



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

Escola superior de Saúde de Leiria

Fisioterapia TL4

***Core Sets da Classificação Internacional de Funcionalidade,
Incapacidade e Saúde (CIF) para a Artrite Reumatoide
segundo a perspetiva dos indivíduos.***

Discentes:

Andreia Pereira, Jéssica Coelho, Margarida Silva, Mariana Pedra

Leiria, julho de 16



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

Escola superior de saúde de Leiria

Fisioterapia TL4

***Core Sets da Classificação Internacional de Funcionalidade,
Incapacidade e Saúde (CIF) para a Artrite Reumatoide
segundo a perspetiva dos indivíduos***

Discentes: Andreia Pereira, nº5120203; Jéssica Coelho, nº5120192; Margarida Silva, nº5120217; Mariana Pedra, nº5120280

Unidade curricular: Monografia

Responsável pela unidade curricular: Professores José Alves-Guerreiro, Nuno Morais, Luís Carrão e Sandra Amado

Objetivo do trabalho: O objetivo deste estudo é identificar os problemas percecionados pelos indivíduos com artrite reumatoide em Portugal e analisar em que medida estes aspetos são representados pela versão atual do *Comprehensive e Brief Core Sets* da CIF para esta condição de saúde.

Leiria, julho de 16

AGRADECIMENTOS

Agradecer em especial,

Aos professores orientadores Sandra Amada, José Alves Guerreiro, Luís Carrão e em especial ao professor orientador Nuno Morais, pela disponibilidade, compreensão, pelo esclarecimento de dúvidas e pela ajuda que facultaram ao longo deste percurso de aprendizagem e partilha de conhecimentos.

À professora Sara Dias pelo esclarecimento de dúvidas durante o desenvolvimento do estudo.

À terapeuta Leonor Adrião do Hospital Termal – Rainha D. Leonor, à terapeuta Daniela Gameiro e Mónica Gustavo do Montepio Rainha D. Leonor, ao terapeuta João Carvalho e à terapeuta Susana Cruz da Santa Casa da Misericórdia de Porto Mós e por último à terapeuta Sílvia Melo e Carina Gameiro do Centro Hospitalar Médio Tejo – Unidade de Tomar, que se mostraram disponíveis para nos ajudar na recolha da amostra do estudo.

A todos os participantes pelo tempo cedido a este estudo e pela partilha das suas vivências pessoais que permitiram a concretização desta investigação.

À família, aos amigos e sobretudo aos elementos deste grupo que possibilitaram que todo este estudo se concretizasse, apesar de todas as dificuldades encontradas ao longo deste percurso. Contudo prevaleceu toda a garra e dedicação que permitiram o concretizar desta investigação.

LISTA DE ABREVIATURAS

AR – Artrite Reumatoide

CIDID – Classificação Internacional das Deficiências, das Incapacidades e das Desvantagens

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde

DMARD's – *Disease Modifying Antirheumatic Drugs*

fp – fatores pessoais

MMSE – *Mini Mental State Examination*

na – não aplicável

nd – não definido

OMS – Organização Mundial de Saúde

ps – Profissional de saúde

QV – Qualidade de vida

SCQ – *Self-Administered Comorbidity Questionnaire*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

RESUMO

Introdução: A complexidade da utilização da CIF devido ao elevado número de categorias levou à necessidade de desenvolver *Core Sets* de forma a identificar e agrupar os principais problemas dos indivíduos para as diferentes condições de saúde. Contudo, mostra-se necessário comparar estes *Core Sets* iniciais com a perspetiva dos indivíduos em diferentes países, para uma melhor utilização deste instrumento na prática clínica.

Objetivo: Identificar os principais problemas percebidos pelos indivíduos com AR em Portugal e verificar se estes se encontram contemplados nos *comprehensive* e *brief Core Sets* da CIF para a mesma condição.

Metodologia: Esta investigação consiste num estudo qualitativo com uma amostra de conveniência com indivíduos com AR. Para a recolha de dados foram utilizadas entrevistas individuais gravadas sobre a forma de áudio, sendo o procedimento do estudo baseado no protocolo de Coenen M., (2008).

Resultados: O estudo inclui 20 indivíduos com uma média de idade de 61,35 ($\pm 10,5$) anos, sendo que 95% pertenciam ao género feminino e 5% ao género masculino. Das 99 categorias identificadas, 41 (42,71%) encontram-se presentes nas 96 categorias do *comprehensive Core Sets* da CIF e 31 (79,49%) nas 39 categorias dos *brief Core Sets* da CIF.

Conclusões: O presente estudo conclui que embora os *Core Sets* da CIF para a AR sejam específicos para os indivíduos com esta condição, quando comparados com a população portuguesa, estes não apresentam vários problemas identificados por estes indivíduos. Para além disso, estes *Core Sets* da CIF contêm problemas que não foram relatados por esta população.

Palavras-chave: artrite reumatoide; *Core Sets* da CIF; modelos de saúde e doença; abordagem centrado no indivíduo.

ABSTRACT

Introduction: The complexity of using the ICF due to large number of categories has led to the necessity to develop Core Sets to identify and classify the main problems of subjects for different health conditions. However, it is necessary compare the initial Core Sets with the perspective of individuals in different countries, to make better use of this tool in clinical practice.

Aims: To identify the main problems perceived by subjects with RA in Portugal and to verify if they are included in the Comprehensive and brief Core Sets for the same condition.

Methodology: This research is a qualitative study with a convenience sample of subjects with RA. To collect individual data were used personal interviews and the procedure was based on the Coenen M., (2008) protocol.

Results: The study included 20 subjects with a mean age of 61.35 (10,5) years. 95% of subjects are female and 5% of subjects are male. Of the 99 identified categories, 41 (42,71%) are included in 96 categories of the comprehensive Core Sets of ICF and 31 (79,49%) are included in 39 categories of brief Core Sets of ICF.

Conclusions: This study concludes that although the ICF Core Sets for RA are specific to subjects with this condition, when compared with the portuguese population, they do not include several problems identified by these individuals. In addition, the ICF Core Sets contains problems that have not been reported for this population.

Key words: ICF Core Sets; ICF; rheumatoid arthritis; health and disease models; patient centered.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 5

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 7
2. METODOLOGIA 18
 - 2.1. OBJETIVOS 18
 - 2.2. TIPO DE ESTUDO 18
 - 2.3. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA 19
 - 2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 20
 - 2.5. RECOLHA DE DADOS 21
 - 2.6. ANÁLISE DE DADOS 24
 - 2.7. PRECISÃO E RIGOR DE DADOS 25
 - 2.8. TRATAMENTO DOS DADOS 26
3. RESULTADOS 28
 - 3.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA 28
 - 3.2. DADOS RELATIVOS À IDENTIFICAÇÃO DOS CONCEITOS 28
 - 3.3. DADOS RELATIVOS AO *LINKING* DA PERSPETIVA DO UTENTE COM A CIF 29
 - 3.4. COMPARAÇÃO DA PERSPETIVA DO UTENTE COM O *COMPREHENSIVE* E *BRIEF CORE SETS* DA CIF PARA A ARTRITE REUMATOIDE 34

3.5. ANÁLISE DOS DADOS DO *SELF ADMINISTERED COMORBILITY QUESTIONNAIRE* 36

4. DISCUSSÃO 37

4.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 37

4.2. DISCUSSÃO DA METODOLOGIA 41

5. CONCLUSÃO 44

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 50

ANEXOS

ANEXO I – *Developing a method to validate the who ICF Core Sets from the patient perspective: rheumatoid arthritis as a case in point*

ANEXO II – Consentimento informado

ANEXO III – Guião da entrevista

ANEXO IV – Mediana e média das idades

ANEXO V – Gráfico e tabela de indivíduos do género feminino e do género masculino

ANEXO VI – Gráfico e tabela referentes ao MMSE

ANEXO VII – Gráfico referente às habilitações literárias

ANEXO VIII – Gráfico referente à ocupação habitual

ANEXO IX – Dados dos participantes

ANEXO X – Regras para identificação do significado dos conceitos

ANEXO XI - Transcrição realizada pelo investigador 1 e transcrição realizada pelo investigador 2

ANEXO XII - Transcrição discutida por ambos os investigadores

ANEXO XIII - Tabela de concordância entre 2 investigadores dos conceitos
(*kappa de cohen*)

ANEXO XIV – *Linking rules* (Cieza, 2005)

ANEXO XV- *Linking* realizado pelo investigador 1 e *linking* realizado pelo
investigador 2

ANEXO XVI- *Linking* discutido pelos 2 investigadores com a intervenção do
terceiro investigador

ANEXO XVII – Tabela de concordância entre 2 investigadores do *linking*
(*kappa de cohen*)

ANEXO XVIII - *Linking* dos conceitos identificados com os códigos da CIF,
dividido por capítulos e níveis

ANEXO XIX - Frequências absolutas obtidas em cada um dos códigos

ANEXO XX— Frequências absolutas e relativas das categorias CIF

ANEXO XXI – *Comprehensive Core Set* da CIF para a artrite reumatoide

ANEXO XXII – *Brief Core Set* da CIF para a artrite reumatoide

ANEXO XXIII- Comparação entre a perspectiva de indivíduos e os *Core Sets*
da CIF (*comprehensive e brief*) por códigos

ANEXO XXIV – Presença/ ausência de comorbidades

ANEXO XXV – Outras comorbidades

ANEXO XXVI – Comorbidades referidas pelos participantes

ANEXO XXVII – Frequências absolutas e relativas obtidas quando da
comparação da perspectiva do utente com o *comprehensive e brief Core Sets* da CIF

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Modelo da CIF 10

FIGURA 2 Codificação múltipla 26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- Códigos da CIF codificados por níveis 29

GRÁFICO 2– Códigos da CIF codificados por capítulos 30

GRÁFICO 3 – Frequências absolutas obtidas na categoria das funções do corpo 31

GRÁFICO 4– Frequências absolutas obtidas em cada código da categoria estruturas do corpo 32

GRÁFICO 5 – Frequências absolutas obtidas em cada código da categoria atividades e participação 33

GRÁFICO 6- Frequências absolutas obtidas em cada código da categoria fatores ambientais 34

GRÁFICO 7- Ponto de saturação 34

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 Códigos do sistema alfanumérico 9

TABELA 2 Questões de resposta aberta baseadas na CIF 23

TABELA 3 Total de consenso obtido entre a perspetiva do utente e os Core Sets da CIF 35

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 1% da população a nível mundial apresenta diagnóstico de Artrite Reumatoide (AR) (Gibofsky, 2012). Em Portugal estima-se que afete 0,8 a 1,5% da população (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2001), cerca de 40 000 indivíduos (Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide, 1995). Esta patologia surge normalmente entre os 35 e os 50 anos de idade (Nichol & Zhang, 2005), podendo desenvolver-se em todas as idades. A incidência é duas a quatro vezes superior em mulheres do que em homens (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2001).

Em Portugal, as condições reumáticas constituem a primeira causa de consultas médicas, de invalidez, de reforma antecipada, o primeiro motivo de absentismo ao trabalho, pertencendo ao grupo de condições responsáveis pelos principais gastos em saúde quer diretos ou indiretos (Ministério da Saúde- Direcção Geral de Saúde, 2003). A AR devido às suas características origina elevados níveis de incapacidade, com impacto significativo na Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos (Lawrence, et al., 2007).

Na prática clínica, na área da fisioterapia é necessário a existência de um modelo clínico que guie os profissionais, possibilitando uma melhor compreensão da experiência vivida pela pessoa. Assim, a CIF revela-se uma ferramenta fundamental de avaliação e descrição geral da saúde e dos estados relacionados com a saúde, na vertente biológica, pessoal e social, sendo que é focada nas necessidades de cada pessoa (Sampaio, et al., 2005; Steiner, et al., 2002; Fontes & Fernandes, 2010)

O modelo biopsicossocial com o acréscimo dos aspetos sociais e psicológicos, levou à compreensão mais abrangente do processo de doença. Assim, atualmente é aceite que os conceitos de doença e saúde são o resultado de uma interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Alonso, 2004). Este ponto de vista biopsicossocial levou ao desenvolvimento da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001 pela OMS, que permite descrever o funcionamento do indivíduo, como de níveis populacionais (Stucki & Cieza, 2004).

A introdução da CIF em 2001 não se considerou um processo simples de aplicação na prática clínica, devido às mais de 1400 categorias, levando ao surgimento de *Core Sets*, tornando o modelo clinicamente mais útil e simples. (Yen et al., 2014; Kirchberger, et al., 2007).

Coenen (2008), refere que as relações entre as alterações nas estruturas e funções, limitações nas atividades e restrições na participação, podem ser influenciados quer pelo próprio processo da doença, quer por fatores contextuais. Assim, é fulcral conhecer as consequências da patologia, não só associadas ao processo da AR, funcionamento e saúde, mas também a nível de fatores contextuais. Estes devem ser um ponto a considerar aquando da aplicação de um instrumento de avaliação em países diferentes, uma vez que os fatores contextuais diferem de acordo com o meio onde o indivíduo se encontra (Coenen, 2008; Ferreira, 1998).

O problema identificado consiste na possível existência de divergências entre a perspetiva da população portuguesa com AR sobre a sua condição de saúde e os *Core Sets* da CIF delineados para esta patologia. Pelo que a questão principal do estudo é: “Será que os *comprehensive e brief Core Sets* existentes para a AR estão de acordo com os problemas mencionados pelos indivíduos com a doença em Portugal?”, surgindo como objetivo principal verificar se os problemas percecionados pelos indivíduos portugueses com AR se encontram nas versões dos *comprehensive e brief Core Sets* da CIF para esta condição. Este será um estudo qualitativo baseado em entrevistas individuais, tendo por base a metodologia referida no protocolo de Coenen M., (2008).

Esta investigação apresenta-se dividida em quatro partes, nomeadamente a primeira parte respeitante ao enquadramento teórico; a segunda referente à metodologia utilizada, concretamente os 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 contempla a apresentação dos resultados da investigação; a quarta inclui a discussão face aos resultados anteriores e metodologia utilizada; por último a quinta parte aborda uma conclusão geral deste processo investigacional.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tradicionalmente, as intervenções na área da reabilitação eram guiadas pelo modelo biomédico (Sahrmann, 1988). Este modelo considera a saúde como ausência de doença e, por conseguinte, focaliza a avaliação e o tratamento nos sinais e sintomas, considerando apenas o nível físico (Sampaio, et al., 2005). Apesar deste modelo ter sido bastante produtivo para a medicina, o seu carácter reducionista impede a consideração de todos os aspetos médicos relevantes de saúde e doença. Uma das consequências mais criticadas da adoção do modelo biomédico é a definição parcial do conceito de saúde, se a doença consiste na patologia somática, então a saúde é o estado em que os sinais e sintomas somáticos são ausentes (Alonso, 2004).

Ao longo do tempo, o desenvolvimento da tecnologia e instrumentação em saúde cooperou no controlo de doenças agudas contudo, posteriormente o foco dos profissionais foram as condições crónicas e as suas consequências (Sampaio et al., 2005). Assim, surgiu a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), no sentido de descrever essa nova realidade na área da saúde (Organização Mundial de Saúde, 1980). Uma das críticas feitas à CIDID refere-se ao fato de que estas descreviam apenas os aspetos negativos das condições de saúde e não indicava de forma clara o papel do ambiente físico e social na incapacidade (Organização Mundial de Saúde, 1980).

No final do século XX, surgiu a necessidade de alterar o atendimento à população nos serviços de saúde e adotar um novo quadro concetual, centrado no indivíduo e em todas as suas dimensões, surgindo assim o modelo biopsicossocial de Engel (Engel, 1977). Neste modelo, o indivíduo é tido em conta com as suas próprias características individuais, que vive num determinado contexto socioeconómico e a saúde é definida em termos positivos, relacionada com o bem-estar (Engel, 1977). O acréscimo de aspetos sociais e psicológicos, permitiu uma melhor compreensão da doença, sendo atualmente aceite que a saúde e doença resultam de uma interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Alonso, 2004). Este novo paradigma implica uma moderna visão

da relação médico-utente, tendo em conta a atenção do profissional para as circunstâncias psicossociais do utente, a fim de gerir melhor a sua situação, e não só a doença (Alonso, 2004), demonstrando desta forma, ser um modelo mais completo e inclusivo, capaz de guiar os profissionais de saúde na sua atividade diária com os indivíduos (Engel, 1977).

Este ponto de vista biopsicossocial orientou o desenvolvimento da CIF, permitindo a nível mundial descrever o funcionamento quer do indivíduo, quer para níveis populacionais (Stucki & Cieza, 2004). De acordo com a OMS, funcionalidade e incapacidade são termos que a partir de uma perspetiva biológica, individual e social nos indicam aspetos positivos e negativos do funcionamento do corpo. Neste sentido, a CIF oferece uma abordagem biopsicossocial que se reflete no modelo multidimensional (World Health Organization, 2013).

Segundo a OMS, funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo em realizar as atividades e tarefas da vida diária, bem como a sua participação social. Do mesmo modo, incapacidade abrange as diversas manifestações de uma doença, tais como as alterações nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de atividades do quotidiano e desvantagens na interação do indivíduo com a sociedade (Sampaio et al., 2005; Fontesa, Fernandes, & Botelho, 2010).

A CIF é uma classificação definitiva para entender a funcionalidade e a incapacidade humana (Yen et al., 2014). Reflete a mudança de abordagem baseada nas consequências da doença, para priorizar a funcionalidade como componente da saúde considerando o ambiente como facilitador ou barreira para o desempenho de ações/ tarefas, essencial para orientar as avaliações clínicas. A CIF faz uso de uma nomenclatura baseada nas descrições positivas de função, atividade e participação (Sampaio et al., 2005).

Os prefixos utilizados na CIF em cada código através de um sistema alfanumérico, identificando as letras: *b* (*body*) para Funções do Corpo, *s* (*structure*) para Estruturas do Corpo, *d* (*domain*) para Atividades e Participação, *e* (*environment*) para Fatores Ambientais. A CIF apresenta vários capítulos e domínios e em cada um existem várias categorias e subcategorias que constituem as unidades de classificação, representadas por letras seguidas de números, começa com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (acrescentando um dígito a cada).

Tabela 1- Códigos do sistema alfanumérico

Exemplo:	
1º Código numérico (um dígito)- capítulo	Capítulo 1- Funções Mentais (Funções Mentais Específicas)
2º Código numérico (dois dígitos)- categoria	b140- Funções da Atenção
3º Código numérico (um dígito cada)	b1400- Manutenção da Atenção

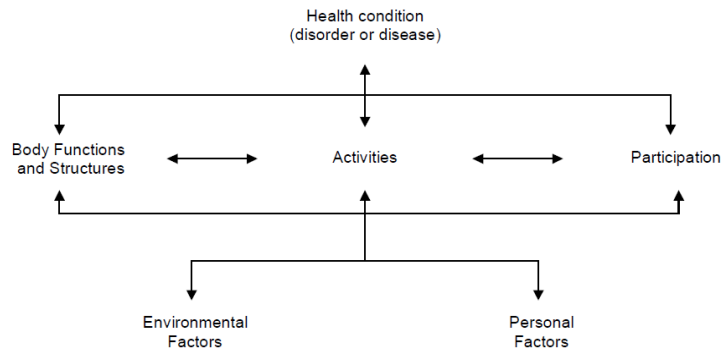
Os qualificadores são codificadores numéricos que representam a extensão ou magnitude da funcionalidade, da categoria, ou, no caso dos fatores ambientais, se constitui um facilitador ou barreira. A utilização de qualquer código deve ser acompanhada de, pelo menos, um qualificador, pois sem eles os códigos não apresentam qualquer significado (Organização Mundial de Saúde, 2003).

Os objetivos específicos da CIF são fornecer uma base científica para a compreensão e o estudo de determinantes da saúde, como de resultados e de condições relacionadas com esta, instituir uma linguagem comum e uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e estados relacionados com a saúde, de forma a melhorar a comunicação entre os diferentes utilizadores, possibilitar a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos, oferecer um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2003). Esta ferramenta permite documentar a função e a incapacidade humana, tanto a nível do indivíduo como da população, sendo que o conceito básico é providenciar uma ferramenta holística que integre toda a informação obtida através das perspetivas biológica, individual e social (Yen, 2013).

Para entendermos a interação que a CIF oferece ao binómio condição de saúde/ambiente, importa refletir em três princípios que evidenciam a importância do ambiente na funcionalidade do indivíduo e são eles a universalidade, no sentido de que todas as pessoas, independentemente da sua condição de saúde ou ambiente habitual, podem ser incluídas; a abordagem integrativa, que considera e integra os fatores ambientais e pessoais; e a abordagem interativa, onde é reconhecida a multidimensionalidade e complexidade do fenómeno incapacidade (Fontes, Fernandes, & Botelho, 2010).

A CIF valoriza equitativamente as determinantes da saúde e as dimensões, sendo que a relação entre função (componentes funções do corpo e estruturas, atividades e participação) e a condição de saúde ou um certo número de condições, fatores pessoais e contextuais é bidirecional (Figura 1) (Stucki & Cieza, 2004; Yen et al., 2014).

Figura 1- Modelo da CIF



(Coenen M., 2008)

A aplicação da CIF não se verifica apenas na saúde mas também noutros setores, como a educação, política da saúde e deficiência, trabalho, seguro e estatística (Coenen, et al., 2006). Na prática clínica, a CIF tem-se revelado útil no processo de avaliação e tomada de decisão, facilitando a comunicação entre os membros das equipas multidisciplinares, e entre utentes e profissionais de saúde (World Health Organization, 2013).

Em vários países tem-se igualmente adotado a utilização da CIF no contexto das alterações legislativas ou políticas e de regulação social no âmbito dos subsídios de incapacidade, sistemas de pensões, políticas de trabalho ou de reformas de pessoas com incapacidades. Na área da educação tem mostrado vantagem, quer no desenvolvimento de linhas conceituais de ensino, quer enquanto medida avaliativa das necessidades educativas especiais, ou na categorização de um perfil de capacidade, capaz de identificar as necessidades de cuidados adicionais em crianças portadoras de deficiência (Fontesa, Fernandes, & Botelho, 2010; World Health Organization, 2013).

No entanto, Portugal mantém-se longe da aplicação das linhas orientadoras recomendadas pela OMS para a utilização da CIF, exceto no âmbito das Necessidades Educativas Especiais, devido á entrada em vigor do Decreto-Lei nº3/2008 que visa que processo educacional dos alunos com limitações significativas ao nível das atividades e participação, seja aferido através desta classificação. Esta realidade alerta-nos para a

necessidade da adoção concetual e operacional da CIF, de forma transversal e global, principalmente nos sectores das políticas sociais e de saúde (Fontesa, Fernandes, & Botelho, 2010; World Health Organization, 2013).

Em saúde, na área da fisioterapia é necessário um modelo teórico que guie a prática clínica e a investigação, possibilitando uma melhor compreensão da experiência vivida pela pessoa, desde a instalação da doença às suas consequências funcionais. Nesse sentido, a CIF revela-se uma ferramenta fundamental de avaliação e descrição integral de saúde, focada nas necessidades individuais de cada pessoa (Sampaio, et al., 2005; Steiner, et al., 2002; Fontes & Fernandes, 2010).

Com a introdução da CIF em 2001, com mais de 1400 categorias, não foi considerado um processo simples de aplicação na prática clínica, surgindo de imediato a implementação de *Core Sets*, que permitiram tornar o modelo clinicamente mais simples. Os *Core Sets* da CIF têm sido desenvolvidos para várias aplicações, onde se incluem a identificação e gestão dos estágios de doenças específicas, orientação dos profissionais de saúde, cuidadores e dos próprios utentes (Yen et al., 2014; Kirchberger, Glaessel, Stucki, & Cieza, 2007).

Um *Core Set* é a seleção de categorias essenciais de toda a CIF que são consideradas relevantes para descrever a funcionalidade de uma pessoa ou um contexto de saúde específico, sendo desenvolvidos até a data 34 *Core Sets* de diferentes patologias (Selb et al., 2015). O objetivo dos *Core Sets* da CIF é desenvolver sistematicamente conjuntos de categorias da CIF, para auxiliar no processo e tomada de decisão na prática clínica, prestar serviços e ligar a CIF às condições de saúde, como codificado com a Classificação Internacional de Doenças. Os *Core Sets* devem servir como ferramentas práticas para a documentação da funcionalidade e como normas internacionais de referência para a comunicação de funcionalidade independentemente de instrumentos de medição utilizados, tanto entre as equipas multidisciplinares, como entre os indivíduos e os profissionais de saúde (Stucki, Kostanjsek, Ustun, & Cieza, 2008)

Existem três diferentes tipos de *Core Sets* os *comprehensive Core Sets*, *brief Core Sets* e *generic Core Sets*. Os *comprehensive Core Sets* incluem uma compreensiva e exaustiva descrição da funcionalidade, através de uma avaliação abrangente e multidisciplinar. Os

brief Core Sets incluem as categorias essenciais que podem servir como padrão mínimo para descrever a funcionalidade, com foco em estudos clínicos e aplicações. O *generic Core Sets* faz a análise de diversos *Core Sets* de várias condições de saúde que apresentam pontos comuns, categorizando-as de forma genérica num único *Core Set* (Selb et al., 2015; Yen et al., 2014).

Os *Core Sets* da CIF foram desenvolvidos inicialmente no contexto de língua alemã, sendo necessário serem testados e validados para diferentes regiões da OMS, otimizando a sua aplicabilidade em todo o mundo. Uma crítica apontada ao desenvolvimento destes é a possibilidade de criarem um retorno ao modelo biomédico, em que o ponto de partida, em parte, é uma condição de saúde específica (Selb et al., 2015).

Os métodos utilizados para desenvolver os *Core Sets* da CIF, quer os *comprehensive Core Sets* quer os *brief Core Sets*, envolvem uma tomada de decisão e um processo de consenso que integra elementos formais de prova recolhidas a partir de estudos preliminares e opinião de especialistas. Para cada condição de saúde, os estudos preliminares incluem um exercício de *Delphi*, que representa o ponto de vista de especialistas, sobre os resultados utilizados em ensaios clínicos aleatórios, que focam a visão de pesquisadores realizando estudos e uma recolha de dados empírica, utilizando como base a *checklist* da CIF que representa a perspetiva dos utentes (Cieza et al., 2004).

A AR pertence ao grupo de condições reumáticas que originam alterações funcionais, principalmente ao nível do sistema músculo-esquelético, podendo afetar outros órgãos e sistemas (Ministério da Saúde- Direcção Geral de Saúde, 2003). As condições reumáticas são a principal causa de morbilidade em todo o mundo, representando assim um importante problema social e económico (Monjardino, Lucas, & Barros, 2011).

A AR é uma doença crónica autoimune inflamatória que causa alterações na cartilagem, osso, tendões e ligamentos, levando à deformação articular, atrofia muscular, podendo progredir e afetar todas as articulações do corpo (Papana et al., 2015). Na AR é comum existir simetria, afetando ambos os punhos, joelhos, no entanto pode afetar apenas uma articulação. Esta condição afeta frequentemente mãos e punhos, mas pode atingir pés, ombros, joelhos, cotovelos, ancas e coluna cervical, entre outros (Papana et al., 2015). Sendo a AR uma doença sistémica (Instituto Português de Reumatologia, 2013) existe

também uma ampla variedade de alterações extra-articulares (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2001), podendo atingir o revestimento dos pulmões, do coração, as glândulas salivares e as lacrimais que provocam secura dos olhos ou da boca e mais raramente inflamação dos vasos (Instituto Português de Reumatologia, 2013).

Cerca de 1% da população a nível mundial apresenta diagnóstico de AR (Gibofsky, 2012), sendo nos países industrializados a sua prevalência entre 0,5 a 1,5% da população. Em Portugal estima-se que afete 0,8 a 1,5% da população (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2001) existindo cerca de 40 000 indivíduos diagnosticados com esta condição de saúde (Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide, 1995). Esta patologia surge normalmente entre os 35 e os 50 anos de idade (Nichol & Zhang, 2005), no entanto pode se desenvolver em todas as idades. A sua ocorrência é duas a quatro vezes maior em mulheres do que em homens (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2001).

Em Portugal, as condições reumáticas constituem a primeira causa de consultas médicas, reforma antecipada, a principal causa de invalidez, o primeiro motivo de absentismo ao trabalho, pertencendo ao grupo de condições responsáveis pelos principais gastos em saúde quer diretos ou indiretos (Ministério da Saúde- Direcção Geral de Saúde, 2003).

Esta patologia pode provocar dor, edema, rigidez, limitação de movimento e perda de função de várias articulações, sendo que por vezes, pode ocorrer febre baixa, sensação de mau-estar, fraqueza generalizada, fadiga e perda de peso (Papana et al., 2015).

A AR é uma condição que devido às suas características origina elevados níveis de incapacidade, com impacto significativo na QV dos indivíduos (Lawrence, Haroon, Aggarwal, & Lawrence, 2007). Embora seja comum associar o estado funcional primariamente à AR, este também é fortemente influenciado pelas comorbidades, sendo que as mais comuns correspondem a doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, osteoporose e infeções (Gullick & Scott, 2011). Neste sentido, a incapacidade associada à AR afeta vários domínios da vida, tais como o próprio indivíduo, a família, o trabalho e a sua vida social de forma geral (Lubeck, n.d.).

Os fatores pessoais (fp), e particularmente a vivência dos indivíduos e as suas características pessoais, desempenham um papel fulcral na funcionalidade e estado de

saúde do mesmo, sendo que estes influenciam o desenvolvimento da patologia a todos os níveis (Berzina, Paanalahti, Lundgren-Nilsson, & Sunnerhagen, 2013). Assim, uma melhor compreensão dos indivíduos permite, portanto, a formulação dos problemas e objetivos relevantes, o reconhecimento dos fatores que poderão influenciar estes problemas e o planeamento da intervenção adequado para as necessidades apresentadas por cada pessoa (Steiner et al., 2012).

Coenen M., 2008, refere que as relações entre as alterações nas estruturas e funções, limitações nas atividades e restrições na participação, podem ser influenciados não só pelo próprio processo da doença, mas também por fatores pessoais e contextuais. Desta forma, é importante reconhecer as consequências da patologia, não só associadas ao processo da AR, funcionamento e saúde, mas também a nível de fatores ambientais e pessoais, no entanto a influência destes fatores é raramente tida em conta.

O reconhecimento do papel central desempenhado por fatores ambientais e pessoais mudou o foco do problema e, portanto, o foco da intervenção. A patologia não é entendida como uma característica do indivíduo, mas sim como o resultado de uma interação da pessoa com uma condição de saúde, fatores ambientais e pessoais (Schneidert, Hurst, Miller, & Ustün, 2003).

A AR está associada principalmente à sobrecarga do cuidador, a problemas psicossociais e a um ligeiro aumento da mortalidade (Lubeck, n.d.). Por outro lado, as consequências socioeconómicas são igualmente sérias, representando um grande esforço financeiro para as sociedades, tanto em termos de dias de trabalho perdidos como no aumento da utilização de serviços de saúde (Guillemin, 2000). A maioria destes indivíduos apresenta limitações na capacidade para realizar tarefas de autocuidado diárias e restrições na participação em atividades de lazer ou desportivas. Nos casos mais graves, a capacidade para ter uma vida independente fica gravemente comprometida. Neste sentido, as consequências desta condição na QV podem ser devastadoras (Guillemin, 2000).

O tratamento para a AR apresentou alguns progressos nos últimos anos, devido a um maior conhecimento e avaliação do processo inflamatório gerado, da identificação de fatores que proporcionavam um pior prognóstico, da utilização precoce de fármacos antirreumáticos de ação lenta, da chegada de terapêuticas combinadas e, por fim e mais

recente, as terapêuticas biológicas (Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide, 1995). Os tratamentos têm como objetivo reduzir a dor, inflamação e tornar a doença o menos agressiva possível, de maneira a conservar ao máximo a função das articulações e proporcionar ao utente uma melhor qualidade de vida, mantendo a pessoa ativa e integrada na sociedade (Instituto Português de Reumatologia, 2013).

Na atualidade não existe nenhuma terapia curativa da AR, mas existem algumas terapias que podem atenuar a sintomatologia desencadeada pela patologia, assim uma componente importante para o sucesso da gestão da doença é educar os pacientes e informá-los sobre as modalidades de tratamento. O fisioterapeuta desempenha um papel importante no seio da equipa multidisciplinar. O tratamento proporcionado por este profissional consiste no alívio de dor, reduzir o processo inflamatório, preservar amplitudes articulares e da atividade muscular, proporcionar educação ao utente, prevenir incapacidades e deformidades, favorecendo o seu bem-estar físico e psicossocial, a fim de promover uma melhor QV (Kavuncu & Evcik, 2004). O profissional de saúde (ps) da área de fisioterapia pode recorrer a um elevado espetro de modalidades terapêuticas no tratamento de indivíduos com AR, entre as quais hidroterapia, termoterapia (quente ou frio), estimulação elétrica, estratégias de proteção, nomeadamente, dispositivos auxiliares e equipamentos de adaptação, exercícios de mobilização e fortalecimento e educação ao utente (Kavuncu & Evcik, 2004).

Para facilitar o processo de avaliação e planeamento de intervenção foram desenvolvidos alguns Core Sets da CIF para condições crónicas de saúde, entre as quais, para a AR. Estes foram elaborados com o intuito de orientar a avaliação multidisciplinar, nomeadamente no processo de avaliação e posterior planeamento de intervenção. Estes, compreendem 96 categorias da CIF (76 de segundo nível e 20 de terceiro e quarto nível), onde 25 categorias refletem as funções do corpo, 18 as estruturas do corpo, 32 as atividades e participação e 21 os fatores ambientais. Relativamente aos *brief Core Sets* da CIF estes incluem um total de 39 categorias da CIF de segundo nível, 8 relativas às funções do corpo, 7 às estruturas do corpo, 14 às atividades e participação e 10 aos fatores ambientais (Stucki G. , et al., 2004).

Na Áustria, um grupo de investigadores desenvolveu um estudo qualitativo com o objetivo de validar os *Core Sets* da CIF para a AR com base na perspetiva do indivíduo com esta condição. Estes foram os primeiros a sofrer a validação, sendo portanto considerado, um estudo piloto metodológico para a validação e desenvolvimento de *Core Sets* da CIF para outras doenças e condições de saúde. Como metodologia, foi utilizada uma entrevista individual a indivíduos com AR sobre os problemas identificados na sua vida diária. Os indivíduos foram sendo incluídos no estudo até o ponto de saturação ser atingido, daí advir um pequeno tamanho da amostra, 21 indivíduos Austríacos do Ambulatório de Reumatologia da Universidade de Medicina de Viena. Foram realizados 2 tipos de entrevistas, uma do tipo 1 (questões abertas) e outra do tipo 2 (questões baseadas na CIF), o ponto de saturação na entrevista tipo 1 foi alcançado após 13 entrevistas e na entrevista tipo 2 foi após 8 entrevistas. Como resultados obtidos foram identificados na análise qualitativa das entrevistas 220 conceitos diferentes contidos em 367 unidades de significado e foram ligados a 109 categorias da CIF, de 2º nível. Como conclusão do estudo apresentado a validade dos *Core Sets* da CIF para a AR foi apoiado pela perspetiva individual dos indivíduos, no entanto, algumas questões adicionais foram levantadas e não estavam incluídas nestes, pelo que precisam ser investigadas (Stamm, et al., 2005).

Igualmente na Alemanha, um grupo de investigadores desenvolveu um estudo qualitativo em indivíduos com AR, utilizando uma metodologia de grupos focais. O objetivo do estudo foi perceber quais os aspetos da funcionalidade e saúde importantes para os indivíduos com esta condição, utilizando 2 grupos focais com diferentes abordagens, uma aberta e outra baseada na CIF, e averiguar em que medida esses aspetos estão representados nos *comprehensive Core Sets* da CIF para esta condição, segundo a perspetiva do indivíduo. O tamanho da amostra foi determinado através do ponto de saturação e a recolha de dados terminou quando se verificou o atingimento deste. O estudo contou com a participação de 49 indivíduos da Universidade *Ludwig-maximilian* de Munique e do serviço de autoajuda alemão “*DeutscheRheuma-Liga eV*”. Estes indivíduos foram divididos em 10 grupos focais, e cada abordagem compreendeu 5 grupos focais. Das 76 categorias da CIF contidas nos *comprehensive Core Sets* da CIF para esta condição, 65 foram referidas pelos indivíduos com base na abordagem aberta e 71 com

base na abordagem baseada na CIF. No entanto, foram relatados pelos indivíduos alguns problemas que não se encontram nos *comprehensive Core Sets* da CIF para esta condição, mais propriamente 66 categorias, em que 41 foram relatadas na abordagem aberta e 57 na abordagem baseada em CIF. A maioria das categorias adicionais deriva das funções do corpo, seguido dos fatores ambientais. Na componente atividades e participação, foram relatados pelos participantes 5 categorias adicionais na abordagem aberta e 8 categorias adicionais na abordagem baseada na CIF. Relativamente à componente estruturas do corpo foram referidas 2 e 4 categorias adicionais, na abordagem aberta e na abordagem baseada em CIF, respetivamente. Os autores concluem que os *comprehensive Core Sets* da CIF para a AR foram confirmados praticamente na sua totalidade por ambas as abordagens aplicadas, sendo que a abordagem com base na CIF parece ser a mais adequada, em particular no que diz respeito às componentes funções e estruturas do corpo (Coenen, et al., 2006).

A abordagem conceitual para o desenvolvimento de *Core Sets* da CIF pode ser obtida a partir de duas perspetivas: a perspetiva de pessoas que compartilham a experiência do mesmo estado ou condição de grupo e a perspetiva dos profissionais de saúde (Stucki et al., 2008), pois a perceção dos indivíduos relativamente ao seu estado de saúde poderá ser desigual à dos profissionais de saúde (Coenen et al., 2006). Para além disso, também as informações sobre a relevância dos fatores contextuais específicos devem ser tidos em consideração aquando da aplicação de um instrumento de avaliação em países diferentes, pois, os fatores contextuais poderão diferir de acordo com o meio onde o indivíduo se encontra inserido (Coenen, 2008; Ferreira, 1998). Desta forma, adaptamos o nosso estudo a uma população específica de indivíduos portugueses com AR.

Assim, o problema identificado consiste na possível existência de divergências entre a perspetiva da população portuguesa com AR sobre a sua condição de saúde e os *Core Sets* da CIF delineados para esta patologia. A questão principal referente ao estudo é se “Os *comprehensive e brief Core Sets* existentes para as AR estão de acordo com os problemas referenciados pelos indivíduos com a doença em Portugal?” No decorrer da realização da fundamentação recorreremos às bases de dados: *Pubmed e ScienceDirect*. Utilizamos também as palavras-chave: *Rheumatoid Arthritis, ICF Core Sets, core-sets, patient prespective, ICF, Core Set for rheumatoid arthritis*.

2. METODOLOGIA

2.1. OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo é identificar, a partir da perspetiva dos indivíduos com AR, os problemas mais comuns identificados, na população portuguesa, verificando se estes se encontram apresentados na versão dos *comprehensive* e *brief Core Sets* da CIF para esta condição de saúde.

2.2. TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo não-experimental. Os métodos de avaliação não-experimental não apresentam uma designação aleatória, manipulação de variáveis ou grupos de comparação. Para além disso, devido a questões éticas os estudos não-experimentais não podem ou não devem manipular as variáveis, sendo que os investigadores apenas observam o que vai ocorrendo naturalmente sem interferir no processo. Os métodos mais comuns utilizados nas abordagens não experimentais envolvem pesquisas exploratórias e/ou questionários. No presente projeto, recorreu-se a uma abordagem não-experimental, nomeadamente através de um inquérito (Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007). A metodologia qualitativa é cada vez mais utilizada e aceite na realização de estudos em saúde, uma vez que permite obter uma visão rica e abrangente sobre um tema específico. Para além disso, esta metodologia oferece a possibilidade de explorar a perspetiva dos indivíduos que experimentam um determinado problema de saúde e, permite ao contrário do método quantitativo, que os indivíduos contribuam com as suas próprias categorizações, palavras e associações percebidas (Coenen M. , 2008).

Sendo o objetivo do projeto analisar e explorar a perspetiva dos indivíduos com AR, recorreu-se à metodologia de carácter qualitativo, uma vez que, este método é referido por Coenen M., (2008) como o mais adequado para validar *Core Sets* para a AR segundo a perspetiva dos utentes. Deste modo, iremos recorrer ao método descritivo para que consigamos identificar os problemas sentidos pelos indivíduos com AR. Inicialmente,

foram recolhidas as informações junto de cada indivíduo, e posteriormente, através do processo de indução, foi analisado e retirado uma conclusão genérica para cada realidade específica.

Todo o procedimento, desde a recolha de dados ao *linking* dos mesmos segundo as categorias da CIF, foi essencial para dar “valor” á informação retirada dos indivíduos, uma vez que, é através do *linking* que posteriormente esta informação é traduzida em resultados.

O presente projeto de investigação baseou-se em três estudos anteriormente realizados: um relativo à ” *Validating the International Classification of Functioning, Disability and Health Comprehensive Core Set for Rheumatoid Arthritis From the Patient Perspective: A Qualitative Study*”(Stamm et al., 2005), outro estudo relativo à “*Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups*”(Coenen et al., 2006) e por último, um estudo sobre “*Developing a method to validate the WHO ICF Core Sets from the patient perspective: rheumatoid arthritis as a case in point*” (Coenen M. , 2008).

A metodologia utilizada na investigação foi orientada e baseada no protocolo de comparação dos *Core Sets* da CIF segundo a perspetiva dos indivíduos, desenvolvido por Coenen M. , (2008) (Anexo I).

2.3. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA

A população-alvo é constituída por indivíduos portugueses diagnosticados com AR, atualmente acompanhados por instituições de saúde portuguesas, que aceitaram após a explicação dos objetivos por parte dos investigadores participar no projeto e constituir a amostra. Os indivíduos foram previamente sujeitos a critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, nacionalidade portuguesa, diagnóstico de AR e capacidades linguísticas suficientes (Voorde et al., 2014; Coenen, 2008). Como critérios de exclusão são apresentados utentes que possuam perturbações psiquiátricas.

A determinação do tamanho da amostra, partiu do princípio da saturação referido por Coenen et al., (2006), que consiste no ponto em que o investigador já obteve informação suficiente no campo e o acréscimo de dados não acrescenta informações adicionais.

2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para se proceder á recolha de dados, para a realização de um estudo, é necessário o requerimento de autorizações formais. Deste modo, para atingir a população-alvo foram enviadas cartas para a direção de várias instituições de saúde, com um pedido de autorização e também com a descrição da proposta de estudo que nos dispomos a realizar.

Posteriormente, foi realizado um contacto com a população de forma presencial, de modo a expor toda a situação e a responder a eventuais dúvidas. Foi explicado à população quais as implicações em integrar o estudo, quais os objetivos da investigação, qual a duração dos procedimentos, de que forma os resultados serão usados, entre outros. É importante referir que a participação foi voluntária e que os participantes poderiam recusar sem quaisquer implicações. Caso algum indivíduo pretendesse desistir do estudo todos os seus dados seriam eliminados. A todos os participantes foi assegurada a confidencialidade e anonimato de todos os dados recolhidos e foram disponibilizados contactos para esclarecimentos de possíveis dúvidas que surgissem (Martin & Marker, 2007; Wendler & Grady, 2008).

No contacto presencial e segundo a *International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use* (1996), foi distribuído aos participantes interessados o consentimento informado (Anexo II), uma vez que, para a realização de um estudo desta natureza é necessário que estes dêem a sua autorização formal, livre, autónoma e informada. Este consentimento é essencial sempre que se trate de um desenvolvimento de estudos e investigações com seres humanos (Wendler & Grady, 2008). O objetivo é que a pessoa entenda a informação que lhe é dirigida, acerca da explicação do processo da investigação a realizar, tendo por base a declaração de Helsínquia (World Health Organization, 2001).

2.5. RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada por estudantes do 4ºano de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde de Leiria, em instituições de saúde em Portugal.

Inicialmente, os investigadores explicaram todos os procedimentos da entrevista e o objetivo do estudo, de forma a incentivar os indivíduos na participação do mesmo. Posteriormente foi entregue um consentimento informado (Anexo II) para a participação na investigação a realizar. Para a recolha de informação da amostra, procedeu-se á aplicação de uma ficha de caracterização da amostra presente no guião da entrevista (Anexo III), que contém dados pessoais, tais como idade, género, estado civil, agregado familiar, situação profissional, data de diagnóstico de AR, presença de outras patologias, entre outros. Nesta etapa, é importante perceber a existência ou inexistência, de alterações cognitivas da amostra, uma vez que estas poderão condicionar a entrevista e os resultados, sendo por isso aplicado o *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Anexo III). Este foi desenvolvido por Folstein, & McHugh em 1975, sendo uma das ferramentas mais utilizadas em ambientes clínicos e de pesquisa para medir e avaliar a capacidade e o comprometimento cognitivo dos indivíduos. Este questionário possui onze questões e demora entre cinco a dez minutos a administrar. É dividido em duas partes, sendo que a primeira parte requer apenas resposta vocal e abrange a orientação, a memória e a atenção, a pontuação máxima é de 21 pontos. A segunda parte do inquérito testa a capacidade de nomear, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase espontaneamente e copiar um polígono complexo, sendo que a pontuação máxima é de 9 pontos. A pontuação máxima total é de 30 pontos (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Como resultado deste instrumento, considera-se que haja défice cognitivo em indivíduos analfabetos com uma pontuação igual ou inferior a 15 pontos; em indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade com uma pontuação igual ou inferior a 22 pontos e em indivíduos com escolaridade superior a 11 anos com pontuação igual ou inferior a 27 pontos. Este instrumento de avaliação encontra-se traduzido e adaptado para a população portuguesa desde o ano de 1994 (Guerreiro, et al., 1994).

A aplicação do questionário para averiguar as comorbidades da situação clínica (Anexo III), tem como principais objetivos perceber o seu impacto e se existe influência destas

na perceção do indivíduo relativamente á sua condição de saúde. Assim a aplicação de um questionário que avalie estes parâmetros demonstra-se essencial, sendo aplicado o questionário *Self-Administered Comorbidity Questionnaire* (SCQ). Este é de autopreenchimento, sendo um instrumento curto e de fácil compreensão, utilizado em ambientes de pesquisa clínica e serviços de saúde. Os pacientes são questionados relativamente a 12 problemas de saúde, sendo abordadas questões como “Apresenta o problema?”, “Recebe tratamento para o problema?” e “Este problema limita as suas atividades?”, sendo este respondido apenas com um sim ou não. Assim, permite que os indivíduos indiquem a gravidade das comorbidades e percecionem o impacto das mesmas na funcionalidade (Sangha, Stucki, Liang, Fossel, & Katz, 2003).

Ao medir e avaliar a funcionalidade em pessoas com AR a partir de uma perspetiva biopsicossocial, é importante incluir a perspetiva do utente, uma vez que, os valores pessoais variam entre e dentro dos utentes e profissionais de saúde. A metodologia qualitativa fornece a possibilidade de explorar a perspetiva daqueles que experimentam a doença (a perspetiva do utente) (Stamm, et al., 2005). Dentro do estudo qualitativo, as duas metodologias mais utilizadas são as entrevistas individuais e os grupos focais quando se pretende explorar a perspetiva do indivíduo. No entanto, não existem recomendações fornecidas até agora sobre qual metodologia deverá ser usada em qual situação, especialmente quando a perspetiva do utente é explorada no contexto da validação dos *Core Sets* da CIF (Coenen M. , 2008). Alguns argumentos reivindicados relativos às entrevistas individuais sobre as entrevistas de grupos focais incluem a capacidade de obter informações mais profundas de cada indivíduo, e maior controlo do entrevistador sobre o processo de entrevista, em relação à natureza imprevisível da interação do grupo (Heary & Hennessy, 2006). As entrevistas individuais também permitem ao investigador obter ideias específicas e individuais, o que nem sempre é possível dentro dos grupos focais (Heary & Hennessy, 2006). Para além disso, Ezzy (2001) citado por Coenen M., (2008), nas entrevistas de grupos focais, as informações referidas pelos participantes podem ser influenciadas pelo grupo e pela relação entre os participantes, o que poderá levar á citação de problemas que não teriam surgido numa abordagem individual. Posto isto, uma vez que o objetivo do estudo passar por analisar a verdadeira perspetiva dos utentes com AR, foram realizadas entrevistas individuais aos

participantes no estudo, de modo a obter a sua verdadeira perspetiva relativa aos problemas que associam à sua situação clínica.

As entrevistas individuais devem ser conduzidas de acordo com uma determinada diretriz, incluindo a realização de questões de resposta aberta baseada na CIF (Tabela 2) e um questionário individual (Anexo III), que tem como objetivo orientar a realização da entrevista (Coenen M. , 2008), de forma a recolher a informação de acordo com os domínios da CIF. Esta deverá ser gravada em formato de áudio, assim como ser registados os dados por escrito, sendo posteriormente realizado o *linking* para a CIF (Coenen M. , 2008).

Tabela 2- Questões de resposta aberta baseadas na CIF

Componentes da CIF	Questões de resposta aberta
B) Funções do corpo	Se pensar no seu corpo, que problemas funcionais apresenta após lhe ter sido diagnosticado artrite reumatoide?
S) Estruturas de corpo	Se pensar no seu corpo, onde encontra os maiores problemas?
D) Atividades e Participação	Tendo em conta a sua vida diária, quais são seus maiores problemas?
E) Fatores Ambientais:	Tendo em conta o seu ambiente, os fatores envolventes e a sua condição de vida:
Facilitadores	O que acha que o ajuda ou que o apoia?
Barreiras	O que acha que é um obstáculo?

Ao medir e avaliar a funcionalidade em pessoas com AR a partir de uma perspetiva biopsicossocial, é importante incluir a perspetiva do indivíduo, uma vez que os valores pessoais variam entre e dentro dos utentes e profissionais de saúde. A metodologia qualitativa fornece a possibilidade de explorar a perspetiva daqueles que experimentam a doença (perspetiva do utente) (Stamm, et al., 2005).

Dentro do estudo qualitativo, as duas metodologias mais utilizadas são as entrevistas individuais e os grupos focais quando se pretende explorar a perspetiva do utente. No entanto, não existem recomendações fornecidas até agora sobre qual metodologia deverá ser usada em qual situação, especialmente quando a perspetiva do utente é explorada no contexto da validação dos *Core Sets* da CIF (Coenen M. , 2008).

Alguns argumentos reivindicados relativos às entrevistas individuais sobre as entrevistas de grupos focais, incluem a capacidade de obter informações mais profundas de cada indivíduo, e maior controlo do entrevistador sobre o processo de entrevista, em relação à natureza imprevisível da interação do grupo (Heary & Hennessy, 2006). As entrevistas individuais também permitem ao investigador obter ideias específicas e individuais (Heary & Hennessy, 2006), o que nem sempre é possível dentro dos grupos focais. Para além disso, Ezzy (2001) citado por Coenen M., 2008, nas entrevistas de grupos focais, as informações referidas pelos participantes podem ser influenciadas pelo grupo e pela relação entre os participantes, o que poderá levar à citação de problemas que não teriam surgido numa abordagem individual. Posto isto, uma vez que o objetivo do estudo passa por analisar a verdadeira perspetiva dos indivíduos com AR, foram realizadas entrevistas individuais aos participantes no estudo, de modo a obter a sua verdadeira perspetiva relativa aos problemas que associam à sua situação clínica.

2.6. ANÁLISE DE DADOS

2.6.1. Análise qualitativa

O chamado processo de condensação é utilizado para a análise qualitativa de dados, apresentando três etapas distintas. Na primeira etapa, são realizadas as transcrições dos dados recolhidos através das entrevistas à população com AR. Na segunda etapa, os dados são divididos em unidades de significado e o tema que dominou cada unidade. A unidade de significado é definida como uma unidade específica do texto, presente em algumas palavras ou frases com um tema comum. Portanto, a divisão da unidade de significado não segue regras gramaticais linguísticas. Na terceira etapa, são identificados os conceitos contidos nas unidades de significado. Uma unidade de significado pode conter mais de um conceito (Coenen et al., 2006; Coenen M., 2008).

2.6.2. *Linking* para a CIF:

De acordo com o propósito de codificação, os conceitos identificados são associados às categorias da CIF por dois profissionais de saúde, com base em regras estabelecidas de uma forma sistemática e padronizada, de forma a garantir o rigor da análise de dados. Um conceito poderá estar ligado a uma ou mais categorias da CIF. O consenso entre os dois

profissionais de saúde é usado para decidir qual categoria CIF a que deve ser ligado cada conceito. Em caso de desacordo, uma terceira pessoa treinada nas *linking rules* será consultada (Coenen et al., 2006; Coenen M. , 2008).

2.6.3. Comparação com os *Core Sets* da CIF:

Por último, procede-se à comparação dos códigos CIF identificados com o *comprehensive* e o *brief Core Set* da CIF para AR. Este processo deverá ter em conta características idênticas ou semelhantes, tendo em conta a hierarquização, ou seja, as categorias de 3º e 4º nível estão incorporadas no 2º nível (Coenen M. , 2008).

2.7.PRECISÃO E RIGOR DE DADOS

Para garantir o rigor e a precisão da análise de dados, recorreu-se a três estratégias, com o objetivo de melhorar e verificar a confiabilidade dos dados qualitativos:

2.7.1. Análise de dados contínua

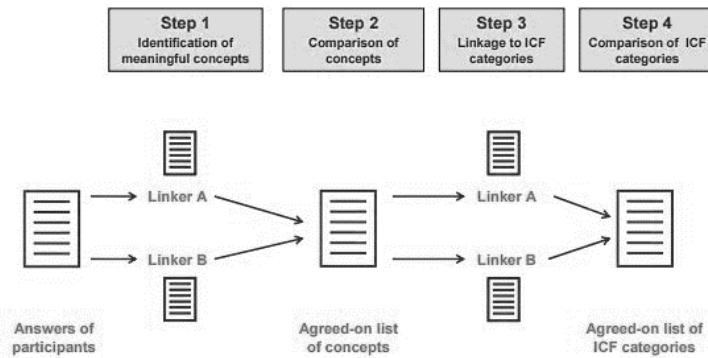
A análise dos dados é iniciada durante a sua recolha, uma vez que os dados recolhidos são analisados para verificar a saturação dos dados qualitativos (Coenen M. , 2008).

2.7.2. Codificação múltipla

Com o objetivo de garantir uma abrangência dos dados, as entrevistas individuais foram analisadas separadamente por dois investigadores, com o intuito de identificar os conceitos presentes em cada resposta dada pelo indivíduo, sendo que este processo teve por base a aplicação das *linking rules*. A análise dos dados e a sua comparação seguiu um procedimento específico que engloba 4 passos (Coenen M. , 2008).

O primeiro passo diz respeito à identificação de todos os conceitos; o segundo passo corresponde à comparação das duas versões de conceitos identificados por cada investigador, atingindo-se um consenso; o terceiro passo refere-se à ligação dos conceitos para as categorias da CIF de acordo com as *linking rules* e o quarto passo compreende a comparação dos resultados obtidos pelos dois investigadores. Num eventual desacordo entre ambas as partes, será necessário um terceiro investigador para chegar a um consenso (Coenen M. , 2008). Este processo encontra-se representado na Figura 2.

Figura 2 - Codificação múltipla



2.7.3. Revisão por pares

Com o estabelecimento de um acordo entre os dois investigadores acerca do *linking*, definiu-se uma lista com diversos conceitos respeitantes às codificações realizadas. Após a exclusão dos dados através da codificação múltipla, foi recolhida uma amostra aleatória de 15% dos conceitos identificados. Posteriormente, esta informação é analisada e codificada pelos investigadores, resultando numa revisão por pares (Coenen M. , 2008).

2.8. TRATAMENTO DOS DADOS

Para análise estatística dos dados recolhidos recorreu-se ao software SPSS versão 22.0 (*Statistical Package for the Social Science*), sendo este um software que permite a manipulação, análise e apresentação de resultados dos dados do estudo, de utilização dominante nas ciências sociais e humanas (Marôco, 2011).

Para análise de dados sociodemográficos, foi aplicada análise de estatística descritiva, concretamente frequências absolutas e relativas, medianas e médias de tendência central. Com o objetivo de analisar o grau de concordância entre observadores na codificação dos 15% dos conceitos aleatoriamente identificados através de um *site* online de sorteio de dados, recorreu-se do cálculo do coeficiente de *Cohen* (*kappa Cohen*). Este é um índice de concordância para escalas nominais diretamente interpretável com a proporção de acordo entre os dois investigadores, após ser eliminada a probabilidade de concordância devido ao acaso (Cohen, 1960).

Os valores deste coeficiente apresentam uma variância entre -1 e 1, considerando que -1 identifica um desacordo perfeito e que não se deve ao acaso, 0 corresponde a um acordo que se deve totalmente ao acaso e 1 significa um acordo perfeito entre ambos os investigadores. Assim, tendo em conta este padrão de referência, valores menores que 0,2 traduzem-se num acordo pobre, entre 0,21 e 0,4 traduz um acordo razoável, entre 0,41 e 0,60 um acordo moderado, entre 0,61 e 0,8 um acordo bom e por último entre 0,81 e 1 um acordo muito bom (Brennan & Silman, 1992).

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

O presente estudo foi realizado a 20 participantes com AR, sendo que todos estes foram incluídos no estudo. A inclusão deveu-se ao facto de todos os indivíduos preencherem os requisitos exigidos nos critérios de inclusão.

A média de idades dos participantes incluídos foi de 61,35 ($\pm 10,499$) anos (Anexo IV). Em relação ao género, participaram 19 do género feminino (95%) e 1 do género masculino (5%) (Anexo V).

No MMSE, os indivíduos incluídos no estudo obtiveram uma pontuação entre 28 a 30 com uma percentagem de 85% (17 indivíduos), outros entre 23 a 27 com uma percentagem 10% (2 indivíduos) e a restante percentagem 5% (1 indivíduo) apresentou uma pontuação entre 16 a 22 (Anexo VI).

Relativamente às habilitações literárias 25% dos indivíduos (5 participantes) apresentam escolaridade até ao 3º Ciclo do ensino básico (Anexo VII) e relativamente às ocupações habituais 60% dos participantes (12 indivíduos) apresentam-se reformados (Anexo VIII).

Os dados detalhados correspondentes a cada participante encontram-se representados em forma de tabela no Anexo IX.

3.2. DADOS RELATIVOS À IDENTIFICAÇÃO DOS CONCEITOS

Com base nas regras de identificação do significado dos conceitos (Anexo X), realizou-se a transcrição das entrevistas e identificação dos conceitos correspondentes (Anexo XI), obtendo-se posteriormente um consenso final entre os investigadores (Anexo XII). Através do cálculo do *Kappa* de *Cohen*, ao obter um valor de 76,1%, permitiu verificar que existe uma boa correlação inter-observadores na identificação dos conceitos (Anexo XIII). Alcançaram-se um total de 694 conceitos e, após a exclusão dos que se encontravam repetidos resultaram 343 conceitos diferentes.

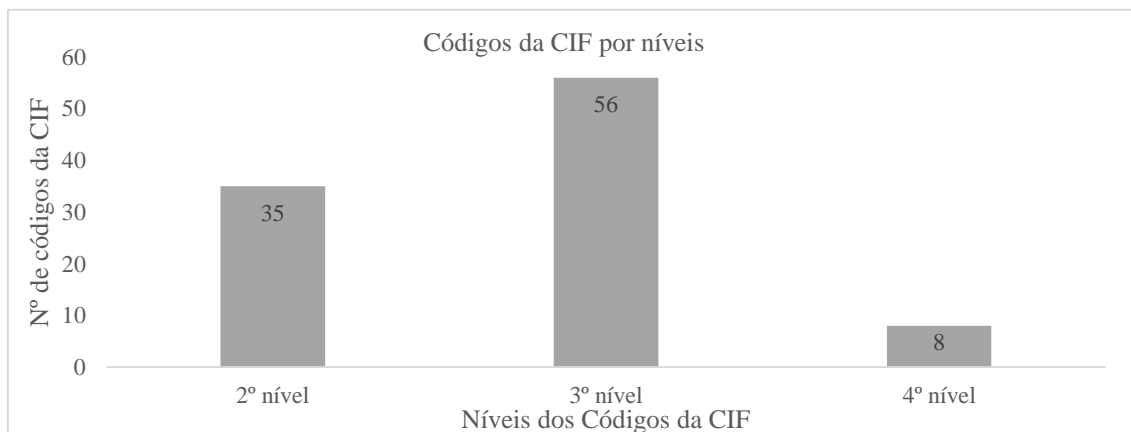
3.3.DADOS RELATIVOS AO *LINKING* DA PERSPETIVA DO UTENTE COM A CIF

Dos conceitos identificados, 99 foram codificados para categorias da CIF, 11 foram considerados como “não aplicável” (na); “não definido” (nd) e “fatores pessoais” (fp). Desta forma, obtiveram-se 4 conceitos definidos como “na”, 3 como “nd” e 4 como “fp”.

Com base nas *linking rules* (Anexo XIV), a ligação para a CIF foi realizada pelos dois investigadores separadamente (Anexo XV), posteriormente foi comparada, obtendo-se um consenso entre os mesmos (Anexo XVI). Os dois investigadores discordaram na identificação de 94 conceitos que após deliberação conjunta se tornaram compatíveis. Além destes, 22 requereram a intervenção de um terceiro investigador. A concordância entre os dois investigadores (*kappa de Cohen*) foi de 78,9% que indica uma correlação forte (Anexo XVII).

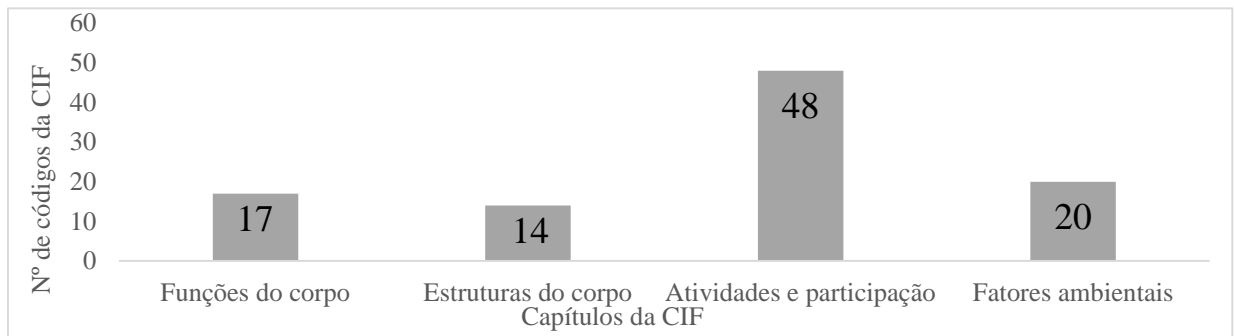
Após análise dos conceitos codificados, 0 foram de 1º nível, 35 foram de 2º nível, 56 foram de 3º nível e 8 de 4º nível. Estes valores encontram-se representados no Gráfico 1. Os códigos da CIF encontram-se divididos por capítulos e níveis no Anexo XVIII.

GRÁFICO 1- Códigos da CIF codificados por níveis



Dos conceitos identificados 17 representavam funções do corpo, 14 estruturas do corpo, 48 atividades e participação e 20 fatores ambientais, representados no Gráfico 2.

GRÁFICO 2– Códigos da CIF codificados por capítulos



De forma a perceber quais os códigos mais mencionados pelos indivíduos, foi realizada uma tabela de frequências absolutas para cada um dos códigos, esta tabela encontra-se em Anexo XIX.

3.3.1. *Linking da perspectiva do utente com a componente funções do corpo*

No total de 503 categorias identificadas com repetição inter-entrevista, diz respeito á categoria funções do corpo um total de 131 problemas que corresponde a 26,0% do total de problemas identificados pelos indivíduos (Anexo XX) . Os problemas mais reportados nesta categoria (Gráfico 3), foram:

b270, “Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos” reportada 13 vezes.

Exemplo: “*Fico com as mãos dormentes e dores.*”

b7101, “Mobilidade de várias articulações” reportada 12 vezes.

Exemplo: “*Não consigo dobrar a parte das articulações do joelho, dos braços.*”

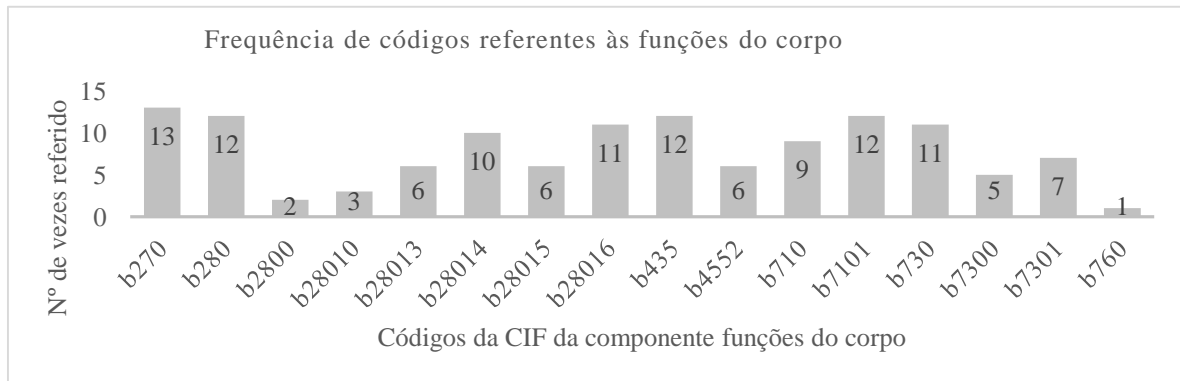
b280, “Sensação de dor” reportada 12 vezes.

Exemplo: “*Todos os dias eu tenho dores.*”

b435, “Funções do sistema imunológico” reportada 12 vezes.

Exemplo: “*Tenho problema de inchaço nas articulações tanto das mãos como dos pés e cotovelos.*”

GRÁFICO 3 – Frequências absolutas obtidas na categoria das funções do corpo



3.3.2. *Linking da perspetiva do utente com a componente das estruturas do corpo*

No total de 503 categorias identificadas com repetição inter-entrevista, no que concerne à componente estruturas do corpo, foram reportados um total de 60 problemas, que corresponde a 11,9% de todos os problemas identificados pelos indivíduos (Anexo XX). Os problemas mais reportados relativamente a esta categoria (Gráfico 4) foram os seguintes:

s7302, “Estrutura da mão”, reportada 15 vezes.

Exemplo: “*Maiores problemas são nas mãos ... e nos pés.*”

s7502, “Estrutura do tornozelo e pé”, reportada 10 vezes.

Exemplo: “*[Maiores problemas?] nas mãos e pés... e mais assim nos tornozelos.*”

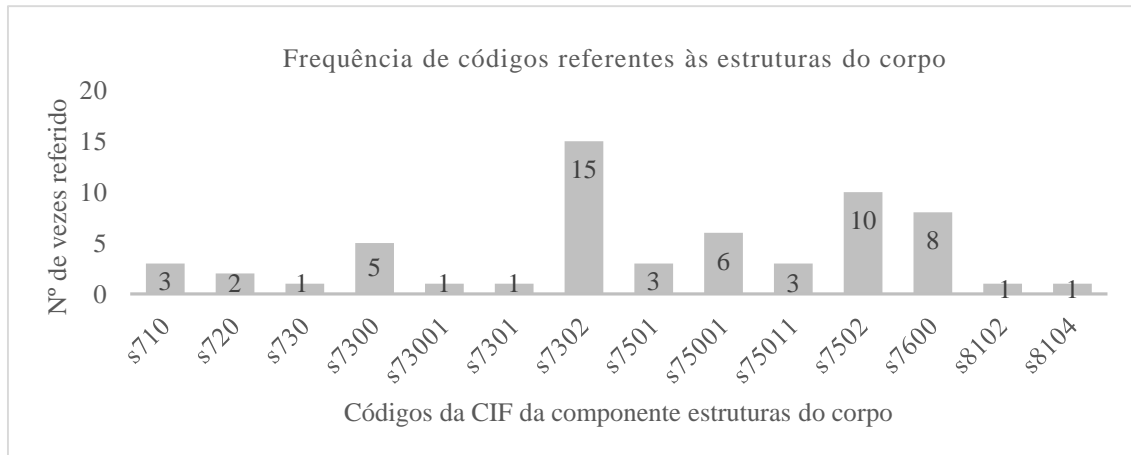
s7600, “Estrutura da coluna vertebral”, reportada 8 vezes.

Exemplo: “*[Principais problemas] nos pés, nas mãos, nos ombros, nas costas*”.

s7501, “Estrutura da perna”, reportada 6 vezes.

Exemplo: “*Os maiores problemas é nos meus pés, nas pernas, o andar já me custa andar, a nível da coluna e os meus ombros tenho também muitas dores e as minhas mãos, que isso é o principal.*”

GRÁFICO 4– Frequências absolutas obtidas em cada código da categoria estruturas do corpo



3.3.3. *Linking* da perspectiva do utente com a componente das atividades e participação

Num total de 503 categorias identificadas com repetição inter-entrevista, relativamente às atividades e participação foram identificadas pelos indivíduos 194 limitações, o que perfaz um total de 38,6% (Anexo XX). As dificuldades mais mencionadas (Gráfico 5) foram:

d4551, “Subir/descer”, reportada 11 vezes.

Exemplo: “*Subir escadas também evito muito subir escadas porque também tenho muita dificuldade e dores*”

d6402, “Limpar a habitação”, reportada 11 vezes.

Exemplo: “*Varrer não consigo, lavar o chão não consigo*”

d4154, “Permanecer de pé”, reportada 10 vezes.

Exemplo: “*já não vou a tanto lado, porque tenho de me defender... se é para estar em pé não consigo, se é para andar muito também não*”

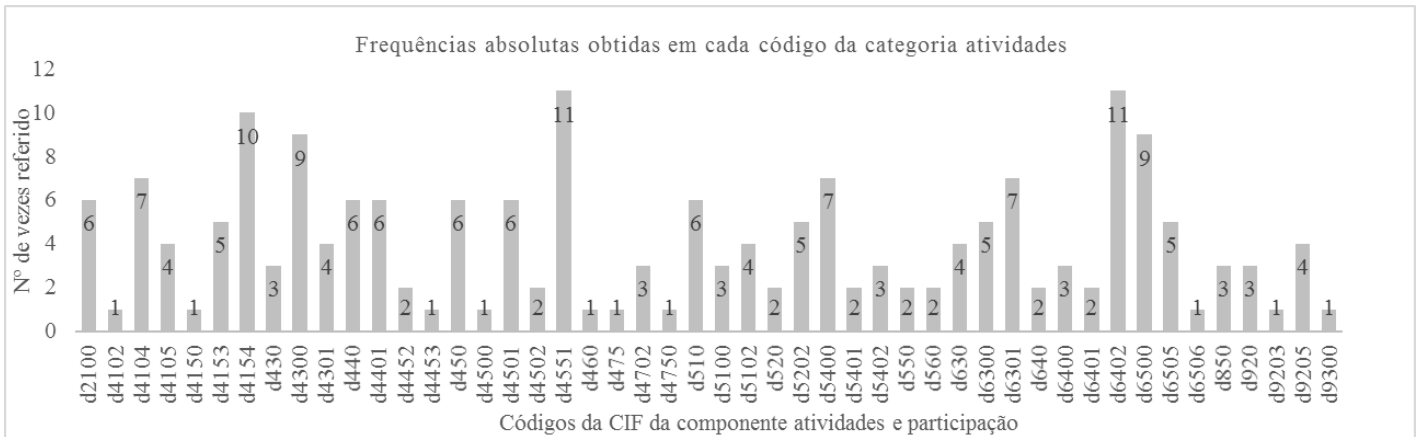
d4300, “Levantar”, reportada 9 vezes.

Exemplo: “*Não consigo pegar em nada*”

d6500, “Fazer e consertar roupas”, reportada 9 vezes.

Exemplo: “*Não consigo passar a ferro, são muitas horas de pé, e não posso por causa das minhas pernas*”

GRÁFICO 5 – Frequências absolutas obtidas em cada código da categoria atividades e participação



3.3.4. *Linking* da perspectiva do utente com a componente dos fatores ambientais

No total de 503 categorias identificadas com repetição inter-entrevista, a componente fatores ambientais inclui 107 conceitos, o que equivale a 21,3% (Anexo XX). Sendo que os conceitos mais referidos (Gráfico 6) foram:

e2250, “Temperatura”, reportada 18 vezes.

Exemplo: “*Com o calor é pior*”

e1101, “Medicamentos”, reportada 16 vezes.

Exemplo: “*Medicação tem-me ajudado*”

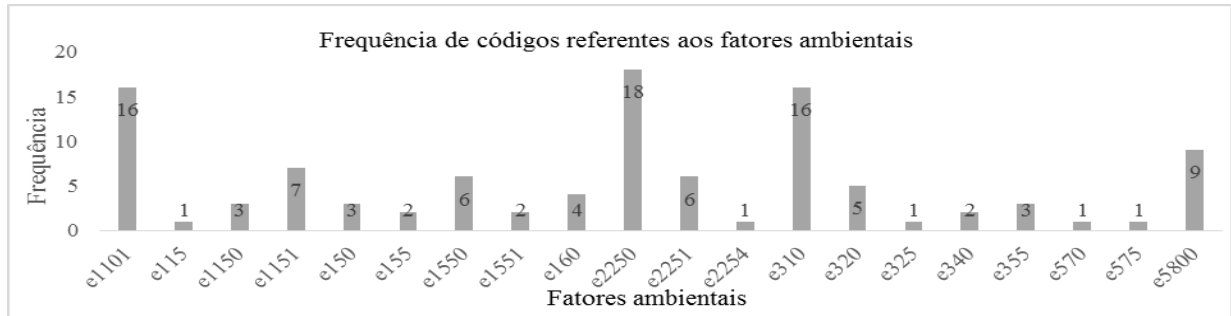
e310, “Família próxima”, reportada 16 vezes.

Exemplo: “*O meu marido é que me ajuda*”

e5800, “Serviços de saúde”, reportada 9 vezes.

Exemplo: “*Estou a ser seguida em reumatologia*”

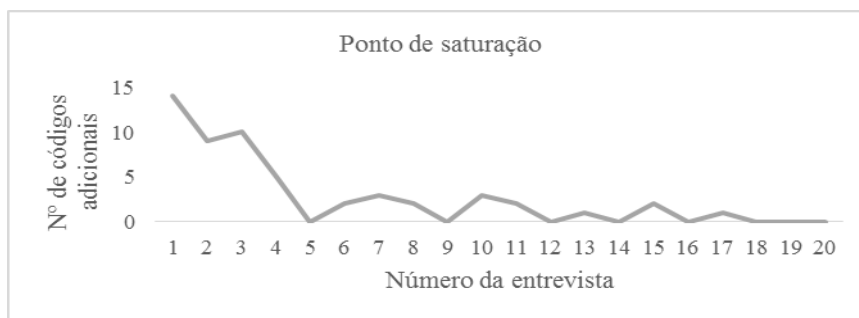
GRÁFICO 6- Frequências absolutas obtidas em cada código da categoria fatores ambientais



3.3.5. Ponto de Saturação de dados

Após a realização de 20 entrevistas, com a consecutiva identificação dos conceitos e posterior *linking* para a CIF, foi possível alcançar o ponto de saturação á vigésima entrevista, uma vez que após o *linking* dos conceitos foi possível verificar que em duas entrevistas individuais consecutivas, não foi acrescentada nenhuma categoria de 2º nível, tal como se encontra representado no Gráfico 7.

GRÁFICO 7- Ponto de saturação



3.4.COMPARAÇÃO DA PERSPETIVA DO UTENTE COM O *COMPREHENSIVE E BRIEF CORE SETS* DA CIF PARA A ARTRITE REUMATOIDE

O *comprehensive Core Set* da CIF apresenta 96 categorias (Anexo XXI), e o *brief Core Set* da CIF apresenta 39 categorias (Anexo XXII).

A comparação entre a perspetiva dos indivíduos e o *comprehensive* e *brief Core Sets* da CIF encontram-se representados na tabela do Anexo XXIII. Os códigos identificados que se encontram a *bold*, não se encontram representados nem nos *comprehensive* e *brief Core Sets* da CIF.

Das 99 categorias identificadas, 50 foram consideradas de 2º nível, respeitando a regra do protocolo de Coenen M., (2008), em que as categorias de 3º e 4º nível confirmam a categoria de 2º nível correspondente. Destas, 41 estão contempladas nas 96 categorias dos *comprehensive Core Sets* da CIF e 31 nas 39 categorias dos *brief Core Sets da CIF*, correspondendo a 42,71% e 79,49%, respetivamente.

Do total das 41 categorias compreendidas no *comprehensive Core Set 5* correspondem a funções (12,2%), 6 correspondem a estruturas (14,6%), 19 correspondem a atividades e participação (46,3%) e 11 correspondem a fatores ambientais (26,8%).

Do total das 31 categorias compreendidas no *brief Core Set 5* correspondem a funções (16,1%), 6 a estruturas (19,4%), 12 a atividades e participação (38,7%) e 8 a fatores ambientais (25,8%).

Verificou-se ainda que das categorias de 2º nível identificadas, 9 não estão compreendidas nos *Core Sets* da CIF, sendo que destas, 3 correspondem a funções do corpo (33,3%), 3 a atividades e participação (33,3%); e 3 a fatores ambientais (33,3%).

A tabela 3 representa as concordâncias verificadas anteriormente entre a perspetiva dos indivíduos e os *Core Sets* da CIF para a AR.

Tabela 3– Total de consenso obtido entre a perspetiva do utente e os Core Sets da CIF

	Número de categorias incluídas no Core Set (%)	Total de categorias existentes no Core Set (%)
<i>Comprehensive Core Set</i>	41 (42,71)	96 (100)
<i>Brief Core Set</i>	31 (79,49)	39 (100)

3.5. ANÁLISE DOS DADOS DO *SELF ADMINISTERED COMORBILITY QUESTIONNAIRE*

Através da análise dos dados obtidos no questionário SCQ pode-se verificar que dos 20 participantes, todos estes apresentam pelo menos um tipo de comorbidade (100%) (Anexo XXIV) e destes, 17 participantes (85%) referem ter mais do que uma comorbidade.

Para além das comorbidades contempladas no questionário SCQ, foram referidos outros problemas de saúde na designação “outros problemas” por 20% dos participantes (4 indivíduos), nestes incluem-se fibromialgia, hipotireoidismo, síndrome de *Shulman* e varizes (Anexo XXV).

Relativamente á frequência, a comorbidade mais referenciada é a “dor nas costas” (por 80% dos participantes), seguindo-se a “osteoartrite/osteoartrose” (por 75% dos participantes), “hipertensão arterial” (55% dos participantes), “depressão” (30% dos participantes), “doença do coração” e “doença do rim” (cada uma referida por 25% dos participantes) (Anexo XXVI).

As comorbidades classificadas como mais limitadoras nas tarefas vão de encontro às comorbidades mais referidas pelos participantes. Sabe-se então que 80% dos participantes se sente limitado nas tarefas devido a dores nas costas, 70% devido a osteoartrite/osteoartrose, 35% devido a hipertensão arterial, 15% devido a doença do coração, diabetes ou depressão, 10% devido a doença pulmonar, 5% devido a úlcera de estômago, doença no rim ou cancro e por último, os indivíduos com doença do fígado, anemia ou outra doença do sangue não se sentem limitados nas suas as tarefas (0%).

4. DISCUSSÃO

4.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra do estudo incluiu 20 indivíduos, sendo 95% do género feminino e 5% do género masculino, uma vez ser uma doença reumática que apresenta uma incidência de duas a quatro vezes maior em mulheres do que em homens (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2001). Os estudos base para o desenvolvimento deste projeto apresentam um maior número de indivíduos, 49 (Coenen, et al., 2006) e 21 (Stamm, et al., 2005), apresentando uma percentagem maior de indivíduos do género feminino, 86% e 85,71%, respetivamente. O ponto de saturação no presente estudo foi atingido na vigésima entrevista, pelo que não foi necessário recolher mais dados. Relativamente à média das idades do presente estudo, obteve-se um valor de 61,35 anos. Os estudos base apresentam uma média de idades de 57, 86 anos (Stamm, et al., 2005) e 57 anos (Coenen, et al., 2006). Esta patologia surge normalmente entre os 35 e os 50 anos de idade (Nichol & Zhang, 2005) no entanto pode se desenvolver em todas as idades, incluindo na adolescência.

Da amostra do estudo, 60% dos indivíduos apresentavam-se reformados, sendo que destes 38,5% apresentavam menos de 65 anos, podendo estar reformados pela AR, no entanto os restantes indivíduos reformados com idade superior a 65 anos também podem estar reformados pela AR e ter ficado nestas condições antes da idade definida para a reforma. Em Portugal as condições reumáticas constituem a primeira causa de consultas médicas, a principal causa de invalidez, o primeiro motivo de absentismo ao trabalho e a primeira causa de reforma antecipada, pertencendo ao grupo de condições responsáveis pelos principais gastos em saúde quer diretos ou indiretos (Ministério da Saúde- Direcção Geral de Saúde, 2003). Relativamente ao estudo de Stamm, et al., (2005) apresenta a análise relativamente à reforma dos indivíduos verificando-se 71,43% de reformados.

A taxa de incidência anual de AR em estudos varia entre 20 e 50 casos por 100.000 em países do norte da Europa (0,5 a 1,1%), sendo que esta é mais baixa nos países do sul da Europa (0,3 a 0,7%) (Carbonell, Cobo, Balsa, Descalzo, & Carmona, 2008) (Tobón,

Youinou, & Saraux , 2010). Estudos sobre a incidência e prevalência de AR sugerem variações entre populações diferentes, dentro do mesmo país. Possíveis explicações incluem a variação regional em fatores comportamentais, clima, exposições ambientais, diagnóstico de AR e fatores genéticos (Carmona, Cross, Williams, Lassere, & March, 2010). Os genes que codificam a gravidade da AR têm uma prevalência mais baixa em Espanha do que noutros países desenvolvidos no norte da Europa, o que tem sido sugerido como uma explicação para a menor prevalência e gravidade da AR no sul da Europa em comparação com as populações do norte (Carbonell, Cobo, Balsa, Descalzo, & Carmona, 2008).

Neste estudo, os problemas referidos pelos 20 participantes possibilitaram codificar 343 conceitos em categorias da CIF, resultando em 99 códigos. Por conseguinte, 4 são “fp”, 3 são “nd” e 4 são “na”. Dos 99 códigos identificados, 50 foram considerados de 2º nível. Destes, 41 estão contemplados nas 96 categorias dos *comprehensive Core Sets* da CIF e 31 nas 39 categorias dos *brief Core Sets* da CIF, correspondendo a 42,71% e 79,49%, respetivamente. Assim, pode-se afirmar que menos de metade dos problemas referidos pelos participantes encontram-se incluídos nos *comprehensive Core Sets* da CIF.

Esta classificação apresenta como limitação o facto de não abranger os fp o que pode resultar numa negligência da perspetiva do indivíduo e das suas experiências, condicionando a avaliação e intervenção baseadas na CIF. Os fatores pessoais identificados são fatos importantes na história de vida de indivíduos com AR que devem ser tidos em conta na prática clínica e reabilitação pelo profissional de saúde, de forma a promover a funcionalidade e saúde dos indivíduos, contribuindo para uma melhor compreensão do seu estado de saúde (Dür, et al., 2015; Geyh , et al., 2011).

Aquando da comparação do *linking* realizado com os *comprehensive Core Sets* da CIF, uma categoria é considerada como confirmada caso a categoria idêntica a esta seja mencionada pelos indivíduos. Uma vez que as categorias da CIF estão organizadas num sistema de códigos hierárquico, níveis inferiores partilham os mesmos atributos de categorias de um nível superior, ou seja quando é feito o *linking* de um conceito a categorias de 3º e 4º nível, a categoria de 2º nível correspondente é confirmada (Coenen M. , 2008).

Segundo esta regra mencionada no protocolo de Coenen M. , (2008) foi possível constatar que das 50 categorias de 2º nível identificadas pelos indivíduos, 9 não se encontram compreendidas nos *Core Sets* da CIF. Destas, 3 correspondem a funções do corpo (33,3%), 3 a atividades e participação (33,3%) e 3 a fatores ambientais (33,3%). Isto é um fator a ter em consideração, uma vez que significa que os *Core Sets* não contemplam alguns problemas identificados pelos indivíduos o que de alguma forma condiciona a prática clínica.

Porém ao analisarmos as categorias de 3º e 4º nível, sem as considerarmos como de 2º nível, pudemos verificar que foram identificadas pelos indivíduos 56 categorias de 3º nível. Destas, 52 (92,86%) não estão incluídas nos *Core Sets* da CIF, pelo que 4 (7,14%) estão incluídas. Relativamente às 8 categorias identificadas de 4º nível, 8 foram incluídas (100%) nos *Core Sets* da CIF. Por outro lado, também foi possível de notar que os *comprehensive e brief Core Sets* para a AR apresentam códigos que não são referidos pelos indivíduos no presente estudo.

Comparando as categorias identificadas ao longo deste estudo com as categorias dos *Core Sets* para a AR foi possível identificar categorias adicionais, destacando-se ao nível das funções as funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos, bem como funções do sistema imunológico. O facto de existirem diversas comorbidades associadas à AR pode dificultar a perceção dos principais problemas relativos unicamente à AR, uma vez que todos os outros problemas de saúde identificados pelos indivíduos também são responsáveis pelo declínio funcional destes. Além disso, os medicamentos podem também eles ser os potenciadores de sintomas e problemas que acabam por ser identificados pelos indivíduos, sendo inevitável contornar esta situação. De salientar que todos os indivíduos apresentaram pelo menos uma comorbidade associada no SQC. Estudos indicam que as comorbidades desempenham cada vez mais um papel crucial nos resultados da AR, sendo que os indivíduos com esta patologia apresentam duas ou mais comorbidades (Al-Bishri, et al., 2013). As comorbidades associadas à AR mais comuns correspondem a doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, osteoporose e infeções (Gullick & Scott, 2011; Scott, Wolfe, & Huizinga, 2010). Desta forma, será necessário um maior rigor na seleção da amostra a incluir em estudos futuros.

No presente estudo, foram encontradas categorias da componente atividades e participação que não estão incluídas nos *Core Sets* da CIF para a AR, que são relevantes segundo a perspetiva dos indivíduos. Estas provavelmente refletem a perspetiva individual de alguns participantes e a complexidade e individualidade de atividades e participação que podem ser afetadas pela AR (Coenen M. , 2008). No presente estudo, similarmente aos resultados da investigação de Stamm, et al., (2005), apesar de um grande número das categorias identificadas estarem incluídas nos *Core Sets*, alguns problemas adicionais levantados considerados importantes para os utentes não estão incluídos nestes (Stamm, et al., 2005). É de notar que os *Core Sets* da CIF para a AR não contêm todos os conceitos identificados neste estudo. Esta discrepância destaca a necessidade de incluir futuramente as preferências dos indivíduos e objetivos próprios em avaliações e intervenções clínicas (Sverker, et al., 2015).

Como supracitado, algumas das categorias codificadas de 3º e 4º nível encontram-se abrangidas pelo 2º nível nos *Core Sets* para a AR. De salientar alguns fatores ambientais que se encontram mais detalhados, nomeadamente a temperatura e a humidade podendo este facto estar relacionado com a localização geográfica de Portugal e desta forma ser mencionada de um modo mais específico pela amostra dos indivíduos deste estudo. As alterações na pressão atmosférica e na temperatura promovem um aumento da rigidez que pode alterar a resposta nociceptiva, encontrando-se esta alterada ao nível dos recetores das articulações devido à inflamação. Estas alterações podem afetar a sensação de dor por modificação das vias dos mediadores envolvidos na sensação dolorosa. Estudos referem que a humidade elevada e a temperatura baixa são aqueles que se encontram mais consistentes envolvidos nesta relação. Este fator pode justificar o facto de ter sido frequentemente mencionado e especificado pelos participantes (Miranda, et al., 2007; Patberg & Rasker, 2004).

A interpretação dos conceitos e posterior ligação para a CIF poderá ter sido alvo de possíveis erros de interpretação dos investigadores. Contudo, estes foram eliminados através do método de minimização de erros descrito na metodologia, o qual mostrou benefícios, pois permitiu discutir e conjugar as diferentes visões dos investigadores. Assim, salienta-se o *kappa de Cohen* do *linking* (78,9%) que demonstrou um nível de concordância forte entre investigadores.

Após a análise do estudo foi possível identificar alguns pontos a melhorar. Relativamente ao número da amostra, apesar de ter sido alcançado o ponto de saturação de dados à vigésima entrevista, esta possivelmente não será representativa dos indivíduos com AR de Portugal, uma vez incluir apenas indivíduos da região centro. Seria importante expandir a recolha de dados a todas as regiões de Portugal e dessa forma levar à obtenção de resultados distintos dos apresentados, se tivermos em conta os aspetos culturais inerentes a cada região do país.

4.2. DISCUSSÃO DA METODOLOGIA

O presente estudo foi baseado no protocolo de validação dos *Core Sets* da CIF de acordo com a perspetiva do utente, realizado por Coenen M., (2008), que tem como objetivo facultar linhas orientadoras e garantir um *design* e metodologia padronizados para diferentes condições de saúde e em diferentes países.

Este estudo compara também os dois métodos qualitativos mais utilizados quando se pretende explorar a perspetiva do indivíduo, os grupos focais e as entrevistas individuais. O primeiro pretende que os grupos realizem uma discussão por forma a obter perceções sobre uma área de interesse definida e desta forma recolher uma grande quantidade de informação. No entanto, está associado a um maior dispêndio de tempo (para o recrutamento dos grupos, transcrição e análise dos dados), de recursos, custos e participantes. Relativamente às entrevistas individuais, estas refletem a perspetiva pura dos indivíduos sem influência dos problemas referidos por outros elementos do grupo, consistindo esta numa vantagem comparativamente aos grupos focais (Coenen M., 2008). Fern citado por Coenen M., (2008), reporta que as entrevistas individuais geram significativamente mais informações e com maior qualidade do que os grupos focais.

No protocolo de Coenen M., (2008), apesar destes terem recorrido a grupos focais por permitirem identificar um maior número de problemas referidos pelos indivíduos, a autora conclui que não existe evidência suficiente para definir qual a melhor metodologia. Adicionalmente, esta refere que a decisão acerca do método mais favorável depende do objetivo do estudo, da condição de saúde a ser estudada e dos participantes envolvidos.

Relativamente à abordagem utilizada, importa referir que existem dois tipos de abordagens: a “abordagem aberta” e a “abordagem baseada na CIF”. Na abordagem aberta, são utilizadas perguntas abertas, onde os indivíduos são convidados a nomear os seus problemas em termos das dimensões: funções e estruturas corporais, atividades e participação e fatores ambientais (barreiras e facilitadores) que influenciam a sua vida diária. Na abordagem baseada na CIF, os indivíduos são encorajados a descrever pelas suas próprias palavras os problemas pessoais relacionados com cada capítulo específico da CIF (Coenen, Stamm, Stucki, & Cieza, 2012).

Ao comparar as duas abordagens, a abordagem baseada na CIF providenciou uma maior identificação de conceitos e categorias da CIF em ambos os métodos (grupos focais e entrevistas individuais). No entanto, este facto poderá estar associado com a nomeação dos capítulos da CIF nas questões desta abordagem e desta forma incentivar os indivíduos a nomear experiências e problemas que não teriam surgido espontaneamente na abordagem aberta (Coenen M. , 2008).

O presente estudo baseou-se na realização de entrevistas individuais com resposta aberta, uma vez que este tem como objetivo a obtenção da perspetiva vivenciada pelos indivíduos com AR sem que exista influência na indução de códigos, culminando assim numa perspetiva pura e individual. Ao utilizar esta metodologia, os participantes não têm qualquer informação adicional relativa à CIF, assim, os indivíduos não são influenciados externamente na identificação dos problemas percebidos. Deste modo, o processo de recolha de dados foi orientado pelas 5 questões contempladas no guião presente no protocolo de Coenen M., (2008), que aborda os temas relacionados com as funções e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais (facilitadores e barreiras), orientado assim, os indivíduos a abordar todas as dimensões da sua vida. Para além disso, a utilização destas questões facilitou o processo de recolha de dados e posterior análise dos mesmos e permitiu evitar dispersões que poderiam surgir não estando associadas com a condição de saúde em estudo.

O tamanho da amostra foi determinado, através do método da saturação de dados, sendo este utilizado por vários autores (Coenen M. , 2008; Stamm, et al., 2005; Coenen et al., 2012). Este método permite averiguar qual o número de participantes a incluir na

investigação, sendo atingido quando o acréscimo de dados e informações não altera a compreensão do fenómeno em estudo (Coenen, et al., 2006; Coenen M. , 2008).

Nos estudos de Coenen M., (2008) e Stamm, et al., (2005) desenvolvidos para a AR, o ponto de saturação foi atingido por ambos às 13 entrevistas individuais, numa abordagem aberta. Relativamente ao estudo de Coenen et al., (2012) para a mesma condição de saúde, o ponto de saturação foi atingido às 9 entrevistas individuais, numa abordagem aberta. No presente estudo, o ponto de saturação foi atingido após 20 entrevistas individuais, não sendo necessário continuar a recolha de dados.

Como último ponto de discussão metodológica, importa referir a regra citada no protocolo de Coenen M., (2008), relativamente à comparação do *linking* com os *comprehensive Core Sets* da *CIF*, uma vez que esta suscitou algumas questões referentes à perda de informação de conceitos específicos identificados pelos indivíduos. Como exemplo, quando um indivíduo refere dificuldade em estender a roupa (d6400 lavar e secar roupa), a categoria de 2º nível correspondente é codificada como d640 realizar tarefas domésticas. Caso outro indivíduo refira dificuldades em varrer (d6402 limpar a habitação) este corresponde ao mesmo código de 2º nível (d640 realizar tarefas domésticas). Desta forma, ao fazer jus à regra supracitada estaremos a incluir na mesma categoria de 2º nível dificuldades distintas referidas pelos próprios indivíduos, culminando numa perda do detalhe da informação.

5. CONCLUSÃO

O estudo teve como principal objetivo verificar se os problemas percecionados pelos indivíduos portugueses com AR se encontram apresentados na versão dos *comprehensive* e *brief Core Sets* da CIF, para a condição supracitada. Assim, permitiu concluir que dos 99 códigos identificados, 50 são considerados como de 2º nível. Destes, 41 (42,71%) estão contemplados nas 96 categorias dos *comprehensive Core Set* da CIF e 31 (79,49%) nas 39 categorias dos *brief Core Set* da CIF, respetivamente. Deste modo, 9 códigos não se encontram compreendidos nos *Core Sets* da CIF. Foi possível concluir que apesar de existirem os *comprehensive* e *brief Core Sets* para a AR estes não abrangem diversos problemas percecionados pela amostra. Contudo, verificou-se que integram algumas categorias que não foram relevantes para a população supracitada.

O facto da amostra não ser representativa da população portuguesa com AR, pelo número reduzido de participantes por área geográfica (2 distritos), representa uma limitação do estudo. Assim, pode não ser suficiente para retirar conclusões acerca da diversidade e representatividade da população. Sugere-se que estudos futuros devam incluir uma maior abrangência geográfica, de forma a apresentar uma maior variedade de dados, uma vez que os fatores contextuais apresentam grande influência na condição destes indivíduos.

A existência de uma ténue experiência dos investigadores no que concerne à identificação de conceitos e *linking* para a CIF, poderá ter influenciado a interpretação destes, sendo que Coenen M., (2008) refere que este processo deverá ser executado por *experts* da CIF.

Os participantes maioritariamente encontram-se a receber tratamento fisioterapêutico, condicionando a quantidade e tipologia das limitações apresentadas por eles, podendo variar quando comparadas com indivíduos que não se encontrem em tratamento.

Foram referidos sobretudo problemas ao nível das atividades e participação e fatores ambientais, refletindo a importância destes em relação aos outros domínios da CIF. Assim, surge a importância de cada vez mais olhar à perspetiva do indivíduo e todos os contextos que o envolvem e influenciam, valorizando uma decisão clínica partilhada, consciente e centrada no indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Bishri, J., Attar, S., Bassuni, N., Al-Nofaiey, Y., Qutbuddeen, H., Al-Harhi, S., & Subahi, S. (2013, Abril 4). Comorbidity Profile Among Patients with Rheumatoid Arthritis and the Impact on Prescriptions Trend. *6*, pp. 11-18. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623601/>

Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, *53*, 239–244.

Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatoide. (1995, Abril 5). *ANDAR*. Retrieved out 23, 2015, from Andar 20 anos- Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatoide: <http://www.andar-reuma.pt/pt/quem-somos>

Berzina, G., Paanalahti, M., Lundgren-Nilsson, Å., & 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*, *45*, 609-615.

Brennan, P., & Silman, A. (1992). Statistical methods for assessing observer variability in clinical measures. *British Medical Journal*, *304*, 1491-1494.

Carbonell, J., Cobo, T., Balsa, A., Descalzo, M., & Carmona, L. (2008, Janeiro 27). The incidence of rheumatoid arthritis in Spain: results from a nationwide primary care registry. *Oxford Journals*, *47*(7), 1088-1092. Retrieved from <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/47/7/1088.long>

Carmona, L., Cross, M., Williams, B., Lassere, M., & March, L. (2010, Dezembro). Rheumatoid arthritis. *24*(6), pp. 733–745. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521694210000872>

Cieza, A., Ewert, T., Ustun, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2004). Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine*, (44 Suppl), 9–11. <http://doi.org/10.1080/16501960410015353>

Coenen, M. (2008, 01 21). Developing a method to validate the WHO ICF Core Sets from the patient perspective: rheumatoid arthritis as a case in point. pp. 1-91.

Coenen, M., Cieza, A., Stamm, T., 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 and Therapy*, 8(4), 1-14.

Coenen, M., Stamm, T. A., Stucki, G., & Cieza, A. (2012). Individual interviews and focus groups in patients with rheumatoid arthritis: a comparison of two qualitative methods. *Quality of Life Research*, 21(2), 365.

Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46.

Dür, M., Coenen, M., Stoffer, M. A., Fialka-Moser, V., Kautzky-Willer, A., Kjekken, I., . . . Stamm, T. A. (2015, Fevereiro 25). Do patient-reported outcome measures cover personal factors important to people with rheumatoid arthritis? A mixed methods design using the International Classification of Functioning, Disability and Health as frame of reference. *13(27)*, pp. 1-13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25879438>

Engel, G. L. (1977, Abril 8). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *196(4286)*, pp. 129-136.

Farias, N., & Buchalla, C. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*, 8(2), 187-93.

Ferreira, P. L. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Retrieved 11 03, 2015, from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. psychiat. Res.*, 12, pp. 189-198.

Fontes, A. P., & Fernandes, A. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 171-178.

Fontes, A., Fernandes, A., & Botelho, M. (2010, Dezembro). Funcionalidade e incapacidade: Aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF). 28(2).

Fontes, A., Fernandes, A., & Botelho, M. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Port Saúde Pública*, 28(2).

Geyh, S., Peter, C., Müller, R., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., Ustün, B., . . . Cieza, A. (2011). The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature - a systematic review and content analysis. 33, pp. 13-14. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20925452>

Gibofsky, A. (2012). Overview of epidemiology, pathophysiology, and diagnosis of rheumatoid arthritis. *The American Journal of Managed Care*, 18(13 Suppl), S295–302.

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, pp. 1,9.

Guillemin, F. (2000). Functional disability and quality-of-life assessment in clinical practice, 39, 17–23.

Gullick, N. J., & Scott, D. L. (2011). Best Practice & Research Clinical Rheumatology Co-morbidities in established rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 25(4), 469–483. <http://doi.org/10.1016/j.berh.2011.10.009>

Heary, C., & Hennessy, E. (2006). Focus groups versus individual interviews. *focus groups versus individual interviews with children: A comparison of data*.

Instituto Português de Reumatologia. (2013). *Instituto Português de Reumatologia*. Retrieved from <http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=154>

Kirchberger, I., Glaessel, A., Stucki, G., & Cieza, A. (2007). Validation of the comprehensive international classification of functioning, disability and health core set for rheumatoid arthritis: the perspective of physical therapists. *Physical Therapy*, 87(4), 368–384. <http://doi.org/10.2522/ptj.20050237>

Lawrence, A., Haroon, N., Aggarwal, A., & Lawrence, A. (2007). Impact of rheumatoid arthritis on quality of life, (November 2015). <http://doi.org/10.1007/s10165-007-0604-9>

Lubeck, D. P. (n.d.). Health-Related Quality of Life Measurements and Studies in Rheumatoid Arthritis, 8(9), 811–820.

Marôco, J. (2011). Análise Estatística com SPSS Statistics. In *Como usar este livro? In J. Marôco* (5ª ed., p. 1). Report Number.

Martin, J., & Marker, D. A. (2007). Informed Consent: Interpretations and practice on social surveys. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2260–2271.

Ministério da Saúde- Direcção Geral de Saúde. (2003). Rede de Referenciação Hospitalar de reumatologia. retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/rede%20de%20referencia%20c3%87%c3%83o%20de%20reumatologia.pdf>

Miranda, L. C., Parente, M., Silva, C., Clemente-Coelho, P., Santos, H., Cortes, S., . . . Teixeira, A. (2007). A percepção da dor e alterações climáticas em doentes reumáticos. *Acta Reum. Port.*, 32, 351-361.

Monjardino, T., Lucas, R., & Barros, H. (2011). Frequency of rheumatic diseases in Portugal: a systematic review. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 36(4), 336–363.

Nichol, M. B., & Zhang, L. (2005). Depression and health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis, 645–653.

Organização Mundial de Saúde. (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Genebra: Saúde OMD.

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.

Pangman, V. C., Sloan, J., & Guse, L. (2000). An examination of psychometric properties of the mini-mental state examination and the standardized mini-mental state examination: implications for clinical practice. *Applied Nursing Research : ANR*, 13(4), 209–213. <http://doi.org/10.1053/apnr.2000.9231>

Papana, A., Meng, S. J., Wei, Y. X., Wang, W., Ruth, M., Page, C., ... Majeed, A. (2015). Prevalence of rheumatoid arthritis in low – and middle – income countries : A, 5(1). <http://doi.org/10.7189/jogh.05.010409>

Patberg, W. R., & Rasker, J. J. (2004). Weather effects in rheumatoid arthritis: from controversy to consensus. A review. *J Rheumatol.*, 31(7), 1327-34.

Sahrman, S. (1988). Diagnosis by the physical therapist-a prerequisite for treatment. A special communication. *Phys Ther*, 68(11), 1703-6.

Sampaio, R., Mancini, M., Gonçalves, G., Bittencourt, N., Miranda, A., & Fonseca, S. (2005). Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Prática Clínica do Fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 9(2), 129-136.

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*, 49(2), 156–163.
<http://doi.org/10.1002/art.10993>

Schneidert, M., Hurst, R., Miller, J., & Ustün, B. (2003, Junho). The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 25((11-12)), 588-595.

Scott., D. L., Wolfe, F., & Huizinga, T. W. (2010, Outubro). Rheumatoid arthritis. 376(9746), pp. 1094–1108. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610608264>

Selb, M., Escorpizo, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., Ustun, 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*, 51(1), 105–117.

Sociedade Portuguesa de Reumatologia. (2001). *Sociedade Portuguesa de Reumatologia*. Retrieved out 27, 2015, from <http://www.spreumatologia.pt/doencas>

Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. (2007, Junho). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. 15(3).

Stamm, T., Cieza, A., Coenen, M., Machold, K., Nell, V., Smolen, J., & Stucki, G. (2005, Jun). Validating the International Classification of Functioning, Disability and Health Comprehensive Core Set for Rheumatoid Arthritis from the patient perspective: A qualitative study. *Arthritis Rheum*, 53(3).

Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2002). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy*, 82(11), 1099-1100.

Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2012, Novembro). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 82(11), 1062-1063.

Stucki, G., & Cieza, A. (2004). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for rheumatoid arthritis: a way to specify functioning. *Ann Rheum Dis*, 63, 40-45.

Stucki, G., Cieza, A., Geyh, S., Battistella, L., Lloyd, J., Symmons, D., . . . Schouten, J. (2004). ICF Core Sets for Rheumatoid Arthritis. (T. & Francis, Ed.) *Journal of Rehanilitation Medicine*(44), 87-93.

Stucki, G., Kostanjsek, N., Ustun, B., & Cieza, A. (2008). ICF-based classification and measurement of functioning. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44(3), 315–328.

Sverker, A., Östlund, G., Thyberg, M., Thyberg, I., Valtersson, E., & Björk, M. (2015). Dilemmas of participation in everyday life in early rheumatoid arthritis: a qualitative interview study (The Swedish TIRA Project). *Disabil Rehabil.*, 37(14), 1251-9.

Tobón, G. J., Youinou, P., & Saraux , A. (2010, Março). The environment, ge-epidemiology, and autoimmune disease: Rheumatoid arthritis. 9(5), pp. 288–292. Retrieved from 10.1016/j.autrev.2009.11.019

Voorde, B. D. E., Vlieland, V., Classi, I., Sets, I. C. F. C., Measure, O. P., Profile, A., ... Sets, I. C. F. C. (2014). IN C ER IG E ® A C ER, 50(2), 171–184.

Wendler, D., & Grady, C. (2008). What should research participants understand to understand they are participants in research? *Bioethics*, 22, 203-208.

World Health Organization. (2001). World Medical Association Declaration of Helsinki. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), 373-374.

World Health Organization. (2013, October). How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Yen, T.-H., Liou, T.-H., Chang, K.-H., Wu, N.-N., Chou, L.-C., & Chen, H.-C. (2014). Systematic review of ICF core set from 2001 to 2012. *Disability and Rehabilitation*, 36(3), 177–184. <http://doi.org/10.3109/09638288.2013.782359>