de saúde e ainda a partir da perspetiva de diferentes profissionais de saúde (Cieza, et al., 2004). Assim sendo, este trabalho tem como intuito verificar se os problemas percecionados pela população portuguesa da região centro, com OA do joelho e/ou anca, estão representados nas versões atuais dos *Comprehensive* e *Brief Core Sets* da CIF para esta condição. Iremos realizar um estudo qualitativo com recurso a entrevistas individuais, tendo por base o protocolo de validação dos *Core Sets* da CIF, desenvolvido por Coenen (2008).

O ponto de partida para este estudo desencadeou-se a partir da questão investigacional: “Será que os problemas que são percecionados pela população portuguesa da região centro com OA do joelho e/ou anca correspondem aos referenciados no *Comprehensive* e *Brief Core Set* da CIF para esta condição?”.

O presente estudo encontra-se dividido em quatro partes. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico; a segunda refere-se à metodologia utilizada, nomeadamente objetivos, tipo de estudo, população-alvo e amostra, procedimentos formais e éticos, instrumentos e recolha de dados, análise de dados, precisão e rigor dos dados e tratamento estatístico dos mesmos; a terceira inclui a apresentação dos resultados do estudo; e a quarta, é referente à discussão dos resultados obtidos e da metodologia utilizada; por fim surge a conclusão.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O funcionamento humano e a sua controversa noção de incapacidade são experiências universais, que devem ser percebidas no contexto pessoal de cada indivíduo, tendo em conta as suas condições de saúde, expectativas e a interação com o meio. Consequentemente, a obtenção de um meio para medir objetivamente o seu funcionamento é o primeiro passo necessário na direção do reconhecimento e melhoria do curso da incapacidade, após um condição aguda. Como afirmado por *Lorde Kelvin*, “*When you can measure what you are speaking about, you know something about it; but when you cannot measure it, your knowledge is of a meagre and unsatisfactory kind*”. Este princípio retirado das ciências físicas generaliza-se para o conceito de incapacidade. A perceção e gestão deste, requer o uso de instrumentos e escalas de medição adequadas (Grill & Stucki, 2011).

Segundo a *World Health Organization* a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (World Health Organization, 1946). Contudo historicamente, as intervenções em reabilitação têm sido guiadas pelo modelo biomédico (Engel, 1977). Este modelo define saúde como a ausência de doença e, por conseguinte, focaliza a avaliação e o tratamento nos sinais e sintomas da patologia, considerando apenas o nível físico (Sampaio, Mancini, & Fonseca, 2002), não deixando espaço para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais da doença (Engel, 1977).

Segundo *Ludwig*, a premissa do modelo biomédico refere “que um desvio suficiente do normal representa doença, que a doença é devida a causas naturais conhecidas ou desconhecidas e que a eliminação dessas causas irá resultar na cura ou melhoria em pacientes individuais” (Engel, 1977). Segundo *Dogar* (2007), *Engel*, demonstrou explicitamente uma crise no paradigma biomédico, alegando que este tinha um foco excessivamente estreito, levando os clínicos a considerar os pacientes como objetos e a ignorarem a possibilidade da experiência subjetiva ser favorável ao caso (Carrió-Borrell, Suchman, & Epstein, 2004). Este afirma ainda que para ser possível fornecer uma base para a compreensão dos fatores determinantes da doença e a obtenção do tratamento e

padrões de cuidados de saúde necessários, um modelo médico deve também ter em conta as contribuições relativas aos fatores sociais, psicológicos e biológicos, implicados na disfunção, bem como a responsabilidade do utente em cooperar no processo de intervenção (Engel, 1977). Desta forma, conceituou um novo modelo, que refere os aspetos sociais e psicológicos como aspetos fundamentais para uma melhor compreensão do processo de doença – modelo biopsicossocial. Neste, fatores biológicos, psicológicos e sociais influenciam a prevenção, causas, apresentação, gestão e resultados da doença, sendo que todos estes componentes interagem continuamente (Dogar, 2007; Tempest & McIntyre, 2006).

Em 1980, a OMS elaborou uma classificação para descrever as consequências das condições adversas de saúde ou doença, denominada Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) (World Health Organization, 1980).

A CIF, aprovada em 2001 (World Health Organization, 2001), é um sistema de classificação que descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, refletindo uma nova abordagem que deixa de focalizar apenas as consequências da doença, mas classifica também a saúde pela perspetiva biológica, individual e social numa relação multidirecional (Tempest & McIntyre, 2006). Esta classificação foi estabelecida como uma abordagem padronizada para a avaliação de indivíduos e populações (Grill & Stucki, 2011).

Uma boa compreensão do funcionamento e do estado de saúde dos utentes é necessária para otimizar as intervenções destinadas a manter a função e minimizar a deficiência. De acordo com a CIF, os problemas associados com a doença podem incidir sobre as Funções e Estruturas do Corpo, bem como na realização de Atividades e Participação em situações da vida diária. As condições de saúde e do desenvolvimento de incapacidade são ainda influenciadas por Fatores Contextuais, tais como Fatores Ambientais e Pessoais (Bossmann, Kirchberger, Glaessel, Stucki, & Cieza, 2011).

Cada categoria da CIF é representada por um código iniciado por uma letra, “b”- Funções do Corpo; “s”- Estruturas do Corpo; “d”- Atividades e Participação; “e”- Fatores Ambientais; seguida por um código numérico que começa com o número do capítulo (um dígito), seguido do 2º nível (dois dígitos) e do 3º e 4º nível (um dígito cada). A CIF contém

mais de 1400 categorias, sendo que todas as categorias são acompanhadas por definições, exemplos, e critérios de inclusão e exclusão e organizadas de acordo com uma estrutura hierárquica. Por conseguinte, uma categoria de nível inferior compartilha uma categoria de nível mais elevado de que é membro, por exemplo, a utilização de um nível mais baixo (mais detalhada) implica automaticamente que a categoria de nível mais alto seja aplicável, mas não vice-versa (Coenen, 2008).

Em contraste com outros modelos de incapacidade, a CIF não só inclui, mas também classifica Fatores Contextuais que podem facilitar ou dificultar a funcionalidade e, portanto, afetar o desenvolvimento de determinada condição. Os dois componentes dos Fatores Contextuais são os Fatores Ambientais (isto é, fatores no mundo físico, social ou de atitude) e Fatores Pessoais (idade, género, hábitos, estilo de vida, estratégias de *coping*, etc.) (Bossmann, Kirchberger, Glaessel, Stucki, & Cieza, 2011). Os Fatores Pessoais, como a vivência dos indivíduos e as suas características, exercem um papel crucial na funcionalidade e no estado de saúde, contudo estes ainda não se encontram classificados (Berzina, Paanalahti, Lundgren-Nilsson, & Sunnerhagen, 2013).

A integração da CIF no processo de intervenção multidisciplinar, com base na visão centrada no utente, facilita a compreensão deste processo ao utilizar uma linguagem clara e perceptível e ao permitir a identificação de metas realistas e alcançáveis e a utilização eficiente de tempo e recursos (Constand & MacDermid, 2014).

Em suma, uma ferramenta de avaliação centrada no utente é crucial para reconhecer os pontos de vista, experiências e perspetivas de todos os participantes envolvidos no processo de cuidados de saúde (Steiner, et al., 2002). A adoção do modelo de funcionalidade e incapacidade humana possibilita ao fisioterapeuta, nos seus procedimentos de avaliação e de intervenção, considerar um perfil funcional específico para cada indivíduo (Sampaio, Mancini, & Fonseca, 2002).

Com a evolução do modelo da CIF foram surgindo novas formas de representação gráfica deste, nomeadamente o *Rehabilitation Problem-Solving Form (RPS-Form)*, que permite a comunicação internacional acerca do problema clínico a qualquer nível de saúde. Aparentemente ainda referir que esta representação foi projetada com o intuito de realizar a distinção entre a perspetiva do utente e a do profissional de saúde (Steiner, et al., 2002). A

abrangência é uma grande vantagem da CIF, no entanto torna-se muito complexa no uso diário, a não ser que seja transformada numa ferramenta prática.

Na prática clínica, o objetivo dos *Core Sets* é tornar a CIF num instrumento prático para o uso diário, apresentando as categorias mais relevantes para uma determinada condição de saúde. A utilização destes na prática clínica apoia a interdisciplinaridade e permite uma descrição abrangente da função dos utentes, ajudando os profissionais de saúde a considerar todos os aspetos potencialmente relevantes da função dos indivíduos em todas as fases da avaliação, mesmo em áreas que vão além da sua especialidade clínica (Grill & Stucki, 2011; Ptyushkin, Selb, & Cieza, 2012).

A principal crítica em relação aos *Core Sets* é o facto de estes poderem representar um retorno ao modelo biomédico de entendimento da funcionalidade humana, mas a esta observação contrapõe-se o argumento de que nenhum outro instrumento de avaliação funcional em uso clínico é tao abrangente quanto os *Core Sets* (Riberto, 2011). Estes podem facilitar o raciocínio clínico e a escolha de métodos de avaliação adequados, além de que promovem uma prática baseada na evidência (Mcintyre & Tempest, 2007).

Existem 3 tipos de *Core Sets*: o *Brief*, o *Comprehensive* e o *Generic Core Sets*. O *Comprehensive Core Set* inclui categorias que refletem todo o espectro de problemas típicos que um indivíduo com uma determinada condição de saúde pode enfrentar. Funciona como uma *checklist* para orientar os profissionais ao longo da avaliação, garantindo que nenhum dos aspetos do funcionamento que podem vir a representar um problema para os indivíduos são negligenciados. Os *Brief Core Sets* derivam dos *Comprehensive* e foram desenvolvidos para ser utilizados como um padrão mínimo para descrever de forma eficiente o funcionamento e incapacidade dos indivíduos em estudos clínicos e epidemiológicos. O *Generic Core Set* é importante para a estatística na saúde e saúde pública. É essencial definirmos com que objetivo pretendemos utilizar o *Core Set*, a fim de conseguirmos a sua aplicação ótima, ao escolhermos o mais apropriado para determinada situação (Ptyushkin, Selb, & Cieza, 2012).

Os *Core Sets* alcançaram grande importância para a formação de médicos, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde, fornecendo uma linguagem comum para uma melhor compreensão dos conceitos da CIF e um trabalho multidisciplinar mais eficaz (Coenen M., et al., 2006; Bickenbach, Cieza, Rauch, & Sticki, 2012). A validação dos *Core Sets*

faz parte do processo da sua definição, implementação e disseminação. Esta validação tem sido efetuada empiricamente para diferentes condições e situações de saúde e sob a ótica de diferentes categorias profissionais ou mesmo de acordo com a visão dos utentes (Riberto, 2001).

Herrmann, et al, (2011), realizaram um estudo com o intuito de validar o *Core Set* da CIF existente para a lesão vertebro-medular em contexto pós-agudo e a longo prazo segundo a perspetiva dos fisioterapeutas. Para o estudo foram recrutados 81 fisioterapeutas especialistas em lesões vertebro-medulares, de 27 países. A recolha de dados foi executada tendo por base os princípios da técnica de *Delphi*, através do qual foi possível nomear 3694 problemas. Concluiu-se que grande parte dos problemas percecionados pelos fisioterapeutas estão incluídos no *Core Set* para esta condição, contudo existem algumas categorias que não são abrangidas pelo mesmo, tornando-se necessário mais investigações.

Além da visão dos profissionais de saúde, a visão dos utentes é crucial para validar um *Core Set*, independentemente da condição de saúde. Foi realizado um estudo com duplo objetivo: apresentar uma proposta para a metodologia mais adequada para validar os *Comprehensive Core Sets* da CIF a partir da perspetiva do utente; e acrescentar evidência para a validação do *Comprehensive Core Set* da CIF para a Artrite Reumatóide (AR) a partir da perspetiva dos utentes. Um total de 49 participantes foram incluídos nos grupos focais (abordagem aberta, n=25; abordagem baseada na CIF, n=24). Foram identificados 1900 conceitos (abordagem aberta, n=897; abordagem baseada na CIF, n=1003), sendo que foi efetuada a ligação de 372 categorias diferentes da CIF. Trinta e dois conceitos não puderam ser ligados a categorias da CIF (por exemplo, a qualidade de vida em geral, estratégias de *coping*, gestão de doenças, aspetos relacionados com o tempo e variabilidade da funcionalidade). Concluiu-se que a versão existente para o *Comprehensive Core Set* da AR pode ser quase inteiramente confirmada pelas duas diferentes metodologias utilizadas (Coenen M. , et al., 2006).

A OA encontra-se entre as 3 condições mais incapacitantes e exerce um notável impacto na saúde pública (Dreinhofer, et al., 2004; Bijlsma, Berenbaum, & Lafeber, 2011). Apresenta-se como a forma mais comum de artrite e uma das principais causas de dor (World Health Organization; Guermazi, et al., 2012). Possui uma biologia muito ampla,

que afeta todos os componentes das articulações, sobretudo a cartilagem articular (Kraan, 2012; Bijlsma, Berenbaum, & Lafeber, 2011).

A OA é uma patologia relacionada com a idade, apresentando maior probabilidade de afetar articulações que ficam continuamente sob *stress* ao longo dos anos, como joelhos, ancas, pequenas articulações das mãos e regiões da coluna (World Health Organization; DiBonaventura, Gupta, McDonald, & Sadosky, 2011). Ocorre com maior frequência em utentes com 40 anos ou mais, no entanto pode ocorrer mais cedo na presença de fatores de risco, tais como: familiares com OA, obesidade, lesão traumática anterior ou esforço repetido e deformidades articulares (American College of Rheumatology, 2015). A raça negra (Braga, et al., 2009) e o sexo feminino (Suri, Morgenroth, & Hunter, 2012) são também considerados fatores de risco. Esta patologia acarreta um grande comprometimento funcional, diminuição da qualidade de vida e um aumento da utilização dos recursos de saúde (DiBonaventura, Gupta, McDonald, & Sadosky, 2011).

Em Portugal 12,4% da população sofre de OA do joelho (Homens: 8,6%; Mulheres: 15,8%), 8,7% da OA na mão (Homens: 3,2%; Mulheres: 13,8%) e 2,9% da OA na anca (Homens: 2,9%; Mulheres: 3%) (Reuma Census, 2013; Branco, et al., 2016). A região centro do país apresenta uma taxa de prevalência de OA de 24,7%, a maior verificada em Portugal (Norte: 17,4%; Lisboa e Vale do Tejo: 17,1%; Alentejo: 22,8%; Algarve: 16,5%; Madeira: 19%; Açores: 17%) (Reuma Census, 2013).

Na passagem do século, patologistas e radiologistas diferenciavam duas principais formas de artrite crónica atrofica: artrite com inflamação sinovial e erosão ou atrofia da cartilagem e do osso (p.e., AR) e artrite hipertrófica, caracterizada por perda local da cartilagem, com pouca evidência de inflamação e por crescimento do osso e dos tecidos moles adjacentes. Este último tornou-se sinónimo de osteoartrite. O termo OA surgiu para enfatizar a falta de inflamação evidente (Attur, Dave, Akamatsu, Katoh, & Amin, 2002).

A OA tem sido considerada uma condição de “desgaste” que leva à perda da cartilagem. Esta era considerada uma consequência exclusiva de qualquer processo que conduzisse ao aumento da pressão numa determinada articulação ou fragilidade da matriz cartilaginosa. Este paradigma baseava-se principalmente na observação que os condrócitos, o único tipo de célula presente na cartilagem, têm uma atividade metabólica muito lenta, sem capacidade para reparar a cartilagem. Além disso, ao contrário de todos os outros tecidos a cartilagem articular, uma vez danificada, não consegue originar uma

resposta inflamatória normal, já que não é vascularizada nem inervada (Berenbaum, 2012). A combinação de técnicas de imagem sensíveis, bem como a visualização direta de artroscopias, têm sugerido que mesmo na sua fase inicial, antes de ser visível qualquer degeneração na cartilagem, a OA já é uma condição inflamatória (Sokolove & Lopus, 2013). A descoberta que muitos mediadores solúveis, tais como as citocinas ou prostaglandinas podem aumentar a produção das metaloproteinases da matriz através dos condrócitos originou os primeiros passos na direção da teoria “inflamatória” (Berenbaum, 2012; Sokolove & Lopus, 2013).

Assim, inicialmente considerada impulsionada pela cartilagem, a OA é uma condição muito mais complexa com mediadores inflamatórios libertados pela cartilagem, osso e membrana sinovial. Níveis elevados de sensibilidade sistémica da proteína C reativa refletem inflamação sinovial em indivíduos com OA e são associados com o nível de dor (Berenbaum, 2012).

O porquê da inflamação da membrana sinovial permanece um assunto controverso. A hipótese mais aceite é que, uma vez degradada, os fragmentos de cartilagem caem para a articulação e contactam com a membrana sinovial. Como estes são considerados corpos estranhos as células sinoviais reagem produzindo mediadores inflamatórios, encontrados no fluído sinovial (Berenbaum, 2012). O dano inicial induz uma resposta inflamatória patológica local que resulta numa maior perda da cartilagem e lesão articular progressiva ao longo do tempo. A biomecânica é central para o desenvolvimento da OA desde danos crónicos de desarranjos mecânicos anteriores (como uma rutura meniscal ou extrusão), ao uso excessivo, hipermobilidade ou desalinhamento anatómico, todos podem produzir dano contínuo de baixo grau (Sokolove & Lopus, 2013).

A OA deve ser vista como uma doença que apresenta um contínuo de manifestações clínicas, desde fases precoces e incipientes, onde predomina a inflamação sinovial e alterações microscópicas a nível ósseo e da cartilagem; até fases finais da sua evolução, com alterações destrutivas de todas as estruturas articulares, conduzindo a dor e incapacidade impossíveis de resolver totalmente com terapêutica farmacológica (Faustino, 2010).

A OA é nas suas fases precoces uma doença eminentemente inflamatória, a denominada “Osteoartrite”, que poderá ser caracterizada por inflamação da membrana sinovial,

derrame articular, mediação patogénica e elevação da proteína C reativa (de alta sensibilidade) (Faustino, 2010). A OA a que comumente nos referimos, corresponde a um diagnóstico tardio, apresentando-se clinicamente com lesões em estado avançado, e radiologicamente com lesões irreversíveis e complicações estruturais de doenças arrastadas e inadequadamente resolvidas (Faustino, 2010; Attur, Dave, Akamatsu, Katoh, & Amin, 2002). Tendo tudo isto em conta, optámos por, ao longo do trabalho, nos referirmos a esta doença como OA, uma vez que é um conceito mais abrangente.

A nível individual a OA pode exercer impacto negativo sobre a participação no trabalho e no envolvimento em Atividades da Vida Diária (AVD's), tais como a recreação e lazer e também em atividades familiares. A nível social, os encargos relacionados com a OA podem incluir um aumento nos custos de cuidados de saúde, perda da produtividade no trabalho e a necessidade dos cuidados formais e informais para substituir as responsabilidades domésticas. Com o aumento da prevalência da obesidade e do envelhecimento da população, é esperado um aumento da incidência da OA (Oberhauser, Escorpizo, Boonen, Stucki, & Cieza, 2013).

Os principais objetivos do processo terapêutico passam por facilitar o funcionamento dos utentes, as atividades e o nível de participação, encorajando também o utente a lidar com as suas limitações nas atividades físicas, restrições nas AVD's e a participar de uma forma adequada (Keenan, Tennant, Fear, Emery, & Conaghan, 2006). Além disso, a adoção de uma abordagem comportamental é relevante em utentes com um comportamento de dor inadequado, e por isso, as estratégias de *coping* devem ser consideradas pelos fisioterapeutas (Vogels, et al., 2003).

Várias medidas do estado de saúde estão disponíveis para avaliar o impacto da OA. Seria valioso para a investigação no domínio da OA ter uma ferramenta simples, baseada num quadro internacional e universalmente aceite, que permita a comparabilidade das diferentes populações estudadas em relação à incapacidade associada com a OA. A necessidade óbvia de uma dessas ferramentas é a principal motivação para a OMS desenvolver os *Core Sets* da CIF (Xie, Lo, Lee, Cieza, & Li, 2008).

A *ICF Research Branch* e a *WHO*, com o apoio científico de várias instituições iniciaram um projeto para desenvolver um *Core Set* da CIF para a OA, que fosse internacionalmente aceite e baseado na evidência. A fase preparatória incluiu uma revisão sistemática da

literatura, um exercício *Delphi* e uma recolha de dados empíricos utilizando a *check list* da CIF (ICF Research Branch, 2013).

O *Comprehensive Core Set* da CIF para a OA, inclui um conjunto de categorias de toda a CIF que pretendem cobrir todo o típico espectro de alterações funcionais em indivíduos com OA. Das 55 categorias que fazem parte do *Comprehensive Core Set* para a OA, 13 referem-se à componente das Funções do Corpo, 6 à componente das Estruturas do Corpo, 19 à componente das Atividades e Participação e 17 aos Fatores Ambientais (Dreinhofer, et al., 2004). Atualmente, o *Comprehensive Core Set* para a OA está a passar por uma avaliação e validação a nível mundial, usando um variado número de abordagens, incluindo estudos internacionais multicentrados no terreno e validação da perspetiva dos utentes e dos profissionais de saúde (Bossman, Kirchberger, Glaessel, Stucki, & Cieza, 2011) em diferentes contextos (Gertheiss, Hogger, Oberhauser, & Tutz, 2011), a fim de ser utilizado como um padrão internacional. Duas investigações foram realizadas para estudar a validade de conteúdo do *Comprehensive Core Set* da CIF para a OA e ambas confirmaram a relevância e a utilização das categorias de CIF na prática clínica em contextos multidisciplinares (Oberhauser, Escorpizo, Boonen, Stucki, & Cieza, 2013).

Foi realizado um estudo por Xie, et al., (2006), acerca da validação dos *Core Sets* da CIF para a OA a partir da perspetiva do utente em Singapura. Este estudo tinha como objetivo determinar a extensão na qual cada item de saúde identificado a partir da perspetiva do utente com OA no joelho pode ser ligado à CIF; e avaliar criticamente a validade do conteúdo do *Comprehensive* e *Brief Core Sets* da CIF para a OA. Para tal, foi efetuado um estudo qualitativo através de grupos focais, com utentes que possuíam diagnóstico de OA do joelho e que não tinham sido submetidos a qualquer tipo de cirurgia. Foram identificados 74 itens pelos participantes, dos quais foram ligados a 44 categorias diferentes da CIF, num total de 105 ligações. De referir que 12 das categorias identificadas como importantes pelos indivíduos não são abrangidas pelo *Comprehensive Core Set*, das quais 5 pertencem à componente Funções do Corpo e 7 às Atividades e Participação. Várias categorias identificadas não foram incluídas no atual *Brief Core Set* para a OA, tais como: Mudar a posição básica do corpo (d410); Manter a posição do corpo (d415); Levantar e transportar objetos (d430) e Deslocar-se (d455).

Um estudo realizado por Bossmann, Kirchberger, Glaessel, Stucki & Cieza, (2010), teve por objetivo validar o *Comprehensive Core Set* da CIF da OA segundo a perspetiva dos

fisioterapeutas. Para tal, foram recrutados 77 fisioterapeutas de 23 países diferentes, “com experiência no tratamento de pacientes com OA”, através do método *Delphi*. Os itens identificados pelos fisioterapeutas, que não pertencem ao *Comprehensive Core Set* estão repartidos da seguinte forma: 15 nas Funções do Corpo, 8 nas Estruturas do Corpo, 28 nas Atividades e Participação e 6 nos Fatores Ambientais. Sendo que apesar de terem sido detetadas algumas restrições na atual versão do *Comprehensive Core Set* da OA neste estudo, a validade do conteúdo deste foi amplamente apoiada pelos fisioterapeutas participantes.

Na Declaração de Jacarta, é reforçada a importância de colocar as pessoas no centro do processo de tomada de decisão para a promoção da sua saúde. Assim é preconizado que as reformas devem promover a tomada de decisão entre o utente e o prestador de cuidados num contexto de continuidade do cuidar, tendo em conta determinado contexto cultural, sendo ainda referida a necessidade do *empowerment* do cidadão (WHO, 1997). Neste sentido, o *empowerment* do utente torna-se crucial para diminuir a assimetria de poder e de participação (Bettencourt, et al., 2005).

Tendo em conta o supracitado, a perceção dos utentes no que diz respeito à sua condição de saúde pode não estar englobada nas categorias constituintes do *Comprehensive e Brief Core Sets* da CIF para a OA (Grill & Stucki, 2011; Grill, Berthold, Boldt, Stucki, & Eberhard, 2005), sendo que o facto de poderem existir discrepâncias entre a perspetiva da população portuguesa com OA, em relação à sua condição de saúde e os *Core Sets* desta, surge como o problema identificado. Após a identificação do problema, foi elaborada a questão primordial referente à investigação que desenvolvemos: “Será que os problemas que são percecionados pela população portuguesa da região centro de Portugal, com OA do joelho e/ou anca, correspondem aos referenciados no *Comprehensive e Brief Core Sets* da CIF desta condição?”.

Para a realização desta revisão da literatura recorreu-se essencialmente às bases de dados *Pubmed, b-on e ScienceDirect*, utilizando as palavras-chave: *ICF Core Sets; patient centred; function; disability; outcome assessment; patient perspective; holistic health; osteoarthritis; physiotherapy; patient empowerment*.

2.METODOLOGIA

2.1.OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo identificar os problemas percecionados pelos indivíduos com OA, na região centro de Portugal, e verificar em que medida estes aspetos se encontravam compreendidos no *Comprehensive e Brief Core Sets* da CIF (ANEXO II), para esta condição de saúde (ANEXO III).

O delineamento e construção metodológica do presente estudo teve por base uma investigação de Coenen (2008) (ANEXO I) que aprovou o protocolo de validação dos *Core Sets* da CIF segundo a perspetiva do utente, bem como um guia para o desenvolvimento do *Core Set* da CIF (Selb, et al., 2015).

2.2.TIPO DE ESTUDO

Este estudo seguiu uma metodologia qualitativa, uma vez que oferece a possibilidade de explorar o ponto de vista daqueles que experienciam um problema de saúde, ou seja, a chamada perspetiva do utente (Coenen, 2008). Estes métodos permitem aos indivíduos responder com as suas próprias palavras, usando as suas próprias categorizações e associações percebidas (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest, & Namey, 2005).

Este tipo de pesquisa é especialmente eficaz na obtenção de informações culturalmente específicas sobre os valores, opiniões, comportamentos e contextos sociais de populações particulares (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest, & Namey, 2005; Carpenter, 1997; Baker & Edwards, s.d.).

A pesquisa qualitativa é predominantemente descritiva (Campos, s.d) e segundo Merriam (1988), “O estudo de caso qualitativo caracteriza-se pelo seu carácter descritivo, indutivo, particular e a sua natureza heurística pode levar à compreensão do próprio estudo”. Para tal, recorreremos ao método descritivo, a fim de enumerar os problemas percecionados pela população-alvo e generalizar, através da indução, para Portugal. Desde a recolha dos dados, até à execução do seu *linking* com as categorias da CIF, que as expressões e

considerações dos indivíduos adotam um papel crucial em todo o processo de produção de resultados. Isto porque a realização do *linking* assenta na semântica retirada a partir destas expressões.

Desta forma, a nossa investigação teve por base alguns estudos anteriormente realizados cujo intuito foi comparar a perspectiva dos utentes, acerca da sua condição, com os *Core Sets* da CIF referentes à mesma. Um dos estudos em que nos fundamentámos foi realizado em Singapura e é relativo à perspectiva dos utentes acerca da OA do joelho (Xie, et al., 2006), bem como um estudo sobre a AR, que segue o protocolo de *Coenen* (Coenen M., et al., 2006).

2.3.POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA

Para definirmos a população alvo deste estudo, tivemos em consideração os critérios de inclusão e exclusão utilizados no estudo multicentrado transversal utilizando a *check list* da CIF. Este estudo foi realizado para identificar os problemas comuns experienciados pelos indivíduos com OA, durante a fase preparatória do projeto dos *Core Sets* da CIF para a OA (Ewert, et al., 2004). Esta opção surgiu numa tentativa de minimizar os erros e as discrepâncias entre a população avaliada inicialmente para a criação do *Core Set*, e a população agora avaliada para validar a perspectiva dos utentes com OA da região centro de Portugal.

No estudo realizado por *Ewert, et al.*, (2004), os critérios de inclusão consistiram: diagnóstico confirmado de OA; idade mínima de 18 anos; conhecimento suficiente da língua alemã; compreensão da proposta e objetivos do estudo; e ter assinado o consentimento informado. Eram excluídos os indivíduos que tivessem sido submetidos a cirurgia há menos de 6 meses e que tivessem feridas com cicatrização incompleta. Não foram recolhidas quaisquer informações relativas à fase da doença em que cada indivíduo se encontrava.

Todos os indivíduos que pretendam participar no estudo, que preencham todos os critérios de inclusão e nenhum dos de exclusão foram incluídos na amostra.

Tendo em conta o referido, os critérios de inclusão para o presente estudo foram: diagnóstico confirmado de OA, sem qualquer distinção relativamente à fase da doença, uma vez que, como supracitado, para a criação do *Core Set*, não se teve em consideração esta informação (Ewert, et al., 2004); que este diagnóstico seja nas articulações do joelho

ou anca, sendo que estas são as articulações que suportam o peso do corpo, estando mais predispostas ao aparecimento desta doença (World Health Organization), e além disso a articulação do joelho é a que apresenta uma maior prevalência (12,4%) e a anca a terceira (2,9%) (Reuma Census, 2013; Branco, et al., 2016); residir na região centro, tendo em conta que esta é a região de Portugal que apresenta uma maior prevalência desta condição, 24,7% (Reuma Census, 2013); idade superior a 40 anos, uma vez que segundo a *American College of Rheumatology*, (2015), é a partir desta idade que a OA ocorre com maior frequência; conhecimento suficiente da língua portuguesa; e compreensão da proposta e objetivos do estudo.

Em relação aos critérios de exclusão, estes consistiram em ter efetuado qualquer cirurgia, há menos de 6 meses; ter feridas em processo de cicatrização (Ewert, et al., 2004); e a existência de comprometimento cognitivo de acordo com a classificação obtida no *Mini Mental State Examination (MMSE)* (ANEXO VIII) (Coenen, 2008).

As amostras qualitativas devem ser suficientemente grandes para assegurar que a maior parte ou todas as perceções que podem ser importantes são descobertas, mas, ao mesmo tempo, se a amostra é demasiado grande torna-se repetitivo e, finalmente, supérfluo. Se um investigador permanece fiel aos princípios da pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra, na maioria dos estudos qualitativos deve geralmente seguir o conceito de saturação - quando a recolha de novos dados não lança qualquer luz sobre a questão sob investigação (Mason, 2010; Baker & Edwards, s.d.).

Tendo em consideração estudos anteriormente realizados neste âmbito, os indivíduos foram incluídos na amostra até ser atingindo o ponto de saturação dos dados. A saturação é definida como o ponto durante a recolha e análise dos dados, em que o *linking* dos conceitos de dois grupos focais ou entrevistas individuais consecutivas não revela nenhuma categoria adicional do 2º nível do *Comprehensive Core Set* para a OA, neste caso. De acordo com um estudo em indivíduos com AR, foi alcançado o ponto de saturação após 5 grupos focais e 8 entrevistas individuais. A saturação de dados é atingida mais cedo nos grupos focais do que nas entrevistas individuais (Coenen, 2008; Coenen M., et al., 2006) e é central para a amostra qualitativa.

Segundo *Alan Bryman*, quando se pesquisa até à saturação é alcançada uma abordagem desafiadora, porque “obriga o pesquisador a combinar a amostra, recolha e análise de dados, em vez de tratá-los como etapas, num processo linear”. Isso também significa que

é impossível especificar o número de entrevistas qualitativas necessárias para concluir um projeto no seu início (Baker & Edwards, s.d.).

2.4.PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para a concretização deste estudo, foram indispensáveis autorizações formais para a recolha de dados. Tendo em conta que a população-alvo correspondeu a indivíduos com OA, que se encontravam a ser acompanhados por instituições de saúde da região centro de Portugal, foram enviados pedidos de autorização, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2016, via correio eletrónico, convenientemente acompanhados pela proposta investigacional (ANEXO IV).

É afirmado por vários autores que os presumíveis participantes em estudos devem ser informados o mais adequadamente possível, acerca das implicações que se encontram subjacentes à sua integração no estudo, das mais-valias que trarão ao mesmo, assim como os seus objetivos. Os indivíduos devem ser previamente informados de que a sua participação é completamente voluntária e que estes têm a possibilidade de a recusar, em qualquer momento do decorrer da entrevista. Caso o utente ponha termo à participação, todos os seus dados serão eliminados (Wendler & Grady, 2008).

Assim sendo, após o aval para a execução desta investigação, procedemos presencialmente ao contacto com a população-alvo, com o intuito de nos apresentar e esclarecer acerca do objetivo subjacente à sua participação (ANEXO V).

Para que um indivíduo participe num procedimento ou investigação, este deve conceder a autorização de uma forma autónoma (European Medicines Agency, 2002). Assim sendo, a população-alvo foi informada de forma verbal e escrita, através de um consentimento informado (ANEXO VI) baseado na Declaração de Helsínquia (World Health Organization, 2001), acerca do desígnio da investigação, de que forma os resultados serão utilizados, que instituição os investigadores integram, qual a duração dos procedimentos, a forma de seleção dos participantes, bem como todos os riscos inerentes à sua participação. Foi garantida a confidencialidade e o anonimato relativamente a toda a informação recolhida e qualquer dúvida que eventualmente surja, poderá ser clarificada, através dos contactos que foram disponibilizados no consentimento informado (Pick, Berry, Gilbert, & McCaul, 2013). Apraz referir que é documentado por meio da escrita, assinado e datado (European Medicines Agency, 2002).

2.5. INSTRUMENTOS E RECOLHA DE DADOS

Para esta etapa do nosso estudo, foram delineados diversos instrumentos que nos permitiram recolher toda a informação necessária para o correto desenvolvimento do estudo apresentado, tendo sempre por base o protocolo de *Coenen* (2008).

Estudos indicam que se deve ter em conta as características dos utentes, uma vez que estas poderão afetar de forma independente os resultados. Estas características tipicamente incluem a idade, o sexo, a gravidade da doença em estudo, o estado de saúde física e mental, situação socioeconómica, as preferências do utente e a gravidade das comorbidades (Sangha, Stucki, Liang, Fossel, & Katz, 2003).

Com o objetivo de caracterizar a amostra e documentar a verificação dos critérios de inclusão e de exclusão do estudo, foi aplicada uma ficha de seleção da amostra (ANEXO VII). Nesta constaram os seguintes itens: critérios de inclusão, os dados específicos da doença e os dados sociodemográficos (data de nascimento, género, escolaridade, estado civil, agregado familiar e ocupação atual) (Coenen, 2008).

As comorbidades são um fator particularmente importante, com efeitos bem documentados sobre a mortalidade, resultados cirúrgicos, complicações, estado funcional, tempo de permanência hospitalar, entre outros (Sangha, Stucki, Liang, Fossel, & Katz, 2003). Na ausência de registos médicos, os questionários autopreenchidos são uma alternativa viável e confiável e uma ferramenta a ser incluída em estudos, uma vez que não é necessária formação médica e o instrumento é curto e de fácil compreensão. Neste sentido, aplicámos o *Self-Administered Comorbidity Questionnaire (SCQ)* (Coenen, 2008) (ANEXO IX), que constitui uma adaptação do *Charles Comorbidity Index*. É composto por 12 condições adicionais e o seu *score* varia entre 0 e 45 pontos, sendo que um indivíduo pode receber um máximo de 3 pontos para cada condição médica: 1 ponto para a presença de problema; 1 se recebe tratamento e 1 ponto adicional se o problema provoca limitação (Moltó & Dougados, 2014).

As limitações funcionais associadas à OA representam demarcações na execução de ações ou tarefas mentais ou físicas específicas (Merikangas, et al., 2007). Num estudo, que refere que o bem-estar psicológico é significativamente associado à incapacidade em utentes com OA, concluiu-se que o pior estado de saúde mental está associado à pior dor sentida em utentes com OA (Wise, et al., 2010). Neste contexto torna-se fundamental a

aplicação de uma escala de avaliação da função cognitiva. O *MMSE* (ANEXO VIII) é um dos mais utilizados e estudados para a avaliação do funcionamento cognitivo (Lourenço & Veras, 2006). Foi elaborado em 1975 por *Folstein* e traduzido para português por Guerreiro (1994) (Apóstolo, 2012). Este questionário demora cerca de 5-10 minutos a ser aplicado (Kurlowicz & Wallace, 1999) e o *score* pode variar entre 0 a 30 pontos (Lourenço & Veras, 2006). Considera-se défice cognitivo uma pontuação inferior ou igual a 15 pontos em indivíduos analfabetos; uma pontuação inferior ou igual a 22 em indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade e uma pontuação inferior ou igual a 27 com escolaridade superior a 11 anos (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009).

Os métodos qualitativos mais familiares nos serviços do domínio dos cuidados de saúde são os grupos focais e as entrevistas individuais (Sofaer, 2002). Nos grupos focais, os participantes podem deixar de trocar informações, concentrando-se apenas nas informações compartilhadas pelo grupo. Além disso, os problemas dos membros dos grupos dominantes, a pressão dos colegas e outras dinâmicas de grupo podem ser responsáveis pelo processamento de informações incompletas e tendenciosas (Kaplowitz & Hoehn, 2001). As entrevistas individuais são utilizadas para explorar experiências pessoais e perspetivas, particularmente quando temas sensíveis se encontram a ser explorados (Lambert & Loiselle, 2008; Coenen, 2008). A utilização do método grupos focais tem a desvantagem de serem abordados vários assuntos de uma só vez e impede os investigadores de estudar os pensamentos e a história de cada pessoa com mais profundidade (Baker & Edwards, s.d.). Em estudos de marketing, *Fern* reportou que as entrevistas individuais geraram significativamente mais ideias e de maior qualidade, do que os grupos focais (Coenen, 2008).

Realizou-se um estudo onde se comparou dois tipos de abordagens: abordagem aberta e a abordagem baseada na CIF. Esta última permitiu a identificação de um maior número de conceitos e categorias da CIF, tanto em entrevistas individuais como em grupos focais (Coenen M., et al., 2006).

Optámos então por realizar entrevistas individuais, uma vez que o objetivo era perceber a perspetiva de cada indivíduo face à sua condição de saúde, e utilizar uma abordagem baseada na CIF. Nesta abordagem, cada um dos títulos dos capítulos da CIF que estão incluídos nas categorias do *Core Set* da OA foram apresentados aos indivíduos. Para cada um dos capítulos, colocaram-se questões abertas acerca de possíveis problemas em cada

uma das áreas da vida. Finalmente, os indivíduos foram questionados acerca da sua opinião em relação à falta de qualquer informação nas componentes Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais, respetivamente (Coenen, 2008; Coenen M., et al., 2006). Estas entrevistas foram orientadas por um guião (ANEXO X) e gravadas em formato áudio em simultâneo com a recolha de dados por escrito. As entrevistas foram estruturadas tendo em conta 5 questões de resposta aberta apoiadas na CIF, que constam no protocolo de *Coenen* (2008) e foram aceites e utilizadas em diversos estudos desta tipologia (Coenen M., et al., 2006; Kirchberger, et al., 2010).

Para este processo, foi necessária a intervenção dos quatro investigadores, sendo que cada um deles desempenhou funções diferenciadas. Um investigador realizou as entrevistas recorrendo a uma linguagem compreensível e simples com base na CIF; outro procedeu à recolha e escrita dos dados; um terceiro elemento ficou responsável pela sua gravação; e por fim o quarto elemento supervisionou todo o processo.

2.6. ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados compreendeu três etapas: Análise qualitativa; *Linking* para a CIF; e a Comparação com os *Core Sets* da CIF (Coenen, 2008).

1ª Etapa: Análise qualitativa

Esta etapa foi constituída por um processo de 3 passos. O primeiro passo consistiu na leitura da transcrição dos dados recolhidos nas entrevistas com a população-alvo. No segundo passo, os dados foram divididos em unidades de significado e o tema que dominava nessa unidade foi determinado. Uma unidade de significado é definida como uma unidade específica de texto, com algumas palavras ou frases com um tema comum. Portanto, a divisão em unidades de significado não segue qualquer regra gramatical ou linguística. O texto é dividido onde o investigador determina uma mudança de significado. Na última etapa, os conceitos presentes em cada unidade de significado foram identificados. Uma unidade de significado pode conter mais do que um conceito (Coenen, 2008) (ANEXO XI).

2ª Etapa: *Linking* para a CIF

Os conceitos identificados foram ligados à CIF, de acordo com as *linking rules* estabelecidas por *Cieza, et al.*, (2005). As *linking rules* consistem em *guidelines*, que

permitem a tradução de conceitos para a linguagem da CIF, de uma forma padronizada (ANEXO XII). Tendo em conta estas regras, os profissionais de saúde são aconselhados a ligar cada conceito à categoria da CIF, que o representa com maior exatidão. Um conceito pode ser ligado a mais que uma categoria da CIF (Coenen, 2008).

Conceitos que não podem ser ligados à CIF foram documentados de duas formas. Se um conceito não foi específico o suficiente para tomar uma decisão acerca da categoria da CIF a utilizar, este foi codificado com “nd” (não definido). Por exemplo, conceitos como “incapacidade física” ou “saúde” não são específicos o suficiente para uma ligação precisa. Se um conceito não está representado na CIF, é rotulado com “na” (não abrangido) (Coenen, 2008).

Os conceitos identificados foram ligados à CIF por dois investigadores, para garantir o máximo rigor da análise de dados. Ambos os profissionais realizaram este procedimento de forma independente, e posteriormente, foi feita a comparação da ligação efetuada por cada um. Foi necessário o consenso entre os dois investigadores para decidir qual a categoria da CIF a que deverá ser ligado cada conceito. Em situações de desacordo, foi consultado um terceiro investigador (Coenen, 2008).

3ª Etapa: Comparação com os *Core Sets* da CIF

As categorias ligadas à CIF foram comparadas com a versão existente do *Comprehensive* e *Brief Core Sets* da CIF para a OA. Foram documentados os três seguintes resultados:

- Categorias da CIF confirmadas pelo *Comprehensive* e *Brief Core Sets* da CIF para a OA. Uma categoria da CIF foi considerada como confirmada, se uma categoria idêntica ou semelhante emerge dos dados recolhidos. As categorias de 3º e 4º nível estão incorporadas no 2º nível;
- Categorias da CIF não confirmadas pelo *Comprehensive* e *Brief Core Sets* da CIF para a OA;
- Categorias da CIF adicionais que não estão incluídas na versão existente do *Comprehensive* e *Brief Core Sets* da CIF para a OA (Coenen, 2008).

2.7.PRECISÃO E RIGOR DOS DADOS

Com base no protocolo de *Coenen* (2008), foram utilizadas diversas estratégias a fim de melhorar e verificar a veracidade e a confiabilidade dos dados qualitativos, designadamente:

Análise contínua de dados

A análise dos dados teve início no decorrer da recolha dos dados da população-alvo, uma vez que durante este processo, os mesmos foram desde logo analisados a fim de determinar o ponto de saturação dos dados qualitativos (Pope, Ziebland, & Mays, 2000).

Reflexividade

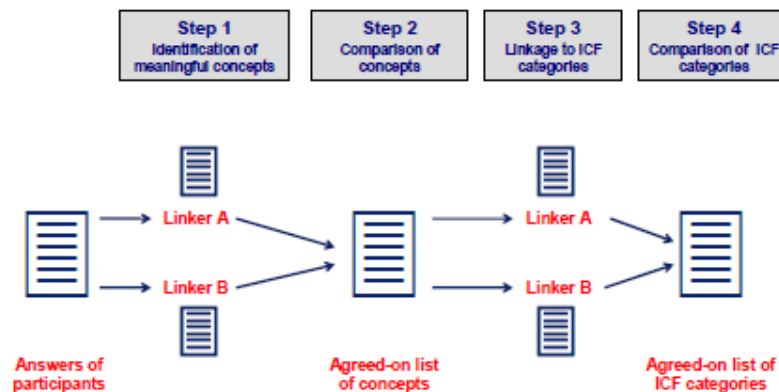
A reflexividade foi assegurada através das seguintes estratégias: um diário de pesquisa mantido durante toda a duração do estudo e a recolha de notas a fim de documentar dados obtidos através das entrevistas individuais, que fossem pertinentes. Após cada entrevista individual foi efetuada uma reunião de balanço reflexivo, onde foi refletido o curso que a discussão tomou, porque que é que alguns tópicos foram abordados e outros não e o que se poderia melhorar na próxima entrevista (Coenen, 2008).

Codificação Múltipla

Com o intuito de garantir a abrangência dos dados, estes foram analisados independentemente por parte de dois investigadores, que possuam o domínio da CIF e tendo em consideração as *linking rules*, estabelecidas por *Cieza, at al.*, (2005) e presentes no protocolo de *Coenen* (2008).

O processo supracitado compreendeu quatro passos (**Ilustração 1**), que se iniciaram pela identificação dos conceitos (passo 1) e conseqüente consenso destes por parte dos investigadores (passo 2), seguido do *linking* destes conceitos às categorias presentes na CIF (passo 3), e para finalizar, os resultados obtidos foram comparados pelos investigadores (passo 4). Nem sempre foi possível alcançar um consenso, pelo que os investigadores discutiram de forma a atingi-lo. Quando não foi possível atingir um consenso recorreu-se a um terceiro investigador.

Ilustração 1 – Esquema do procedimento de análise e interpretação de dados qualitativos (Coenen, 2008).



Após ser efetuada a ligação dos problemas referidos pelos indivíduos com as categorias da CIF, a informação foi contrastada com as categorias presentes no *Core Set* da CIF referente à OA (Coenen, 2008).

Revisão por pares

Este processo foi realizado após a codificação múltipla, e consistiu na seleção aleatória de 15% do texto transcrito e 15% das unidades de conceito identificadas pelo investigador 1, estas foram analisadas e *linked* pelo investigador 2 como uma revisão por pares, respetivamente. O grau de concordância entre os dois observadores em relação à identificação das unidades de conceito e ao *linking* dos conceitos foi calculado através do *Kappa* de *Cohen*, com intervalos de confiança de 95%, sendo que 1 indica a presença de uma concordância perfeita e -1 a não existência de concordância.

2.8. TRATAMENTO DOS DADOS

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística, utilizando o programa IBM® *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 22. Este é um *software* de manipulação, análise e apresentação de resultados de utilização predominante nas Ciências Sociais e Humanas. Apesar do *SPSS* ter sido concebido, no final da década de 60 do século XX, para um público-alvo das ciências sociais, atualmente é utilizado em todas as áreas do conhecimento: das ciências exatas às ciências da engenharia e econometria, rivalizando com outros excelentes programas de análise estatística que, tradicionalmente, dominavam estas áreas (Marôco, 2011).

De forma a analisar os dados sociodemográficos recolhidos utilizaram-se técnicas de estatística descritiva, particularmente, frequências (absolutas e relativas) e medidas de tendência central (médias aritméticas) com o intuito de caracterizar a amostra. Foram ainda calculadas as frequências (absolutas e relativas) no que concerne à presença de comorbidades, bem como as referências cruzadas referentes à limitação das atividades que cada uma destas acarreta. De forma a avaliar os problemas identificados (variáveis de carácter nominal) foram calculadas as frequências absolutas e relativas dos mesmos. Após a análise detalhada dos resultados que nos indicam a perspetiva dos utentes, estes foram comparados, com os existentes no *Comprehensive* e no *Brief Core Sets* da CIF para a OA, através das frequências absolutas e relativas.

O cálculo do *Kappa* de *Cohen* foi utilizado no sentido de verificar o grau de concordância interobservadores, na identificação e codificação de 15% dos conceitos identificados e escolhidos aleatoriamente (Cohen, 1960, citado por Tang, Hu, Zhang, Wu, & He, 2015). Estamos na presença de um desacordo perfeito e que não se deve ao acaso quando o valor de *Kappa* corresponde a -1, 0 expressa a existência de acordo que se deve totalmente ao acaso e 1 exprime um acordo perfeito entre os investigadores (McHugh, 2012). O grau de concordância além do acaso foi classificado de diferentes maneiras por diferentes autores, que arbitrariamente atribuíram cada categoria a um nível de corte específico do *Kappa*. Por exemplo, *Landis & Koch*, (1977), propuseram que um *Kappa* na faixa de 0.21-0.40 é considerado acordo “justo”; valor de *Kappa* entre 0.41-0.60 é considerado acordo “moderado”; *Kappa* entre 0.61-0.80 é considerado acordo “substancial” e valor de *Kappa* superior a 0.81 é considerado acordo “quase perfeito” (Tang, Hu, Zhang, Wu, & He, 2015).

Para a análise dos dados recorreu-se ainda a um programa de processamento de dados, o *Microsoft Excel* 2013. Este é um *software* que efetua análises complexas automaticamente e permite a criação de gráficos, tabelas e lista de dados, fórmulas, utilização de funções e a construção de novas funcionalidades através da programação. De forma a ilustrar as frequências absolutas dos códigos resultantes do *linking* efetuado segundo a perspetiva dos utentes, recorreu-se à ferramenta “Gráficos” do *Microsoft Excel*.

3.RESULTADOS

3.1.CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo é constituída por 21 indivíduos que sofrem de OA, sendo que apenas 20 foram incluídos no estudo. A exclusão de um dos indivíduos deveu-se ao facto de este não ter obtido a pontuação mínima no *MMSE*.

A média de idades dos participantes incluídos foi de 69,65 ($\pm 9,8$) anos, sendo o mínimo de 49 anos e o máximo de 89 anos. Em relação ao género, participaram 9 mulheres e 11 homens. Destes, 2 apresentavam diagnóstico de coxartrose (10%), 9 de gonartrose (45%) e 9 de gonartrose bilateral (45%).

Tabela 1 – Frequências absolutas e relativas referentes aos dados sociodemográficos.

CARACTERÍSTICAS	MÉDIA (%)	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA (%)
Idade	69,65 ($\pm 9,816$)		
Género			
Masculino		11	55
Feminino		9	45
Duração da doença (anos)	7,7630 ($\pm 6,93466$)		
Diagnóstico			
Coxartrose		2	10
Gonartrose		9	45
Gonartrose bilateral		9	45

Relativamente à área de residência, observou-se que todos os indivíduos pertencem à região centro de Portugal (distrito de Leiria e Santarém) (ANEXO XIII), sendo que apenas um deles se encontra institucionalizado.

3.2.ANÁLISE DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO *SELF ADMINISTERED COMORBILITY QUESTIONNAIRE*

Através da análise dos dados obtidos no questionário *SCQ*, verificámos que todos os indivíduos apresentam pelo menos uma comorbidade, sendo que 13 destes referem ter mais de 2 comorbidades. Além das comorbidades contempladas no questionário, foram referidas outras que se incluíram na designação “outro problema médico”, dos quais se especificam: lúpus, colesterol e problemas de tiróide.

“Dor e edema nas articulações, sem ser nas costas” foi a comorbidade mais referida, sendo mencionada por todos os participantes (100%), seguida da “Hipertensão”, que foi identificada por 55% dos indivíduos, e a “Diabetes” surge como a terceira comorbidade mais referida, tendo sido mencionada por 45% dos participantes.

“Dor e edema nas articulações, sem ser nas costas” também é referida como a comorbidade que mais limita a realização das atividades dos participantes, sendo mencionada por 17 destes (85%). “Osteoporose” e “Doença no coração” são mencionadas por 15% dos indivíduos como limitadoras das atividades; “Hipertensão”, “Úlcera ou doença do estômago”, “Depressão” e “Diabetes” são referidas como limitadoras da atividade por 10% dos participantes no estudo (cada uma) (ANEXO XIV).

3.3.DADOS RELATIVOS À IDENTIFICAÇÃO DE CONCEITOS

Após a transcrição das entrevistas, cada investigador identificou uma lista de conceitos (ANEXO XV). Obteve-se um total de 276 conceitos, que após discussão e eliminação dos repetidos resultou numa lista com 94 conceitos diferentes (ANEXO XVI).

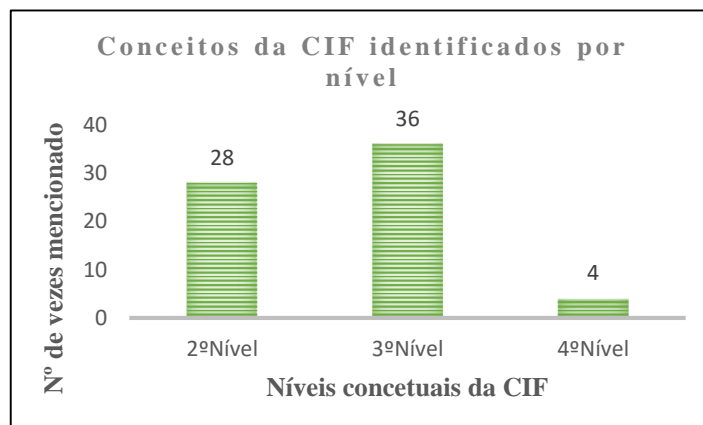
Procedeu-se ao cálculo do *Kappa* de *Cohen* para analisar a concordância entre os 2 investigadores no que diz respeito à identificação das unidades de conceito, obtendo-se um valor de 81,9%, o que corresponde a um acordo quase perfeito (ANEXO XVII).

3.4.DADOS RELATIVOS AO *LINKING* DA PERSPETIVA DO UTENTE COM A CIF

Dos conceitos identificados, 87 foram codificados para categorias da CIF, através da realização do *linking* (ANEXO XVIII). Os restantes foram considerados como “não abrangido” (na); “não definido” (nd); e como “fator pessoal” (fp). Assim, obtiveram-se 3 conceitos definidos como “na”, 1 como “nd” e 3 como “fp” (ANEXO XIX).

A realização do *linking* foi efetuada de forma independente pelos 2 investigadores. Houve discordância na identificação de 33 códigos, contudo após a sua discussão foi atingido um acordo. Foi necessária a intervenção de um 3º investigador para o consenso dos seguintes conceitos: “Restrição na agricultura”; “Falta de apoio”; “Incapacidade em coser à máquina”; “Fadiga”; “Dificuldade em baixar-se”; e “Fraqueza muscular” (ANEXO XX). Do total dos códigos identificados, 28 são de 2º nível, 36 de 3º nível e 4 de 4º nível, como se pode verificar através da análise do gráfico 1 (ANEXO XXI).

Gráfico 1 - Frequências absolutas dos códigos da CIF por nível.



O nível de concordância entre os dois investigadores, no que concerne ao *linking*, foi calculado através do *Kappa* de *Cohen*, obtendo-se um valor de 84,8%, o que indica um acordo quase perfeito (ANEXO XXII).

3.4.1. *Linking* da perspetiva dos indivíduos com a componente das Funções do Corpo

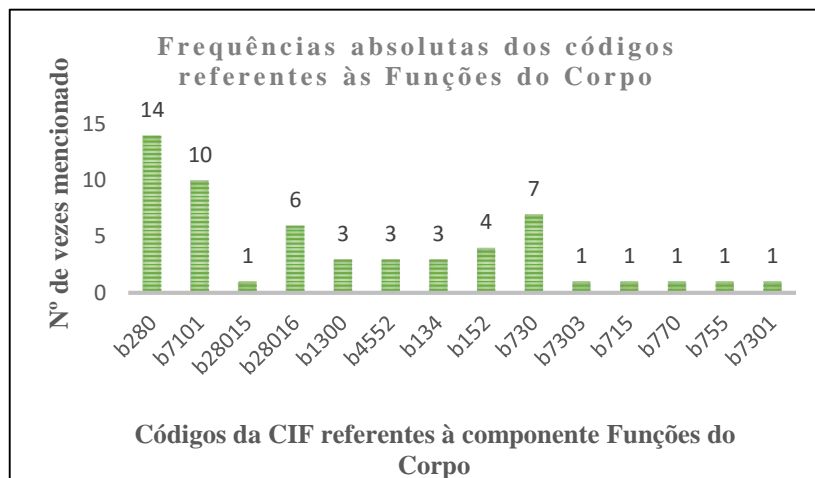
Os problemas mencionados pelos participantes, em relação à componente Funções do Corpo, resultaram na identificação de 15 categorias diferentes desta componente, o que corresponde a 20,27% de todos os problemas mencionados. As perdas mais reportadas em relação a esta componente foram:

b280 Sensação de dor, mencionado 14 vezes. Exemplo: “*Tenho muitas dores, muitas dores mesmo.*”

b7101 Mobilidade de várias articulações, mencionado 10 vezes. Exemplo: “*Custa-me mexer os joelhos.*”

b730 Funções da força muscular, mencionado 7 vezes. Exemplo: “*A força tem vindo a decair conforme o tempo.*”

Gráfico 2 – Frequências absolutas dos códigos referentes às Funções do Corpo.



3.4.2. Linking da perspetiva dos indivíduos com a componente das Estruturas do Corpo

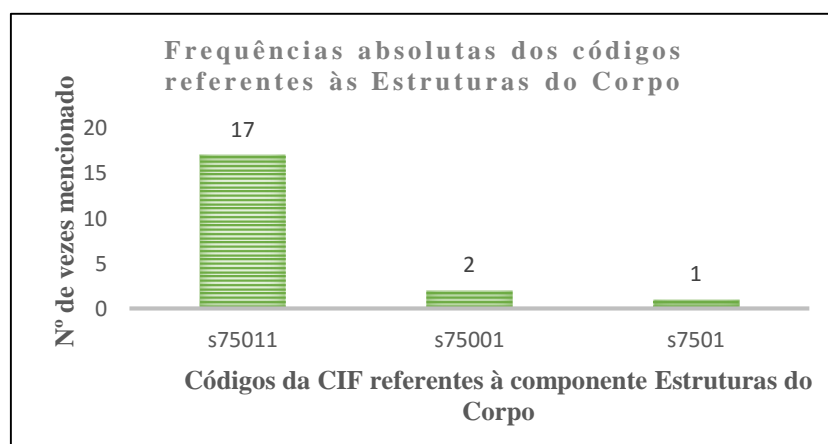
Os problemas mencionados pelos participantes, em relação à componente Estruturas do Corpo, resultaram na identificação de 3 categorias diferentes desta componente, o que corresponde a 4,05% de todos os problemas mencionados. As perdas mais reportadas em relação a esta componente foram:

s75011 Articulações da região do joelho, mencionado 17 vezes. Exemplo: *“Já a parte articular, é o joelho.”*

s75001 Articulação da anca, mencionado 2 vezes. Exemplo: *“ (...) as ancas começam a ficar ferrugentas.”*

s7501 Estrutura da perna, mencionado 1 vez. Exemplo: *“Perna direita, principalmente.”*

Gráfico 3 - Frequências absolutas dos códigos referentes às Estruturas do Corpo.



3.4.3. *Linking* da perspetiva dos indivíduos com a componente das Atividades e Participação

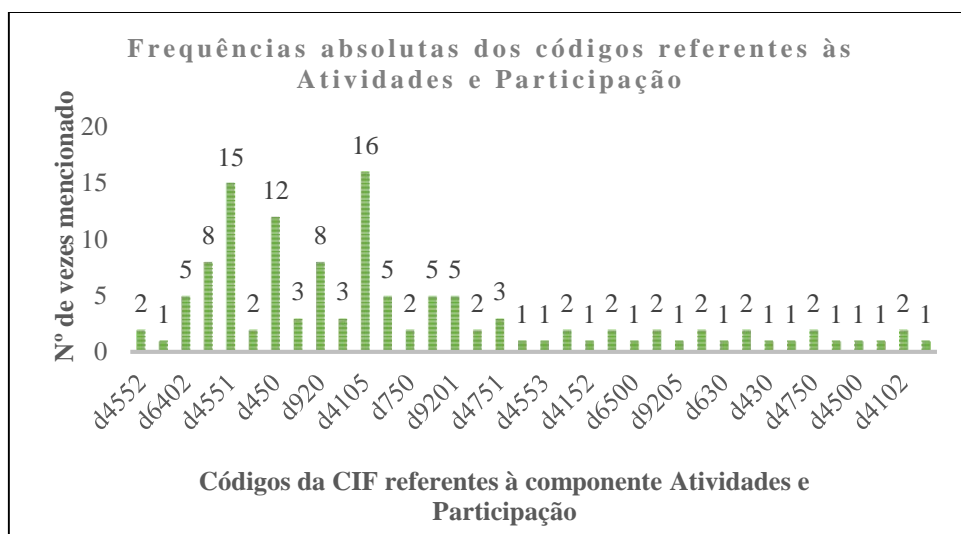
Os problemas mencionados pelos participantes, em relação à componente Atividades e Participação, resultaram na identificação de 34 categorias diferentes desta componente, o que corresponde a 45,95% de todos os problemas mencionados. As perdas mais reportadas em relação a esta componente foram:

d4105 Curvar-se, mencionado 16 vezes. Exemplo: “*Andar muito tempo baixado.*”

d4551 Subir/descer, mencionado 15 vezes. Exemplo: “*Escadas, degraus é um problema a subir.*”

d450 Andar, mencionado 12 vezes. Exemplo: “*Deixei de poder caminhar (...).*”

Gráfico 4 - Frequências absolutas dos códigos referentes às Atividades e Participação.



3.4.4. *Linking* da perspetiva dos indivíduos com a componente dos Fatores Ambientais

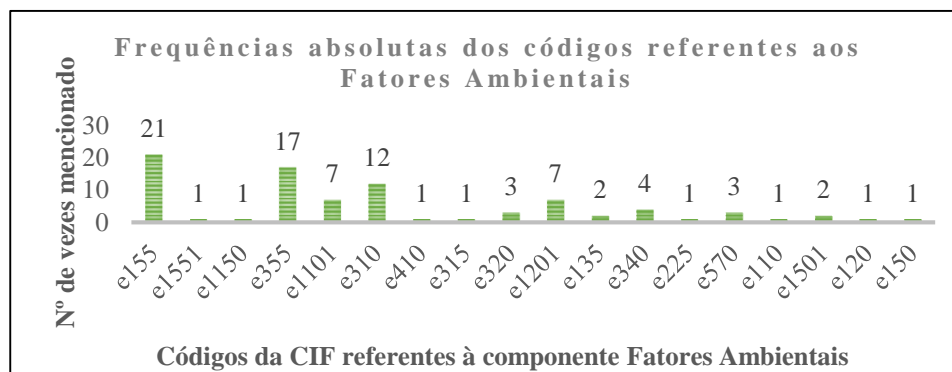
Os problemas mencionados pelos participantes, em relação à componente Fatores Ambientais, resultaram na identificação de 17 categorias diferentes desta componente, o que corresponde a 22,97% de todos os problemas mencionados. As perdas mais reportadas em relação a esta componente foram:

e155 Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetónicas em prédios para uso privado, mencionado 21 vezes. Exemplo: “(...) já tivemos de fazer uma rampa porque não conseguia descer os degraus.”

e355 Profissionais de saúde, mencionado 17 vezes. Exemplo: “A fisioterapia atenua (...) os tratamentos ajudam, já não se toma tanta medicação como se tomava, mas de vez em quando também tem que se tomar.”

e310 Família próxima, mencionado 12 vezes. Exemplo: “A minha mulher, por exemplo, ajuda-me em tudo que tenho dificuldade.”

Gráfico 5 - Frequências absolutas dos códigos referentes aos Fatores Ambientais.



3.5.COMPARAÇÃO DA PERSPETIVA DO INDIVÍDUO COM O COMPREHENSIVE E BRIEF CORE SETS DA CIF PARA A OA

Das 68 categorias da CIF identificadas (ANEXO XXI), 44 foram consideradas de 2º nível (ANEXO XXIII). Tendo em conta que as categorias da CIF estão organizadas hierarquicamente num sistema de códigos, as categorias de 2º nível, presentes no *Comprehensive* e *Brief Core Sets* da CIF são consideradas confirmadas quando uma categoria de 3º ou 4º nível que esteja incorporada no 2º nível correspondente, seja referida pelos participantes (Coenen, 2008).

Destas, 34 estão contempladas nas 55 categorias do *Comprehensive Core Set* da CIF e 9 nas 12 categorias do *Brief Core Set* da CIF, o que corresponde a 61,82% e 75%, respetivamente.

Ao analisar as categorias incluídas nos *Core Sets* da CIF (ANEXO XXIV), relativamente às Funções do Corpo, verificou-se que das 13 categorias presentes no *Comprehensive Core Set* da CIF, 8 integram a perspetiva dos indivíduos (61,54%), e das 3 categorias

presentes no *Brief Core Set* da CIF, todas estão incluídas na perspetiva dos indivíduos (100%); relativamente às Estruturas do Corpo, das 6 categorias presentes no *Comprehensive Core Set* da CIF, 1 integra a perspetiva dos indivíduos (16,67%), e das 3 categorias presentes no *Brief Core Set* da CIF, 1 está representada na perspetiva dos indivíduos (33,33%); no que diz respeito às Atividades e Participação foi possível verificar que das 19 categorias que integram o *Comprehensive Core Set* da CIF, 13 estão representadas na perspetiva dos indivíduos (68,42%), e das 3 categorias presentes no *Brief Core Set* da CIF, 2 integram a perspetiva dos indivíduos (66,67%); já no que concerne aos Fatores Ambientais, das 17 categorias presentes no *Comprehensive Core Set* da CIF, 12 estão representadas na perspetiva dos indivíduos (70,59%), e das 4 categorias que integram o *Brief Core Set* da CIF, 3 estão incluídas na perspetiva dos indivíduos (75%).

Verificou-se ainda que das categorias de 2º nível identificadas, 10 não estão compreendidas nos *Core Sets* da CIF, sendo que destas, 2 correspondem à componente das Funções do Corpo (20%) e 6 à componente das Atividades e Participação (60%) e 2 à componente dos Fatores Ambientais (20%).

Tabela 2 – Comparação entre a perspetiva dos indivíduos com OA com os *Core Sets* da CIF desenvolvidos para esta condição.

	b		s		d		e		Total	
	Incluídas no <i>Core Set</i> (%)	Total	Incluídas no <i>Core Set</i> (%)	Total	Incluídas no <i>Core Set</i> (%)	Total	Incluídas no <i>Core Set</i> (%)	Total	Categorias incluídas no <i>Core Set</i> (%)	Categorias existentes no <i>Core Set</i> (%)
<i>Comprehensive Core Set</i>	8 (61,54%)	13	1 (16,67%)	6	13 (68,42%)	19	12 (70,59%)	17	34 (61,82%)	55 (100%)
<i>Brief Core Set</i>	3 (100%)	3	1 (33,33%)	3	2 (66,67%)	3	3 (75%)	4	9 (75%)	12 (100%)

De referir que foram identificadas 5 categorias da componente Funções do Corpo, 5 da componente Estruturas do Corpo, 6 da componente Atividades e Participação e 5 da componente Fatores Ambientais, que não foram confirmadas pela perspetiva dos utentes da região centro de Portugal e que se encontram no *Comprehensive Core Set* para a OA.

4.DISCUSSÃO

4.1.DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo, os problemas mencionados pelos 20 participantes resultaram numa lista de 94 conceitos, dos quais 87 foram codificados para a CIF e dos restantes 7, 3 foram considerados como “na”, 1 como “nd” e 3 como “fp”. Através da codificação dos conceitos para a CIF obteve-se uma lista de 68 categorias, das quais 44 foram consideradas de 2º nível, sendo que 34 estão contempladas nas 55 categorias do *Comprehensive Core Set* da CIF e 9 nas 12 categorias do *Brief Core Set* da CIF, 61,82% e 75%, respetivamente. Desta forma, podemos inferir que mais de metade dos problemas referenciados pelos participantes encontram-se compreendidos no *Comprehensive e Brief Core Sets* da CIF para a OA.

Das 55 categorias incluídas no *Comprehensive Core Set* da CIF para a OA, 21 não foram confirmadas pela perspetiva dos utentes. As categorias da CIF que não foram referidas pelos participantes são b720; b735; b740; b760; b780; s720; s730; s740; s770; s799; d440; d445; d470; d530; d620; d910; e450; e460; e540; e575; e e580.

Em relação à componente das Funções do Corpo, os participantes referem na sua maioria alterações ao nível da força, as categorias que se referem à mobilidade dos ossos e ao tónus e resistência muscular parecem não ser tão notadas por eles, já que o que influencia de forma mais marcada o seu desempenho nas tarefas é a falta de força. Contudo, estes aspetos são importantes na perspetiva dos profissionais de saúde.

Num estudo realizado por *Bossmann, et al.*, (2011), mais de 90% dos participantes [fisioterapeutas] concordaram que a categoria b755 “Funções de reações motoras involuntárias” é importante no tratamento de indivíduos com OA, já que os indivíduos com OA no joelho frequentemente referem episódios de instabilidade durante as AVD’s, e consideram ser um fator limitante na sua capacidade para realizar tarefas funcionais. Isto também é corroborado pela perspetiva dos participantes.

Além disso, todas as categorias que estão relacionadas com as funções ou atividades do membro superior não são referidas pelos participantes. Isto já era de esperar, já que no nosso estudo nos focámos em indivíduos com patologia no joelho ou anca.

Deve-se ter em conta que das 44 categorias consideradas de 2º nível, 10 (22,73%) não estão presentes no *Core Set* da CIF para a OA. Destas, 2 correspondem às Funções do Corpo, 6 às Atividades e Participação e 2 aos Fatores Ambientais. 22,73% das categorias mencionadas não foram incluídas, o que constitui um fator a ter em conta, visto que alguns problemas identificados e relatados pelos participantes não estão presentes neste instrumento de avaliação, o que pode, influenciar/condicionar a prática clínica. As categorias levantadas pela perspetiva do utente são b455; b755; d460; d630; d650; d750; d855; d930; e315; e e570. A categoria d650 “Cuidar dos objetos da casa” foi referida por 45% dos participantes do estudo, principalmente através de atividades relacionadas com o cuidar de plantas, isto já seria de esperar, tendo em conta que a população idosa toma particular interesse em atividades relacionadas com o cuidar das terras e cultivo.

Das categorias adicionais, 60% pertencem à componente Atividades e Participação. Estas provavelmente refletem a perspetiva individual de alguns utentes e a complexidade e individualidade das Atividades e Participação que podem ser afetadas pela OA. Além disso, temos que ter em conta que a experiência de funcionamento dos utentes é determinada pela sua interação com o meio ambiente e as suas características pessoais, e não apenas pela sua condição de saúde (Coenen, 2008).

É importante enfatizar que houve uma série de categorias da CIF que foram nomeadas pelos participantes com um maior nível de especificação que o 2º nível de classificação da CIF. Por exemplo, os participantes nunca referiram a categoria de 2º nível d410 “Mudar a posição básica do corpo”, no entanto as categorias de 3º nível d4105 “Curvar-se” e d4104 “Pôr-se em pé” são referidas 6 e 5 vezes, respetivamente. Assim, podemos afirmar que esta categoria de 2º nível é confirmada pela perspetiva dos utentes, já que os níveis inferiores partilham os mesmos atributos da categoria de nível superior.

É pertinente ressaltar o facto de a CIF não codificar os fp. Estes correspondem a 1,02% da totalidade de conceitos. Embora a OMS tenha reconhecido a relevância dos fp como determinantes essenciais no contexto da funcionalidade e incapacidade, a CIF não contém uma classificação para estes (Geyh, et al., 2011), devido à grande variação social e cultural associada (Organização Mundial de Saúde, 2004).

É importante compreender o papel dos fp como determinantes, moderadores ou modificadores da funcionalidade e incapacidade, especialmente, a partir da perspectiva da reabilitação clínica. Segundo a revisão sistemática de *Geyh, et al.*, (2011), os fp podem desempenhar um papel em todas as fases do processo de reabilitação (avaliação, definição de metas e intervenção) tendo em conta as características dos indivíduos. Estes podem refletir as necessidades e pontos fortes do indivíduo, conforme exigido no processo de intervenção.

Apesar da sua importância ser fortemente documentada, a relevância que lhes é dada pelos indivíduos inseridos neste estudo não é significativa. Esta inconsistência poderá ter origem no facto da população em estudo ser maioritariamente idosa (média de $69,65 \pm 9,8$) e pelo facto de terem crescido envolvidos num ambiente principalmente dominado pelo modelo biomédico. Apesar de atualmente estar mais em voga o modelo biopsicossocial, uma mudança de paradigma demora bastante tempo até que seja apreendida (Barletta, 2010). Posto isto, a atribuição de relevância aos fp é improvável, uma vez que neste modelo era apenas dado ênfase aos fatores biológicos em detrimento dos pessoais e ambientais.

Xie, et al., (2006), relataram que o *Comprehensive Core Set* da CIF para indivíduos asiáticos, demonstrou uma boa validade de conteúdo, enquanto o *Brief Core Set* necessita de ser suportado por mais evidência empírica nos vários contextos socioculturais. Os mesmos autores verificaram que a maioria das categorias da CIF correspondentes aos problemas identificados pelos participantes estão incluídas no *Comprehensive Core Set* da CIF para a OA. Doze das categorias identificadas como importantes pelos indivíduos não são abrangidas pelo *Comprehensive Core Set*, das quais 5 pertencem à componente Funções do Corpo e 7 às Atividades e Participação. Várias categorias identificadas não foram incluídas no atual *Brief Core Set* para a OA: Mudar a posição básica do corpo (d410); Manter a posição do corpo (d415); Levantar e transportar objetos (d430) e Deslocar-se (d455). Estas categorias estão intimamente relacionados com as AVD's comuns, sendo expectável serem importantes para a maioria dos pacientes com OA apesar das diferenças geográficas e culturais. Isto também se verificou no nosso estudo. Os códigos d410 e d415 também foram bastante referenciados pelos participantes, contudo não fazem parte do *Brief Core Set* para a OA. No estudo realizado por *Xie, et al.*, (2006), também se verificou que a Religião e vida espiritual (d930) assume uma grande

importância para os indivíduos em estudo, por sua vez isto não se verificou para a população portuguesa da região centro.

Face aos resultados anteriormente mencionados conclui-se que a perspetiva dos participantes não engloba a totalidade dos códigos presentes nestes instrumentos de avaliação e que alguns problemas identificados pelos indivíduos não são considerados no *Comprehensive* e no *Brief Core Sets* da CIF para a OA. Este fator é semelhante às conclusões retiradas pelo único estudo idêntico realizado. Contudo, podemos concluir que a perspetiva da população portuguesa com OA da região centro se encontra refletida no *Comprehensive* e no *Brief Core Sets* da CIF para esta condição. Não obstante existem alguns aspetos que poderiam ser melhorados e como tal é necessária a realização de mais estudos. Tendo em conta o referido pelos participantes verificámos que grande parte da população em estudo encontra no cuidar das plantas e no cultivo uma ocupação para os seus tempos livres, no entanto, este aspeto não é considerado nestes instrumentos avaliativos. Excluindo as categorias referentes à função e atividade do membro superior, nenhum dos participantes refere as categorias acerca dos serviços, sistemas e políticas relacionadas com os transportes, apoio social geral e saúde. Estas três últimas categorias poderão não ter sido referidas devido ao facto de a maioria da população estudada não se encontrar institucionalizada, pelo que não necessitará destes apoios.

Embora a idade esteja fortemente associada à OA, a idade mais avançada também está associada a uma série de outras comorbidades (Kirkness, Yu, & Asche, 2008; Suri, Morgenroth, & Hunter, 2012). As comorbidades exercem um impacto negativo sobre a saúde física, emocional, cognitiva e sobre o estado funcional (Kirkness, Yu, & Asche, 2008). De entre as principais comorbidades salientam-se a hipertensão arterial sistémica, doença cardiovascular, diabetes, dislipidémia, úlcera péptica e a doença renal. Sendo a OA a maior causa de dor em pacientes idosos e a depressão também bastante prevalente nessa população, é de se esperar a coexistência frequente entre as duas doenças (Kadam, Jordan, & Croft, 2004; Leite, et al., 2011). No presente estudo verificou-se que todos os indivíduos apresentam pelo menos uma comorbidade, sendo que as comorbidades identificadas vão ao encontro das anteriormente referidas. Contudo, salienta-se o facto de “Dor e edema nas articulações, sem ser nas costas” ser a comorbidade mais referida, sendo mencionada pela totalidade dos participantes. Posto isto, torna-se necessário e relevante considerar a presença de comorbidades, visto que estas podem influenciar a

identificação dos problemas por parte dos indivíduos em estudo, o que condicionará a sua perceção e consequentemente os resultados obtidos.

Na fase inicial desta condição os sintomas são limitados ou esporádicos. Nos estágios mais avançados os utentes podem experienciar um vasto espetro de incapacidades funcionais, limitações nas atividades e restrições na participação, em adição a sintomas mais severos. Já que os *Core Sets* da CIF precisam de abranger todos os utentes com OA independentemente do estágio da condição, da articulação envolvida ou da idade, os participantes incluídos no estudo devem ser representativos de todas as fases e características da OA (Xie, et al., 2006; Dreinhofer, et al., 2004). Na nossa amostra existem indivíduos com diferentes idades e em diferentes fases da evolução desta condição, o que a torna mais abrangente, já que ao incluir indivíduos com diferentes fases da evolução desta condição, serão referenciadas diferentes limitações e restrições. De salientar que a perspetiva dos diferentes participantes pode ser influenciada pelo grau de gravidade da OA, logo os resultados obtidos serão certamente condicionados.

Contudo o facto de termos incluído apenas indivíduos com patologia no joelho e/ou anca, limita os dados recolhidos. Verificou-se que apenas 2 dos indivíduos incluídos no presente estudo apresentavam diagnóstico de coxartrose. O predomínio do diagnóstico de gonartrose já seria de esperar, contudo poderá ter influenciado os resultados, uma vez que a diferença entre as prevalências no presente estudo é bastante significativa.

Após este processo investigacional, foram reconhecidos alguns aspetos a melhorar. Destaca-se que a amostra poderá não ter sido inteiramente representativa dos indivíduos com OA da região centro de Portugal. Para colmatar esta lacuna a recolha de dados deveria ter sido expandida a toda a região centro de Portugal e não ficar apenas confinada aos distritos de Leiria e Santarém, contudo isto demonstrou-se uma tarefa árdua devido ao facto de ser necessário coordenar questões relacionadas com o tempo, deslocação e acordos com as instituições. Esta maior abrangência poderia originar resultados distintos dos obtidos, uma vez que os aspetos culturais inerentes a cada local da região centro do país diferem, assim como as crenças de saúde e doença.

Uma das questões presentes na ficha de seleção da amostra (“Realizou alguma cirurgia decorrente da osteoartrose?”), não foi devidamente formulada o que poderá ter induzido em erro a resposta dos participantes. Isto porque o facto de ter realizado algum tipo de cirurgia decorrente da OA, nos últimos 6 meses, consiste num critério de exclusão do

nosso estudo, apenas se o local onde esta foi realizada consistir no objeto de estudo da nossa investigação.

A interpretação dos conceitos e posterior ligação para a CIF poderá ter sido alvo de possíveis erros de interpretação dos investigadores. Todavia, tentaram-se colmatar estas lacunas através dos métodos de minimização de erros, referenciados na metodologia, dos quais se mostraram bastante pertinentes uma vez que permitiram discutir e conjugar as diferentes visões dos investigadores.

As diversas estratégias que foram utilizadas para melhorar e verificar a confiabilidade dos dados qualitativos foram: codificação múltipla, realizada para garantir o rigor da análise; análise contínua de dados, efetuada para verificar a saturação de dados; reflexividade, assegurada pela manutenção de um diário de pesquisa; a exposição clara, utilizada ao estabelecer diretrizes para conduzir as entrevistas, ao realizar-se a transcrição e ao utilizar-se as *linking rules*. Finalmente, a revisão por pares foi realizada para quantificar a precisão da análise, utilizando-se o *Kappa* de *Cohen* para calcular a concordância interobservadores.

4.2.DISSCUSSÃO DA METODOLOGIA

O presente estudo teve por base o protocolo de validação dos *Core Sets* da CIF de acordo com a perspetiva do utente, desenvolvido por *Coenen* (2008). Este protocolo garante um *design* padronizado e uma metodologia a ser utilizada em diferentes populações de utentes e em diversos países. O protocolo está a ser implementado com sucesso na Alemanha e em outros países. As experiências com os estudos de validação em curso e o sucesso da implementação do protocolo em diferentes condições de saúde e de diferentes países indicam a aplicabilidade e exequibilidade do projeto e dos materiais disponibilizados (*Coenen*, 2008).

Grupos focais que utilizem uma abordagem baseada na CIF representam a metodologia recomendada para validar os *Core Sets* da CIF a partir da perspetiva dos utentes. Contudo, a recomendação final acerca da metodologia adequada não deve ter apenas em conta a precisão dos dados gerados e a quantidade de conceitos encontrados, mas também a sua viabilidade e os aspetos económicos. Além disso, a decisão acerca do método adequado deve depender do objetivo do estudo, das características da condição de saúde e dos participantes envolvidos no estudo (*Coenen*, 2008).

Um maior número de categorias da CIF podem ser identificadas nos grupos focais em detrimento das entrevistas individuais. Contudo, os grupos focais consomem mais tempo na recolha de dados que as entrevistas individuais. Alguns investigadores enfatizam que se pode ouvir vários indivíduos através de uma única sessão e cobrir diversos tópicos em relativamente pouco tempo com os grupos focais. Por outro lado, argumentam que os grupos focais não podem ser considerados um “método rápido” devido à grande quantidade de tempo que é necessária para o recrutamento destes, transcrição e análise dos dados. Adicionalmente, os aspetos logísticos relacionados com os grupos focais são vistos como muito demorados (Coenen, 2008).

Segundo *Coenen* (2008) não é possível estabelecer a diferença em relação ao tipo de informações recolhidas entre os dois tipos de métodos qualitativos aplicados. Esta refere ainda que é necessário a realização de mais pesquisas metodológicas para esclarecer as diferenças entre os grupos focais e as entrevistas individuais relativamente à quantidade de ideias geradas com a sua implementação.

Apraz referir, que se devem considerar os potenciais custos que decorrem do planeamento e execução de grupos focais, podendo estes aumentar extremamente o tempo necessário ao seu planeamento e execução. O facto do moderador dos grupos focais necessitar de possuir melhores qualificações do que os entrevistadores que realizam as entrevistas individuais, complica a aplicação deste procedimento (Parsons & Greenwood, 2000).

Tendo em conta o supracitado, no presente estudo a recolha de dados consistiu em entrevistas individuais por questões logísticas, recursos materiais e humanos sendo de realçar o tempo necessário para a concretização e posterior análise dos dados obtidos através dos grupos focais.

Ao comparar as duas abordagens (aberta e baseada na CIF), a abordagem baseada na CIF permite a identificação de um maior número de conceitos, bem como de categorias da CIF, em ambos os métodos (grupos focais e entrevistas individuais). O maior número de conceitos identificados a partir da abordagem baseada na CIF pode ser associado com a nomeação dos capítulos da CIF nas questões abertas. Isto pode encorajar os participantes a nomear experiências e problemas no funcionamento, com os quais não se deparariam espontaneamente na abordagem aberta. É importante referir que alguns participantes só mencionaram alguns assuntos mais sensíveis na abordagem baseada na CIF (Coenen, 2008). Desta forma, optámos por realizar uma abordagem baseada na CIF.

Uma das limitações associada à análise qualitativa dos dados e ao *linking* dos conceitos identificados às categorias da CIF, relaciona-se com o facto de os indivíduos relatarem os seus problemas ou perspetivas de uma forma muito diferente. Pode-se assumir que alguns participantes tendem a contar histórias extensas e detalhadas, enquanto outros generalizam as suas experiências em poucas palavras e de forma muito global. Isto afeta a análise qualitativa (identificação dos conceitos), o nível a que o conceito é *linked* às categorias da CIF e a precisão dos dados. O *linking* dos conceitos à CIF é uma espécie de generalização e padronização dos dados, pelo que várias perspetivas individuais poderiam assim ser resumidas em uma categoria da CIF (Coenen, 2008).

Diversos estudos apontam o método de saturação de dados como a forma mais viável para atingir o número de participantes a incluir nas investigações. O encerramento amostral por saturação teórica é operacionalmente determinado como a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na recolha de dados. É um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de observações, contudo, a grande desvantagem deste método é que não existe forma de antever com rigor a dimensão da população e o tempo necessário até alcançar a saturação. O ponto de saturação da amostra depende indiretamente do quadro de referência utilizado pelo investigador e diretamente dos objetivos definidos para o estudo, do nível de profundidade a ser explorado e da homogeneidade da população examinada. Realça-se ainda o facto de este método estar sujeito a imprecisões, uma vez que é influenciado por questões cognitivas e afetivas inerentes aos investigadores na prática da investigação qualitativa (Guest, Bunce, & Johnson, 2006; Fontanella, Ricas, & Turato, 2008).

Num estudo em indivíduos com AR, foi alcançado o ponto de saturação após 5 grupos focais e 8 entrevistas individuais. A saturação de dados é atingida mais cedo nos grupos focais do que nas entrevistas individuais. Contudo, deve-se notar que o maior número de categorias da CIF identificadas nos grupos focais também poderia estar relacionado com o número de participantes incluídos. A inclusão de novos participantes nas entrevistas individuais provavelmente poderia aumentar o número de categorias da CIF identificadas (Coenen, 2008). Tendo em conta o supracitado e uma vez que Xie, *et al.*, (2006) também utilizaram o ponto de saturação no seu estudo, optámos por aplicar este método, sendo que o ponto de saturação foi atingido com 20 entrevistas individuais.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como intuito verificar se os problemas percecionados pelos indivíduos da região centro de Portugal, com OA, se encontram representados na versão atual do *Comprehensive* e *Brief Core Sets* da CIF para esta condição. Deste modo, constatou-se que dos 68 códigos identificados, 44 categorias foram consideradas de 2º nível. Destas, 34 estão contempladas nas 55 do *Comprehensive Core Set* da CIF e 9 nas 12 categorias do *Brief Core Set* da CIF, correspondendo a 61,82% e 75%, respetivamente. Por outro lado, foi possível constatar que das 44 categorias de 2º nível identificadas pelos indivíduos, 10 não se encontram compreendidas nos *Core Sets* da CIF.

Tendo em conta o supracitado foi possível aferir que os *Core Sets* não abrangem a totalidade dos problemas sentidos pelos indivíduos com OA estudados. Apesar de, os fp não estarem codificados quer na CIF quer nos *Core Sets* foram valorizados e referidos, ainda que de maneira pouco significativa, durante as entrevistas. Segundo *Geyh, et al.*, (2011) negligenciar os fp pode levar a preocupações éticas, contribuindo para a perda da perspetiva e experiências vivenciadas por cada indivíduo, demonstrando assim que o desenvolvimento dos fp é um passo importante em direção à implementação de uma abordagem centrada no indivíduo, fortalecendo a perspetiva do mesmo.

Assim conclui-se que os *Comprehensive* e *Brief Core Sets* da CIF para a OA abrangem a perspetiva da população portuguesa, contudo não contemplam alguns dos problemas percecionados pelos indivíduos. Além disso, ainda se verifica que integra algumas categorias não relevantes para esta população, pelo que é necessária a realização de mais estudos.

Torna-se importante realçar que este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a reduzida abrangência geográfica, uma vez que este incluiu apenas 2 distritos, sendo que o número de participantes por cada distrito foi reduzido, podendo não ser suficiente para retirar conclusões acerca da diversidade e representatividade da população portuguesa com esta condição. Adiciona-se ainda a reduzida experiência dos investigadores, que poderá ter condicionado a interpretação dos conceitos referidos e posterior *linking* com a

CIF, uma vez que segundo o protocolo de *Coenen* (2008), este procedimento deveria ser realizado por *experts* da CIF.

Após a reflexão acerca da realização deste trabalho, concluímos que teria sido pertinente verificar a possível relação existente entre as fases da condição estudada e as categorias da CIF identificadas, isto porque existe a ideia pré concebida de que uma fase mais avançada da condição provocará maiores limitações do que fases iniciais.

Tendo em conta as conclusões deste estudo, considera-se importante explorar alguns aspetos que poderão ser enriquecedores e pertinentes aquando da abordagem em saúde desta condição. Desta forma, sugere-se que estudos posteriores incluam uma maior área de abrangência geográfica do país, no sentido de recolher uma maior diversidade de dados, atendendo à influência dos fatores contextuais na experiência da condição destes indivíduos; além disso também devem ser incluídos indivíduos com todos os tipos de OA, não restringindo somente ao joelho e à anca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahin, O., Rodrigues, R. P., Sousa, E. C., Beas-Jiménez, J. D., Març al, A. C., & Silva-Grigoletto, M. E. (2015). Effect of 24 sessions of resistance training in a patient with gonarthrosis bilateral: A case study. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, pp. 16-19.
- American College of Rheumatology. (Maio de 2015). *Osteoarthritis*. Obtido de American College of Rheumatology. Education, Treatment, Research: <http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Osteoarthritis>
- Ap stolo, J. L. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*.
- Attur, M. G., Dave, M., Akamatsu, M., Katoh, M., & Amin, A. R. (2002). Osteoarthritis or osteoarthrosis: the definition of inflammation become a semantic issue in the genomic era of molecular medicine. *Journal of the OsteoArthritis Research Society International*, 1-4.
- Barletta, J. B. (2010). Comportamentos e crenças em saúde: contribuições da psicologia para a medicina comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 2, 307-317.
- Berenbaum, F. (19 de Novembro de 2012). Osteoarthritis as an inflammatory disease (osteoarthritis is not osteoarthrosis!) Review. *Elsevier*, pp. 17-21.
- Berzina, G., Paanalahti, M., Lundgren-Nilsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2013). Exploration of some personal factors with the international classification of functioning, disability and health core set for stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 109-115.
- Bettencourt, C., Machado, I. O., Guerra, I. S., Fonseca, J. P., Pascoalinho, J., Avilez, M., . . . Amado, S. (2005). *Fisioterapia - Padr es de Prtica*. Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.
- Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., & Sticki, G. (2012). *ICF Core Sets*.
- Bijlsma, J. W., Berenbaum, F., & Lafeber, F. P. (2011). *Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice*.
- Bossmanna, T., Kirchberger, I., Glaessel, A., Stucki, G., & Cieza, A. (2011). Validation of the Comprehensive ICF Core Set for Osteoarthritis: the perspective of physical therapists. *Physiotherapy*, 3-16.
- Braga, L., Renner, J. B., Schwartz, T. A., Woodard, J., Helmick, C. G., Hochberg, M. C., & Jordan, J. M. (2009). Differences in radiographic features of knee osteoarthritis

- in African-Americans and Caucasians: the Johnston County Osteoarthritis Project. *Osteoarthritis and Cartilage*, 17, 1554-1561.
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eus bio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., . . . Canh o, H. (21 de Janeiro de 2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt– a national health survey. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*, pp. 1-12.
- Campos, C. J. (s.d). Metodologia qualitativa e método clínico-qualitativo: um panorama geral de seus conceitos e fundamentos.
- Carpenter, C. (1997). Conducting Qualitative Research in Physiotherapy - A methodological example. *Physiotherapy*, 83.
- Carri -Borrell, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (Novembro/Dezembro de 2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2, 576-582.
- Castaneda, L., Bergmann, A., & Ligia , B. (2014). A Classifica o Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 437-451.
- Cieza, A., Ewert, T., Ustun, B., Chatterj, S., Kostanjsek, N., & Stuck, G. (2004). Development os ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *Journal Rehabilitation Medicine* , 9-11.
- Coenen, M. (2008). Developing a method o validate the WHO ICF Core Sets from the patient perspective: rheumatoid arthritis as a case in point. pp. 1-152.
- Coenen, M., Cieza, A., Stamm, T. A., Amann, E., Kollerits, B., & Stucki, G. (2006). Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups. *Arthritis Research & Therapy*.
- Constand, M. K., & MacDermid, J. C. (2014). Applications of the International Classification of Functioning, Disability and Health in goal-setting practices in healthcare. *Disability and Rehabilitation*, 36, 1305-1314.
- DiBonaventura, M. d., Gupta, S., McDonald, M., & Sadosky, A. (2011). Evaluating the health and economic impact of osteoarthritis pain in the workforce: results from the National Health and Wellness Survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12:83.
- Dogar, I. A. (2007). Biopsychosocial model. *A.P.M.C*, 11-13.
- Dreinhofer, K., Stucki, G., Ewert, T., Huber, E., Ebenbichler, G., Gutenbrunner, C., . . . Cieza, A. (2004). ICF Core Sets for Osteoarthritis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 75-80.

- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Journal of Interprofessional Care*.
- European Medicines Agency. (2002). *ICH Topic E 6 (R1) Guideline for Good Clinical Practice*.
- Ewert, T., Fuessl, M., Cieza, A., Andersen, C., Somnath, C., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2004). Identification of the Most Common Patient Problems in Patients with Chronic Conditions Using the ICF Checklist. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 22-29.
- Faustino, A. (2010). Osteoartrose ou Osteoartrite? Da inflamação   terapêutica. *Boletim Informativo da Sociedade Portuguesa de Reumatologia*, 18-21.
- Fontanella, B. J., Ricas, J., & Turato, E. R. (Janeiro de 2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, pp. 17-27.
- Geyh, S., Peter, C., Muller, R., Bickenbach, J. E., Kostanjsek, N., Ustun, B. T., . . . Cieza, A. (2011). The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature – a systematic review and content analysis. *Disability and Rehabilitation*, 1089-1102.
- Gertheiss, J., Hogger, S., Oberhauser, C., & Tutz, G. (2011). Selection of ordinal scaled independent variables with applications to international classification of functioning core sets. *Journal of the Royal Statistical Society*, 377-395.
- Gilchrist, L. S., Galantino, M. L., Wampler, M., Marchese, V. G., Morris, G. S., & Ness, K. k. (2009). A Framework for Assessment in Oncology Rehabilitation. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 286-306.
- Grill, E., & Stucki, G. (2011). Criteria for validating comprehensive ICF Core Sets and developing brief ICF Core Sets versions. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 87-91.
- Grill, E., Berthold, L., Boldt, C., Stucki, G., & Eberhard, K. (2005). Identification of relevant ICF categories by patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 459-465.
- Guermazi, A., Niu, J., Hayashi, D., Englund, M., Neogi, T., Alibadi, P., . . . David, F. T. (2012). *Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study)*.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (Fevereiro de 2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18, pp. 59-82.
- Hermann, K., Kirchberger, I., Stucki, G., & Cieza, A. (2011). The Comprehensive ICF core sets for spinal cord injury from the perspective of physical therapists: a worldwide validation study using the Delphi technique. *International Spinal Cord Society*, 502-514.

- ICF Research Branch. (2013). *ICF Core Set for Osteoarthritis*. Obtido em 20 de outubro de 2015, de ICF Research Branch: <http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/musculoskeletal-conditions/icf-core-set-for-osteoarthritis>
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*.
- Kadam, U., Jordan, K., & Croft, P. (2004). Annals of the Rheumatic Diseases. *Clinical comorbidity in patients with osteoarthritis: a case-control study of general practice consultants in England and*, 63, 408-414.
- Kaplowitz, M. D., & Hoehn, J. P. (2001). Do focus groups and individual interviews reveal the same information for natural resource valuation? *Ecological Economics*, 36, 237-247.
- Keenan, A.-M., Tennant, A., Fear, J., Emery, P., & Conaghan, P. G. (2006). Impact of Multiple Joint Problems on Daily Living Tasks in People in the Community Over Age Fifty-Five. *Arthritis & Rheumatism*, 757-764.
- Kirchberger, I., Sinnott, A., Charlifue, S., Kovindha, A., Luthi, H., Campbell, R., . . . Cieza, A. (12 de Janeiro de 2010). Functioning and disability in spinal cord injury from the consumer perspective: an international qualitative study using focus groups and the ICF. *Spinal Cord*, 48, pp. 603-613.
- Kirkness, C. S., Yu, J., & Asche, C. V. (2008). The Effect on Comorbidity and Pain in Patients with Osteoarthritis. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 22, 336-348.
- Kraan, V. d. (2012). Osteoarthritis year 2012 in review: biology. *Osteoarthritis and Cartilage*, 1447-1450.
- Kurlowicz, L., & Wallace, M. (1999). *The Mini Mental State Examination (MMSE)*.
- Lambert, S. D., & Loiselle, C. G. (2008). Combining individual interviews and focus groups to data richness. *Research Methodology*, 228-237.
- Leite, A. A., Costa, A. J., Lima, B. A., Padilha, A. V., Albuquerque, E. C., & Marques, C. D. (2011). Comorbidities in patients with osteoarthritis: frequency and impact on pain and physical function. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 113-123.
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. *Rev Saúde Pública*, 40.
- Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2005). *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*. Family Health International.
- Mar co, J. (2011). *Análise Estat stica com o SPSS Statistics (5ª ed.)*. Pero Pinheiro: Report Number.

- Mason, M. (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Qualitative social reserarch*, 11.
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *The Journal of Croatian Society of Medical Biochemistry and Laboratory Medicine*, 276-282.
- Mcintyre, A., & Tempest, S. (2007). Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 1475-1479.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 1087-1110.
- Merikangas, K. R., Ames, M., Cui, L., Stang, P. E., Ustun, B., Korff, M. V., & Kessler, R. C. (October de 2007). The Impact of Comorbidity of Mental and Physical Conditions on Role Disability in the US Adult Household Population. *Arch Gen Psychiatry*, 1180-1188.
- Merriam, S. B. (1998). Case Studies as Qualitative Research. pp. 27-45.
- Molt , A., & Dougados, M. (2014). *Comorbidity indices*. France: Copyright.
- Oberhauser, C., Escorpizo, R., Boonen, A., Stucki, G., & Cieza, A. (2013). Statistical Validation of the Brief International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for Osteoarthritis Based on a Large International Sample of Patients With Osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*, 65, 177-186.
- Organiza o Mundial de Saúde. (2004). *Classifica o Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa.
- Parsons, M., & Greenwood, J. (2000). A guide to the use of focus groups in health care research: Part 1. *Contemporary Nurse*, 169-180.
- Pick, A., Berry, S., Gilbert, K., & McCaul, J. (31 de Maio de 2013). Informed consent in clinical research. *Nursing Standard*, 27, 44-47.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *BMJ*, pp. 114-116.
- Ptyushkin, P., Selb, M., & Cieza, A. (2012). ICF Core Sets. In J. Bickenbach, A. Cieza, A. Rauch, & G. Stucki, *ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice*. Hogrefe Publishing.
- Reuma Census. (2013). *EpiReumaPt Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal*.
- Riberto, M. (2001). Core sets da Classifica o Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo.
- Riberto, M. (2011). Core sets da Classifica o Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

- Sampaio, F. R., Mancini, C. M., & Fonseca, T. S. (2002). Produção científica e atuação profissional: Aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Revista brasileira de fisioterapia*, 113-114.
- Sangha, O., Stucki, G., Liang, M. H., Fossel, A. H., & Katz, J. N. (2003). The Self-Administered Comorbidity Questionnaire: A New Method to Assess Comorbidity for Clinical and Health Services Research. *Arthritis & Rheumatism*, 40, 156-163.
- Selb, M., Escorpizo, R., Kostanjsek, K., Stucki, G.,  st n, B., & Cieza, A. (2015). A guide on how to develop an International Classification of Functioning Disability and Health Core Set. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*.
- Sofaer, S. (2002). Qualitative research methods. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, 329-336.
- Sokolove, J., & Lepus, C. M. (2013). Role of inflammation in the pathogenesis of osteoarthritis: latest findings and interpretations. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 77-94.
- Suri, P., Morgenroth, D. C., & Hunter, D. J. (2012). *Epidemiology of Osteoarthritis and Associated Comorbidities*. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation.
- Tempest, S., & McIntyre, A. (2006). *Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. UK: Informa UK Ltd.
- Velstra, I.-M., Baller, C. S., & Cieza, A. (2011). A Systematic Literature Review of Outcome Measures for Upper Extremity Function Using the International Classification of Functioning, Disability, and Health as Reference. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*.
- Vogels, E., Hendriks, H., Baar, M., Dekker, J., Hopman-Rock, M., Oostendorp, R., . . . Verhoef, J. (2003). Clinical practice guideline for physical therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *KNGF-guidelines for physical therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee*.
- Wendler, D., & Grady, C. (2008). What should research participants understand to understand they are participants in research? *Bioethics*, 22, pp. 203-208.
- WHO. (25 de julho de 1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Obtido em 9 de outubro de 2015, de World Health Organization: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html>
- Wise, B. L., Niu, J., Zhang, Y., Wang, N., Jordan, J. M., Choy, E., & Hunter, D. J. (2010). Psychological factors and their relation to osteoarthritis pain. *Osteoarthritis and Cartilage*, 18, 883-887.
- World Health Organization. (1946). *Health*. Obtido de Trade, foreign policy, diplomacy and health: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>

- World Health Organization. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva.
- World Health Organization. (2001). *World Medical Association Declaration of Helsinki*.
- World Health Organization. (s.d.). *Chronic rheumatic conditions*. Obtido de Chronic diseases and health promotion: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>
- Xie, F., Lo, N.-N., Lee, H.-P., Cieza, A., & Li, S.-C. (2008). Validation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Brief Core Set for osteoarthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 450-461.
- Xie, F., Thumboo, J., Fong, K.-Y., Lo, N.-N., Yeo, S.-J., Yang, K.-Y., & Li, S.-C. (2006). Are they relevant? A critical evaluation of the international classification of functioning, disability, and health core sets for osteoarthritis from the perspective of patients with knee osteoarthritis in Singapore. *Annals of the Rheumatic Diseases*.