

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

BIBIANA CALDEIRA MONTEIRO

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE DAS
PROPRIEDADES DE MEDIDA DA *LUCERNE ICF BASED*
***MULTIDISCIPLINARY OBSERVATION SCALE (LIMOS)* - ESCALA DE USO**
MULTIPROFISSIONAL BASEADA NA CIF

São Paulo – SP

2023

BIBIANA CALDEIRA MONTEIRO

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE DAS
PROPRIEDADES DE MEDIDA DA *LUCERNE ICF BASED*
MULTIDISCIPLINARY OBSERVATION SCALE (LIMOS) - ESCALA DE USO
MULTIPROFISSIONAL BASEADA NA CIF**

Dissertação apresentada para o exame de Defesa
da Universidade Nove de Julho, como requisito
parcial do curso de Mestrado em Ciências da
Reabilitação.

São Paulo – SP

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Monteiro, Bibiana Caldeira

Tradução, adaptação transcultural e análise das propriedades de medida da Lucerne ICF Based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS) - escala de uso multiprofissional baseada na CIF. / Bibiana Caldeira Monteiro. 2023.

118 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2023.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Soraia Micaela Silva.

1. Classificação internacional de funcionalidade. 2. Medidas de resultados relatados pelo paciente. 3. Reprodutibilidade. 4. Validação. 5. Confiabilidade. 6. Reabilitação.

I. Silva, Soraia Micaela. II. Título

CDU 615.8

São Paulo, 05 de dezembro de 2023.

TERMO DE APROVAÇÃO

Aluno (a): BIBIANA CALDEIRA MONTEIRO

Título da Dissertação: "TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DA LUCERNE ICF BASED MULTIDISCIPLINARY OBSERVATION SCALE (LIMOS) – ESCALA DE USO MULTIPROFISSIONAL BASEADA NA CIF"

Presidente: PROFA. DRA. SORAIA MICAELA SILVA



Documento assinado digitalmente
 CID ANDRÉ FIDELIS DE PAULA GOMES
Data: 06/12/2023 12:38:18-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Membro: PROF. DR. CID ANDRÉ FIDELIS DE PAULA GOMES

Documento assinado digitalmente
 LUCIANA CASTANEDA RIBEIRO
Data: 08/12/2023 07:37:04-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Membro: PROFA. DRA. LUCIANA CASTANEDA RIBEIRO

São Paulo, 05 de dezembro de 2023.
DEDICATÓRIA

À minha família de origem pela formação como pessoa e profissional,
incentivando e adorando das mais diversas formas;

À família que formei pelos incentivos, apoio e compreensão, especialmente nos
momentos mais difíceis;

Aos participantes do meu estudo e pacientes que compartilharam seus tempos
e proporcionaram boas conversas;

Às minhas equipes dos sonhos que me fortaleceram para que eu pudesse
ousar voar mais alto e concretizar meus estudos e pesquisa;

À família Ursal que ganhei dos meus filhos e que apoiam a mim e meus filhos
na jornada;

Às mulheres e mães que me ofereceram apoio para o cuidado com os filhos e
suporte emocional para que eu seguisse fazendo o que acredito e desejo;

À professora e orientadora Soraia Micaela por ter me aceitado, direcionado e
participado muito intensamente para minha pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Nove de Julho pela oferta do curso na modalidade on line, permitindo a concretização dos meus estudos;

À CAPES pela bolsa de estudos que permitiu estudar e realizar esta pesquisa;

Às alunas de iniciação científica Gleiciane Colaça Leandro e Elisa Ramos de Souza Baldi e colegas de mestrados Ariadne Cardoso e Léia Cordeiro que foram fundamentais para a realização da pesquisa;

Ao meus pais que ainda me dão suporte para minhas realizações;

Aos colegas e amigos de trabalho que me apoiaram para driblar os impedimentos que recebi e permitiram que eu concluísse meus estudos e pesquisas;

À Beatrice e Tim por compartilharem o instrumento para possibilitar nosso estudo e uso;

À orientadora e professora Soraia Micaela Silva pela orientação e acolhimento para que eu pudesse me desenvolver e concretizar essa pesquisa.

RESUMO

Introdução: Para a mensuração da funcionalidade e produção de indicadores de saúde é necessário novos instrumentos. O centro de reabilitação de Lucerne desenvolveu um instrumento padronizado, de fácil aplicação na prática clínica e denominada *Lucerne ICF Based Multidisciplinary Observation Scale* (LIMOS). Contudo, o uso deste instrumento ainda não está disponível no Brasil. **Objetivo:** traduzir e realizar a adaptação transcultural da escala LIMOS para ser utilizada no Brasil e verificar a reprodutibilidade, validade e acurácia. **Métodos:** O processo de tradução e adaptação transcultural consistiu nas fases descritas no COSMIN. Participaram do estudo 83 adultos que tiveram AVC. Foi analisada a reprodutibilidade, Erro de Medida Padrão, Mínima Mudança Detectável. A consistência interna, a validação externa e a acurácia, considerando risco $\alpha=0,05$. **Resultados:** O instrumento LIMOS-Brasil mostrou-se adequado equivalência semântica após as adaptações. Os valores da escala total da LIMOS apresentou consistência interna de 0,89, boa reprodutibilidade intra e interavaliadores ($ICC_{2,1} = 0,97$; $IC95\%=0,94-0,98$ e $ICC_{2,1} = 0,85$; $IC95\%=0,73-0,91$, respectivamente). Validade convergente positiva e de forte magnitude com a MIF ($\rho=0,85$; $p<0,01$) e acurácia para apontar a independência na funcionalidade com a nota corte de 183 pontos (sensibilidade 85,2% e especificidade 88,6%). **Conclusão:** A análise preliminar evidenciou estabilidade dos dados teste-reteste no resultado total e na maior parte das subescalas, boa validade externa e acurácia para pessoas que tiveram AVC.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente, Reprodutibilidade, Validação, Confiabilidade, Reabilitação, incapacidade e saúde, LIMOS

ABSTRACT

Introduction: New instruments are needed to measure functionality and produce health indicators. The Lucerne rehabilitation center developed a standardized instrument, easy to apply in clinical practice, called the Lucerne ICF Based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS). However, the use of this instrument is not yet available in Brazil. **Objective:** to translate and carry out the cross-cultural adaptation of the LIMOS scale to be used in Brazil and verify reproducibility, validity and accuracy. **Methods:** The translation and cross-cultural adaptation process consisted of the phases described in COSMIN. 83 adults who had had a stroke participated in the study. Reproducibility, Standard Measurement Error, Minimum Detectable Change were analyzed. Internal consistency, external validation and accuracy, considering risk $\alpha=0.05$. **Results:** The LIMOS-Brazil instrument demonstrated adequate semantic equivalence after adaptations. The LIMOS total scale values presented an internal consistency of 0.89, good intra- and inter-rater reproducibility ($ICC_{2.1} = 0.97$; $CI_{95\%}=0.94-0.98$ and $ICC_{2.1} = 0.85$; $CI_{95\%} =0.73-0.91$, respectively). Positive and strong convergent validity with the MIF ($\rho=0.85$; $p<0.01$) and accuracy to indicate independence in functionality with a cut-off score of 183 points (sensitivity 85.2% and specificity 88.6%). **Conclusion:** The preliminary analysis showed stability of the test-retest data in the total result and in most subscales, good external validity and accuracy for people who had a stroke.

Keywords: International Classification of Functioning, Patient Reported Outcome Measures, Reproducibility, Validation, Reliability, Rehabilitation, disability and health, LIMOS

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE ABREVIATURAS	11
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	13
11.1 Reabilitação Física - conceito e dados epidemiológicos	13
1.2 Comunicação multiprofissional e abordagem biopsicossocial	14
1.3: Instrumentos de Avaliação da Funcionalidade e Incapacidade Humana:	17
Desafios e alternativas na busca por medidas padronizadas e desenvolvidas a partir da CIF	17
1.4 LIMOS - Lucerne ICF based multidisciplinary Observation Scale	19
JUSTIFICATIVA	21
2. OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos específicos	23
3. MÉTODOS	23
3.1 Delineamento do estudo	23
3.2 Aspectos éticos	23
3.3 Participantes	24
Critérios e elegibilidade	24
Tamanho Amostral	25
3.4 Instrumentos de avaliação	25
Medida de Independência Funcional	25
Lucerne ICF Based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS)	26
Procedimentos	27
3.6 Análise das Propriedades Clinimétricas	32
Validade de Conteúdo	32
Consistência Interna	32
Reprodutibilidade	33
Validade Convergente	33
Acurácia	33
3.7 Análise dos dados	34
Tradução e adaptação Transcultural	34
Análise Estatística	34
4. RESULTADOS	35
4.1 - Características dos participantes	35
4.2. Tradução e adaptação do Instrumento LIMOS-Brasil (fase 1, 2 e 3)	37
4.3 Tradução e adaptação do Manual LIMOS (fase 1, 2 e 3)	38
Adaptação para avaliação a partir da percepção do paciente e Tradução de retorno (fase 3 e 4)	38
4.4. Avaliação inicial pelo público-alvo (fase 5 e 6)	39
Apresentação da LIMOS-Br após processo de Tradução e adaptação	41
4.5. Evidência de Validade	42
Validade de Conteúdo	42

CONSISTÊNCIA INTERNA	43
VALIDADE CONVERGENTE	43
REPRODUTIBILIDADE	44
ACURÁCIA	45
6. DISCUSSÃO	45
Tradução e Adaptação Transcultural	46
Limitações do estudo	50
Perspectivas futuras	51
Implicações Clínicas	51
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
8. REFERÊNCIAS	52
9. ANEXO	57
ANEXO A	57
Email autorização dos Autores	57
ANEXO B	58
TCLE	58
ANEXO C	61
Parecer CEP	61
ANEXO D	66
LIMOS Original	68
ANEXO E	69
MIF	69
ANEXO F	70
Questionário Sociodemográfico e Características do AVC	70
ANEXO G	71
Manual para aplicação da LIMOS-Br	71
ANEXO H	105
LIMOS-Br	105
ANEXO I	127
Recortes dos Relatos dos especialistas	127
ANEXO J	128
Recorte dos relatos das entrevistadoras	128

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Processo de tradução e adaptação transcultural	22
Figura 2. Processo de validação	25
Figura 3. Correlação entre a escala LIMOS e MIF.	43
Figura 4. Acurácia da LIMOS medida pela curva ROC.	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características clínico-demográficas dos participantes do estudo.	36
Tabela 2. Consistência interna das subescalas e escore total da LIMOS.	42
Tabela 3. Análise da confiabilidade intra-avaliador (teste-reteste) da LIMOS (n=64).	44
Tabela 4. Análise da confiabilidade interavaliadores da LIMOS (n=50).	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 2: Itens alterados para melhor equivalência semântica e conceitual.	37
Quadro 3: Lista de termos modificados ou excluídos para uso do instrumento no Brasil.	38
Quadro 4. Alterações dos itens durante a fase 5 e 6 da fase de tradução e adaptação transcultural	39
Quadro 5. Alterações da descrição dos níveis funcionalidade (pontuação) durante a fase 5 e 6 da fase de tradução e adaptação transcultural	40

LIMOS-Br após processo de Tradução e adaptação	41
PONTUAÇÃO LIMOS	

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AUC – *Aérea Under the Curve* - Área Embaixo da Curva

CoEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CCI - Coeficiente de Correlação Intraclasse

CID – Classificação Internacional de Doenças e Condição de Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade em Saúde

COSMIN - *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INSTRUMENT* – Consenso-padrão base para instrumento de medição em saúde

COVID-19 – *coronavirus disease-19* – Doença Coronavírus-19

EPM - Erro Padrão da Medida

GRASS – *Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies* - Diretrizes para Reportar Confiabilidade e Concordância em Estudos

IB – Índice de Barthel

MAF – Medida de Atividade Funcional

MEEM - MiniExame do Estado Mental

MIF – Medida de Independência Funcional

MMD - Mínima Mudança Detectável

LIMOS – *Lucerne ICF based Multidisciplinary Observation Scale* – Escala Observacional multidisciplinar baseada na CIF de Lucerne

OMS – Organização Mundial de Saúde

PROM – *Patient-Reported Outcome Measurement* - Medida de desfecho baseado no relato de pacientes

ROC – *Receiver-Operating Characteristic*

T1, T2 e T1-2 – Tradução 1, Tradução 2 e Tradução 1-2 (síntese)

UNINOVE - Universidade Nove de Julho

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Reabilitação Física - conceito e dados epidemiológicos

Após diversas mudanças demográficas e modo de vida, no meio do século passado foi descrita a transição epidemiológica, que tem entre as características, a redução da prevalência de doenças infectocontagiosas, aumento da prevalência de causas externas, doenças crônicas não transmissíveis e da expectativa de vida (1). Sendo observado nesse período, o aumento do número de pessoas com alguma deficiência e um período estendido de convivência com o aumento da incapacidade, o que exige mudanças nas políticas públicas e investimento em reabilitação. Nesse sentido, reabilitação é definido como “um conjunto de intervenções destinadas a otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade em indivíduos com problemas de saúde em interação com seu meio” (2), e tem como objetivos a melhora da capacidade e desempenho, intervindo em fatores individuais e ambientais que influenciam a funcionalidade, a independência e a autonomia, para facilitar a participação da pessoa em diferentes situações, seja devido a situações permanentes ou transitórias (3).

Na última década, observou-se um aumento importante na demanda por reabilitação, sendo que atualmente, estima-se que 33% das pessoas do mundo poderão se beneficiar desta intervenção em algum momento em sua vida, envolvendo inclusive pessoas em idade produtiva, cujo aumento é esperado após a pandemia de COVID-19, devido às sequelas com diferentes graus. As intervenções que envolvem reabilitação exigem oferta de assistência de diferentes níveis e durações, e inclui a disponibilidade de tecnologia assistiva para aumentar a funcionalidade (4).

É preciso considerar ainda, que o impacto da deficiência diferente em países menos desenvolvidos, na América Latina, a falta de políticas públicas inclusivas e a participação no mercado de trabalho limitadas geram necessidade de cuidado de terceiros e de dependência financeira, podendo ser observado a maior incapacidade como produto da pobreza, considerando o impacto econômico e a escassez de políticas e assistência social. O que é acompanhado por baixa oferta de serviços, programas e políticas de saúde voltadas à

reabilitação e inclusão de pessoas com deficiência, tornando essa população cada vez mais invisível e discriminada, reduzindo ainda mais ações eficientes direcionada à pessoa com deficiência e estendendo o impacto em pessoas do entorno, como familiares, vizinhos e amigos (5).

Para compreender esse novo momento da saúde da população, é preciso olhar para informação de funcionalidade, rompendo o paradigma de que fatores biológicos negativos individuais (deficiências) são fatores causadores de incapacidades, enfatizando a necessidade de produção de informações que incluam fatores externos ao sujeito (6). Em outras palavras, os indicadores clássicos epidemiológicos como os de mortalidade e morbidade que enfatizam a doença e as condições individuais tornam-se insuficientes para descrever as experiências de vida relacionadas à saúde, sendo necessário um terceiro indicador que considere a relação do indivíduo com o ambiente. Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) (6), que também tem como objetivo a padronização da linguagem e criação de códigos para permitir o uso estatístico. Além da variabilidade das apresentações de uma condição de saúde, é fundamental considerar fatores pessoais (7,8) e fatores ambientais (9) para a compreensão da funcionalidade e saúde.

Dentre as condições de saúde que mais demandam atenção, causam incapacidade e sobrecarregam os serviços de reabilitação, destaca-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esta condição impacta significativamente na funcionalidade, afetando diversos domínios, e apresenta uma prevalência considerável, com índices crescentes, especialmente em mulheres mais jovens (5,10). O AVC, por ser uma condição que influencia múltiplas funções corporais, requer uma abordagem de equipe multiprofissional, demandando avaliações abrangentes que contemplem diferentes domínios (8,11,12). Para fornecer uma visão abrangente do impacto dessa condição, é essencial contar com um instrumento multiprofissional capaz de abordar os diversos aspectos afetados.

1.2 Comunicação multiprofissional e abordagem biopsicossocial

Um propósito importante da CIF é organizar a linguagem para que seja padronizada, sem hierarquia e neutra, possibilitando um olhar multiprofissional favorecendo a comunicação multiprofissional em discussões em equipes e

pesquisas. Classificar diferentes aspectos dentro dos componentes de saúde permite maior compreensão, monitorização e gerenciamento das condições de saúde individuais e coletivas e suas interações de forma dinâmica e complexa entre si (13,14). A dificuldade da aplicação da CIF na pesquisa pode estar relacionada ao fato de ser um amplo sistema de classificação que organiza as informações e que não está relacionado a um instrumento de medida específico, embora possam ser desenvolvidos instrumentos de avaliação clínica baseado em seus princípios.

A aplicação prática da CIF facilita a comunicação multiprofissional e científica, e permite avaliar e integrar as informações, podendo modificar o conhecimento e atuação clínica. A classificação não se limita à aspectos corporais e descreve a funcionalidade a partir da relação da pessoa com o meio em que vive oferecendo informações integradas, permitindo melhor compreensão das condições de saúde a partir de uma abordagem biopsicossocial. A identificação dos componentes que geram funcionalidade e incapacidades de modo sistematizado permite registros que podem ser articulados e utilizados como informações que poderão ser direcionadas para facilitar a elaboração de políticas públicas para promover igualdade de oportunidades, garantir direitos e reduzir a discriminação (15).

O modelo biopsicossocial da CIF modifica o conceito de saúde que sempre relaciona a incapacidade à presença de doenças, apresentando um modelo que permite identificar que a incapacidade pode ter início em questões ambientais (6,16). Ao considerar fatores orgânicos e ambientais, é possível observar que o impacto da deficiência ocorre de forma diferente em cada um, e destaca que os limites e restrições podem ser alterados (17). A ponderação de cada componente permite melhor discussão do diagnóstico, do prognóstico, e do planejamento de cuidado (18).

Essa nova ordenação permite o desenvolvimento do raciocínio clínico mais elaborado, observando os componentes de saúde a partir de 3 perspectivas: individual (orgânico), social (ambiental) e a interação entre esses fatores internos e externos (atividade e participação). Ao colocar a pessoa no centro e analisando os diferentes componentes, é possível observar o contexto e compreender a necessidade de alteração fatores externos, modificando o olhar pejorativo sobre a deficiência e integrando os componentes

de saúde (6). Esses novos conceitos modificam a intervenção e o cuidado ao descrever sobre a incapacidade de uma forma atualizada e deve produzir transformação na assistência à saúde, possibilitando melhora das discussões multiprofissionais permitindo que cada profissional aponte problemas salientes sem sobreposições, facilitando o compartilhamento das decisões entre a equipe de saúde, paciente e cuidadores e distribuindo as responsabilidades entre os envolvidos (17).

Assim, as diferenças nos conceitos de saúde implicam em mudanças importantes e os instrumentos de avaliação precisam ser discutidos. No modelo biomédico os componentes de função e estrutura do corpo foram priorizados sobre os demais, sendo as ações direcionadas para atuar em condições anatômicas e fisiológicas dos indivíduos em busca da cura, deste modo, as medidas de desfecho eram direcionadas para os componentes corporais (função e estrutura do corpo). Enquanto no modelo biopsicossocial o foco é a prevenção e o cuidado para uma ampla participação social, havendo a necessidade de se considerar todos os componentes (ambientais, corporais, pessoais e de atividade e participação) de forma multiprofissional e com interdependência para se compreender a saúde (6). É preciso destacar que nesse novo modelo que é centrado na pessoa e é necessário considerar outros sistemas corporais e não apenas aquele que é alvo da intervenção, devido à presença de comorbidades e às características da condição de saúde, como o AVC.

Para facilitar a mudança de paradigma foi sugerida a revisão do esquema da CIF (19), incluindo a proposta de uma nova estrutura conhecida como pirâmide da participação, sendo a atenção da saúde direcionada para este componente (20), o que permite observar interferência de aspectos biológicos e ambientais e condições de restrição de participação. Em outras palavras, a ênfase anterior nas medidas relacionadas a fatores corporais conduzia as ações para o objetivo de corrigir a deficiência e adaptar o indivíduo ao ambiente e sociedade; apresentando resultados limitados principalmente em casos mais desafiadores, impedindo a conclusão da reabilitação (17). Enquanto o uso de medidas de desfecho que considerem as interações entre fatores corporais e ambientais, possibilita novas formas de pesquisas e intervenções clínicas e podem gerar uma vida mais satisfatória e inclusiva (21). Assim, as mudanças das medidas que priorizam o componente atividade e participação podem ser

responsáveis pelas mudanças na assistência e pesquisa, tornando interessante a implantação de novos instrumentos (22), que sejam centradas nos pacientes (11) e que estejam mais alinhadas com as intervenções mais atuais (21,23).

1.3: Instrumentos de Avaliação da Funcionalidade e Incapacidade Humana: Desafios e alternativas na busca por medidas padronizadas e desenvolvidas a partir da CIF

A avaliação subjetiva do profissional precisa ser complementada por medidas objetivas e válidas que possibilitem o registro homogêneo e consistente ao longo do tempo para comparar diferentes momentos, populações e contextos e gerem dados de informação em saúde (24). Entretanto, é necessário considerar também a viabilidade de aplicação de mensurações para que haja o uso sistematizado em realidades clínicas nem sempre favoráveis, e que sejam capazes de apontar mudanças (22,24). O registro de qualidade facilita a comunicação com o paciente e seus cuidadores para realizar ajuste de expectativas, permite um acompanhamento coerente, facilita a elaboração do raciocínio clínico e direciona ações, aumentando a satisfação com os resultados e reduzindo readmissões e, conseqüentemente, reduzindo custos (17).

Diversas organizações profissionais têm estudado formas de mensurar a qualidade dos resultados de assistência para priorizar o valor da assistência e não a quantidade. Para tanto, alguns grupos têm priorizado as PROMs (*patient-reported outcomes measures* ou medida de desfecho a partir do relato do paciente) com o desafio realizar medidas relacionadas à prática baseada em evidência, envolvendo múltiplas especialidades e focadas na funcionalidade para serem coletadas rotineiramente (25). A acurácia dos dados auto relatados podem ser questionadas pela discrepância comparada com a observação clínica e desempenho assistido. Todavia, a PROM permite uma avaliação mais significativa por envolver a perspectiva do paciente, sendo esperado melhor informação dos resultados e maior envolvimento nas decisões clínicas (26).

Ainda não existem instrumentos que contemplem todos os componentes de saúde e a interação entre eles, contudo, as discussões sobre o modelo biopsicossocial direcionam o olhar para o componente atividade e participação

como forma de compreender a saúde de pessoas com perdas da funcionalidade (19,20). Além do componente da classificação, é preciso considerar as características quanto à dimensionalidade. Instrumentos unidimensionais são mais informativos e têm maior sensibilidade e permitem mensurar necessidade e ações específicas; enquanto instrumentos multidimensionais apresentam uma melhor amplitude e possibilitam observar melhor o impacto da condição de saúde específica na funcionalidade (26). Após a introdução da CIF diversos grupos desenvolveram seleções de categorias denominadas "core sets" para orientar a classificação em diferentes condições de saúde (27–29). Contudo, essa abordagem não especifica os critérios para avaliar a magnitude do problema, tornando essencial a realização de estudos sobre a padronização dessas medidas e a análise de suas propriedades psicométricas. A utilização de instrumentos anteriores à CIF para esse propósito tem sido investigada, envolvendo a necessidade de regras de vinculação; entretanto, ainda nem todos os estudos seguem as regras de vinculação de maneira adequada, ocasionando falta de consenso nesse aspecto. Adicionalmente, muitas vezes, esses instrumentos antigos associam categorias de componentes diferentes e não se alinham de maneira fidedigna com as definições das categorias da CIF (30).

Dentre os instrumentos direcionados para a população clínica como comprometimento neurofuncional, e que mensure as atividades de modo multiprofissional e sejam bem estudados e validados para a população brasileira para ser utilizado em adultos na reabilitação física destacam-se: o Índice de Barthel (IB) e a Medida de Independência Funcional (MIF). O IB é o mais antigo e foi desenvolvido para graduar o nível de independência de pessoas com doenças crônicas durante a internação de reabilitação com avaliação de 10 itens com pontuação simples e apenas 3 níveis, incluindo exclusivamente aspectos motores e indicando se a pessoa consegue realizar a tarefa sozinho ou se há necessidade de auxílio de um cuidador (31). Contudo, o IB mostrou-se pouco sensível, o que dificulta o acompanhamento da evolução clínica, sendo estruturado um novo instrumento quase 25 anos depois, a MIF, com objetivo que apresente melhor responsividade e incluindo itens de comunicação e cognição. E apesar de mais tarde ser complementada por mais 12 itens da MAF para atender a necessidade da equipe multiprofissional (32), a associação MIF+MAF apresentou pouca capacidade para reconhecer alterações neurocognitivas (33).

Estes instrumentos foram construídos dentro do modelo biomédico e mesclam funções corporais com atividade e participação, já foram bem estudados e apresentam características psicométricas aceitáveis e bem delineadas (34). Entretanto a vinculação desses instrumentos com a CIF tem sido testada e apresentado dificuldades na sistematização (30).

Diante disso, o grupo de especialistas do Hospital de Neurorreabilitação em Lucerne na Suíça composto por uma equipe que inclui médicos, enfermagem, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeuta e neuropsicólogo desenvolveu a LIMOS (*Lucerne ICF based Multidisciplinary Observation Scale*) para ser utilizado em unidades de reabilitação multiprofissional (35). É um instrumento multiprofissional e envolve a linguagem da CIF, permitindo mensurar os impactos da funcionalidade de diferentes condições de saúde atendidos no centro de neurorreabilitação.

1.4 LIMOS - Lucerne ICF based multidisciplinary Observation Scale

Discussões em equipe multiprofissional em “*Luzerner Kantonsspital*” apontaram a necessidade de um instrumento para pessoas com disfunções neurológicas e que permitissem o uso sistematizado da CIF. Para tanto, a equipe deveria considerar diferentes aspectos da funcionalidade, e realizar um registro básico, reduzido e suficiente para não aumentar a carga de trabalho e tempo envolvido na aplicação, facilitando a aceitação pelos profissionais (22). A implantação gerou reflexões sobre os princípios da reabilitação e permitiu maior clareza e simplicidade na linguagem entre a equipe e participantes com a unificação da linguagem, tornando o processo de reabilitação mais compreensível. Desta forma permitiu definir objetivos e intervenções mais direcionadas, além de identificar metas irreais do paciente e familiares, apontando necessidades de ajuste de expectativas e revisar parâmetros da reabilitação (22).

Nesse contexto, foi desenvolvida a escala LIMOS, utilizando a metodologia Delphi e validada inicialmente para a população pós AVC, porém é indicada para uso em centros de reabilitação independente da condição de saúde. O instrumento foi construído para ser aplicado a partir da observação dos profissionais de reabilitação no centro de neurologia e neurorreabilitação do “*Luzerner Kantonsspital*” para ser utilizado em diversos momentos desde a

admissão até a alta (36). O propósito do instrumento foi mensurar o nível de funcionalidade e incapacidade e foi totalmente construído por itens do componente atividade-participação comuns a todas as pessoas, formado por quase todos os capítulos, exceto o 8 e 9, ambos sobre vida comunitária, por ser uma medida utilizada no período de internação para reabilitação. O instrumento é amplo e permite observar casos com diferentes graus de acometimento e permite a avaliação com ou sem adaptação, sendo necessário que os profissionais interpretem o contexto (36).

É preciso destacar que o instrumento permite uma compreensão da funcionalidade sob diferentes aspectos e considera diferentes aspectos de mobilidade, autocuidado, comunicação, cognição e vida doméstica com boa distribuição e considerando a pessoa como um todo. e adequado para usar por equipe multiprofissional. É formado por 45 categorias de tarefas essenciais para a vida, sendo que a pontuação classifica e gradua a funcionalidade de cada item com uma escala de 5 pontos. Inclui quase a totalidade dos o “core sets” geral (27), de reabilitação (37) e condição Neurológica aguda (29), além das tarefas essenciais destacadas pela Associação Americana de fisioterapia (38), parte das atividades pontuadas pela Associação Americana de terapia Ocupacional (AOTA) (39).

A escala permite a interferência de fatores ambientais como a necessidade de materiais auxiliares, tempo, segurança na execução e auxílio de terceiros, que estão descritos na descrição das pontuações de cada tarefa. Assim, é possível afirmar que é adequada para mensurar o desempenho, mesmo que originalmente seja aplicado dentro do ambiente padronizado do hospital. Esta característica torna as informações do instrumento relevantes por considerar diversas condições e contexto em que as tarefas ocorrem, sendo essencial que o profissional avalie o que pretende. (36).

Estudos iniciais das propriedades de medida permitiram observar que a LIMOS tem boa abrangência, não apresenta efeito de teto e chão, ou seja, não é observada a concentração dos valores máximos e mínimos por possuir construtos fáceis e difíceis, além de maior detalhamento, permitindo apontar mudanças clínicas apresentadas durante o processo de reabilitação, ou seja, indicando boa responsividade. Ao analisar as subescalas motora e cognição separadamente e comparar os resultados em relação à MIF, foi possível

observar mudanças no período de 3 meses e melhor sensibilidade nos aspectos cognitivos em relação à escala mais antiga, o que era esperado porque a nova escala detalha mais esse domínio, que é responsável por maior tempo de permanência na reabilitação (40).

O instrumento é recomendado para pacientes nas várias fases da reabilitação, tornando seu uso ainda mais interessante, além disso, as subescalas podem ser utilizadas de forma independente por mensurar dimensões diferentes, apesar da perda da visão mais ampla. Ao aplicar a RMT (teoria de medida de Rasch) algumas categorias foram desconsideradas para melhor ajuste (relação interpessoal, cuidar da própria saúde, calcular e realizar rotina diária) sendo encontrada baixa distinção entre algumas qualificações em alguns casos, sendo reduzido o número de qualificadores sendo: 4 níveis (beber, transferência) e 3 níveis (conduzir cadeira e caminhar a longa distância) 2 níveis para mover-se ao redor (41).

Recentemente, foi validada uma versão resumida da LIMOS para 10 itens mais significativos e mantendo uma distribuição igual entre 2 construtos: motora e cognitivo-comunicação, sendo testada a reprodutibilidade, responsividade e validade convergente alta com a escala completa em pacientes agudos. O instrumento mostrou-se superior em comparação com o IB, escala mais aplicada nessa população por possuir o mesmo número de itens e facilidade na aplicação, e com vantagem de contemplar aspectos não motores, facilitando um olhar amplo já na primeira semana pós AVC, podendo favorecer as informações precoces (35).

Contudo, a LIMOS não está traduzida e adaptada para versão Brasileira e suas propriedades de medida não foram testadas nesta população, sendo necessária sua tradução e adaptação transcultural para o português do Brasil. É preciso considerar ainda a necessidade de realizar a adaptação na forma de aplicação da escala para questionário como aconteceu em processos de adaptação anterior no país devido à realidade da assistência no país, cuja intervenção por internação é muito rara.

JUSTIFICATIVA

Para a abordagem biopsicossocial, a reabilitação deixa de ter o foco voltado para recuperação das estruturas e funções corporais e direciona o olhar para as tarefas, buscando resolver limites de atividade ou restrições na participação, intervindo não apenas em componentes individuais, mas também, no ambiente. Para facilitar a mudança de paradigma é necessário a oferta de novos instrumentos que avaliem as tarefas realizadas pelo indivíduo de forma multiprofissional e não seja focado em uma condição de saúde específica, e utilize uma linguagem padronizada. A LIMOS foi desenvolvida com estes propósitos está integralmente construída dentro do componente atividade e participação e permite quantificar o desempenho de atividades básicas, considerando os fatores ambientais na sua pontuação, permitindo analisar a funcionalidade em atividades básicas. Sua constituição direciona para que profissionais clínicos e pesquisadores produzam ações que favoreçam a melhor experiência de vida. A mudança do componente priorizado pelo desfecho do novo instrumento, pode modificar os estudos e as intervenções clínicas sobre a reabilitação, promovendo maior desenvolvimento da experiência de vida.

O uso da LIMOS em centros de reabilitação poderá facilitar a implantação da CIF e o registro do perfil de funcionalidade, possibilitando a produção de indicadores de funcionalidade e incapacidade das pessoas de forma sistematizada. Esta prática poderá deslocar o foco na deficiência, fornecida pelo CID e favorecer estudos e discussões mais ricas sobre a funcionalidade, e permitir o uso de dados para pesquisas epidemiológicas e desenvolvimento de políticas-públicas para direcionar as ações para a inclusão social, produzir índices de custo-efetividade da gestão em saúde para justificar a alocação de recursos e ajustar políticas intersetoriais.

Entretanto, é importante ressaltar que o instrumento foi originalmente desenvolvido e validado na Suíça, o que implica a necessidade de realizar a tradução, adaptação transcultural e validação específica para sua utilização na população brasileira. Além disso, é crucial considerar a restrição de hospitais de reabilitação intensiva no Brasil, o que dificulta a avaliação por meio de

observação. Nesse contexto, as medidas de percepção através de questionários autorrelatados são mais amplamente empregadas. Inicialmente, a proposta envolve traduzir e adaptar a LIMOS para utilização no Brasil como uma medida relatada pelo paciente, especialmente na população afetada por AVC. Essa abordagem segue o mesmo público-alvo do estudo de validação original da LIMOS. É importante salientar que essa população pode apresentar comprometimento em diversos domínios, e, devido à sua alta prevalência e à demanda significativa por reabilitação neurofuncional, essa adaptação visa proporcionar uma ferramenta mais adequada à realidade brasileira

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Traduzir e adaptar transculturalmente a escala LIMOS para ser utilizada em centros de reabilitação neurofuncional para mensurar a percepção da funcionalidade e incapacidade de pessoas após AVC no Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Testar a reprodutibilidade, validade e a acurácia da LIMOS em adultos que sofreram AVC.
- Adaptar a LIMOS, transformando-a de um instrumento observacional para uma medida de desfecho relatada pelo paciente (PROM), e realizar adaptações para sua utilização no Brasil como uma PROM.

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Estudo metodológico para realização da tradução, adaptação descritas por Beaton et al (42) e Borsa, Damásio e Bandeira (43) e análise da propriedade clinimétrica. O delineamento do estudo será pautado a partir das recomendações do Consenso para a Seleção de Instrumentos de Medição do Estado de Saúde (COSMIN) (44). Sendo inicialmente aplicado na população de pessoas que tiveram AVC por ser a condição de saúde mais abundante nos serviços de reabilitação neurológica e apresentar alteração da funcionalidade em diferentes

aspectos. O desenvolvimento desta tradução foi autorizado pelos autores que desenvolveram e validaram a versão original da escala (Anexo A).

3.2 Aspectos éticos

Este estudo obedeceu aos princípios da Declaração de Helsinque e às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, formulados pelo Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, estabelecida em outubro de 2012, no Brasil. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) e foram informados da possibilidade de se retirarem da pesquisa em qualquer fase, sem penalização. Este estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho (CoEP-UNINOVE), São Paulo, Brasil e está registrado na plataforma Brasil com CAAE 54065221.5.0000.5511 (Anexo C).

3.3 Participantes

Foram avaliados 83 indivíduos com AVC, entrevistados em um ambiente reservado e podendo ter um acompanhante, caso fosse necessário ou da sua preferência. Os participantes foram selecionados por conveniência nos centros de atendimento da UNINOVE e por convite de profissionais, considerando os critérios de elegibilidade do estudo.

Critérios e elegibilidade

Cada um dos participantes assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, tinham mais de 18 anos e sofreram AVC comprovado por laudo médico, podendo estar em diferentes estágios da reabilitação. Foram excluídos os que apresentassem grande restrição ao leito devido à impossibilidade de locomoção ao centro de reabilitação e que tivessem questões psiquiátricas importantes. No caso de distúrbios cognitivos e de fala que impossibilitaram as respostas durante a aplicação do instrumento foi exigido a participação de um acompanhante para auxiliar nas respostas do questionário. Para avaliar a capacidade mental foi realizado o Miniexame do estado mental (MEEM), seguindo os seguintes pontos de corte para indício de comprometimento cognitivo, estabelecidos conforme a escolaridade: 13 pontos (analfabetos), 18 pontos (baixa/média escolaridade) e 26 pontos (alta escolaridade) (45).

Os pacientes com diagnóstico de afasia ou que apresentassem dificuldade em prosseguir com a entrevista durante a aplicação do questionário sociodemográfico e MEEM, foi requerida a presença um acompanhante, que deveria participar da rotina de cuidado do paciente, sendo mantido o acompanhante para os retestes. Além disso, as perguntas orientadoras foram realizadas mais lentamente e divididas em partes para facilitar a compreensão, e as informações foram confirmadas por perguntas mais fechadas antes de escolher a pontuação para cada item nos casos em que havia alteração de linguagem. Em casos de alterações cognitivas que dificultavam a colaboração, as informações foram fornecidas pelo acompanhante.

Tamanho Amostral

O tamanho amostral da primeira fase do estudo foi determinado conforme as recomendações propostas por Beaton et al. (2000) (42), que na fase de avaliação pelo público-alvo recomenda-se o mínimo de 30 indivíduos, podendo variar até que se alcance um consenso aceitável na fase de tradução e adaptação. Para análise da evidência de validade, foram considerados 83 indivíduos considerados adequados para análise inicial, conforme recomendações do COSMIN (44).

3.4 Instrumentos de avaliação

Medida de Independência Funcional

A Medida de Independência Funcional (MIF) foi utilizada como medida padrão ouro para a ancoragem da análise da validade convergente e para acurácia. A escolha da MIF se justifica por mensurar a funcionalidade e incapacidade, ser um instrumento bastante utilizado na prática e por ter sido utilizada como medida convergente no estudo de desenvolvimento e validação da versão original da LIMOS (36). Possui adequadas propriedades em critérios importantes como: validade de conteúdo apropriado para medir a alteração dos níveis de comprometimento, sensibilidade precisa para detectar mudanças significativas e oferecendo uma replicação consistente (confiabilidade) na mesma população que está sendo utilizado neste estudo (34).

Essa escala é composta por 18 itens, 13 destes envolvendo aspectos motores e 5 cognitivos e comunicação. Sua pontuação é de 7 pontos e maior para casos de maior independência funcional, o valor total está entre 18-126 pontos; sendo mais utilizada para avaliar o comprometimento físico (Anexo E). Foi construída dentro do modelo biomédico tendo 15 componentes de atividade e participação e 3 de função e estruturas do corpo, que estão comumente alterados na população de pessoas com deficiência física.

A MIF é formada por construtos de autocuidado, controle esfincteriano, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição. Essa medida tem como propósito classificar a gravidade do caso e considerar a influência de fatores externos na pontuação, graduando o envolvimento da pessoa e do cuidador para completar a atividade (34). O instrumento foi construído para serem pontuadas por profissionais que observam a tarefa durante a internação em hospitais de reabilitação, havendo validação também para serem utilizadas como entrevista dirigida pelo profissional, cuja equivalência foi testada em pessoas com lesão medular e apresentou forte correlação entre as medidas (46). A validação da MIF foi realizada no Brasil, em 2001, em formato entrevista com perguntas mediadas pelo avaliador, apresentando boas propriedades de medida (47) e sendo bem aceita pela comunidade de profissionais que trabalham com a reabilitação, mantendo o uso da MIF isolada.

Lucerne ICF Based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS)

A LIMOS é uma ferramenta multidisciplinar baseada na CIF, desenvolvida para avaliar a funcionalidade de indivíduos com alterações neurológicas. Originalmente, foi concebida para aplicação por uma equipe multiprofissional que observava a realização de tarefas enquanto os pacientes estavam internados em hospitais de reabilitação (Anexo D). No entanto, devido à falta de estrutura comum para reabilitação hospitalar no Brasil, a LIMOS-Brasil (LIMOS-Br) deve ser aplicada por meio de entrevistas conduzidas por um único entrevistador, em contraste com a versão original, na qual várias profissões observam as tarefas.

A LIMOS-Br é composta por 45 itens que abrangem aspectos de mobilidade, autocuidado, comunicação, interações pessoais, cognição, tarefas e demandas gerais, e vida doméstica, distribuídos de maneira equilibrada (Anexo

H). Seu propósito é avaliar o desempenho das atividades no ambiente habitual por meio de entrevistas, detalhando como essas atividades são executadas. Isso permite que tanto o profissional de saúde quanto o paciente construam uma imagem da situação e atribuam a pontuação apropriada.

As diretrizes para condução da entrevista incluem a necessidade de o profissional manter uma postura neutra, cordial e curiosa, evitar suposições, julgamentos e opiniões pessoais, além de controlar expressões faciais e tom de voz. O ambiente da entrevista deve ser agradável, inspirar confiança e garantir privacidade. O entrevistador deve falar de forma clara e calma, estar disponível para esclarecer dúvidas e focar na pessoa avaliada, identificando o papel de qualquer acompanhante, que deve auxiliar na comunicação somente quando necessário.

A pontuação na LIMOS-Br baseia-se no relato do paciente e reflete seu desempenho no ambiente habitual ao longo do último mês. Em caso de flutuações, leva-se em conta a experiência predominante das últimas quatro semanas. Antes da entrevista, o paciente é apresentado ao cartão de pontuação e aos níveis funcionais. O entrevistador utiliza as perguntas orientadoras do instrumento para entender como as atividades são realizadas e orientar a escolha da pontuação. É fundamental que o entrevistador esteja familiarizado com o manual da LIMOS-Br para compreender a descrição de cada pontuação (Anexo G). A pontuação de alguns itens é calculada com base na média dos subitens que fazem parte do item. A pontuação total da escala varia de 45 a 225 pontos, e cada item pode ser pontuado da seguinte maneira:

- 5: Independente completo
- 4: Independente com adaptações (uso de objetos auxiliares ou execução lenta)
- 3: Requer supervisão, orientação, preparação ou toque leve (até 25% de assistência, necessita da presença de outra pessoa no momento da atividade)
- 2: Requer assistência moderada a acentuada (25% - 75% de assistência)
- 1: Completamente dependente (75% - 100% de assistência)

Procedimentos

Tradução e Adaptação Transcultural

Para o processo foram seguidas as 6 fases descritas por Beaton et al 2000 (42), porém, realizou-se adaptação devido à complexidade do instrumento, sendo necessárias modificações sugeridas por Borsa, Damásio e Bandeira em 2012 (43). Foi realizada a inversão das fases 3 e 4 para que os autores originais autorizassem a mudança no formato de aplicação, e realizando o teste de análise de propriedades de medidas na fase final, após o instrumento finalizado. Esse processo está ilustrado na Figura 1 e descrito em seguida.

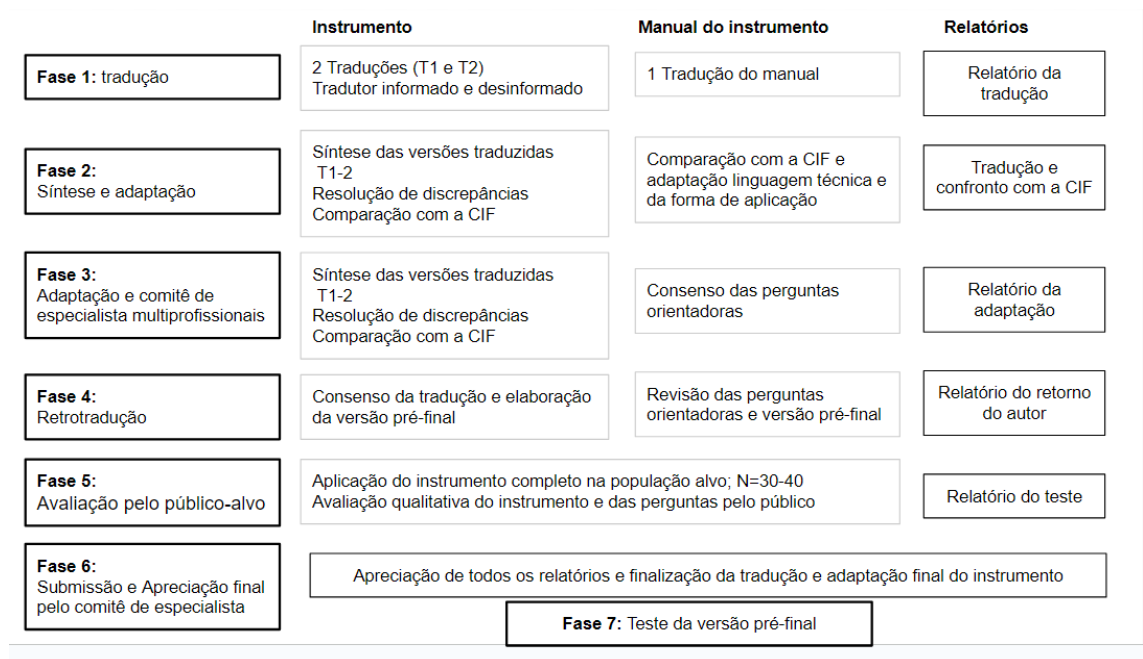


Figura 1: Processo de tradução e adaptação transcultural

1. Tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma alvo:

Dois tradutores independentes realizaram a tradução da versão em alemão para a língua portuguesa, sendo ambos fluentes na língua do instrumento, porém nativos brasileiros para considerar as nuances dos idiomas e melhor adaptação cultural. O primeiro tradutor (T1) tradutor recebeu informações sobre a pesquisa e os propósitos do instrumento e possui experiência na assistência social à idosos e, portanto, pôde realizar acomodação do texto aos propósitos do conteúdo fornecido. O segundo tradutor (T2) foi ingênuo o, ou seja, não recebeu esclarecimentos sobre os propósitos ou o que estava traduzindo, para tanto, foi escolhido uma tradutora juramentada para essa função. Essa dupla tradução

visa reduzir distorções de origem linguísticas, psicológicas ou culturais que poderiam afetar a compreensão teórica e prática. O manual do instrumento foi enviado em inglês e passou por um processo de tradução único. A definição dos itens também foi comparada com os conceitos da versão brasileira da CIF (8).

2. Síntese das versões traduzidas: as traduções de T1 e T2 foram sintetizadas com a moderação de um especialista elaborando único documento, sendo considerados equívocos na tradução, discrepâncias semânticas, idiomáticas, contextual, linguísticas e respeitando a linguagem falada. Essas observações foram confrontadas e estão nos relatórios emitidos sendo construída uma tradução comum T1-2, e quando houve discrepância a linguagem foi selecionada a que mais se aproxima da CIF já traduzida e adaptada, esse processo foi cuidadosamente documentado a resolução dos possíveis conflitos.

3. Avaliação da síntese pelo Comitê de especialistas: Em seguida o instrumento e manual foram apreciados pelo comitê de especialistas composto pelos profissionais da saúde de formação diversificada (fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga e terapeuta ocupacional) e com experiência na área de ao menos 5 anos, mantendo a característica multiprofissional do instrumento. Nesse momento o comitê realiza apontamentos dos relatórios produzidos, as equivalências semântica, idiomática, conceitual, experiencial e com templa a adaptação à diversidade educacional e regionalidades do país, generalização de contexto da maior parte dos serviços de reabilitação do país e população; além da estrutura, apresentação e forma de aplicação sob a perspectiva da percepção do paciente. Foi considerada a dificuldade de se realizar a pontuação pela observação das tarefas devido à estrutura disponível no país, sendo necessária a mensuração por meio de questionário. Foram então estruturadas perguntas orientadoras a partir da descrição dos construtos e da pontuação do manual, sendo elaborada uma versão pré-final para ser testada em campo.

4. Tradução de retorno: a partir da tradução comum T1-2 outros 2 tradutores mascarados e independentes que desconheciam a versão original elaboraram uma versão para a língua em que os documentos foram entregues (instrumento em alemão e manual em inglês), os tradutores não tinham conhecimento na área e não receberam esclarecimento sobre os documentos. Essa etapa é um controle de qualidade adicional e permite verificar a validade e

destacar problemas na consistência e erros conceituais, evitando possíveis vies de informação e incutir significados inesperados, destacando possíveis falhas. E permite a apreciação dos autores do instrumento original para apontar as adaptações culturais e confirmarem a manutenção da essência do instrumento, além de permitir aos autores avaliarem o resultado do processo, identificando possíveis dificuldades de compreensão do instrumento e observação das adaptações realizadas, sendo fundamental no nosso processo por haver modificações importantes na forma de aplicação, que foi aceita pelos autores.

5. Avaliação pelo público-alvo da versão pré-final: foi realizada a aplicação do questionário completo na população alvo, sendo composta por pelo menos 30 indivíduos com AVC para identificar questões pertinentes sobre a validade de conteúdo, considerando o nível de compreensão, clareza e relevância das perguntas e opções de respostas. Devido à complexidade do instrumento e do processo de adaptação essa etapa foi dividida em 2 partes, principalmente pela necessidade de modificação dos níveis funcionais para a pontuação. Após a análise dos primeiros 20 foram realizadas as mudanças sugeridas e novamente testado seguindo a avaliação com mais 10 pacientes que não sugeriram mais modificações. Neste momento também se analisou a pertinência das questões orientadoras desenvolvidas para aplicação da LIMOS-Brasil sob forma de entrevista. Para tanto, a população alvo foi avaliada em dois momentos, com e sem o uso das questões orientadoras durante a entrevista, havendo intervalo de no mínimo 3 e no máximo 7 dias entre as duas abordagens e verificado equivalência entre elas. As perguntas que geraram mais de 15% de queixas sobre clareza, relevância ou pertinência, foram revisadas (49). Neste momento, colheu-se sugestões de modificações de diferentes aspectos do instrumento e que em seguida foram analisadas pelo comitê de especialistas.

6. Apreciação final pelo comitê de especialistas: Todos os relatórios e formulários elaborados foram apresentados ao comitê de especialistas novamente, sendo verificado o rigor metodológico e o processo de tradução e adaptação transcultural estejam adequadas para que fosse desenvolvida a versão pré-final do instrumento traduzido e adaptado.

7. Teste da versão pré-final: aplicação do instrumento completo já com as alterações sugeridas pela população-alvo, envolvendo uma amostra populacional de mais 83 indivíduos (48). Importante observar que o instrumento

foi aplicado por um profissional avaliador que conduziu a entrevista com o uso das perguntas orientadoras; e que o avaliado poderia ou não estar acompanhado, sendo a pontuação escolhida um consenso entre os envolvidos.

Procedimento de Coleta com o Público-alvo - fases 5 e 7

Houve a necessidade de 3 encontros para a aplicação dos instrumentos, que foram realizadas de forma presencial ou virtual. No primeiro o participante recebeu os esclarecimentos sobre a pesquisa e foi convidado para participar, ao concordar assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo B), sendo iniciada a coleta das informações sócio demográficas e clínicas sobre as características da lesão, e o miniexame de estado mental (MEEM); seguindo com aplicação dos instrumentos, nesse dia foi aplicada a MIF e a LIMOS por entrevistadores treinados para a tarefa. Foi apresentado uma anotação com a pontuação de cada instrumento e descrição de cada nível de funcionalidade aos participantes, que deveria escolher o que mais descreve o desempenho para cada item perguntado, considerando suas vivências no último mês. No segundo e terceiro encontro foram aplicadas apenas a LIMOS, e o tempo de aplicação foi cronometrado e registrado. As perguntas foram sempre direcionadas ao participante, que poderia estar acompanhado caso desejasse ou fosse necessário.

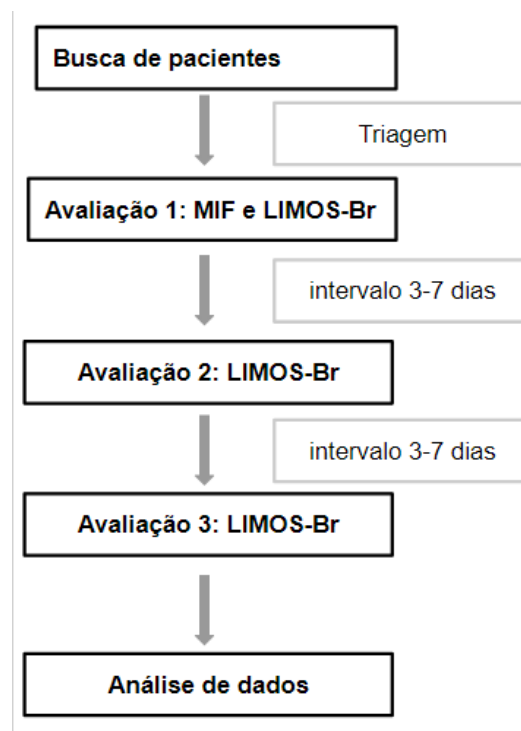


Figura 2: Processo de validação

Legenda: MIF = Medida de Independência Funcional; LIMOS-Br= escala de Lucerne multidisciplinar baseada na CIF (versão traduzida e adaptada para o Brasil)

Aplicação da versão pré-final

Apesar do instrumento ser válido na versão original, após a fase de tradução e adaptação é necessário realizar os testes prévios de validade do instrumento na sua versão final (Anexo G) mesmo com uma amostra menor, devido às diferenças culturais e modificações necessárias para a aplicação sendo testada algumas propriedades clinimétricas. As propriedades de medida da versão final do instrumento foram analisadas de modo similar à versão original (21), considerando importantes propriedades de medida descritas a seguir.

3.6 Análise das Propriedades Clinimétricas

Validade de Conteúdo

Essa propriedade foi avaliada de forma qualitativa considerando questões teóricas, linguísticas e de compreensão sobre o construto avaliado; sendo considerado o instrumento, as perguntas e a graduação da funcionalidade.

O comitê de especialistas avaliou o processo de adaptação de cada uma das perguntas orientadoras baseadas na pontuação construída pelos autores iniciais, sendo propostas mudanças quando necessário. Foi observado ainda as descrições para classificar os níveis de funcionalidade propostos para o instrumento.

E a população alvo foi questionada quanto a clareza e pertinência e se considerava necessária a modificação de alguma pergunta após finalizar o conjunto de cada subescala. E se consideravam as descrições das pontuações da escala estava compreensiva e adequada. As perguntas com mais de 15% de queixas sobre clareza, relevância ou pertinência, seriam revisadas. (42)

Consistência Interna

A consistência interna é útil para analisar se os itens se comportam de forma consistente de acordo com a teoria do construto e como os itens se combinam entre eles, se organizando em grupos esperados, identificando

subescalas do instrumento. Para isso foi utilizado o alfa de Cronbach e considerando a homogeneidade satisfatória com valor de 0,70 (49).

Reprodutibilidade

Para analisar a reprodutibilidade da versão final da LIMOS traduzida e adaptada, cada participante respondeu ao questionário em diferentes momentos em coletas independentes, sendo com mesmo avaliador e outra com avaliador diferentes, sendo mantida a condição do acompanhante. Foi investigado a precisão do padrão de resposta indicando o erro de medida, ou seja, uma flutuação do escore relacionado ao processo de mensuração, sem a modificação esperada do que está sendo medido.

A distância entre os momentos de teste-reteste terá um intervalo de 3-7 dias evitando que haja uma memorização da resposta e ao mesmo tempo evite mudanças clínicas entre os testes. Na ocorrência de eventos que possam alterar os resultados do questionário a coleta do indivíduo será excluída da pesquisa automaticamente para evitar interferência na medida de reprodutibilidade.

Validade Convergente

Para isso, o resultado da versão final da LIMOS foi comparado aos resultados do instrumento semelhantes sendo utilizada a MIF, por ter boa aceitação e validade da versão portuguesa-Brasil (50). Para esta análise foi aplicada a escala MIF seguida da aplicação da LIMOS no primeiro dia para ser realizada a correlação entre os escores, seguindo o mesmo protocolo de análise adotado no estudo original (36), sendo esperada uma correlação significativa, positiva e de moderada a alta magnitude.

Acurácia

Para a análise de capacidade diagnóstica de funcionalidade e incapacidade com poder discriminatório (sensibilidade e especificidade).

3.7 Análise dos dados

Tradução e adaptação transcultural

Nos relatórios na fase de tradução e adaptação foram priorizadas as avaliações qualitativas e considerações sobre possíveis problemas linguísticos que poderiam afetar a compreensão da população alvo. Por se tratar de uma tradução e adaptação do instrumento e que é baseado na CIF os conceitos originais foram mantidos. Havendo uma observação criteriosa para a gramática, semântica, idiomática e diversidade cultural que devem ser avaliados por especialistas experientes e pela população alvo para cada construto e a descrição do construto será considerado.

Na fase de avaliação pelo público-alvo foi realizado um questionário sobre as dificuldades das perguntas que também serão analisados para verificar a compreensão dos participantes, devendo ser pontuado a clareza da linguagem, redação adequada e compreensão da pergunta da população alvo, sendo realizadas modificações quando necessário, sendo essa etapa uma avaliação qualitativa.

Análise Estatística

O teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* foi utilizado para analisar a distribuição dos dados. A caracterização da amostra sobre o estado de saúde, idade, sexo, número e tempo de lesão foram organizadas e apresentadas na tabela 1 apresentados com média e desvio padrão ou mediana e quartis a depender da distribuição da amostra.

A consistência interna foi medida pelo coeficiente de alfa de Cronbach, para indicar se há consistência no comportamento dos dados e se há homogeneidade satisfatória dos itens com o total da escala e considerando cada subescala.

A avaliação da qualidade do instrumento, foram testados a confiabilidade (variabilidade entre avaliadores distintos que utilizam a mesmo instrumento e, variabilidade do mesmo avaliador em diferentes momentos) e concordância (medição proporcional) para analisar erros inerentes ao processo. Para tanto, foram feitas análises para cada subescala, além do valor total, permitindo melhor discriminação, sendo utilizado o Coeficiente de Correlação Intraclassa (**CCI**) (51) tipo concordância absoluta e modelo *two way-model* para avaliação

intraavaliadores e *one-way Random effects model* entreavaliadores. Para a análise da fidedignidade, concordância entre os escores das subescalas, foi realizado o Coeficiente de correlação intraclass (CCI), sendo classificados os valores da seguinte forma: <0,5 pobre reprodutibilidade, 0,5-0,75 reprodutibilidade moderada, 0,7-0,9 boa reprodutibilidade e >0,9 reprodutibilidade excelente (51).

Para estabelecer a validade convergente entre os instrumentos, a MIF foi empregada, avaliando a correlação com o LIMOS. Utilizou-se o coeficiente de correlação de **Spearman** para análise, considerando a magnitude da correlação= <0,39 pobre; 0,4-0,69 moderada; 0,7 forte (52).

O EPM reflete o erro do instrumento e é obtido ao multiplicar o desvio padrão pelo valor resultante da raiz quadrada de 1 subtraído do coeficiente de correlação intraclass ($DP \times \sqrt{1-CCI}$). A Mínima Mudança Detectável (**MMD**) para inferir sobre a mudança real pela fórmula $MMD=1,96 \times \sqrt{2} \times EPM$ (53). A MMD também foi expressa como em porcentagem (“MMD%”) – uma estimativa independente das unidades de medida. Representando a quantidade relativa de erro de medição aleatória (54–56) Para tanto, a alteração percentual mínima detectável foi calculada como: (mudança mínima detectável/média observada da pontuação total da LIMOS) $\times 100$. A alteração percentual mínima detectável <30% foi considerada aceitável e <10% excelente (54,55).

Para a acurácia foi construída a curva *Receiver-Operating Characteristic* (ROC) com intervalo de confiança (IC) de 95% (38), para isso foi considerado a área sob a curva de contagem (AUC), sendo 1 o valor máximo discriminação e o 0,50 o menor poder discriminatório, sendo utilizada a MIF como critério externo para classificar os participantes como dependentes e independentes com nota corte de 108 pontos (56).

Para a análise estatística e construção dos gráficos foi utilizado o programa MedCalc versão 22.009 e foi adotado o risco α 5% para todas as análises inferenciais.

4. RESULTADOS

4.1 - Características dos participantes

Foram recrutados 83 indivíduos com hemiparesia decorrente do AVC no período de abril 2022 a julho 2023, cujas características clínico-demográficas estão apresentadas na Tabela 1. O tempo necessário para a administração da versão brasileira da LIMOS teve valor mediano de 24 minutos [22-28].

Tabela 1. Características clínico-demográficas dos participantes do estudo.

Variável	(n=83)
Sexo	
Mulheres	37 (44,6%)
Homens	46 (55,4%)
Idade (anos)	61 [52-68]
Número de pessoas com mais de 1 AVC	24 (29,3%)
Tempo de lesão em meses (último AVC)	24 [9-48]
Tipo de AVC	
Isquêmico	66 (79,5%)
Hemorragico	17 (20,5%)
Hemisfério Lesionado	
Direito	43 (51,8%)
Esquerdo	39 (47%)
Lado dominante acometido	38 (45,8%)
Comprometimento Cognitivo	8 (9,8%)
Afásico	19 (23,2%)
Condição Ocupacional / fonte de renda	
Trabalhando	6 (9-48)
Afastado / auxílio-doença	14 (16,7%)
Aposentado / pensionista / beneficiário BPC	49 (59%)
Desempregado	14 (16,7%)
Renda Mensal da casa	
Até 2 salários-mínimos	51 (61,4)
2 à 4 salários mínimos	26 (31,3%)
Mais de 4 salários-mínimos	6 (7,2%)
Número de moradores	
Mora sozinho	8 (9,6%)
Mora com mais uma pessoa	39 (47%)
Mora com mais 2 pessoa	25 (30,1%)
Mora com 3 pessoas ou mais	36 (43,3%)
Estado Civil	
Casado / união estável	48 (57,8%)
Solteiro	18 (21,7%)
Divorciado / Separado	12 (14,5%)

Viúvo	5 (6%)
Escolaridade	
Analfabeto	2 (2,4%)
Até 4 anos de estudos	23 (27,7%)
De 4 a 8 anos de estudos	27 (32,5%)
Mais de 8 anos de estudos	31 (37,3%)
Score total nos testes aplicados	
Mini exame de estado Mental (MEEM)	25 [21-27]
Medida de Independência Funcional (escore total)	115 [104-125]
1ª avaliação LIMOS (escore total)	189 [164-204]
2ª avaliação LIMOS (escore total)	195 [170-205]
3ª avaliação LIMOS (escore total)	176 [141-196]

AVC: Acidente Vascular Cerebral; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; Dados expressos como frequência absoluta e relativa; Análise de distribuição de dados utilizado foi o *Kolmogorov-Smirnov* sendo apresentado os valores de média±DP (desvio padrão) para as variáveis paramétricas e mediana e intervalo interquartilico [25% e 75%] para variáveis não paramétricas.

4.2. Tradução e adaptação do Instrumento LIMOS-Brasil (fase 1, 2 e 3)

As traduções e a síntese das traduções foram apresentadas para o comitê de especialista e aos autores originais após a tradução de retorno. Ao todo, três itens e uma opção de pontuação necessitam de adaptações para facilitar a compreensão (Quadro 2).

Quadro 2: Itens alterados para melhor equivalência semântica e conceitual.

Item	Síntese das traduções	Versão pré-final
pontuação	4 = adaptado independente com facilitador ou de forma mais lenta	4 = independente com adaptações - com ajuda de objetos auxiliares ou realiza de forma mais lenta
4.3	Transferir para cima	Transferir para local mais alto
5	Levantar e abaixar objetos em uma área delimitada (do quadril até a altura do ombro) até 2 kg	Transportar objetos na área do quadril até os ombros - objetos de até 2 kg
20	T1 - Cuidados em questões noturnas T2 - Gerenciamento da noite	Cuidados no período noturno

*Os destaques em negrito são referentes aos itens com maior dificuldade de tradução e sem equivalência na CIF.

4.3 Tradução e adaptação do Manual LIMOS (fase 1, 2 e 3)

O manual do instrumento foi entregue em inglês e teve a tradução realizada por uma brasileira fluente em inglês, cuja composição inclui a descrição de cada item do instrumento, acompanhado por uma legenda de pontuação esperada dentro de cada item e foi adaptada a linguagem quando utilizado termos/equipamentos específicos do Hospital de Lucerne. O quadro 3 elucida os itens que necessitam de modificações ou que foram excluídos.

Quadro 3: Lista de termos modificados ou excluídos para uso do instrumento no Brasil.

MANUAL ORIGINAL	ADAPTAÇÃO
1- Auxiliares de posicionamento exemplo cobertor Swiss Zewi	Excluído o exemplo
19 - Medidas que restrinjam a liberdade - cobertor swiss Zewi medidas de segurança (tapete de alarme, medalhão Quo Vadis) O paciente toma a medicação corretamente no dispensador,	Excluído o exemplo
32 e 33 - pasta de treinamento de orientação e realidade (TOR)	Agenda

Adaptação para avaliação a partir da percepção do paciente e Tradução de retorno (fase 3 e 4)

Foi necessário adaptar o método de aplicação da LIMOS, mudando-o de uma avaliação observacional para uma avaliação da percepção da funcionalidade a partir da perspectiva do próprio paciente. Para isso, a equipe multiprofissional desenvolveu um conjunto de perguntas orientadoras de acordo com as diretrizes de pontuação fornecidas no manual. Após essa adaptação, realizou-se a tradução reversa para que os autores originais pudessem revisar o processo e serem informados sobre a alteração no formato da aplicação, o que foi recebido de forma positiva.

A criação de perguntas orientadoras padronizadas foi uma etapa necessária para garantir um nível mais detalhado de avaliação antes da atribuição de pontuações. Isso se deve ao entendimento de que conceitos individuais e a falta de compreensão abrangente do construto da escala poderiam influenciar a escolha da pontuação para cada item. Para executar esse

processo com maior confiabilidade, adotamos as diretrizes de pontuação descritas no manual, que detalham cada aspecto a ser considerado, permitindo uma avaliação completa do item. Portanto, antes de atribuir uma pontuação, é essencial que o entrevistado responda a um conjunto de perguntas padronizadas, orientado pelo entrevistador.

Adicionalmente, durante a aplicação subsequente da LIMOS no Brasil, obtivemos feedback de alguns participantes e seus acompanhantes que indicaram uma tendência em ajustar seu comportamento após a tomada de consciência dos cenários de dependência e independência que os escores da LIMOS fornecem. Este feedback sugere que a entrevista teve um impacto perceptível no comportamento dos entrevistados, possivelmente contribuindo para as pequenas variações observadas nas pontuações. Portanto, é crucial ressaltar que a conversão da LIMOS em uma Medida de Resultados Relatados pelo Paciente desempenha um papel essencial, capacitando o paciente a assumir um papel ativo no seu processo de reabilitação e a compreender melhor a sua condição.

4.4. Avaliação inicial pelo público-alvo (fase 5 e 6)

Nessa fase foram envolvidos 20 participantes que referiram que não houve dificuldades na compreensão das perguntas orientadoras, havendo dúvida apenas no momento da pontuação de alguns itens pelos entrevistadores que aplicavam o instrumento ou pessoas do público-alvo, relacionados a seguir. Os relatos destacados que exigiram mudanças se referem à colocação feita por ao menos 15% dos participantes (ao menos 3) (42). O que está elucidado no quadro 4. Após as mudanças sugeridas seguiu-se com a avaliação com mais 10 participantes que não sugeriram mais modificações.

Quadro 4. Alterações dos itens durante a fase 5 e 6 da fase de tradução e adaptação transcultural

Versão inicial e dificuldade	Modificação para a versão final
item 1 - interações interpessoais- Foi solicitado pelo público-alvo a troca da palavra amigável. As entrevistadoras tiveram dificuldade em entender o que seria exemplo das menores pontuações.	Substituição da palavra amigável para cordial. Inclusão de exemplos de estratégias para pontuar os níveis mais baixos.
item 5.3 - transferir objetos abaixo do quadril – havendo estranheza sem considerar todo o construto	Inclusão nas perguntas sobre a necessidade de se manter o equilíbrio para a tarefa na posição que costuma realizar
item 11 deslocar-se por outros meios, os participantes deveriam escolher uma forma diferente do que foi abordado anteriormente e muitos não conseguiram	Sugerir pontuar o andar mais rápido quando não conseguir escolher outra forma de deslocamento significativo.
No item 14 cuidar das partes do corpo, o cortar a unha foi uma tarefa questionada já que culturalmente é comum que no Brasil pessoas mesmo sem deficiência optem por pagar por esse serviço.	A dificuldade na tarefa de cortar a unha de forma específica só terá influência quando for demanda do paciente.
Os itens 17 e 18 sobre comer ou beber os sinais de disfagia não foram relatados de forma espontânea, apenas quando questionados.	Inclusão de perguntas sobre tosse ou engasgos relacionado à tarefa.
Nos itens 23 'ler' e 25 'escrever' surgiram dúvidas sobre o uso de dispositivos auxiliares não relacionados à compreensão ou expressão.	Inclusão de observação nas perguntas orientadoras sobre não ser relevante os óculos ou dispositivos eletrônicos devido à dificuldade visual ou manual para pontuar

Os participantes apontaram ainda a necessidade de melhor descrição e diferenciação entre os níveis funcionalidade 2 e 3 (Quadro 5).

Quadro 5. Alterações da descrição dos níveis funcionalidade (pontuação) durante a fase 5 e 6 da fase de tradução e adaptação transcultural

Versão inicial	Versão final
3. Com pouca assistência / auxílio de contato até 25% de assistência/ supervisão	3. Supervisão, orientação, preparação ou toque leve até 25% de assistência
2. Com assistência moderada a acentuada 25 % - 75 % assistência	2 Com assistência moderada a acentuada 25 % - 75 % assistência necessita da presença de outra pessoa no momento da atividade

Mudanças destacadas em negrito.

Apresentação da LIMOS-Br após processo de Tradução e adaptação

	Interações interpessoais e relações		Comunicação
1	Interações interpessoais básicas (d710)	21	Comunicação geral (d329)
	Mobilidade	22	Recepção de mensagens orais (d310, d315)
	Manter a posição do corpo (d415)	23	Recepção de mensagens escritas (d325)
3	Mudar a posição básica do corpo (d410)	24	Fala (d330)
4	Transferir a própria posição (d420)	25	Escrever (d 345)
5	Levantar e carregar objetos (d430) de 2 Kg		Aprendizagem e aplicação do conhecimento
6	Uso fino das mãos (d440)	26	Habilidades básicas (d1550)
7	Utilização da mão e do braço (d445)	27	Habilidades complexas (d1551)
8	Andar distâncias curtas (d450)	28	Concentrar a atenção (d160)
9	Andar distâncias longas(d4501) 1 km	29	Pensar (d163)
10	Escadas (d451)	30	Resolver problemas simples (d1750)
11	Deslocar-se por outros meios (d455)	31	Resolver problemas complexos (d1751)
12	Deslocar-se com cadeira de rodas (d465)	32	Lembrar de fatos (d159)
	Cuidado pessoal	33	Orientação (d179)
13	Lavar-se (d510)	34	Percepção visuo-espacial (d179)
14	Cuidar das partes do corpo (d520)	35	Calcular (d172)
15	Cuidados relat aos proc. de excreção (d530)	36	Tomar decisões simples (d177)
16	Vestir-se (d540)	37	Tomar decisões complexa (d177)
17	Comer (d550)		Tarefas e demandas gerais
18	Beber (d560)	38	Realizar uma tarefa simples (d2100)
19	Cuidar da própria saúde (d570)	39	Realizar uma tarefa complexa (d2101)
20	Cuidados no período noturno (d598)	40	Realizar a rotina diária em casa (d230)
	Vida Doméstica		
41	Aquisição de bens e serviços para as necessidades diárias (d620) - compras		
42	Preparar refeições simples (d6300)		
43	Preparar refeições complexas (d6301)		
44	Realizar as tarefas domésticas (d640)		
45	Ajudar os outros (d660)		

	<u>PONTUAÇÃO LIMOS</u>	
5	Independente completo	
4	Independente com adaptações	Uso de objetos auxiliares ou execução mais lenta
3	Supervisão, orientação, preparação ou toque leve	Até 25% de assistência
2	Com assistência moderada a acentuada	25 % - 75 % assistência Necessita da presença de outra pessoa no momento da atividade
1	Completamente dependente	75 % - 100 % assistência

4.5. Evidência de Validade

Validade de Conteúdo

Os especialistas consideraram que o instrumento permite uma visão que considera a integralidade do indivíduo por ser multiprofissional é formada por perguntas que facilitam compreender definições técnicas permitindo uma coleta de dados mais fidedigna mesmo em pessoas com baixa escolaridade, permitindo o acompanhamento do paciente analisando a funcionalidade dentro do componente atividade e participação (Anexo I).

As entrevistadas relataram que as perguntas orientadoras possuem linguagem acessível e facilitou a compreensão, mesmo de pessoas com baixa escolaridade, com o detalhamento suficiente para pontuar as vivências cotidianas e perceber a interferência dos responsáveis mesmo quando a pessoa é capaz de realizar a atividade, o que permite a orientação dos envolvidos no cuidado para estimular a independência (Anexo J).

O público-alvo considerou que o instrumento avalia tarefas importantes da vida, o que auxilia na assistência. Alguns sugeriram ainda acréscimos de tarefas que estão contidos na CIF de acordo com necessidades individuais, tais como: lidar com estresse (d2401), uso de transporte (d470), e questões relacionadas ao trabalho (d830).

CONSISTÊNCIA INTERNA

Observou-se adequada consistência interna da LIMOS, tanto em subescalas quanto no escore total, com consistência variando de α Cronbach=0,93 a 0,91 (Tabela 2).

Tabela 2. Consistência interna das subescalas e escore total da LIMOS.

Subescalas	α Cronbach
Motora	0,92
Comunicação	0,94
Cognição	0,91
Vida Doméstica	0,92
Total	0,88

Valores padronizados do α Cronbach.

VALIDADE CONVERGENTE

Houve convergência entre a escala LIMOS com a MIF, sendo observada correlação significativa, positiva e de forte magnitude ($\rho=0,85$; $p<0,01$), com variância compartilhada de r^2 0,73%. (Figura 3).

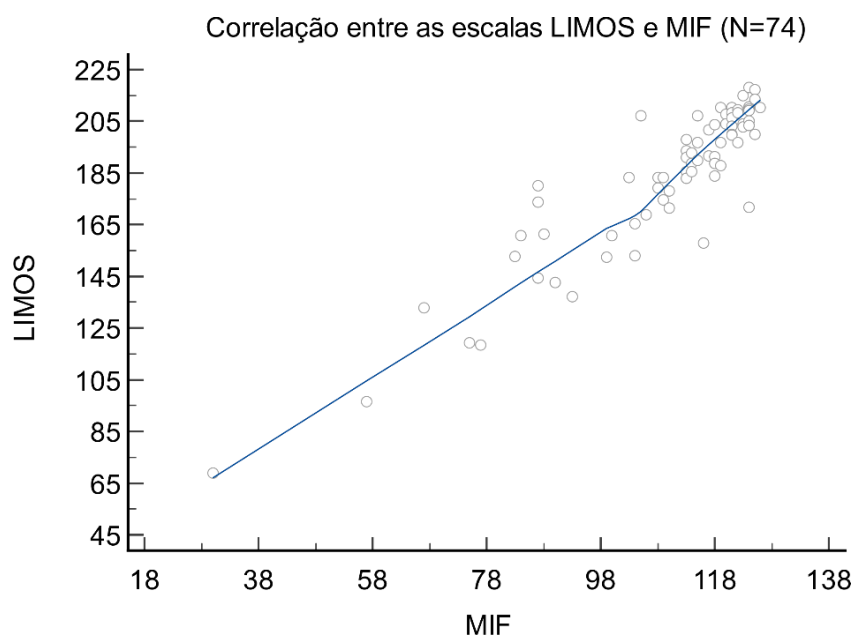


Figura 3. Correlação entre a escala LIMOS e MIF.

REPRODUTIBILIDADE

De modo geral, a comparação entre teste-reteste apresentou confiabilidade adequada para a pontuação total e por subescalas, quando realizada a aplicação completa do instrumento, sendo os valores detalhados nas Tabelas 3 e 4. Os resultados das análises de confiabilidade da LIMOS apresentou boa confiabilidade entre o resultado total e entre as diferentes subescalas, sendo revelado um padrão diferente apenas na subescala "Cognição" quando comparado entre avaliadores diferentes. Os menores índices aconteceram na comparação nas 2 condições, sendo sempre mais expressiva entre avaliadores diferentes (Tabelas 3 e 4). Os valores de EPM e MMD foram calculados separadamente para cada uma das subescalas pela diferença importante da confiabilidade.

Tabela 3. Análise da confiabilidade intra-avaliador (teste-reteste) da LIMOS (n=64).

Domínios LIMOS (número de itens)	Teste	Reteste	DM± DP	Kappa	CCI _{2,1} (IC 95%)	EPM	MMD	MMD %
Motor (20)	79,92±15,75	81,00±15,42	1,08±3,61	--	0,98 (0,98-0,99)	2,23	4,14	5,18
Comunicação (5)	17,09±3,94	17,25±3,68	0,16±1,59	0,66- 0,84	0,95 (0,92-0,97)	0,88	2,60	15,21
Cognição (15)	66,14±11,62	68,77±9,82	2,63±5,55	0,41- 0,67	0,92 (0,83-0,95)	3,29	5,03	7,60
Vida Doméstica (5)	18,06±6,26	18,39±5,80	0,33±3,96	0,49- 0,69	0,88 (0,80-0,93)	2,17	4,08	22,59
Escore total	181,21±33,24	185,41±30,70	4,20±10,65	--	0,97 (0,94-0,98)	5,76	6,65	3,67

DM: Diferença das Médias; DP: Desvio Padrão; CCI: Coeficiente de Correlação Intraclass; IC: Intervalo de Confiança; EPM: Erro Padrão de Medição; MMD: Mudança Mínima Detectável. MMD%: Mudança Mínima Detectável em porcentagem, que representa a alteração percentual mínima detectável.

Tabela 4. Análise da confiabilidade interavaliadores da LIMOS (n=50).

Domínio LIMOS (número de itens)	Avaliador 1	Avaliador 2	DM± DP	Kappa	CCI _{2,1} (IC 95%)	EPM	MMD	MMD %
Motor (20)	81,02±14,56	75,10±16,62	5,92±7,48	0,44-0,68	0,90 (0,83-0,94)	4,60	5,94	7,33
Comunicação (5)	17,13±3,80	16,71±3,64	0,43±2,18	0,44-0,69	0,90 (0,83-0,95)	1,20	3,04	17,75
Cognição (15)	67,38±9,78	60,14±13,35	7,24±9,55	0,23-0,54	0,69 (0,45-0,82)	5,44	6,46	9,58
Vida Doméstica (5)	18,68±5,70	16,24±6,55	2,44±3,81	0,42-0,66	0,85 (0,74-0,92)	2,21	4,12	22,05
Escore total	184,22±28,54	168,18±35,59	16,03±17,99	0,38-0,62	0,85 (0,74-0,91)	11,05	9,21	4,99

DM: Diferença das Médias; DP: Desvio Padrão; CCI: Coeficiente de Correlação Intraclass; IC: Intervalo de Confiança; EPM: Erro Padrão de Medição; MMD: Mudança Mínima Detectável. MMD%: Mudança Mínima Detectável em porcentagem, que representa a alteração percentual mínima detectável.

ACURÁCIA

Os resultados demonstraram uma curva estatisticamente significativa (AUC=0,945; EP 0,0373 $p<0,01$; 95%IC = 0,866-0,985). O ponto de corte que maximizou a sensibilidade e a especificidade foi o escore da LIMOS de 183,17, com sensibilidade de 85,19% e especificidade de 95%. (Figura 4)

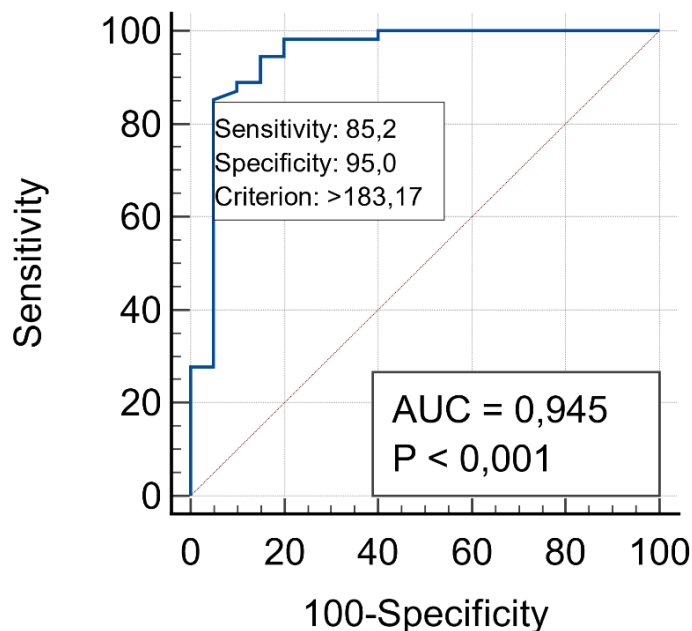


Figura 4. Acurácia da LIMOS medida pela curva ROC.

AUC: área sob a curva.

6. DISCUSSÃO

Tradução e Adaptação transcultural

O Objetivo deste estudo foi realizar a tradução e adaptação transcultural da escala observacional multidisciplinar baseada na CIF de Lucerne - LIMOS para ser aplicada na população brasileira, um instrumento multiprofissional de reabilitação que permite um olhar amplo sobre a pessoa. É construído todo no componente de atividade e participação e avalia construtos importantes para que os profissionais direcionem as ações da reabilitação neurofuncional para as tarefas, e não mais para função e estrutura do corpo, facilitando a inserção no modelo biopsicossocial. A seleção das palavras e termos escolhidas pela comissão de especialistas considerou a necessidade de uma linguagem mais

simples e corriqueira, uma vez que diferente do instrumento original, deveria estar adequada ao público leigo e com diferentes graus de instrução. Ainda assim, foram realizadas novas modificações quando aplicada ao público-alvo, sendo destacada a descrição da pontuação, especialmente entre os valores 2 e 3. Os resultados apontaram que a LIMOS-Br tem apresentado adequada equivalência semântica após as adaptações propostas e estabilidade dos dados teste-reteste com perguntas orientadoras direcionando a avaliação.

De maneira geral, observou-se variabilidade sociodemográfica de adultos e idosos de ambos os sexos e principalmente com sequelas crônicas, sendo que metade dos participantes possuíam baixa escolaridade e a maioria eram homens, com um bom nível de independência. Essas características clínico-demográficas se assemelham com estudos prévios de AVC no Brasil, o que valida externamente os achados deste estudo (60). Destacando que no estudo original o tempo de lesão foi diferente, devido às características de cada serviço. Estudos de validação de instrumentos no Brasil são geralmente realizados com pessoas no período crônico devido às características de assistência (50,57).

Considerando o modelo de serviço de saúde prestado nos centros de reabilitação do Brasil, foi necessária a adaptação na forma de aplicação da LIMOS. Para tanto, a LIMOS-Br foi adaptada para se obter medidas de resultado a partir do relato do paciente (*Measurement Properties of Patient-Reported Outcome Measures* - PROMs), cuja características têm sido cada vez mais valorizada na pesquisa e por profissionais por facilitar a comunicação entre a equipe e a pessoa e família que recebe assistência e um cuidado mais individualizado (58) e esse envolvimento auxilia motivação e participação ativa no processo de reabilitação (18) e tem sido recomendada como forma de avaliação (11).

É preciso destacar ainda, que existem diversas formas de aplicação de uma PROM (25), neste estudo o instrumento foi aplicado com a mediação de um profissional entrevistador que realizou questionamentos padronizados pelas perguntas orientadoras que consideraram aspectos importantes para a pontuação. Além disso, é importante observar que o avaliado pode estar acompanhado ou não, e a pontuação é determinada por consenso entre as pessoas envolvidas. Essas escolhas foram feitas com o objetivo de aprimorar a estabilidade da medida e permitir que o avaliado tenha o máximo de autonomia

possível. Essas adaptações no método de aplicação e a consideração da presença ou ausência de um acompanhante em pacientes com afasia e alterações cognitivas decorrentes de AVC exigem uma análise mais aprofundada, uma vez que essas condições são comuns nesse grupo. Excluir esses pacientes de estudos e avaliações utilizando o instrumento limitaria sua utilidade clínica.

Em um estudo comparativo entre as respostas do paciente com afasia e seus representantes (proxies) foi observada diferença nas respostas, principalmente nas dimensões cognitivas, saúde mental e fadiga e com melhor desempenho no domínio motor (62). Portanto, é fundamental incluir esses pacientes para obter uma compreensão completa e precisa de seu estado de saúde, permitindo a orientação de intervenções mais eficazes e centradas no paciente. No entanto, vale ressaltar que o estudo não realizou comparações entre pacientes afásicos incapazes de responder ao questionário, o que poderia potencialmente introduzir maiores erros de medição.

Em um estudo de revisão sistemática (63) o envolvimento do representante mostrou-se uma alternativa viável à exclusão desse subgrupo de dados apontando uma concordância de moderada a excelente. Nesse estudo, adotou-se a percepção do entrevistador e durante a fase de questionário sociodemográfico e MEEM e a possibilidade da presença de acompanhantes que se envolvem com o cuidado quando necessário, foram estratégias importantes para possibilitar a coleta de informação de participantes afásicos e com déficit cognitivo. Além disso, o fato de o instrumento ser estruturado com perguntas orientadoras que devem ser realizadas por um profissional da reabilitação, permitiram participação independente mesmo com algum grau de afasia. Importante notar que essas abordagens não comprometeram a estabilidade dos dados do teste-reteste e de outras avaliações psicométricas realizadas no estudo.

Para efetuar as adaptações transculturais e o formato de aplicação, foram empregadas estratégias baseadas em linguagem simples e atividades cotidianas, visando facilitar a compreensão de indivíduos com baixo nível de escolaridade e permitir o uso por profissionais de diversas áreas. Essa abordagem possibilitou uma avaliação abrangente mesmo na ausência de uma equipe multiprofissional. Além disso, houve uma necessidade substancial de

esclarecimento quanto à pontuação, especialmente na diferenciação da pontuação 3 em relação às demais pontuações. Para realizar a transição da medida de desfecho da LIMOS, que originalmente dependia da observação clínica, para uma avaliação da percepção dos pacientes no contexto brasileiro, foi solicitada a autorização dos desenvolvedores do instrumento. Durante discussões em uma plataforma virtual, os autores concordaram com a abordagem de aplicação, que envolveu a formulação de perguntas para compreender as atividades realizadas em locais e momentos distintos, uma vez que a observação padronizada das atividades em questão não era viável.

A aplicação sob forma de autorrelato permite que as pontuações das tarefas sejam estimadas com base na percepção dos indivíduos em relação à execução de tarefas ou situações, considerando diferentes ambientes, sejam eles facilitadores ou apresentando barreiras. Isso, por sua vez, possibilita a mensuração do desempenho, uma vez que não existe um controle de um ambiente neutro ou padrão para atribuir a pontuação máxima (6), como ocorre no hospital em Lucerne. Essa abordagem permite considerar a influência da diversidade de fatores ambientais na funcionalidade, um aspecto que tem sido investigado em estudos anteriores (59,60). Esse processo de adaptação ampliou consideravelmente o âmbito de aplicação do instrumento. Além disso, é importante levar em consideração que o questionamento permite uma perspectiva direta do paciente, o que aprimora a comunicação entre todas as partes envolvidas e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados (26), algo essencial para o planejamento da reabilitação.

Evidência de validade

A análise de confiabilidade da LIMOS revelou resultados positivos, indicando boa concordância entre as avaliações do mesmo avaliador em diferentes momentos, especialmente nos domínios da subescala motora, Comunicação e Vida Doméstica. No entanto, o domínio "Cognição" apresentou concordância relativamente menor intraavaliadores e entre avaliadores sugerindo maior variabilidade nas avaliações nesse domínio (40).

Globalmente, os resultados sugerem que a LIMOS é uma ferramenta confiável para a avaliação de pacientes com maior consistência quando aplicada pelo mesmo avaliador, embora a concordância entre avaliadores diferentes

possa variar dependendo do domínio avaliado. A alteração percentual mínima detectável mostrou-se excelente para a subescala motora, cognição, escore total e aceitável para comunicação e vida doméstica.

Comparativamente com a MIF, amplamente utilizada em centros de reabilitação, a LIMOS apresenta maior concordância na escala motora e menor na cognitiva e comunicação (47,61). É relevante destacar que a LIMOS possui uma avaliação cognitiva mais abrangente e maior potencial para detectar mudanças na funcionalidade (40), estando alinhada com a perspectiva da CIF, o que facilita a produção de indicadores.

As análises baseadas nas Teorias Clássicas dos Testes (TCT) evidenciaram um desempenho sólido nas medidas de validação. A consistência interna foi adequada, corroborando com estudo original (36). Além disso, a correlação entre a LIMOS e o instrumento de validade externa, a MIF, foi substancial, registrando valores de $r=0,89$ no estudo original (36) e $r=0,85$ neste estudo. Essa forte correlação sugere que a LIMOS avalia de forma eficaz o mesmo construto, ou seja, funcionalidade e incapacidade. Notavelmente, a LIMOS se destaca por sua abrangência, dispensando a necessidade de adaptação para a linguagem da CIF, e pela minuciosidade na avaliação de cada domínio. Portanto, ela se apresenta como uma ferramenta particularmente relevante e valiosa para uso clínico em contextos de saúde.

A análise da capacidade de diagnóstico da LIMOS foi adequada, permitindo identificar diferentes níveis de funcionalidade com o ponto de corte de 183 pontos. Resultado pouco superior ao encontrado no trabalho de Ottinger et al em 2020 (35) ao diferenciar os pacientes que tiveram alta do hospital de reabilitação para viver sozinho, e que apresentaram valor de corte de 158 pontos, sendo necessários estudos para melhor determinação. O instrumento se destaca por envolver diferentes aspectos com a linguagem e magnitude proposta pela CIF, permitindo o registro e mensuração ampla e contemplando diferentes aspectos que podem estar alteradas no AVC. Esta informação se faz importante para compreender a necessidade de cuidado e possibilidade de independência para estruturar o cuidado.

Limitações do estudo

Embora a LIMOS tenha sido concebida para ser aplicada em diversas condições de saúde atendidas em centros de neuroreabilitação, é importante observar que, no contexto brasileiro, a validação inicial foi restrita à população de pacientes que sofreram AVC. Essa decisão foi principalmente motivada pela intenção de replicar a metodologia empregada no estudo original de desenvolvimento da LIMOS, o que permitiu estabelecer uma comparação direta e robusta com os resultados obtidos na população de pacientes com AVC, todavia é recomendado estudos com pessoas com outras condições de saúde.

A escala pode ser testada quanto a flexibilidade e adaptação para acomodar as diversas características dos participantes. Isso pode incluir recursos de imagem e tecnológicos, bem como a possibilidade de coleta de diferentes formas, dependendo das necessidades e capacidades individuais dos participantes. Essa abordagem multifacetada é essencial para uma avaliação completa e precisa da aplicabilidade do instrumento.

Perspectivas futuras

Com maior número de participantes com mesma condição de saúde, é possível realizar análises e testes paramétricos mais avançados para compreender a carga fatorial de cada item do questionário e a relação destes com as subescalas e resultado final. Isso poderia permitir em um segundo momento, a elaboração de uma versão abreviada do instrumento e testagem em outras condições de saúde, podendo comparar diferentes condições de saúde. Além disso, um estudo longitudinal sobre o comportamento das variáveis pode avaliar a responsividade e a aplicabilidade na prática clínica, podendo ser utilizado como mensuração do impacto da reabilitação.

Implicações Clínicas

O uso da LIMOS traduzida e adaptada para o Brasil (LIMOS-Br), que é uma escala multiprofissional desenvolvida dentro do componente de atividade e participação, é altamente relevante para ser aplicada em centros especializados em reabilitação. Sua estrutura abrangente abarca diversos domínios e oferece uma perspectiva abrangente da funcionalidade dos indivíduos, indo além dos aspectos puramente corporais. Isso significa que sua utilização em serviços de

saúde pode direcionar as ações dos profissionais de reabilitação para intervenções que visem melhorar a interação do indivíduo com o ambiente, promovendo uma visão mais completa da funcionalidade.

Além disso, por se basear em relatos dos pacientes, a LIMOS-Br permite a mensuração das atividades em diversos contextos, o que possibilita a comparação da funcionalidade em diferentes locais. Isso, por sua vez, contribui para a geração de conhecimentos sobre como os fatores ambientais afetam as atividades diárias.

A padronização da linguagem e pontuação na LIMOS-Br facilita as discussões entre equipes multiprofissionais, fornecendo insights sobre as interações entre os diversos domínios da funcionalidade. Sua natureza ampla, multiprofissional e a incorporação dos princípios da CIF tornam a escala um valioso recurso para o registro das condições clínicas e a produção de indicadores de saúde. Portanto, a LIMOS-Br se mostra uma ferramenta eficaz e versátil para avaliar a funcionalidade de pacientes em centros de reabilitação no Brasil.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam que a versão LIMOS-Br é válida para ser aplicada em formato de questionário em pacientes com AVC no Brasil. Essa validação inicial é um passo importante para garantir que a ferramenta seja eficiente e sensível às necessidades dos pacientes com AVC, permitindo uma avaliação mais precisa de seu desempenho nas atividades e participação social. É importante ressaltar que a LIMOS-Br se configura como um instrumento de avaliação amplo, abrangendo distintos aspectos da vida dos pacientes, em consonância com a CIF. Essa abordagem multifacetada confere à LIMOS-Br uma versatilidade singular, dotando-a de potencial para aplicação em diversas condições de saúde. A validação inicial em pacientes com AVC no Brasil, juntamente com a adaptação na abordagem de mensuração para PROM, não apenas confirma sua aplicabilidade nesse grupo específico, mas também possibilita novos horizontes para futuras investigações e aplicações em variados contextos clínicos, sendo uma promissora medida para uso na gestão de serviços de saúde, em tomada de decisão clínica e em pesquisas científicas.

8. REFERÊNCIAS

1. Scharan KO, Bernardelli RS, Corrêa KP, Moser AD de L. Instrumentos da prática clínica com versão em português e a abrangência de seus conteúdos usando a CIF como referência: uma revisão sistemática. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2020 Jul;27(3):236–54.
2. World Health Organization. *Rehabilitation in health systems*. 2017. 77 p.
3. Negrini S, Selb M, Kiekens C, Todhunter-Brown A, Arienti C, Stucki G, et al. Rehabilitation Definition for Research Purposes: A Global Stakeholders' Initiative by Cochrane Rehabilitation. Vol. 101, *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. Lippincott Williams and Wilkins; 2022. p. E100–7.
4. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020 Dec 19;396(10267):2006–17.
5. Kuriakose D, Xiao Z. Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. *Int J Mol Sci*. 2020 Oct 2;21(20):1–24.
6. Organização Mundial da Saúde. *CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo; 2020. 336.
7. Kobylańska M, Kowalska J, Neustein J, Mazurek J, Wójcik B, Bełza M, et al. The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke. *Work*. 2019;61(4):523–35.
8. Ali M, van Os HJA, van der Weerd N, Schoones JW, Heymans MW, Kruyt ND, et al. Sex Differences in Presentation of Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 53, *Stroke*. Lippincott Williams and Wilkins; 2022. p. 345–54.
9. Algurén B, Lundgren-Nilsson Å, Sunnerhagen KS. Facilitators and barriers of stroke survivors in the early post-stroke phase. *Disabil Rehabil*. 2009;31(19):1584–91.
10. Langhorne P, Ramachandra S. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. Vol. 2020, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2020.
11. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Vol. 47, *Stroke*. Lippincott Williams and Wilkins; 2016. p. e98–169.
12. Lindgren AG, Braun RG, Juhl Majersik J, Clatworthy P, Mainali S, Derdeyn CP, et al. International stroke genetics consortium recommendations for studies of genetics of stroke outcome and recovery. *International Journal of Stroke*. 2022 Mar 1;17(3):260–8.
13. Leonardi M, Bickenbach J, Raggi A, Sala M, Guzzon P, Valsecchi MR, et al. Training on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): The ICF-DIN Basic and the ICF-DIN Advanced Course developed by the Disability Italian Network. *Journal of Headache and Pain*. 2005 Jun;6(3):159–64.

14. Castaneda L. International classification of functioning, disability and health (ICF) - way to health promotion. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*. 2018;20(2):229–33.
15. Neves-Silva P, Álvarez-Martín E. Descriptive study about social and demographical characteristic of the disability in Latin America. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2014 Dec 1;19(12):4889–98.
16. Jelsma J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: A literature survey. Vol. 41, *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2009. p. 1–12.
17. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine Perspective [Internet]. Vol. 82, *Physical Therapy*. 2002. Available from: <https://academic.oup.com/ptj/article/82/11/1098/2857661>
18. Atkinson HL, Nixon-Cave K. A tool for clinical reasoning and reflection using the international classification of functioning, disability and health (icf) framework and patient management model. *Phys Ther*. 2011 Mar;91(3):416–30.
19. Heerkens YF, de Weerd M, Huber M, de Brouwer CPM, van der Veen S, Perenboom RJM, et al. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disabil Rehabil*. 2018 Feb 27;40(5):603–11.
20. Borg J. The Participation Pyramid: a response to “Reconsideration ICF scheme” by Heerkens et al. 2017. Vol. 40, *Disability and Rehabilitation*. Taylor and Francis Ltd; 2018. p. 123–4.
21. novak I, McIntyre S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N, et al. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: State of the evidence. Vol. 55, *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2013. p. 885–910.
22. Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, Wolf C, Hefti H, Fluri E, et al. The implementation of the “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: An interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disabil Rehabil*. 2003 Apr 22;25(8):411–21.
23. Marque P, Gasq D, Castel-Lacanal E, De Boissezon X, Loubinoux I. Post-stroke hemiplegia rehabilitation: Evolution of the concepts. Vol. 57, *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. Elsevier Masson s.r.l.; 2014. p. 520–9.
24. Benson J. A Guide for Instrument Development and Validation (instrument development. occupational therapy, test construction). *The American Journal of Occupational Therapy* [Internet]. 1982;36(12):789–800. Available from: <http://ajot.aota.org/>
25. Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing Patient Outcomes Measurement. *New England Journal of Medicine*. 2016 Feb 11;374(6):504–6.
26. Reeves M, Lisabeth L, Williams L, Katzan I, Kapral M, Deutsch A, et al. Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) for Acute Stroke: Rationale, Methods and Future Directions. *Stroke*. 2018;49(6):1549–56.

27. Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Chatterji S, Stucki G. Towards a minimal generic set of domains of functioning and health [Internet]. 2014. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/218>
28. Prodingen B, Reinhardt J, Selb M, Stucki G, Yan T, Zhang X, et al. Towards system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in routine practice: Developing simple, intuitive descriptions of ICF categories in the ICF Generic and Rehabilitation Set. *J Rehabil Med*. 2016 Jun 1;48(6):508–14.
29. Ewert T, Grill E, Bartholomeyczik S, Finger M, Mokrusch T, Kostanjsek N, et al. ICF Core Set for patients with neurological conditions in the acute hospital. Vol. 27, *Disability and Rehabilitation*. 2005. p. 367–73.
30. Silva SM, Brandão TCP, Silva FP Da, Buchalla CM. Identification of categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health in functional assessment measures for stroke survivors: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 2020 Jan 16;42(2):156–62.
31. Mahoney FI, Barthel D. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:56–61.
32. Turner-Stokes L, Nyein K, Turner-Stokes T, Gatehouse C. The UK FIM+FAM: development and evaluation. *Clin Rehabil*. 1999;13:277–87.
33. Hobart JC, Lamping ; D L, Freeman ; J A, Langdon ; D W, Mclellan ; D L, Greenwood ; R J, et al. Evidence-based measurement Which disability scale for neurologic rehabilitation? *Neurology*. 2001;639–44.
34. Cohen ME, Marino RJ. The tools of disability outcomes research functional status measures. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81(12 SUPPL. 2).
35. Ottiger B, Vanbellinghen T, Cazzoli D, Nyffeler T, Veerbeek JM. Development and Validation of the Short-LIMOS for the Acute Stroke Unit—A Short Version of the Lucerne ICF-Based Multidisciplinary Observation Scale. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2022 Apr 5;3.
36. Ottiger B, Vanbellinghen T, Gabriel C, Huberle E, Koenig-Bruhin M, Plugshaupt T, et al. Validation of the new Lucerne ICF based multidisciplinary observation scale (LIMOS) for stroke patients. *PLoS One*. 2015 Jun 25;10(6).
37. Prodingen B, O'Connor RJ, Stucki G, Tennant A. Establishing score equivalence of the functional independence measure motor scale and the barthel index, utilizing the international classification of functioning, disability and health and rasch measurement theory. *J Rehabil Med*. 2017;49(5):416–22.
38. Quinn L, Riley N, Tyrell CM, Judd DL, Gill-Body KM, Hedman LD, et al. A framework for movement analysis of tasks: Recommendations from the academy of neurologic physical therapy's movement system task force. Vol. 101, *Physical Therapy*. Oxford University Press; 2021.
39. Occupational Therapy Practice Framework (3rd Edition) (1). [cited 2023 Nov 2]; Available from: Downloaded From: <http://ajot.aota.org/> on 03/31/2016 Terms of Use: <http://AOTA.org/terms>

40. Vanbellinghen T, Ottiger B, Pflugshaupt T, Mehrholz J, Bohlhalter S, Nef T, et al. The responsiveness of the lucerne ICF-based multidisciplinary observation scale: A comparison with the functional independence measure and the barthel index. *Front Neurol*. 2016 Sep 26;7(SEP):1–6.
41. Van de Winckel A, Ottiger B, Bohlhalter S, Nyffeler T, Vanbellinghen T. Comprehensive ADL Outcome Measurement after Stroke: Rasch Validation of the Lucerne ICF-Based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS). *Arch Phys Med Rehabil*. 2019 Dec 1;100(12):2314–23.
42. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186–91.
43. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paideia*. 2012 Sep;22(53):423–32.
44. Gagnier JJ, Lai J, Mokkink LB, Terwee CB. COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*. 2021 Aug 1;30(8):2197–218.
45. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL EM UMA POPULAÇÃO GERAL IMPACTO DA ESCOLARIDADE. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1–7.
46. Karamehmetogü Lu SS, Karacan I, Elba I N, Demirel G, Koyuncu H, Doè M, et al. The functional independence measure in spinal cord injured patients: comparison of questioning with observational rating. 1997;
47. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Rizzo Battistella L. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. 2001.
48. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;33(3):143–50.
49. Bland. J Martin, Altman DG. Cronbach’s alpha. *British Medical Journal* . 1997;314(7080):572.
50. Riberto M, Miyazaki MH, H Jucá SS, Sakamoto H, Potiguara Novazzi Pinto P, Rizzo Battistella L. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. *Acta Fisiatr*. 2004;11(2):72–6.
51. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med*. 2016 Jun 1;15(2):155–63.
52. Akoglu H. User’s guide to correlation coefficients. Vol. 18, *Turkish Journal of Emergency Medicine*. Emergency Medicine Association of Turkey; 2018. p. 91–3.
53. Terwee CB, Dekker FW, Wiersinga WM, Prummel MF, Bossuyt PMM. On assessing responsiveness of health-related quality of life instruments: Guidelines for instrument evaluation. *Quality of Life Research*. 2003;12:349–62.

54. Guyatt GH, Osoba D, Wu AW, Wyrwich KW, Norman GR, Aaronson N, et al. Methods to explain the clinical significance of health status measures. *Mayo Clin Proc.* 2002;77(4):371–83.
55. Le QA, Doctor JN, Zoellner LA, Feeny NC. Minimal clinically important differences for the EQ-5D and QWB-SA in Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): results from a Doubly Randomized Preference Trial (DRPT) [Internet]. 2013. Available from: <http://www.hqlo.com/content/11/1/59>
56. Reistetter TA, Graham JE, Deutsch A, Granger C V., Markello S, Ottenbacher KJ. Utility of Functional Status for Classifying Community Versus Institutional Discharges After Inpatient Rehabilitation for Stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010 Mar;91(3):345–50.
57. Pereira GS, Corrêa FI, Elord Júlio C, Thonnard JL, Kossi O, Bouffioulx E, et al. Linking of concepts measured by SATIS-Stroke and the PM-Scale to the international classification of functioning, disability and health. *Physiother Theory Pract.* 2022;38(13):3055–71.
58. Boyce MB, Browne JP, Greenhalgh J. The experiences of professionals with using information from patient-reported outcome measures to improve the quality of healthcare: A systematic review of qualitative research. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(6):508–18.
59. Cruz CF da, Silva SM, Araújo E de F, Peniche P da C, Aguiar LT, Faria CDC de M. Relação entre fatores ambientais e qualidade de vida em indivíduos com acidente vascular cerebral usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Acta Fisiátrica.* 2019 Jun 30;26(2):108–14.
60. Dos Santos HM, Pereira GS, Brandão TCP, Ramon FMV, Bazán JAP, Bissoli MEF, et al. Impact of Environmental Factors on Post-Stroke Disability: An Analytical Cross-Sectional Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.* 2022 Apr 1;31(4).
61. Brandão AD, Teixeira NB, Brandão MC, Vidotto MC, Jardim JR, Gazzotti MR. Translation and cultural adaptation of the stroke impact scale 2.0 (SIS): A quality-of-life scale for stroke. *Sao Paulo Medical Journal.* 2018 Mar 1;136(2):144–9.

9. ANEXO

ANEXO A

Email autorização dos Autores



Soraia Micaela

para mim ▾

🔍 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem

----- Forwarded message -----

De: Thomas Nyffeler <thomas.nyffeler@luks.ch>

Date: sáb., 22 de mai. de 2021 às 02:44

Subject: Antwort: Translation and cross-cultural adaptation of LIMOS into Portuguese-Brazil

To: Soraia Micaela <soraia.micaelaa@gmail.com>

Cc: Tim Vanbellingen <tim.vanbellingen@luks.ch>, Beatrice Ottiger <beatrice.ottiger@luks.ch>, Janne Veerbeek <janne.veerbeek@luks.ch>

Dear Soraia

Of course you can translate and validate the LIMOS.

I send you the LIMOS Manual in English and an Excel File that we use in our clinic.

Let us know if we can help.

Cheers,

Thomas

Prof. Dr. med. Thomas Nyffeler

Chefarzt Neurorehabilitation

Luzerner Kantonsspital | Neurozentrum

Spitalstrasse | 6000 Luzern 16

Telefon 041 205 51 49 | Fax 041 205 29 68

e-mail@luks.ch | www.luks.ch

Von: "Soraia Micaela" <soraia.micaelaa@gmail.com>

An: thomas.nyffeler@luks.ch

Datum: 20.05.2021 17:17

Betreff: Translation and cross-cultural adaptation of LIMOS into Portuguese-Brazil

ANEXO B

TCLE

Termo de Consentimento livre e esclarecido para Participação em Pesquisa Clínica:

Nome do Participante: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Cidade: _____ CEP: _____

E-mail: _____

1. Título do Trabalho: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE DAS MEDIDAS PSICOMÉTRICAS DA LIMOS - ESCALA OBSERVACIONAL MULTIPROFISSIONAL BASEADA NA CIF DE LUCERNE (CENTRO DE REABILITAÇÃO DA SUÍÇA)

2. Objetivo: Traduzir e adaptar a Escala LIMOS para o português-Brasil e verificar se essa versão é satisfatória e confiável para ser aplicada na população brasileira.

3. Justificativa: Houve uma importante mudança no modelo de saúde em que a reabilitação deixa de se preocupar em consertar o corpo da pessoa com deficiência física e que deve atuar para reduzir os limites da capacidade e a restrição da participação no ambiente em que vive, e essa transformação exige novas formas de realizar a avaliação.

Por este motivo foi desenvolvido um questionário no Hospital de Reabilitação na Suíça e que está sendo bem utilizado naquele país, mas precisamos de uma versão adaptada para a nossa população brasileira.

4. Procedimentos: O senhor (a) está sendo convidado (a) para essa pesquisa porque identificamos seus dados na lista de pacientes da UNINOVE. Essa pesquisa envolve uma entrevista para avaliar como o senhor (a) faz suas atividades diárias depois do seu derrame (Acidente Vascular Cerebral - AVC). As entrevistas serão realizadas dentro da clínica da Universidade Nove de Julho, ou por vídeo chamada pelo aplicativo de sua preferência (WhatsApp, Google Hangouts ou Google Meet), no seu horário de preferência, e se quiser, poderá estar acompanhado da pessoa que mais auxilia nos cuidados. Faremos perguntas sobre a realização de atividades rotineiras e as dificuldades encontradas pelo (a) senhor (a). Além disso, perguntaremos sobre seu relacionamento com as pessoas à sua volta. As respostas irão quantificar a dificuldade para realizar cada atividade então, você vai escolher dentre as seguintes opções de respostas: “nenhuma dificuldade”, “dificuldade ligeira”, “dificuldade leve”, “dificuldade moderada”, “dificuldade grave” e “dificuldade completa”. Após intervalo de até 7 dias será realizada uma nova entrevista, para analisarmos se o questionário testado segue parâmetros adequados. Inclusive, ao final das entrevistas, perguntaremos ao senhor (a) a sua opinião sobre a clareza das perguntas realizadas, queremos saber se o senhor (a) entendeu as perguntas com facilidade. A duração média para a realização dessa entrevista é de 45 minutos, sendo necessário 1h30min no primeiro dia da entrevista, pois, no primeiro dia da entrevista perguntaremos sobre seus dados pessoais e informações sobre sua doença.

5. Desconforto ou Riscos Esperados: Durante a aplicação dos questionários você poderá se sentir desconfortável ao responder às perguntas, porém é preciso esclarecer que seu nome será mantido em sigilo e que poderá desistir de responder

caso não se sinta à vontade. A entrevista será realizada em um ambiente fechado apenas com a sua presença, a do avaliador e de uma acompanhante, caso você queira ou por vídeo chamada em aplicativo, devendo ser escolhido um ambiente silencioso e sem interferências durante a entrevista.

6. Medidas protetivas ao risco: Caso você sinta insegurança ou vergonha durante a entrevista, poderá continuar ou não participando da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, mesmo após já ter participado de todas as fases.

7. Benefícios da Pesquisa: A pesquisa não trará benefícios direto ao participante, porém terá sua funcionalidade avaliada conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Ou seja, seja, comentar sobre a facilidade ou dificuldade em realizar tarefas de autocuidado, mobilidade, comunicação entre outros aspectos

8. Método alternativo existente: não se aplica.

9. Retirada do consentimento: A sua participação nesse estudo é totalmente voluntária, e se quiser desistir de participar em qualquer momento da pesquisa não causará nenhum tipo de prejuízo.

10. Garantia do Sigilo: Todos os seus dados pessoais como nome, endereço, número de documentos pessoais serão mantidos em poder dos autores da pesquisa em arquivo pessoal, com garantia de jamais torná-los públicos ou permitir que qualquer pessoa tenha acesso a essas informações. E apenas as informações referentes aos testes aplicados nesse estudo poderão ser aplicadas com finalidade científica, mas sempre preservando os seus dados de identificação como anunciado anteriormente.

11. Formas de Ressarcimento das Despesas decorrentes da Participação na Pesquisa: Você não terá que gastar nada com sua participação na pesquisa e, portanto, não receberá nenhum pagamento por isso, pois a entrevista acontecerá no horário que costuma frequentar a clínica ou no horário marcado conforme sua disponibilidade.

12. Local da Pesquisa: A pesquisa será desenvolvida na instituição Universidade Nove de Julho, São Paulo, Brasil nos campos Barra Funda, localizado na Av. Dr. Adolpho Pinto, 109 – Barra Funda, São Paulo – SP, 01156-050, telefone: (011) 3823-9000 e campus Vila Maria, localizado na rua Professora Maria José Barone Fernandes, 300 – Vila Maria, São Paulo – SP, 02117-020, telefone: (011) 2533-9000 ou em um local de sua escolha que permita acesso à internet e um dispositivo eletrônico (computador ou celular) contendo um aplicativo para comunicação (WhatsApp, Google Hangouts ou Google Meet) ..

13. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Res. CNS nº 466/12 e Res. CNS 510/2016). O Comitê de Ética é responsável pela avaliação e acompanhamento dos protocolos de pesquisa no que corresponde aos aspectos éticos. **Endereço do Comitê de Ética da Uninove: Rua. Vergueiro nº 235/249 – 12º andar – Liberdade – São Paulo – SP CEP. 01504-001. Telefone: 3385-9010. E-mail: comitedeetica@uninove.br**

Horários de atendimento do Comitê de Ética: segunda-feira a sexta-feira – Das 11h30 às 13h00 e Das 15h30 às 19h00

14. Nome Completo e telefones dos Pesquisadores (Orientador e Alunos) para Contato: Caso você tenha alguma dúvida ou em caso de intercorrências você poderá entrar em contato com a **Prof. Dr. Soraia Micaela da Silva** - (011) 98347-8827, aluna **Bibiana Caldeira Monteiro** - (011) 99494-6444

15. Eventuais intercorrências que vierem a surgir no decorrer da pesquisa poderão ser discutidas pelos meios próprios.

São Paulo, de de 2022.

16. Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos somente neste estudo no meio científico.

Assinatura do Participante

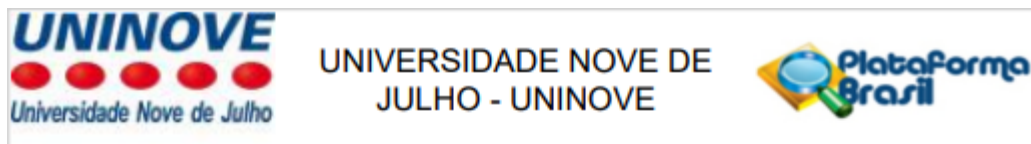
17. Eu, _____ (Pesquisador e responsável desta pesquisa), certifico que:

- a) Esta pesquisa só terá início após a aprovação do(s) referido(s) Comitê(s) de Ética em Pesquisa o qual o projeto foi submetido.
- b) Considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos;
- c) Este estudo tem mérito científico e a equipe de profissionais devidamente citados neste termo é treinada, capacitada e competente para executar os procedimentos descritos neste termo;

Bibiana Caldeira Monteiro
Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO C

Parecer CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DA Lucerne ICF based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS) - ESCALA DE USO MULTIPROFISSIONAL BASEADA NA CIF

Pesquisador: Bibiana Caldeira Monteiro

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 54065221.5.0000.5511

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

Patrocinador Principal: ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.357.957

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1829762, de 12.04.2022).

Resumo:

Introdução: O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) permite conhecer o nível da funcionalidade de indivíduos, contudo, tem sido pouco utilizada na prática clínica pela baixa aplicabilidade. O centro de reabilitação de Lucerne desenvolveu um instrumento padronizado, aplicável na prática clínica e validado para a população local denominada LIMOS, facilitando o uso da CIF. Contudo, o uso do instrumento ainda não está disponível no Brasil. **Objetivo:** traduzir e realizar a adaptação transcultural da Lucerne ICF Based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS) para ser utilizada no Brasil e verificar a reprodutibilidade, validade convergente e acurácia para ser utilizado em centros de reabilitação do país. **Método:** O processo de tradução e adaptação transcultural consistirá nas fases: Traduções, síntese, tradução de retorno, apreciação pelo comitê de especialistas, teste prévio da versão pré-final e versão final. A coleta de dados para avaliação das propriedades de medida constará da

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Telefone: (11)3385-9010

Município: SAO PAULO

CEP: 01.504-001

E-mail: comitedeetica@uninove.br

Continuação do Parecer: 5.357.957

aplicação do questionário em 3 três momentos, sendo dois deles aplicados pelo mesmo avaliador. No momento da primeira avaliação será aplicada a Medida de Independência Funcional (MIF), para a validação de convergência. A fase de adaptação envolverá avaliação qualitativa, e a para validação será utilizado o Coeficiente de concordância de Kappa, Erro de Medida Padrão, Mínima Mudança Detectável, Plotagem Bland-Altman, Coeficiente de correlação de Spearman considerando o intervalo de confiança de 95%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traduzir e adaptar transculturalmente a escala LIMOS para ser utilizado na prática clínica de reabilitação física no Brasil.

Objetivo Secundário:

Testar a reprodutibilidade, validade convergente, e a acurácia da LIMOS

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a aplicação dos questionários você poderá se sentir desconfortável ao responder às perguntas, porém é preciso esclarecer que seu nome será mantido em sigilo e que poderá desistir de responder caso não se sinta à vontade. A entrevista será realizada em um ambiente fechado apenas com a sua presença, a do avaliador e de uma acompanhante, caso você queira.

Benefícios:

A pesquisa não trará benefícios direto ao participante, porém terá sua funcionalidade avaliada conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Versão 5 do projeto.

Desenho:

Estudo metodológico prospectivo e longitudinal. Será utilizada as recomendações do COSMIN (padrões baseados no consenso para a seleção de instrumentos de medição em saúde) Mokkink 2010 e do GRASS (Diretrizes para Relatórios de Estudos de Confiabilidade e Acordo) Kottner 2011.

Desfecho Primário:

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

CEP: 01.504-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9010

E-mail: comitedeetica@uninove.br

Continuação do Parecer: 5.357.957

Tradução e adaptação transcultural da escala LIMOS para a população brasileira.

Desfecho Secundário:

Análise da validade e reprodutibilidade do instrumento LIMOS-brasileira.

Tamanho da Amostra no Brasil: 130

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto datada, assinada pelo diretor com carimbo do diretor - OK

Projeto de pesquisa - OK

TCLE - ADEQUADO COM TODAS AS PENDÊNCIAS FORAM ATENDIDAS - OK

Pendência anterior:

1 - Padronizar o cronograma (etapas e datas) no Projeto de Pesquisa e no documento

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1829762.pdf => PENDÊNCIA ATENDIDA

Recomendações:

Recomenda-se que o cronograma seja reorganizado com as datas apresentadas em ordem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá se apresentar na instituição de realização da pesquisa (que autorizou a realização do estudo) para início da coleta dos dados.

O participante da pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. De forma

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3385-9010

CEP: 01.504-001

E-mail: comitedeetica@uninove.br

Continuação do Parecer: 5.357.957

objetiva com justificativa para nova apreciação, os documentos alterados devem ser evidenciados para facilitar a nova análise.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 466/12 item X1. 2. f).

De acordo com a Res. CNS 466/12, X.3.b), o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio, e-mail ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1829762.pdf	12/04/2022 09:45:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjLIMOS.docx	12/04/2022 09:29:44	Bibiana Caldeira Monteiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE4.docx	29/03/2022 11:57:02	Bibiana Caldeira Monteiro	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	09/02/2022 07:02:42	Bibiana Caldeira Monteiro	Aceito
Outros	LIMOS.pdf	29/01/2022 15:11:20	Bibiana Caldeira Monteiro	Aceito
Outros	MIF.docx	29/01/2022 15:11:02	Bibiana Caldeira Monteiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

CEP: 01.504-001

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3385-9010

E-mail: comitedeetica@uninove.br

Continuação do Parecer: 5.357.957

SAO PAULO, 19 de Abril de 2022

Assinado por:
Maria Aparecida Dalboni
(Coordenador(a))

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

CEP: 01.504-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9010

E-mail: comitedeetica@uninove.br

ANEXO D

LIMOS Original

G18 $\sum$ =AVERAGE(G19:G21)

	A	B	C	D	E	F	G
1	Lucerne ICF-Based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS)				 luzerner kantonsspital LUZERN SURSEE WOLHUSEN		
2	Patient/-in						
3	Name, Vorname						
4	Geburtsdatum						
5	FID Nummer						
6							
7							
8	1 = völlig unselbständig (75 % - 100 % Hilfestellung)						
9	2 = mit mässig bis ausgeprägter Hilfestellung (mit 25 % - 75 %)						
10	3 = mit geringer Hilfestellung / Kontakthilfe (bis 25 % Hilfestellung inkl. Supervision)						
11	4 = angepasst s/s mit Hilfsmittel oder verlangsamt						
12	5 = selbständig						
13	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen				Eintritt SN	Austritt SN	Eintritt TR
14	1 Interpersonelle Aktivitäten (d710)				Datum	Datum	Datum
15	Datum/Bemerkung						
16	Total Summenwert Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen				2		
17	Mobilität						
18	2 Körperpositionen verbleiben (d415)				3	#DIV/0!	#DIV/0!
19	Liegen bleiben				3		
20	Sitzen bleiben				4		
21	Stehen bleiben				2		
22	Datum/Bemerkung						
23	3 Körperpositionen wechseln (d410)				3	#DIV/0!	#DIV/0!
24	Im Bett drehen				3		
25	Vom Bettrand sich hinlegen und aufsitzen				3		
26	Aufstehen und hinsetzen auf einen Stuhl				3		
27	Auf den Boden liegen und wieder aufstehen				1		
28	Datum/Bemerkung						
29	4 Transfers (d420)				3	#DIV/0!	#DIV/0!
30	Transfer tief über links vom Bett in den Rollstuhl und zurück				3		
31	Transfer tief über rechts vom Bett in den Rollstuhl und zurück				3		
32	Transfer hoch				2		
33	Datum/Bemerkung						
34	5 Gegenstände anheben und tragen (d430)				2	#DIV/0!	#DIV/0!
35	Gegenstände transportieren im Arbeitsbereich (von Hüft bis Schulterbereich) bis zu 2 kg				3		
36	Gegenstände über Schulterbereich greifen und verschieben (bis zu 2 kg)				1		
37	Gegenstände unter Hüftbereich greifen und verschieben (bis zu 2 kg)				1		
38	Datum/Bemerkung						
39	6 Feinmotorischer Handgebrauch (d440)				2	#DIV/0!	#DIV/0!
40	Linke Hand				4		
41	Rechte Hand				1		
42	Bimanuell				1		
43	Datum/Bemerkung						
44	7 Hand- und Armgebrauch (d445)				2	#DIV/0!	#DIV/0!
45	Linke Hand				4		
46	Rechte Hand				1		
47	Bimanuell				1		
48	Datum/Bemerkung						
49	8 Gehen kurze Entfernung (d450)				1	#DIV/0!	#DIV/0!
50	Kurze Entfernung gehen (bis zu 50 m), in Räumen und Korridoren entlang gehen, innerhalb eines Gebäudes oder für kurze Entfernung ausserhalb				2		
51	Auf unterschiedlichen Oberflächen gehen, Hindernisse um- und übergehen				1		
52	Neigung und Steigung gehen				1		
53	Datum/Bemerkung						
54	9 Gehen lange Entfernung (d460)				1		
55	Datum/Bemerkung						
56	10 Treppen (d455)				2		
57	Datum/Bemerkung						
58	11 Sich auf andere Weise fortbewegen (d455)				1		
59	Datum/Bemerkung						
60	12 Rollstuhl fahren (d465)				1	#DIV/0!	#DIV/0!
61	Bewegt sich mit dem Rollstuhl auf der Stationsabteilung/zu Hause selbständig				1		
62	Bewegt sich mit dem Rollstuhl ausserhalb des Spitals/zu Hause selbständig				1		
63	Datum/Bemerkung						
64	Mittelwert Mobilität				2	#DIV/0!	#DIV/0!
65	Total Summenwert Mobilität				20	#DIV/0!	#DIV/0!

Selbstversorgung				
13 Seine Körperteile waschen (d510)		3	#DIV/0!	#DIV/0!
Den Oberkörper waschen und trocknen		3		
Den Unterkörper waschen und trocknen		2		
Datum/Bemerkung				
14 Seine Körperteile pflegen (d520)		2		
Datum/Bemerkung				
15 Die Toilette benutzen (d530)		2	#DIV/0!	#DIV/0!
Die Belange der Blasenentleerung regulieren (Bedürfnis angeben, geeigneter Ort finden, reinigen, Kleider richten)		2		
Die Belange der Darmentleerung regulieren (Bedürfnis angeben, geeigneter Ort finden, reinigen, Kleider richten)		2		
Die Belange der Menstruation regulieren (Bedürfnis angeben, geeigneter Ort finden, reinigen, Kleider richten)		2		
Datum/Bemerkung				
16 Sich kleiden (d540)		2	#DIV/0!	#DIV/0!
Den Oberkörper an- und ausziehen		3		
Den Unterkörper an- und ausziehen (inkl. Socken und Schuhe)		2		
Geeignete Kleidung auswählen		2		
Datum/Bemerkung				
17 Essen (d550)		2		
Datum/Bemerkung				
18 Trinken (d560)		2		
Datum/Bemerkung				
19 Auf seine Gesundheit achten (d570)		2		
Datum/Bemerkung				
20 Nacht bewältigen (d598)		3	#DIV/0!	#DIV/0!
Ein- und durchschlafen können		3		
Aufs WC gehen können in der Nacht		2		
Sich verrutschen im Bett während der Nacht		3		
Datum/Bemerkung				
Mittelwert Selbstversorgung		2	#DIV/0!	#DIV/0!
Total Summenwert Selbstversorgung		18	#DIV/0!	#DIV/0!

Kommunikation				
21 Kommunikation allgemein		2		
Datum/Bemerkung				
22 Verstehen gesprochener Sprache (d 310, d315)		1	#DIV/0!	#DIV/0!
Einfache Grundbedürfnisse verstehen		1		
Einfache Informationen verstehen		1		
Anspruchsvolle Informationen verstehen		1		
Datum/Bemerkung				
23 Lesesinnverstehen (d325)		1	#DIV/0!	#DIV/0!
Einzelne Wörter lesen und verstehen		1		
Einfachen Text verstehen		1		
Anspruchsvollen Text verstehen		1		
Datum/Bemerkung				
24 Sprechen (d330)		1	#DIV/0!	#DIV/0!
Auf geschlossene Fragen antworten		1		
Wünsche und Bedürfnisse mitteilen		1		
Einfache Aussagen machen		1		
Differenzierte Aussagen machen		1		
Datum/Bemerkung				
25 Schreiben (d 345)		1	#DIV/0!	#DIV/0!
Vertraute Wörter aufschreiben		1		
Kurze Notizen und Nachrichten schreiben		1		
Einfache Texte schreiben		1		
Längere Texte schreiben		1		
Datum/Bemerkung				
Mittelwert Kommunikation		1	#DIV/0!	#DIV/0!
Total Summenwert Kommunikation		6	#DIV/0!	#DIV/0!

Lernen und Wissen				
26	Elementare Fertigkeiten (d1550)	1		
	Datum/Bemerkung			
27	Komplexe Fertigkeiten (d1551)	1		
	Datum/Bemerkung			
28	Aufmerksamkeit (d160)	1		
	Datum/Bemerkung			
29	Denken (d163)	1		
	Datum/Bemerkung			
30	Einfache Probleme lösen (d1750)	1		
	Datum/Bemerkung			
31	Komplexe Probleme lösen (d1751)	1		
	Datum/Bemerkung			
32	Elementares Lernen (Fakten erinnern) (d159)	1		
	Datum/Bemerkung			
33	Wissen anwenden (Orientierung) (d179)	1		
	Datum/Bemerkung			
34	Wissen anwenden (visuell-räumliche Wahrnehmung) (d179)	1		
	Datum/Bemerkung			
35	Rechnen (d172)	1		
	Datum/Bemerkung			
36	Einfache Entscheidungen treffen (d177)	3		
	Datum/Bemerkung			
37	Komplexe Entscheidungen treffen (d177)	1		
	Datum/Bemerkung			
	Mittelwert Lernen und Wissen	1	#DIV/0!	#DIV/0!
	Total Summenwert Lernen und Wissen	14	0	0
Aufgaben und Anforderungen: Aktivitäts- und Partizipationsebene				
38	Einfache Einzelaufgabe übernehmen (d2100)	2		
	Datum/Bemerkung			
39	Komplexe Einzelaufgabe übernehmen (d2101)	1		
	Datum/Bemerkung			
40	Kann die tägliche Routine (im Spital/zu Hause) durchführen (d230)	1		
	Datum/Bemerkung			
	Mittelwert Aufgaben und Anforderungen	1	#DIV/0!	#DIV/0!
	Total Summenwert Aufgaben und Anforderungen	4	0	0

G177 Σ =SUM(G15;G65;G96;G124;G152;G162;G176)

	A	B	C	D	E	F	G
163							
164		Häusliches Leben: Aktivitäts- und Partizipationsebene					
165	41	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen (d620)	1				
166		Datum/Bemerkung					
167	42	Einfache Mahlzeit vorbereiten (d6300)	1				
168		Datum/Bemerkung					
169	43	Komplexe Mahlzeit vorbereiten (d6301)	1				
170		Datum/Bemerkung					
171	44	Hausarbeiten erledigen (d640)	1				
172		Datum/Bemerkung					
173	45	Anderen helfen (d660)	1				
174		Datum/Bemerkung					
175		Mittelwert Häusliches Leben	1	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
176		Total Summenwert Häusliches Leben	5	0	0	0	
177		Totalwert LIMOS (min. 45 - max. 225 Punkte)	69	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

ANEXO E

MIF

Medida de Independência Funcional - MIF - MOTORA		
1.	ALIMENTAÇÃO – comer e beber	
2.	HIGIENE PESSOAL - escovar dentes, lavar o rosto	
3.	TOMAR BANHO – lavar e secar o corpo	
4.	VESTIR METADE SUPERIOR - vestir camisa	
5.	VESTIR METADE INFERIOR - vestir calça, meia e sapato	
6.	USAR VASO SANITÁRIO – higiene e manejo da roupa	
7.	CONTROLE DA URINA – esfíncteres	
8.	CONTROLE DAS FEZES – esfíncteres	
9.	TRANSFERÊNCIA – cadeira de rodas-leito Se andar pontuar passagem de sentado para em pé	
10.	TRANSFERÊNCIA – para vaso sanitário	
11.	TRANSFERÊNCIA – para chuveiro ou banheira	
12.	LOCOMOÇÃO – mínimo 50 metros Andar ou usar cadeira de rodas	
13.	SUBIR E DESCER – escadas 13 degraus	
Medida de Independência Funcional - MIF - COGNITIVA		
1.	COMUNICAÇÃO – compreensão	
2.	COMUNICAÇÃO – expressão	
3.	INTERAÇÃO SOCIAL	
4.	RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	
5.	MEMÓRIA	

PONTUAÇÃO MIF		
Sem Ajuda	Independência	
	7	Independência completa (em segurança, em tempo normal)
	6	Independência modificada (ajuda técnica)
com Ajuda	Dependência moderada	
	5	Supervisão
	4	Ajuda Mínima (indivíduo $\geq 75\%$)
	3	Ajuda Moderada (indivíduo $\geq 50\%$)
	Dependência completa	
	2	Ajuda Máxima (indivíduo $\geq 25\%$)
	1	Ajuda Total (indivíduo $\geq 0\%$ e menor que 25%)

ANEXO F

Questionário Sociodemográfico e Características do AVC

Nome _____

data: ____ / ____ / ____

Avaliadora _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____ anos

Estado civil: () solteiro () casado/união estável () separado /

divorciado () viuvo

Escolaridade (tempo): () ≤ 4 anos () 5 – 8 anos () ≥ 9 anos

Ocupação: () trabalhando () afastado/auxílio doença

() desempregado () aposentado/ pensionista/ beneficiário

BPC

Renda mensal do domicílio (salário mínimo): () até 2 () 2-4 () 4-10 ()

10+ Número de moradores do domicílio ()

Tipo de AVC: () isquêmico () hemorrágico

Número de lesão (AVC): () 1 () 2 () 3 () mais

Tempo depois do último AVC (meses): ()

Hemicorpo acometido: () Direito () esquerdo

Lado dominante acometido: () sim () não

Durante a entrevista: () sozinho () acompanhado - houve auxílio

() acompanhado – informação apenas do acompanhante

Uso de cadeira de rodas: () não faz uso de CR () cadeirante () em algumas situações

Observações/alterações: () afásico () cognitivo () outro _____

ANEXO G



luzerner kantonsspital



LIMOS-Br - Escala de Observação Multidisciplinar Baseada na CIF

Manual para aplicação da LIMOS-Br

A LIMOS é uma ferramenta multidisciplinar com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Ottiger et al. 2015; Vanbellingen et al. 2016). Inicialmente, foi desenvolvida para medir a funcionalidade de pessoas que sofreram alterações neurológicas, por meio da observação de profissionais de saúde de diversos grupos envolvidos em sua reabilitação. Essa equipe incluiu enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e especialistas registrados no Hospital de Neuroreabilitação em Lucerne, Suíça.

No processo de adaptação para o Brasil, essa abordagem foi modificada para permitir a realização de entrevistas por profissionais da área de reabilitação. Portanto, a medida observacional foi transformada em PROM (*patient-reported outcomes measures*), sendo chamada a partir daí de LIMOS-Br.

O objetivo da LIMOS-Br é avaliar o desempenho, ou seja, as atividades realizadas no ambiente habitual. Dado que o avaliador não está diretamente presente durante a ação a ser medida, foram elaboradas perguntas direcionadas para detalhar como a atividade é executada. Isso permite que o entrevistador, o paciente e, se houver, um acompanhante construam uma imagem da situação, facilitando a escolha da pontuação mais apropriada.

Condução da entrevista:

Durante a entrevista, o profissional deve manter uma postura neutra, cordial e curiosa, evitando fazer suposições ou julgamentos. É fundamental não expressar opiniões pessoais ou fornecer orientações. Além disso, é importante controlar as expressões faciais e variações no tom de voz que possam indicar descontentamento. O ambiente da entrevista deve ser agradável, inspirar confiança e garantir a privacidade, de modo a evitar desconforto ao compartilhar informações pessoais. O entrevistador deve falar de forma clara, calma e com um ritmo que facilite a compreensão e a interação, estando disponível para esclarecer dúvidas, se solicitado.

A entrevista deve ser direcionada à pessoa cuja funcionalidade está sendo avaliada. Se a pessoa estiver acompanhada, o entrevistador deve identificar a proximidade e o grau de participação do acompanhante na rotina. O acompanhante será convidado a complementar e auxiliar na comunicação apenas quando necessário, por exemplo, diante de afasia ou alterações cognitivas e mentais que comprometam a comunicação.

A Pontuação:

A pontuação na LIMOS-Br é baseada no relato do paciente, que deve participar ativamente na atribuição da pontuação final. Essa pontuação deve refletir o desempenho da pessoa em seu ambiente habitual ao longo do último mês. Em caso de flutuações, a experiência predominante e o que a pessoa realizou regularmente durante as últimas quatro semanas devem ser considerados.

Antes de iniciar a entrevista, o paciente deve ser apresentado ao cartão de pontuação e aos níveis funcionais descritos (conforme quadro abaixo). O entrevistador deve utilizar as perguntas orientadoras fornecidas no instrumento para entender como cada parte da atividade é realizada na rotina do paciente. Essas perguntas ajudam a orientar a escolha da pontuação,

ponderando as opções e explorando níveis funcionais adjacentes. É fundamental que o entrevistador esteja familiarizado com o manual da LIMOS-Br antes de realizar a primeira entrevista, a fim de compreender a descrição de cada pontuação. As informações em itálico e azul no texto são destinadas à pontuação ou servem como exemplos.

Pontuação		
5	Independente completo	
4	Independente com adaptações	Uso de objetos auxiliares ou execução lenta
3	Requer supervisão, orientação, preparação ou toque leve <i>*necessita da presença de outra pessoa no momento da atividade</i>	Até 25% de assistência
2	Requer assistência moderada a acentuada	25 % - 75 % assistência
1	Completamente dependente	75 % - 100 % assistência

Itens

RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS

1- (d710) Interações interpessoais básicas

Exemplos:

Mostrar respeito, cordialidade, apreço e tolerância nos relacionamentos; responder às críticas e sinais sociais nos relacionamentos e uso apropriado do contato físico.

Se os antidepressivos forem usados por causa da plasticidade cerebral (não por causa da depressão) eles não terão impacto na avaliação.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- Você tem dificuldade em se relacionar com pessoas? Faz de forma cordial respeitosa e sem conflito constante com alguém?
- Ao se relacionar com outras pessoas às vezes apresenta descontrole sendo necessário usar estratégias como manter distância ou intervenção de outra pessoa? Faz uso de medicamentos para interagir adequadamente?

Orientações para pontuação:

1 - O paciente contribui com menos de 25% para a interação adequada com amigos, família, equipe, colegas pacientes.

- O paciente não interage com outros seres humanos.

- O paciente apresenta comportamentos autodestrutivos e, na melhor das hipóteses, comportamentos xenófobos (requer cuidados 1: 1).

- O paciente necessita de medidas de proteção, medicação e monitoramento.

2 - O paciente precisa de um ambiente substancialmente adaptado (por exemplo, proteção contra ruídos, sem itens de distração no ambiente) e interações (gestos claros, escolha de palavras) para poder interagir (assistência de 25% a 75%).

- O paciente requer medicação diária, bem como medicação “sob demanda” para interagir adequadamente (ou seja, em situações extraordinárias).

- O paciente precisa de ajuda estrutural para lidar com outros seres humanos (por exemplo, manter distância, se reunir com pessoas de maneira adequada).

3 - O paciente necessita de auxílio estrutural em situações de estresse (situações imprevistas) para interagir de forma adequada (assistência de até 25% e supervisão).

- Às vezes, o paciente precisa ser persuadido brevemente a entrar em contato com outras pessoas.

4 - Na maioria das vezes, o paciente se comporta de forma autônoma em suas interações com outros seres humanos.

- Em situações de estresse, o paciente usa estratégias de forma autônoma para reagir de maneira adequada.
- 5** - Na maioria das vezes, o paciente se comporta de forma mais adequada e independente nas interações com outros seres humanos.

MOBILIDADE

2 - (d415) Manter a posição do corpo

*Para a pontuação deste item considera-se a média do desempenho obtido em três posições: permanecer deitado; permanecer sentado e permanecer em pé.
* no caso do sentar o tempo é especificado - 15 minutos*

Perguntas orientadoras para entrevista: (referente ao item 2.1, 2.2 e 2.3)

- Você fica na mesma posição de forma independente, confortável e segura pelo tempo que for necessário? Consegue se ajeitar para manter a posição pelo tempo necessário?
- Tem alguma dificuldade? Precisa se segurar, ter apoio de algum dispositivo/equipamento ou precisa da presença de alguém para se sentir seguro?

2.1 (d4150) Permanecer deitado

Orientações para pontuação:

- O paciente contribui com menos de 25% para permanecer deitado. - O paciente deve ser apoiado e protegido por ajuda externas, como auxiliares de posicionamento múltiplo (por exemplo, cubos/almofadas de posicionamento, cobertor, lençóis ajustados colocados sobre o corpo etc.)
- O paciente necessita de um ajudante para um bom posicionamento com múltiplos auxiliares de posicionamento (assistência de 25% a 75%).
- O paciente precisa de menos de 25% de assistência para permanecer em uma posição (por exemplo, usar 1 a 2 dispositivos auxiliares de posicionamento e/ou suporte verbal para colocar os auxiliares de posicionamento de forma autônoma).
- O paciente posiciona-se de forma independente com ou sem auxiliares de posicionamento e/ou demora mais para ficar em uma posição confortável e permanecer deitado.
- O paciente permanece em uma posição deitada de forma independente, sem auxiliares de posicionamento adicionais (hábitos anteriores podem ser retomados)

2.2 (d4153) Permanecer sentado

Orientações para pontuação:

- O paciente contribui com menos de 25% para se sentar.
 - O paciente senta-se com dois assistentes na beira da cama e/ou com auxiliares de posicionamento (por exemplo, cubos/almofadas de posicionamento) na cama.
 - O paciente só pode sentar-se em uma cadeira de rodas passiva.
- O paciente senta-se com um assistente e/ou auxiliares de posicionamento na borda da cama (assistência de 25% a 75%).
 - O paciente senta-se na cadeira de rodas ativa com encosto e apoios laterais e dispositivo de segurança (mesa para cadeira de rodas/cinto de segurança).
- O paciente senta-se na beirada da cama com pouco contato de auxílio, ou em uma cadeira normal com supervisão (auxílio de até 25% ou supervisão).
- O paciente pode ficar sentado sem ajuda por até 15 minutos.
 - O paciente se senta em uma cadeira normal em uma mesa e precisa de um encosto e/ou apoios de braço para sua segurança.
- O paciente senta-se de forma independente.

2.3 (d4154) Permanecer em pé

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente contribui com menos de 25% para ficar em pé.
 - O paciente pode ser colocado em pé usando uma prancha ou um elevador elétrico independente.
 - O paciente pode ser colocado em pé com a ajuda de prancha ortostática, suspensão por coletes e trilhos e ou duas pessoas.
- 2** - O paciente necessita de 25% a 75% de assistência para ficar de pé.
 - O paciente está de pé com um ajudante em uma mesa, uma bancada de tratamento ou na parede.
 - Usando dispositivos fixos o paciente consegue assumir uma posição em pé e mantê-la.
- 3** - O paciente precisa de menos de 25% de assistência (ajuda de contato) ou supervisão para poder ficar em pé com segurança.
- 4** - O paciente fica em pé de forma independente com apoios (por exemplo, bengala, andador, prótese ou órtese).
 - Enquanto estiver de pé, existem pequenas questões de segurança que o paciente levará em consideração por sua própria iniciativa.
- 5** - O paciente fica em pé de forma independente.

3- (d410) Mudar a posição básica do corpo

Para a pontuação deste item considera-se a média do desempenho obtido em três atividades: virar-se na cama, deitar-se, sentar-se e levantar-se.

Perguntas orientadoras para entrevista: (referente ao item 3.1, 3.2, 3.3 e 3.4) Especificar para cada item

- a. Você muda a posição de forma independente? Tem alguma dificuldade?
- b. Necessita de mais tempo para realizar? Precisa se apoiar, se puxar ou da ajuda de alguém?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente contribui com menos de 25% para a execução do movimento.
 - O paciente se vira com a ajuda de um ou dois assistentes.
 - O paciente recusa a mobilização.
- 2** - O paciente inicia movimentos ou executa etapas parciais do processo.
 - O paciente necessita de ajuda física/estrutural (assistência de 25% a 75%) para poder se virar na cama.
 - O paciente se vira com a ajuda de um assistente.
- 3** - O paciente requer menos de 25% de assistência verbal/tátil para iniciar e executar um movimento, ou para preparação.
 - O paciente precisa de supervisão por razões de segurança.
- 4** - O paciente se vira na cama de forma independente, leva mais tempo para fazê-lo e/ou necessita de auxílio (por exemplo, arco elevador de roupa, grades da cama ou borda da cama).
- 5** - O paciente se vira na cama de forma independente.

3.1 Virar-se na cama (d4108)**Orientações para pontuação:**

- 1** - O paciente contribui com menos de 25% para a execução do movimento.
 - O paciente se vira com a ajuda de um ou dois assistentes.
 - O paciente recusa a mobilização.
- 2** - O paciente inicia movimentos ou executa etapas parciais do processo.
 - O paciente necessita de ajuda física/estrutural (assistência de 25% a 75%) para poder se virar na cama.
 - O paciente se vira com a ajuda de um assistente.
- 3** - O paciente requer menos de 25% de assistência verbal/tátil para iniciar e executar um movimento, ou para preparação.
 - O paciente precisa de supervisão por razões de segurança.

4 - O paciente se vira na cama de forma independente, leva mais tempo para fazê-lo e/ou necessita de auxílio (por exemplo, arco elevador de roupa, grades da cama ou borda da cama).

5 - O paciente se vira na cama de forma independente.

3.2 Deitar-se e sentar-se (d4100)

Orientações para pontuação:

1 - O paciente contribui com menos de 25% para a execução do movimento.

- O paciente precisa de um ou dois auxiliares para poder sentar-se e deitar-se novamente.

- O paciente é mobilizado passivamente com apoios (por exemplo, elevadores de paciente).

- O paciente recusa a mobilização.

2 - O paciente inicia movimentos ou executa etapas parciais do processo.

- O paciente necessita de ajuda física/estrutural (assistência de 25% a 75%) de um assistente para passar da posição deitada para a posição sentada na beira da cama e vice-versa.

3 - O paciente necessita de menos de 25% de assistência (verbal/tátil) para execução do movimento; por exemplo, o braço afetado é protegido por um assistente.

- Por questões de segurança, o paciente necessita de auxílio para poder deitar usando a borda da cama e sentar-se.

4 - O paciente se deita de maneira independente usando a borda da cama ou outro apoio e senta-se de maneira independente.

- O paciente precisa de mais tempo.

5 - O paciente deita-se de forma independente na borda da cama e volta a sentar-se.

3.3 Sentar-se e levantar da cadeira (d4103)

Orientações para pontuação:

1 - O paciente contribui com menos de 25% para a execução do movimento.

- O paciente precisa de um ou dois assistentes para se levantar e se sentar.

- Usando um auxiliar (por exemplo, verticalizador com um mecanismo de elevação elétrico) e um assistente, o paciente pode se levantar de uma cadeira e sentar-se.

2 - O paciente inicia movimentos ou executa etapas parciais da sequência de movimentos.

- O paciente precisa de ajuda física/estrutural (assistência de 25% a 75%) para trazer o peso para frente e/ou para baixo de forma controlada (precisa de um assistente para assegurar a posição dos pés ou joelhos).

3 - O paciente requer menos de 25% de assistência (verbal/tátil) para executar um movimento.

- Por razões de segurança, o paciente precisa de supervisão para se levantar de uma cadeira e sentar-se.

4 - O paciente levanta-se de maneira independente de uma cadeira com ajustes especiais (por exemplo, elevação da cadeira) e senta-se.

- O paciente levanta-se de maneira independente da cadeira e senta-se, mas demora mais para executar a tarefa.

- O paciente pega um impulso ou se apoia com suas mãos.

5 - O paciente levanta-se de maneira independente de uma cadeira e senta-se.

3.4 Levantar-se (d4104)

O número de assistentes é uma diretriz aproximada para determinar o percentual de assistência.

Exemplos de legenda

1 - O paciente contribui com menos de 25% para a execução do movimento.

- A tarefa não é viável devido a questões de segurança.

- O paciente é deitado no chão por um a dois assistentes e volta a ficar em pé.

2 - O paciente inicia movimentos ou executa etapas parciais da sequência de movimentos (assistência de 25% a 75%).

- O paciente necessita de ajuda física/estrutural; por exemplo, suspender peso ou suporte em móvel ou outros objetos.

3 - O paciente requer menos de 25% de assistência (verbal/tátil) para executar um movimento.

- Por motivos de segurança, o paciente necessita de supervisão para se deitar no chão e se levantar novamente.

4 - O paciente se deita no chão de forma autônoma. A pessoa depende de equipamentos e mobílias para suporte e/ou precisa de mais tempo.

5 - O paciente deita-se no chão de forma independente e sem apoios e levanta-se novamente.

4 - (d420) Transferir a própria posição

4.1 - (d4200) Transferir-se enquanto sentado

Este item se concentra exclusivamente no processo de transferência envolvendo as três variantes a seguir. Se o paciente não for cadeirante as transferências de Itens (4a, 4b, 4c) receberão 5 pontos. O número de assistentes é uma diretriz aproximada para determinar o percentual de assistência. Pontuar apenas se a pessoa for cadeirante e não for capaz de ficar em pé para se transferir

Perguntas orientadoras para entrevista: (referente ao item 4.1, 4.2 e 4.3)

- a. Você muda de uma cadeira para a cama de forma independente e segura?
- b. Tem alguma dificuldade? Necessita de adaptação ou ajuda de outra pessoa?
- c. E se os assentos forem de alturas mais baixas ou mais altas?

4.1. Transferência para uma superfície inferior, do lado esquerdo da cama para a cadeira de rodas e de volta para a cama (d4200)

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente contribui com menos de 25% para a execução do movimento.
 - O paciente é passivamente mobilizado (por exemplo, elevador elétrico de paciente).
 - O paciente precisa de um a dois assistentes e/ou cubos de posicionamento para a transferência.
- 2** - O paciente inicia movimentos ou executa etapas parciais da sequência de movimentos (assistência de 25% a 75%).
 - O paciente necessita de ajuda física/estrutural; por exemplo, ele/ela se segura firmemente ou depende de objetos para se apoiar e/ou ajuda na preparação da cadeira de rodas.
- 3** - O paciente requer menos de 25% de assistência (verbal/tátil) para executar um movimento.
 - Nenhuma ajuda para se transferir é necessária.
 - Por razões de segurança, o paciente precisa de supervisão durante a transferência.
- 4** - O paciente executa a transferência de forma independente. A pessoa precisa de ajuda (por exemplo, uso de tábua de transferência ou andador) e prepara a cadeira de rodas de forma independente e/ou leva mais tempo para fazê-lo.
- 5** - O paciente se transfere de forma autônoma do lado esquerdo da cama para a cadeira de rodas e de volta para a cama.

4.2. Transferência para uma superfície inferior, do lado direito da cama para a cadeira de rodas e de volta para a cama (d4200)

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente contribui com menos de 25% para a execução do movimento. - O paciente é passivamente mobilizado (por exemplo, elevador elétrico de paciente).
 - O paciente precisa de um a dois assistentes e/ou cubos de posicionamento para a transferência.
- 2** - O paciente inicia movimentos ou executa etapas parciais da sequência de movimentos (assistência de 25% a 75%).
 - O paciente necessita de ajuda física/estrutural; por exemplo, ele/ela se segura firmemente ou depende de objetos para se apoiar e/ou ajuda na preparação da cadeira de rodas.
- 3** - O paciente requer menos de 25% de assistência (verbal/tátil) para executar um movimento.
 - Nenhuma ajuda para se transferir é necessária.
 - Por razões de segurança, o paciente precisa de supervisão durante a transferência.

- 4 - O paciente executa a transferência de forma independente. A pessoa precisa de ajuda (por exemplo, uso de tábua de transferência ou andador) e prepara a cadeira de rodas de forma independente e/ou leva mais tempo para fazê-lo.
- 5 - O paciente se transfere de forma autônoma do lado direito da cama para a cadeira de rodas e de volta para a cama.

4.3. Transferência para uma superfície mais alta (por meio da posição em pé) (d4200)

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente contribui com menos de 25% para a execução do movimento. - O paciente precisa de um a dois assistentes para realizar a transferência para uma superfície superior.
- 2 - O paciente inicia movimentos ou executa etapas parciais da sequência de movimentos (assistência de 25% a 75%).
- O paciente necessita de ajuda física/estrutural; por exemplo, o paciente pode iniciar o processo de levantar-se e sentar-se, mas pode exigir assistência de elevação moderada a significativa para se levantar, virar-se enquanto estiver de pé e sentar-se.
- 3 - O paciente requer menos de 25% de assistência (verbal/tátil) para executar um movimento.
- Nenhuma ajuda para levantar-se é necessária.
 - Por razões de segurança, o paciente precisa de supervisão durante a transferência.
- 4 - O paciente executa a transferência de forma independente por meio da posição em pé. A pessoa precisa de ajuda (por exemplo, uso de tábua de transferência ou andador) e/ou leva mais tempo para executar a tarefa.
- 5 - O paciente executa a transferência de forma independente.

5. (d430) Levantar e carregar objetos

Preâmbulo: Este item é avaliado independentemente de o paciente andar ou usar uma cadeira de rodas ou outros dispositivos auxiliares

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você levanta e carrega pequenos objetos de um lugar para o outro, como sacolas com 2 kg?
- b. Você levanta e guarda objetos acima dos ombros?
- c. Você precisa de adaptações ou ajuda de outra pessoa para realizar essas tarefas? Sente dificuldade de equilíbrio quando faz esses movimentos em pé *(ou sentado se for cadeirante)*?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente contribui com menos de 25% para a execução do movimento.
- O paciente não consegue levantar e carregar um item (por exemplo, uma bola, almofada de equilíbrio, travesseiro) (acima da cabeça; abaixo dos quadris).
- 2 - O paciente inicia movimentos ou executa etapas parciais da sequência de movimentos (assistência de 25% a 75%).
- O paciente precisa de ajuda física/estrutural para levantar e carregar um item.
- 3 - O paciente necessita de menos de 25% de auxílio (verbal/tátil) na execução do movimento; por exemplo, porque o paciente deixa cair o objeto ou não consegue manter o equilíbrio.
- Por razões de segurança, o paciente precisa de supervisão.
- 4 - O paciente demora mais para levantar e transportar um item.
- 5 - O paciente levanta objetos de forma independente e os transporta.

6. (d440) Uso fino da mão

Preâmbulo: Este item é avaliado separadamente para a mão esquerda e direita, bem como para uso ambidestro. Pontuar separadamente mão esquerda, direita e ambas

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você tem dificuldades para usar as mãos? Por exemplo, você abre e fecha garrafas ou botões? Utiliza talheres? Você amarra cadarço ou abre e fecha um zíper? Precisa repetir mais de uma vez ou precisa de ajuda de alguém ou de algum dispositivo?

Orientações para pontuação:

- 1 - A manipulação de objetos não é possível e deve ser totalmente realizada por terceiros.
- 2 - Os movimentos motores finos não são usados de forma eficiente em objetos. O paciente requer orientação tátil (assistência de 25% a 75%) de um assistente.
 - Por exemplo, o paciente continua a deixar os objetos caírem.
- 3 - O objeto pode ser segurado com a mão, o paciente deixa escapar
 - Uso de assistência inferior a 25% (por exemplo, superfícies de apoio, orientação tátil) ou apoios ainda são necessários, ou os movimentos são descoordenados.
- 4 - A manipulação de objetos com as mãos é possível, mas o paciente demora mais para executar a tarefa.
 - A manipulação autônoma de objetos na mão é possível com ajuda.
- 5 - A manipulação manual de objetos é realizada com habilidade.

7. (d445) Uso da mão e do braço (separar lado direito e esquerdo)

Preâmbulo: O uso da mão é observado durante atividades motoras grossas. Habilidades motoras finas são observadas no Item 6. Este item é avaliado separadamente para a mão esquerda e direita, bem como para o uso ambidestro da mão e do braço. Pontuar separadamente mão esquerda, direita e ambas

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você tem dificuldades para usar a mão ou braço? Por exemplo, você abre e fecha maçanetas de portas? Você puxa ou pega um objeto? Precisa de adaptação para realizar essas tarefas? Necessita de auxílio de uma pessoa?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue usar as mãos e os braços no dia a dia e necessita de auxílio máximo para realizar as atividades motoras grossas.
- 2 - O paciente precisa de orientação tátil moderada a significativa (assistência de 25% a 75%) e/ou um ajuste significativo (por exemplo, posicionamento, diminuição da gravidade) para permitir o uso de mãos e braços na vida diária.
- 3 - O paciente só precisa de orientação tátil para movimentos selecionados (menos de 25% de assistência), como para movimentos acima de 90° de flexão/abdução, para poder usar as mãos e os braços no dia a dia.
- 4 - O paciente realiza movimentos com as mãos e braços de forma autônoma, demora mais para executar a tarefa e/ou precisa de auxílio no dia a dia (ex. pinças).
- 5 - O paciente usa as mãos e os braços no dia a dia de forma coordenada e habilidosa.

8. (d450) Andar

Permite o uso de dispositivos de locomoção, nesse caso recebe no máximo 4 pontos. Os itens 8.2, 8.3 e 9 só serão pontuados se a pontuação do 8.1 for maior que 3.

8.1 (d4500) Andar distâncias curtas

Preâmbulo: Percorrer distâncias curtas (até 50 m), caminhar em salas e corredores, dentro de um edifício ou curtas distâncias do lado de fora. O percentual de assistência é determinante.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você anda curtas distâncias (até 50m) de forma independente e segura?
- b. Tem alguma dificuldade? Necessita de dispositivos como bengala? Precisa de ajuda de outras pessoas?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente consegue caminhar 3 metros com um a dois assistentes e com apoio substancial e/ou uma ajuda.

- O paciente não consegue andar, apesar da ajuda considerável.
- 2** - O paciente pode caminhar pelo menos 10 m em espaço livre se estiver fisicamente apoiado por um assistente (assistência de 25% a 75%), possivelmente com apoios.
- 3** - O paciente percorre uma distância de 25 metros sob supervisão (por questões de segurança) ou com pouco apoio físico de um assistente (menos de 25% de assistência).
- É possível realizar o teste “*Timed Up and Go*” (TUG).
- 4** - O paciente pode percorrer 50 metros de forma autônoma, utilizando um apoio, e/ou demora mais para fazê-lo.
- 5** - O paciente caminha de forma independente e segura sem apoios em ritmo normal.

8.2. (d4502 / d4503) Andar contornando e ultrapassando obstáculos

Andar desviando-se de obstáculos (d4503)

Preâmbulo Somente para ser testado se 3 ou mais for pontuado para o item 8a “Caminhando distâncias curtas”, caso contrário, atribua uma pontuação de 1.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- c. Você tem dificuldade de andar se houver um obstáculo na sua frente como cadeiras, soleiras e tapetes?
- d. E se alguém cruzar sua frente, tem dificuldade, precisa de apoio?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente não anda ou não pode andar no referido ambiente.
- 2** - O paciente necessita de apoio moderado a significativo de um assistente (25% a 75% de assistência) para caminhar sobre tapetes, soleiras de portas, caminhos de cascalho, no chuveiro etc.
- 3** - O paciente necessita de menos de 25% de assistência (verbal/tátil) no ambiente mencionado.
- Por razões de segurança, o paciente precisa de supervisão.
- 4** - O paciente caminha de forma independente com um apoio (por exemplo, andador, bengalas etc.) e/ou demora mais para andar.
- 5** - O paciente caminha de forma independente e segura em diferentes superfícies e contorna obstáculos sem apoios em um ritmo normal.

8.3 Andar sobre superfícies diferentes (d4502)

Somente para ser perguntar se no item 8a (Caminhando distâncias curtas) a pontuação for maior que 3, caso contrário, atribua uma pontuação de 1

Perguntas orientadoras para entrevista:

- d. Você anda em um caminho irregular? Você anda em caminhos com subidas e descidas?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente não anda ou não consegue transpor superfícies inclinadas.
- 2** - O paciente precisa de suporte moderado a significativo de um assistente (25% a 75% de assistência) para transpor superfícies inclinadas.
- 3** - Por questões de segurança, o paciente precisa de supervisão e/ou orientação verbal ou suporte físico moderado a leve (até 25% de assistência).
- 4** - O paciente caminha de forma independente com um apoio (por exemplo, andador, bengalas etc.) e/ou demora mais para transpor superfícies inclinadas.
- 5** - O paciente é capaz de transpor inclinações e gradientes de maneira independente e segura em velocidade normal sem qualquer auxílio.

9. (d4501) Andar distâncias longas

*Preâmbulo: Somente para ser testado se 3 ou mais for pontuado para o item 8a “Caminhando distâncias curtas”, caso contrário, atribua uma pontuação de 1.
Fornecer referência local de distância*

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você anda mais de 1 km sem dificuldades?
- b. Precisa realizar pausa ou de um apoio? Demora mais tempo para realizar? Precisa do auxílio de uma pessoa?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue caminhar longas distâncias (1 km).
- 2 - O paciente necessita de apoio moderado a significativo de um assistente (assistência de 25% a 75%) para poder caminhar 1 km.
- 3 - Por questões de segurança, o paciente precisa de supervisão e/ou orientação verbal ou suporte físico moderado a leve (até 25% de assistência) para ser capaz de caminhar 1 km.
- 4 - O paciente caminha de forma independente com um apoio (por exemplo, andador, bengalas etc.) e/ou demora mais para fazê-lo.
- 5 - O paciente caminha 1 km de forma independente e segura em ritmo normal.

10. (d451) Subir e descer escadas

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você sobe e desce degraus ou guia de calçada? É um lance de escada com 18 degraus? Faz de forma segura?
- b. Precisa de dispositivos auxiliares ou apoios como um corrimão? Tem alguma dificuldade ou necessita da ajuda de outra pessoa?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente sobe e desce menos de 5 degraus com o auxílio de um ou dois assistentes.
- O paciente não consegue subir as escadas.
- 2 - O paciente necessita de apoio moderado a significativo de um assistente (25% a 75% de assistência) para subir e descer 5 a 9 degraus.
- 3 - Por questões de segurança, o paciente precisa de supervisão e/ou informação verbal ou suporte físico moderado a menor (até 25% de assistência), para poder subir e descer 18 degraus (por exemplo, um assistente para ajustar as próteses/órteses).
- 4 - O paciente sobe e desce 18 degraus de forma independente, leva mais tempo para executar a tarefa e/ou utiliza algum meio auxiliar (como bengala, corrimão, próteses, órteses).
- 5 - O paciente sobe e desce 18 degraus de forma independente, sem usar o corrimão em ritmo normal.

11. (d455) Deslocar-se

O movimento a ser avaliado pode ser escolhido individualmente, mas deve ser significativo para o paciente. Inclui mover todo o corpo por outros meios que não andando, como escalar uma rocha ou correr por uma rua, saltar, correr em disparada, pular, dar salto mortal ou correr evitando obstáculos

(anotar a forma escolhida e significativa para o paciente: andar mais rápido, correr, saltar, escalar...)

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você vai de um lugar para outro de forma além de andar de forma independente e segura?
- b. Tem alguma dificuldade? Leva mais tempo para fazer? Necessita se apoiar ou da ajuda de outra pessoa?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue realizar nenhum dos tipos de locomoção citados acima.
- 2 - O paciente necessita de apoio moderado a significativo de um assistente (25% a 75% de assistência) para realizar qualquer um dos tipos de locomoção acima.
- 3 - Por questões de segurança, o paciente precisa de supervisão e/ou informação verbal ou suporte de contato moderado a menor (até 25% de assistência) para realizar qualquer um dos tipos de locomoção acima (por exemplo, o assistente aplica as próteses/aparelhos).

- 4 - O paciente consegue realizar um dos tipos de locomoção acima de forma autônoma, mas leva mais tempo para executar a tarefa e/ou utiliza um auxiliar (por exemplo, tala, calçado especial, fita sólida).
- 5 - O paciente consegue realizar algum dos tipos de locomoção acima de forma autônoma e em ritmo normal.

12. (d465) Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento

12.1. Move-se independentemente com a cadeira de rodas na enfermaria/em casa (d465)

Se o paciente for um pedestre, o item “Uso de cadeira de rodas” (12.1, 12.2) receberá 5 pontos. (se fizer uso de cadeira de rodas em alguma situação esse item deverá ser pontuado)

Perguntas orientadoras para entrevista:

- Você se desloca de forma independente e segura com a cadeira de rodas dentro por pelo menos 50 metros?
- Consegue transpor tapetes e se desviar de obstáculos? Consegue passar por locais estreitos e abrir e fechar as portas?
- Tem alguma dificuldade? Leva mais tempo para fazer? Necessita de ajuda de outra pessoa?

Orientações para pontuação:

- O paciente contribui com menos de 25% na condução de uma cadeira de rodas na enfermaria ou em casa.
- O paciente necessita de apoio moderado a significativo de um assistente (25% a 75% de assistência) para percorrer uma distância de pelo menos 10 metros.
- Por questões de segurança, o paciente precisa de supervisão e/ou informações verbais e/ou apoio moderado a menor (empurrar ou conduzir, assistência de até 25%) para usar a cadeira de rodas por uma distância de pelo menos 25 metros.
- O paciente conduz de forma independente a cadeira de rodas elétrica ou a cadeira de rodas ativa no interior por pelo menos 50 metros em linha reta e/ou demora mais para executar a tarefa.
- O paciente conduz a cadeira de rodas de forma independente no interior e pode abrir e fechar portas, transpor portas e carpetes.

12.2. Move-se independentemente com a cadeira de rodas fora do hospital/em casa (d465)

Perguntas orientadoras para entrevista:

- Você consegue se mover de forma segura e independente por 300 metros na rua?
- Você ultrapassa lombadas e declives? Sobe pequeno degrau como a guia do passeio?
- Tem alguma dificuldade? Leva mais tempo para fazer? Necessita de ajuda de outra pessoa?

Orientações para pontuação:

- O paciente contribui com menos de 25% para o uso de cadeira de rodas fora do hospital ou em casa.
- O paciente necessita de apoio moderado a significativo de um assistente (25% a 75% de assistência) para percorrer uma distância de pelo menos 10 metros.
- Por questões de segurança, o paciente precisa de supervisão e/ou orientações verbais e/ou apoio moderado a menor (empurrar ou conduzir, assistência de até 25%) para usar a cadeira de rodas por uma distância de pelo menos 50 metros.
- O paciente tem mobilidade independente, mas usa cadeira de rodas elétrica, ou pode conduzir de forma independente uma cadeira de rodas ativa por uma distância de pelo menos 50 metros em superfície plana.
- O paciente pode conduzir de forma independente a cadeira de rodas por pelo menos 300 m do lado de fora, e transpõe percursos pedonais, declives e lombadas.

13. (d510) Lavar-se

O local de execução não é relevante, desde que o chuveiro e as ferramentas de banho (toalhas de banho, gel de banho) estejam disponíveis.

A orientação para pontuação vale para a porção superior e inferior do corpo

Perguntas orientadoras para entrevista: (referente aos itens 13.1 e 13.2)

- Você lava toda a parte de cima/ de baixo do corpo sozinho de maneira segura, ou precisa de ajuda?
- Lava a cabeça? E os pés? Faz uso de cadeira de banho ou barras?
- Precisa de supervisão ou que alguém lembre as partes do corpo ou forneça os materiais?

13.1. Lavar e secar a parte superior do corpo (d510)

Orientações para pontuação:

1 - O paciente contribui com menos de 25% para a lavagem e secagem da parte superior do corpo.

- Todas as etapas da ação devem ser orientadas e estruturadas.

- O paciente não quer lavar a parte superior do corpo.

2 - O paciente inicia ou executa etapas individuais (assistência de 25% a 75%).

- O paciente necessita de suporte físico/estrutural para realizar o procedimento.

- O paciente começa a se lavar somente após estímulo verbal e/ou tátil de um assistente.

3 - O paciente realiza várias etapas do procedimento (assistência de até 25% e supervisão).

- O paciente precisa de breves estímulos táteis e/ou verbais para continuar/completar a ação.

- O paciente precisa de supervisão durante a atividade por motivos de segurança.

4 - O paciente lava e seca a parte superior do corpo de forma independente, mas leva mais tempo para executar a tarefa.

- O paciente lava e seca a parte superior do corpo de forma independente, mas precisa de apoios.

- O paciente deve ser inspecionado uma vez, enquanto lava e seca a parte superior do corpo.

5 - O paciente lava e seca a parte superior do corpo de maneira independente, dentro de um período normal.

13.2. Lavar e secar a parte inferior do corpo (d510)

Orientações para pontuação:

1 - O paciente contribui com menos de 25% para a lavagem e secagem da parte inferior do corpo. - Todas as etapas da ação devem ser orientadas e estruturadas.

- O paciente não quer lavar a parte inferior do corpo.

2 - O paciente inicia ou executa etapas individuais (assistência de 25% a 75%). - O paciente necessita de suporte físico/estrutural para realizar o procedimento.

- O paciente começa a se lavar somente após estímulo verbal e/ou tátil de um assistente.

3 - O paciente realiza várias etapas do procedimento (assistência de até 25% e supervisão).

- O paciente precisa de estímulos táteis e/ou verbais moderados a leves para continuar ou concluir a ação.

- O paciente precisa de supervisão durante a atividade por motivos de segurança.

4 - O paciente lava e seca a parte inferior do corpo de forma independente, mas necessita de apoios e/ou demora mais para executar a tarefa.

O paciente deve ser inspecionado uma vez, enquanto lava e seca a parte inferior do corpo.

5 - O paciente lava e seca a parte inferior do corpo de maneira independente, dentro de um período normal.

14. (d520) Cuidar das partes do corpo

O local de execução não é relevante, desde que as ferramentas de limpeza (escova de dentes, escova de cabelo, pasta de dentes etc.) estejam disponíveis.

(o cuidar das unhas, deve ser considerados apenas se houver demanda do paciente)

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você consegue cuidar do rosto, do cabelo e dentes? E das unhas?
- b. Você faz toda a preparação ou precisa de ajuda de alguma pessoa?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente contribui com menos de 25% para a higiene pessoal.
 - Todas as etapas da ação devem ser orientadas e estruturadas.
 - O paciente não deseja realizar tarefas de higiene pessoal.
- 2** - O paciente inicia ou executa etapas individuais (assistência de 25% a 75%).
 - O paciente necessita de suporte físico/estrutural para realizar o procedimento.
 - O paciente inicia e conclui as tarefas de higiene pessoal somente após o estímulo verbal e/ou tátil de um assistente.
- 3** - O paciente realiza várias etapas do procedimento (assistência de até 25% e supervisão).
 - O paciente precisa de estímulos táteis e/ou verbais moderados a leves para continuar a ação.
 - O paciente precisa de supervisão por razões de segurança.
- 4** - O paciente realiza a higiene pessoal de forma independente, mas necessita de apoios e/ou demora mais para executar a tarefa.
 - O paciente deve ser examinado uma vez enquanto cuida de partes de seu corpo.
- 5** - O paciente realiza a higiene pessoal de forma independente em um período normal.

15. (d530) Cuidados relacionados aos processos de excreção

O local de execução não é relevante. Também é avaliada a mobilidade para poder usar o vaso sanitário, bem como o manuseio de roupas e similares.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você consegue usar o banheiro? Precisa de ajuda, como fraldas, absorventes ou sondas?
 - b. *A depender da forma de eliminação:*
 - Se faz uso do banheiro, você vai até o local a tempo? Consegue tirar a roupa, urinar ou defecar, fazer a higiene e vestir a roupa de forma independente ou precisa de ajuda?
 - Se faz uso de outros dispositivos, você os posiciona de forma a não ter acidentes? Quem elimina o resíduo?
 - Se faz uso de sonda, você faz a esterilização dos equipamentos, passa a sonda sozinho, elimina o resíduo?
 - Saco coletor - faz a manipulação dos equipamentos, e troca sozinho, elimina o resíduo?
 - c. Você tem algum escape? Com que frequência?
 - d. Necessita de auxílio ou adaptação para uso de dispositivos, manusear a roupa ou limpeza? Usa medicamentos ou outras estratégias para controle? Precisa de ajuda de outra pessoa?
- *Se menstruar:
- e. Durante o período menstrual você realiza a higiene, tira/ coloca o absorvente, coletor ou similares?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente contribui com menos de 25% para a ação.
 - O paciente recebe ajuda estrutural em todas as questões.
 - O paciente não pode ser deixado sozinho.
- 2** - O paciente inicia ou executa etapas individuais (assistência de 25% a 75%).
 - O paciente necessita de auxílio físico/estrutural para a realização do procedimento (manuseio de roupas, limpeza, troca de absorventes).
 - O paciente usa o banheiro somente após intervenção verbal e/ou tátil de um assistente.
 - Os incidentes ocorrem diariamente.
- 3** - O paciente realiza várias etapas do procedimento (assistência de até 25% e supervisão).
 - O paciente precisa de um breve estímulo tátil e/ou verbal para continuar a ação.
 - O paciente precisa de supervisão por razões de segurança.
- Incidentes ocorrem, mas não diariamente.

- O paciente precisa de vários absorventes e apoios dia e noite.
- 4** - O paciente usa o banheiro de forma independente, mas necessita de apoios e/ou requer mais tempo.
- O paciente é independente para lidar com incontinência atual e/ou pré-existente e no manuseio de apoios adequados dia e noite.
- O paciente necessita de medicação para controle da bexiga e/ou intestino.
- 5** - O paciente usa o banheiro de forma independente em um período normal.
- Não há incidentes.

16. (d540) Vestir-se

Perguntas orientadoras para entrevista:

- Você coloca e tira a roupa da parte de cima/ abaixo do seu corpo sozinho? Realiza a atividade em pé, sentado ou deitado? Precisa se apoiar ou de alguma adaptação?
- Precisa pedir ajuda em alguma situação? Tem dificuldades com uso de meias, calçados, cadarços, zíperes?

16.1. Vestir (d5400) e despir (d5401) a parte superior do corpo

16.2. Vestir (d5400) e despir (d5401) a parte inferior do corpo

Orientações para pontuação:

- O paciente contribui com menos de 25% para a ação.
- Todas as etapas da ação devem ser orientadas e estruturadas.
- O paciente inicia ou executa etapas individuais (assistência de 25% a 75%).
- O paciente necessita de suporte físico/estrutural para realizar o procedimento.
- O paciente veste roupas somente após intervenção verbal e/ou tátil de um assistente.
- O paciente realiza várias etapas do procedimento (assistência de até 25% e supervisão).
- O paciente precisa de breves estímulos táteis e/ou verbais para continuar ou completar a ação (por exemplo, abotoar/desabotoar, fechar e abrir o zíper).
- O paciente precisa de supervisão.
- O paciente veste a parte inferior do corpo de forma independente, mas precisa usar um apoio ou aparelho para poder se vestir e/ou demora mais para executar a tarefa.
- O paciente deve ser verificado uma vez.
- O paciente veste a parte inferior do corpo de forma independente dentro de um período normal.

16.3 Escolha de roupa apropriada (d5404)

A mobilidade para o guarda-roupa também é considerada

Perguntas orientadoras para entrevista:

- Você vai até o guarda-roupa ou gaveteiro e escolhe e pega a sua roupa?
- Consegue diferenciar o tipo de roupa de acordo com o clima ou ocasião?
- Reconhece quando a vestimenta está no avesso? E identificar o lado correto do calçado?

Orientações para pontuação:

- O paciente não consegue decidir de que roupa precisa durante o dia e à noite.
- O paciente contribui com menos de 25% para a ação.
- O paciente faz sua escolha quando recebe duas sugestões de roupa diurna.
- O paciente necessita de suporte físico/estrutural para realizar o procedimento.
- O paciente só faz uma escolha adequada da roupa diurna e de dormir após intervenção verbal e/ou tátil de um assistente.
- O paciente precisa de ajuda para trocar roupas sujas e/ou inadequadas.
- O paciente faz várias tentativas para selecionar roupas diurnas e de dormir adequadas e ao retirar roupas do guarda-roupa (assistência de até 25% e supervisão)
- O paciente precisa de breves estímulos/assistência tátil e/ou verbal para selecionar roupas diurnas adequadas e pijamas e para tirar roupas do guarda-roupa.

- O paciente precisa de supervisão.
- 4** - O paciente faz a seleção entre os trajes diurnos e noturnos de forma independente, mas demora mais para executar a tarefa.
- O paciente tira a roupa sozinho do guarda-roupa, mas demora mais para executar a tarefa e/ou as roupas são colocadas ao seu alcance.
- 5** - O paciente faz a seleção da roupa de dia e da noite em um período normal.
- O paciente retira a roupa do guarda-roupa de forma independente.

17. (d550) Comer

observar a presença de sonda ou gastrostomia alternativa antes de iniciar as perguntas e questionar sobre uso parcial ou total.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você come a mesma comida que as outras pessoas ou precisa ser preparada diferente (mais mole ou úmido)?
- b. Tem dificuldade para mastigar? Tosse ou se engasga enquanto come?
- c. Você come sozinho ou na mesa com os outros? Você serve/monta seu prato?
- d. Você costuma utilizar quais talheres? Como faz para cortar os alimentos? Precisa de alguém para se alimentar?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente é totalmente dependente para alimentação, alimentado por sonda.
 - O manuseio da sonda de alimentação é realizado por cuidadores ou parentes.
 - O paciente contribui com menos de 25% para a ingestão de alimentos.
 - Todas as etapas da ação devem ser orientadas e estruturadas.
- 2** - O paciente é alimentado predominantemente por sonda.
 - Comer como parte da terapia (o paciente consome 1 - 2 componentes da refeição em 24 horas).
 - O paciente precisa de companhia durante as refeições.
 - O paciente inicia ou executa etapas individuais (assistência de 25% a 75%).
 - O paciente necessita de suporte físico/estrutural para realizar o procedimento.
 - O paciente começa a comer somente após intervenção verbal e/ou tátil de um assistente.
- 3** - O paciente se alimenta predominantemente pela boca (a sonda de alimentação é manipulada pelo assistente).
 - O paciente realiza várias etapas do procedimento (assistência de até 25% e supervisão), ou pode se alimentar de forma autônoma após as etapas de preparo.
 - O paciente precisa de breves informações físicas e/ou verbais para continuar comendo.
 - O paciente precisa de supervisão ou várias verificações, até 4-5 vezes por refeição.
- 4** - O paciente se alimenta de forma independente, mas precisa de mais tempo.
 - O paciente come independentemente, mas precisa de ajuda (por exemplo, talheres adaptados).
 - O paciente deve ser verificado uma vez durante uma refeição.
- 5** - O paciente se alimenta de forma independente dentro de um período normal.

18. (d560) Beber

observar a presença de sonda ou gastrostomia alternativa antes de iniciar as perguntas e questionar sobre uso parcial ou total.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você faz uso de espessante? Tem algum escape ou dificuldade para beber? Tosse ou se engasga?
- b. Você se serve do líquido se estiver em uma garrafa, lata ou torneira? Precisa de auxílio para abrir o recipiente, misturar o líquido ou transferir para um copo sem derramar?
- c. Você bebe em qualquer recipiente? Ou precisa de algum utensílio específico como canudo ou copo adaptado?

d. Necessita de mais cuidado, atenção, apoio ou preparo para beber? Precisa de ajuda de alguém?

Orientações para pontuação:

1 - O paciente é totalmente dependente da ingestão de líquidos, o líquido é fornecido por sonda.

- O manuseio da sonda de alimentação é realizado por cuidadores ou parentes.

- O paciente contribui com menos de 25% para a ingestão de líquidos.

- Todas as etapas da ação devem ser orientadas e estruturadas.

2 - O paciente inicia ou executa etapas individuais (assistência de 25% a 75%).

- O paciente necessita de suporte físico/estrutural para realizar o procedimento.

- O paciente bebe apenas quando acompanhado.

- O paciente começa a comer somente após intervenção verbal e/ou tátil de um assistente.

3 - O paciente bebe principalmente pela boca (a sonda é manuseada pelo auxiliar).

- O paciente realiza várias etapas do procedimento (assistência de até 25% e supervisão).

- O paciente precisa de estímulos táteis e/ou verbais breves para beber.

- O paciente precisa de supervisão.

4 - O paciente bebe por conta própria, mas necessita de apoios e/ou demora mais para beber.

5 - O paciente se alimenta de forma independente dentro de um período normal.

19 (d570) Cuidar da própria saúde

Envolve compreensão do uso de medicamentos, dieta, necessidade de descanso, limite devido à desorientação ou risco de quedas.

Perguntas orientadoras para entrevista:

a. Você cuida/se preocupa com a sua alimentação e saúde física? Tem conhecimento do que precisa realizar ou evitar para se manter saudável?

b. Você faz controle das doenças que possui? Você se organiza e lembra de tomar os medicamentos que precisa?

c. Você percebe quando é necessário marcar consultas médicas e exames? Faz consultas e exames preventivos regularmente? Precisa de auxílio de algum dispositivo ou pessoa para isso?

Orientações para pontuação:

1 - O paciente não consegue garantir a sua própria segurança e/ou estar atento a uma alimentação adequada.

- O paciente contribui com menos de 25% para o cuidado de sua saúde.

- O paciente requer medidas que restrinjam a liberdade (presença constante de outra pessoa, cinto de segurança, proteção do assento, travamento da mesa da cadeira de rodas etc.).

- O paciente se recusa a tomar medicamentos.

- O paciente contribui com menos de 25% para a ingestão de medicamentos.

2 - O paciente inicia ou assume o controle das etapas individuais (assistência de 25% a 75%).

- O paciente precisa de ajuda física/estrutural para observar os aspectos de segurança (aplicar os freios em uma cadeira de rodas, tirar objetos do caminho).

- O paciente precisa de ajuda estrutural para fazer pausas suficientes e planejar atividades.

- O paciente toma a medicação após orientação prévia e sob supervisão.

- O paciente necessita de medidas de segurança

- O paciente consome espontaneamente menos de $\frac{3}{4}$ de suas necessidades nutricionais diárias.

3 - O paciente assume o controle de várias etapas para o manejo do diabetes (assistência de até 25% e supervisão)

- O paciente tira a medicação do dispensador e prepara a medicação com auxílio de até 25% e supervisão.

- A paciente expressa necessidade de fazer pausas e ajustar a rotina diária com assistência (de até 25%, e supervisão).

- O paciente está ciente dos aspectos de segurança até certo ponto, mas ainda precisa ser verificado.

- O paciente consome espontaneamente menos de ¾ de suas necessidades nutricionais diárias.
- 4** - O paciente assume o controle da gestão do seu diabetes de forma independente, mas necessita de mais tempo para executar a tarefa. (É preciso realizar inspeção esporádica por um responsável).
- O paciente toma a medicação, organiza a medicação de forma independente, mas necessita de mais tempo do que o normal para executar a tarefa. O paciente é o responsável pela organização.
- 5** - O paciente é independente em todos os assuntos relativos à sua saúde e bem-estar.

20. (d598) Cuidados no período noturno

20.1. Adormecer e dormir (d598)

Este item é baseado na função corporal "Dormir" (b134), mas é estendido em termos de percepção do tempo, orientação e compreensão da situação.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você adormece apenas no período esperado? Dorme pelo tempo necessário? Se acordar, consegue voltar a dormir?
- b. Tem sono muito leve ou agitado? Precisa de auxílio de remédios para dormir?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente não consegue adormecer ou dormir bem, necessita de cuidados 1:1 e medidas farmacológicas.
 - O paciente fica acordado à noite apesar das medidas farmacológicas, dorme muito inquieto, experimenta uma inversão sono-vigília.
- 2** - O paciente necessita de medicação para dormir diariamente.
 - O paciente costuma ficar acordado à noite e/ou inquieto.
- 3** - O paciente acorda várias vezes durante a noite
 - O paciente acorda quando a equipe de enfermagem entra na sala, necessita de medicação para dormir diariamente.
- 4** - O paciente acorda à noite, mas não precisa de ajuda para voltar a dormir.
 - O paciente dorme a noite toda com medidas não farmacológicas.
- 5** - O paciente adormece e dorme sem quaisquer medidas indutoras de sono.

20.2. ir ao banheiro à noite (d598)

Observar a vontade de urinar/defecar, encontrar o lugar certo, lidar com o processo de excreção, manusear as roupas de forma adequada (vestir e despir) à noite.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- c. Se precisar usar o banheiro à noite de forma independente, consegue fazer sem incidentes e de forma segura?
- d. Faz uso de dispositivos auxiliares como uso de frascos, cadeira de banho ou fraldas no período noturno?
- e. Necessita de supervisão de alguém ou apoiar em algo para ir ao banheiro durante a noite?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente contribui com menos de 25% para a ação.
 - Todas as etapas da ação devem ser orientadas e estruturadas.
- 2** - O paciente inicia ou assume o controle das etapas individuais (assistência de 25% a 75%).
 - O paciente precisa de ajuda física/estrutural para ir ao banheiro à noite, usar o frasco de urina ou trocar os absorventes.
 - O paciente deve ser orientado a usar o banheiro à noite.
 - Incidentes ocorrem todas as noites.
- 3** - O paciente realiza várias etapas do procedimento (assistência de até 25% e supervisão).

- O paciente precisa de breves informações táteis e/ou verbais com relação à excreção à noite.
- O paciente precisa de supervisão (por questões de segurança).
- Os incidentes ocorrem várias vezes por semana.
- 4** - O paciente vai ao banheiro por conta própria à noite, mas demora mais para fazê-lo.
- O paciente regula as excreções noturnas de forma independente, usando auxiliares (frasco de urina, cadeira de banho).
- Não há incidentes.
- O paciente é independente para lidar com incontinência noturna atual e/ou preexistente, e no manuseio de meios auxiliares apropriados.
- 5** - O paciente vai ao banheiro de forma independente à noite em um período normal.

20.3. virar na cama durante a noite (d598)

Observar se o paciente se vira na cama para garantir seu bem-estar e alinhamento corporal.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- f. Você consegue se virar na cama sozinho à noite?
- g. Você precisa de apoio para se virar ou se acomodar na cama ou se cobrir?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente contribui com menos de 25% para a ação.
- 2** - O paciente inicia ou executa etapas individuais (assistência de 25% a 75%).
 - O paciente precisa de ajuda física/estrutural para deslizar e se posicionar na cama (incluindo dispositivos auxiliares de posicionamento).
- 3** - O paciente realiza várias etapas do procedimento (assistência de até 25% e supervisão).
 - O paciente fica atento ao alinhamento de ombros, pernas e corpo até certo ponto e ajuda a se posicionar usando travesseiros/cobertores.
 - O paciente precisa de breves informações táteis e/ou verbais para se deslocar e se posicionar na cama.
 - O paciente precisa de supervisão (por questões de segurança).
- 4** - O paciente se vira e se posiciona na cama de forma independente, mas leva mais tempo para fazê-lo.
 - O paciente se vira e se posiciona na cama de forma independente, ele precisa de ajuda (corda, haste, lençol deslizante etc.).
- 5** - O paciente se vira e se posiciona na cama de forma independente em um período normal.

COMUNICAÇÃO

21. (d329) Comunicação em geral– (Comunicação - recepção especificadas e não especificadas)

A comunicação geral se concentra em expressar necessidades e conversas cotidianas no ambiente hospitalar ou em casa.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você inicia e finaliza uma conversa mantendo uma sequência de assunto e colocando seu ponto de vista?
- b. Durante uma conversa você consegue entender gestos e expressões das pessoas ao seu redor?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente pode contribuir com menos de 25% para a comunicação (falando e/ou ouvindo) nas conversas do dia a dia.
 - O paciente não consegue se envolver em discussões com outras pessoas.
 - O paciente não consegue operar/usar aparelhos que sirvam para fins de comunicação (óculos, aparelho auditivo, telefone).

- 2 - O paciente precisa de orientação/apoio/incentivo (assistência de 25% a - 75%) para mostrar ou verbalizar suas necessidades cotidianas dependendo da situação.
- O paciente pode responder a perguntas limitadas e situacionalmente limitadas com sim/não ou usando linguagem corporal.
- O paciente só consegue contribuir para a comunicação em um ambiente calmo e tranquilo.
- 3 - O paciente precisa de menos de 25% de suporte para comunicar suas necessidades diárias (verbal/não verbal).
- Em um grupo de 3 a 4 pessoas, o paciente consegue responder a perguntas simples do dia a dia, verbalmente ou usando a linguagem corporal, e contribui para uma discussão simples.
- 4 - O paciente precisa de incentivo ou palavras-chave para comunicar suas necessidades.
- O paciente usa recursos de comunicação de forma independente.
- 5 - O paciente participa do dia a dia, fala e ouve todos os tipos de conversas.
- O paciente inicia as discussões, dá sequência e as conclui. O paciente contribui com seu ponto de vista e ouve os outros.

22. (d310/d315) Compreensão da linguagem falada

Comunicação – recepção de mensagens orais (d310)

Comunicação – recepção de mensagens não verbais (d315)

Exemplos: capacidade de entender solicitações ou perguntas sobre seu humor, bem como conversas e discussões sobre tópicos familiares e desafiadores, notícias, programas de TV. Envolve mensagens verbais e não verbais

22.1. Compreensão de necessidades básicas

Perguntas orientadoras para entrevista:

a. Você entende quando perguntado sobre suas necessidades como comer, beber, usar o banheiro e sentir dor?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não entende solicitações situacionais ou perguntas sobre seu bem-estar, ir ao banheiro, comer e beber.
- 2 - O paciente entende quando instigado ou questionado situacionalmente sobre dor, ir ao banheiro, comer e beber com muita ajuda de terceiros, por exemplo, reformulando, repetindo o que foi dito (assistência de 25% a 75%).
- 3 - O paciente entende solicitações situacionais ou perguntas sobre dor, ir ao banheiro, comer e beber com a ajuda moderada de terceiros. Ele/ela emprega estratégias de compensação de forma independente, como pedir uma explicação.
- 4 - O paciente tem uma compreensão tardia de solicitações situacionais ou perguntas sobre dor, ir ao banheiro, comida e bebida. Ele/ela emprega independentemente estratégias de compensação, como pedir uma explicação.
- 5 - O paciente compreende facilmente solicitações situacionais ou perguntas sobre dor, ir ao banheiro, comida.

22.2. Compreensão de informações simples

Perguntas orientadoras para entrevista:

- b. Você entende informações simples da sua rotina? Demora um pouco para entender ou precisa de explicação?
- c. Você pede mais informações quando precisa? É necessário que alguém do seu convívio faça a explicação?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não entende informações linguísticas simples sobre tópicos familiares, cotidianos e contextuais.

- 2** - O paciente entende informações linguísticas simples sobre tópicos familiares, cotidianos e contextuais com suporte de terceiros significativo a moderado (por exemplo, gestos, expressões faciais, suporte tátil).
- 3** - O paciente entende informações linguísticas simples sobre tópicos familiares, cotidianos e contextuais com ajuda moderada a secundária de terceiros (por exemplo, reformulação, repetição do que foi dito).
- 4** - O paciente tem uma compreensão tardia de informações linguísticas simples sobre tópicos familiares, cotidianos e contextuais. A pessoa emprega independentemente estratégias de compensação, como pedir uma explicação.
- 5** - O paciente compreende prontamente informações linguísticas simples sobre tópicos familiares, cotidianos e contextuais.

22.3. Compreensão de informações sofisticadas

Perguntas orientadoras para entrevista:

d. Você entende prontamente uma conversa mais longa, com participação de várias pessoas e muitas informações? Precisa ser repetido ou explicado de outra forma? Precisa de ajuda de alguém para entender melhor?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente não entende informações sofisticadas como aconselhamento, noticiário, TV, discussão com vários participantes.
- 2** - O paciente entende informações sofisticadas, como aconselhamento, notícias, TV, uma discussão com vários participantes, com ajuda substancial a moderada de terceiros (como informações pré e pós-discussão, fornecimento de palavras-chave ou resumo escrito).
- 3** - O paciente entende informações sofisticadas, como aconselhamento, notícias, TV, uma discussão com vários participantes com ajuda moderada a pequena de terceiros (como reformular, repetir o que foi dito).
- 4** - O paciente entende tardiamente informações sofisticadas como aconselhamento, notícias, TV, uma discussão com vários participantes. A pessoa emprega independentemente estratégias de compensação, como pedir uma explicação.
- 5** - O paciente compreende facilmente informações sofisticadas como aconselhamento, notícias, TV, uma discussão com vários participantes.

23. (d325) Compreensão de mensagens escritas

A necessidade de óculos e outros recursos pela dificuldade visual não é pontuado

23.1. Compreensão de palavras individuais

Perguntas orientadoras para entrevista:

a. Você lê e entende palavras?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente não entende palavras escritas (por exemplo, lista de compras, notas).
- 2** - O paciente entende palavras escritas com apoio significativo a moderado de terceiros (por exemplo, imagens, explicação verbal).
- 3** - O paciente entende palavras escritas com moderado a leve apoio de terceiros (por exemplo, enunciação).
- 4** - O paciente entende palavras escritas com esforço prolongado ou após várias leituras.
- 5** - O paciente compreende facilmente as palavras escritas.

23.2. Compreensão de um texto simples

Perguntas orientadoras para entrevista:

- b. Você lê e entende recados ou textos curtos e simples relacionados à rotina?
- c. Precisa de auxílio para entender? Precisa ler e reler o texto algumas vezes para entendê-lo?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não entende um texto simples como mensagem de texto, cartão postal, e-mail curto.
- 2 - O paciente entende um texto simples como uma mensagem de texto, cartão postal, e-mail curto com o apoio significativo ou moderado de uma terceira pessoa (por exemplo, fotos, explicação verbal).
- 3 - O paciente entende um texto simples como mensagem de texto, cartão postal, e-mail curto com apoio moderado a leve de terceiros (por exemplo, leitura em voz alta).
- 4 - O paciente entende um texto simples como uma mensagem de texto, cartão postal, e-mail curto com esforço prolongado ou lendo várias vezes.
- 5 - O paciente entende facilmente um texto simples, como uma mensagem de texto, cartão postal ou e-mail curto.

23.3. Compreensão de textos sofisticados

Perguntas orientadoras para entrevista:

- d. Você lê e compreende notícias de jornais, cartas ou e-mails longos e complexos?
- e. Você consegue interpretar e relacionar com a vida real? Ou precisa de explicações e auxílios de terceiros?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não entende um texto sofisticado como um artigo de jornal, carta ou e-mail.
- 2 - O paciente entende um texto sofisticado como um artigo de jornal, carta ou e-mail com ajuda significativa a moderada de terceiros (por exemplo, fotos, explicação verbal).
- 3 - O paciente entende um texto sofisticado como um artigo de jornal, carta ou e-mail com assistência moderada a pequena de terceiros (por exemplo, subdividindo em seções).
- 4 - O paciente entende um texto sofisticado como um artigo de jornal, carta ou e-mail com esforço prolongado ou após ler várias vezes.
- 5 - O paciente compreende facilmente um texto sofisticado como um artigo de jornal, carta ou e-mail.

24. (d330) Fala

24.1. Respostas a perguntas fechadas

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você fala com facilidade e responde perguntas com SIM ou NÃO? Fala mais lento do que antes? Usa algum dispositivo para auxiliar na fala?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue responder a perguntas fechadas verbalmente ou não verbalmente com sim ou não.
- 2 - O paciente consegue responder verbal ou não verbalmente com sim ou não a perguntas fechadas com ajuda significativa a moderada de terceiros (por exemplo, apontar, repetir a pergunta várias vezes).
- 3 - O paciente consegue responder às perguntas fechadas verbalmente ou não verbalmente com sim ou não, com moderada a menor assistência de terceiros (por exemplo, repetir a pergunta uma vez).
- 4 - O paciente consegue responder às questões fechadas verbalmente ou não verbalmente com sim ou não. A pessoa usa estratégias de compensação, como autocorreção, ou leva mais tempo para executar a tarefa.
- 5 - O paciente pode responder facilmente às perguntas fechadas, verbal ou não verbalmente, com sim ou não

24.2. Comunicar desejos e necessidades

Perguntas orientadoras para entrevista:

- b. Você fala para comunicar suas necessidades e o que deseja?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue comunicar desejos ou necessidades verbalmente ou não.
- 2 - O paciente pode comunicar desejos e necessidades com apoio significativo a moderado de terceiros (por exemplo, perguntando, fazendo sugestões).
- 3 - O paciente consegue comunicar desejos e necessidades com moderada a pequena assistência de terceiros (por exemplo, empregando estratégias de compensação como desenho, uso de um dicionário ilustrado, diário).
- 4 - O paciente consegue comunicar desejos e necessidades. A pessoa usa estratégias de compensação, como autocorreção ou dedicar mais tempo de forma independente.
- 5 - O paciente consegue comunicar desejos e necessidades.

24.3. Fazer declarações simples

Perguntas orientadoras para entrevista:

- c. Você fala sobre fatos do seu cotidiano?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue formular afirmações cotidianas e contextuais simples.
- 2 - O paciente consegue formular afirmações cotidianas e contextuais simples (por exemplo, fazendo perguntas, fazendo sugestões) com apoio substancial a moderado de terceiros.
- 3 - O paciente consegue formular afirmações cotidianas simples e contextuais com assistência moderada a leve de terceiros. Ele/ela usa estratégias de compensação como reescrever, usar um diário, um dicionário ilustrado/livro de comunicação.
- 4 - O paciente formula afirmações cotidianas e contextuais simples após um esforço prolongado ou após a autocorreção.
- 5 - O paciente formula afirmações cotidianas e contextuais simples

24.4. Fazer declarações sofisticadas

Perguntas orientadoras para entrevista:

- c. Você faz falas mais prolongadas sobre temas mais elaborados com informações sobre trabalho, família, eventos sociais e sua reabilitação?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue formular quaisquer afirmações sofisticadas sobre o plano de reabilitação, ocupação, família, eventos mundiais etc.
- 2 - O paciente consegue formular afirmações sofisticadas sobre o plano de reabilitação, ocupação, família, eventos mundiais com apoio substancial a moderado de terceiros (por exemplo, perguntas, sugestões).
- 3 - O paciente consegue formular afirmações sofisticadas sobre o plano de reabilitação, ocupação, família, eventos mundiais com moderado a leve apoio de terceiros. Ele/ela usa estratégias de compensação, como reescrever, usar um diário.
- 4 - O paciente formula afirmações sofisticadas sobre plano de reabilitação, ocupação, família, eventos mundiais com esforço prolongado ou após autocorreção.
- 5 - O paciente formula afirmações sofisticadas sobre o plano de reabilitação, ocupação, família e eventos mundiais.

25. (d345) Escrever mensagens

A escrita pode ser realizada por meios manuais ou eletrônicos

25.1. Escrever palavras familiares

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você escreve seu nome ou palavras conhecidas? Demora mais tempo ou precisa de auxílio? Usa algum dispositivo ou adaptação para auxiliar na escrita?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue escrever palavras conhecidas, como nome ou endereço.
- 2 - O paciente consegue escrever palavras familiares, como nome ou endereço, com apoio pronunciado a moderado de terceiros, por exemplo, por meio de dica fonêmica.
- 3 - O paciente consegue escrever palavras conhecidas, como nome ou endereço, com apoio moderado a menor de terceiros, por exemplo, por meio de dica fonêmica.
- 4 - O paciente consegue escrever palavras conhecidas, como nome ou endereço. O paciente usa estratégias de compensação de forma independente, como autocorreção, catálogo de endereços ou precisa de algum tempo.
- 5 - O paciente pode escrever facilmente palavras conhecidas, como nome ou endereço.

25.2. Escrever notas e mensagens curtas, como lista de compras, entrada de diário, mensagem de texto, e-mail curto, cartão postal

Perguntas orientadoras para entrevista:

b. Faz uma lista ou uma anotação curta em um papel, computador, celular ou outro dispositivo de forma que a mensagem seja entendida por outras pessoas?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue escrever notas e mensagens curtas.
- 2 - O paciente consegue escrever notas e mensagens curtas com apoio pronunciado a moderado de terceiros, por exemplo, copiando, ditando.
- 3 - O paciente pode escrever notas curtas e mensagens com apoio moderado a leve de terceiros, por exemplo, especificando a primeira letra.
- 4 - O paciente consegue escrever notas e mensagens curtas com uso independente de estratégias de compensação, como programa de ortografia, meios eletrônicos de comunicação, ou após esforço prolongado ou autocorreção.
- 5 - O paciente consegue facilmente escrever notas e mensagens curtas.

25.3. Escrever textos sofisticados

Perguntas orientadoras para entrevista:

d. Você escreve textos mais longos em um papel, computador, celular ou outro dispositivo de forma que a mensagem seja entendida por outras pessoas?

e. Você se corrige sozinho ou precisa da ajuda de aplicativos ou outra pessoa para elaborar?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue escrever um texto sofisticado, como um e-mail ou carta elaborada.
- 2 - O paciente consegue produzir um texto sofisticado, como um e-mail ou carta elaborado com apoio substancial a moderado de uma terceira pessoa (por exemplo, criando um rascunho em conjunto).
- 3 - O paciente consegue produzir um texto sofisticado, como um e-mail ou carta elaborado com apoio moderado a pequeno de terceiros (por exemplo, corrigindo um rascunho).
- 4 - O paciente consegue escrever um texto sofisticado como um elaborado e-mail ou carta com uso independente de estratégias de compensação, como um programa de ortografia, meios de comunicação eletrônicos, módulos de texto, ou após um esforço prolongado ou autocorreção.
- 5 - O paciente consegue escrever prontamente um texto sofisticado, como um e-mail ou uma carta elaborada.

APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO

26. (d1550) Aquisição de habilidades

Exemplos: Aprender a operar um freio de cadeira de rodas para transferência, aprender estratégias com uma mão, jogar jogos seguindo regras simples, aprender a usar ferramentas desconhecidas como brocas, serras etc.

Exemplo: usar dispositivo de locomoção/cadeira de rodas, realizar tarefa com apenas uma mão

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você aprende novas atividades? Precisa de mais tempo ou várias repetições para aprender?
- b. Você precisa de estratégias, dicas ou ajuda de uma pessoa?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue adquirir novas habilidades básicas (por exemplo: aprender novos jogos seguindo regras simples).
 - O paciente contribui com menos de 25% para a aquisição de novas habilidades básicas. Todas as etapas de aprendizagem devem ser iniciadas e estruturadas.
- 2 - O paciente precisa de muito suporte (25% a 75% de assistência) para adquirir novas habilidades básicas (por exemplo, na forma de múltiplas repetições para conseguir aplicar as regras de um jogo simples).
- 3 - O paciente necessita de intervenções táteis e/ou verbais breves (assistência de até 25% e supervisão) para memorizar novas habilidades básicas e implementá-las.
 - O paciente precisa de supervisão para verificar a precisão.
- 4 - O paciente aplica as habilidades básicas adquiridas. Se necessário, o paciente verifica de forma independente se as novas habilidades básicas adquiridas foram implementadas corretamente e/ou às vezes requer mais tempo para reflexão.
- 5 - O paciente consegue adquirir prontamente novas habilidades básicas (por exemplo, regras de jogo simples).

27. (d1551) Aquisição de habilidades complexas

Exemplo como aprender um novo jogo com regras complexas, sequenciar e coordenar os próprios movimentos, aprender novos caminhos e uso de aplicativos de celular

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você aprende tarefas complexas?
- b. Precisa de mais tempo para aprender, mais correções, dicas ou ajuda de uma pessoa?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue adquirir habilidades complexas.
 - O paciente contribui com menos de 25% para a aquisição de novas habilidades complexas. Todas as etapas de aprendizagem devem ser iniciadas e estruturadas.
- 2 - O paciente precisa de muito suporte, por exemplo, na forma de múltiplas repetições para adquirir habilidades complexas. Ele/ela precisa de vários estímulos/correções de um assistente (por exemplo, o paciente precisa de instruções passo a passo para aprender a usar um smartphone).
- 3 - O paciente necessita de breves estímulos/repetições táteis e/ou verbais (assistência de até 25%) para memorizar e implementar novas habilidades complexas.
 - O paciente precisa de supervisão ou apoio na implementação (por exemplo, o paciente usa 3 funções aprendidas de um smartphone (como enviar mensagens de texto, fazer chamadas e usar o WhatsApp) de forma independente, para outras funções ele ainda precisa de instruções).
- 4 - O paciente aplica as habilidades complexas adquiridas. Se necessário, ele verifica de forma independente se as implementou corretamente e/ou às vezes precisa de um pouco mais de tempo para pensar sobre isso (por exemplo, o paciente precisa de mais tempo para usar as várias funções do smartphone).
- 5 - O paciente adquire prontamente novas habilidades complexas.

28. (d160) Concentrar a atenção

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você tem dificuldade em se concentrar pelo tempo necessário numa tarefa, mesmo quando quer fazê-la?
- b. Você se distrai facilmente? Precisa de um ambiente calmo e silencioso? Precisa de ajuda de alguém para manter a atenção na atividade?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente não consegue focar em seu ambiente imediato ou apenas por um período muito curto.
 - 2** - O paciente se afasta do assunto com muita frequência. O paciente precisa de assistência substancial à moderada (assistência de 25% a 75%) para focar sua atenção em um estímulo.
 - 3** - O paciente precisa de estímulos verbais e/ou táteis externos moderados a leves (até 25% de assistência) para manter o foco.
 - 4** - O paciente às vezes sai pela tangente, mas consegue focar novamente.
 - 5** - O paciente direciona sua atenção de forma deliberada e adequada.
- O paciente permanece focado.

29. (d163) Pensar

Exemplos: Envolver-se de forma crítica no processo de reabilitação (fim de semana, retorno ao trabalho, avaliação da própria situação).

Exemplo: vida após a lesão, final de semana, retorno ao trabalho

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você consegue formular ideias, pensar na sua situação de vida e no planejamento da sua vida?
- b. Você consegue pensar nas possibilidades? Precisa de mais tempo? Necessita de contribuição de outra pessoa?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente não consegue refletir e desenvolver ideias.
- 2** - O paciente dificilmente especula sobre sua situação.
 - O paciente precisa de ajuda estrutural substancial (assistência de 25% a 75%), por exemplo, perguntas fechadas, a fim de tomar conhecimento de sua situação.
- 3** - O paciente especula sobre sua situação, às vezes precisa de breves contribuições de um assistente (até 25% de assistência) para avaliar plenamente sua situação.
- 4** - O paciente consegue avaliar sua situação quando tem mais tempo.
 - O paciente é capaz de pesar os prós e os contras de uma proposta específica. A pessoa precisa de mais tempo para processar.
- 5** - O paciente pode avaliar plenamente sua situação.
 - A pessoa pode avaliar os prós e os contras de um plano concreto.

30. (d1750) Resolver problemas simples

Exemplo: se organizar para sair, problemas com eletrodomésticos ou organizar as atividades da rotina e da reabilitação

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você encontra soluções para resolver um problema simples da rotina? Consegue identificar o que precisa ser feito e planejar ações necessárias?
- b. Você precisa de mais tempo para processar as informações? Pede ajuda e se envolve na solução?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente não reconhece problemas simples e precisa de total suporte para resolvê-los.
- O paciente contribui com menos de 25% para resolução de um problema simples. Todas as abordagens de resolução de problemas devem ser iniciadas e estruturadas.

- 2 - O paciente reconhece um problema simples, precisa de suporte (assistência de 25% até 75%) para analisar e resolver o problema.
- O paciente tem apenas uma visão geral parcial do problema
 - O paciente usa uma abordagem de tentativa e erro, precisa de ajuda estrutural.
- 3 - O paciente reconhece um problema simples, analisa-o e tenta resolvê-lo. A pessoa pede ajuda se não consegue resolver um problema e/ou precisa de um breve estímulo verbal/tátil (assistência de até 25%) para resolver o problema.
- A solução deve ser verificada por um terceiro.
- 4 - O paciente reconhece um problema simples, analisa-o e resolve de forma independente. A pessoa precisa de mais tempo para resolver o problema.
- 5 - O paciente identifica problemas simples, analisa-os e resolve-os dentro de um prazo normal.

31. (d1751) Resolução de problemas complexos

Exemplo: reagendar consultas médicas, resolver conflitos familiares, organizar transporte e questões bancárias, planejamento de alta e período após a alta.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- Você reconhece e resolve problemas complexos? Identificar o que precisa ser feito e planejar ações necessárias?
- Você precisa de mais tempo para entender o problema? Consegue pensar e executar ações para resolver o problema? Pede ou recebe ajuda de outra pessoa quando necessário?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não reconhece problemas complexos e precisa de total suporte para resolvê-los.
- O paciente não participa de tarefas como planejar e organizar sua vida cotidiana e não demonstra nenhuma compreensão quando lhe é dito que é necessário encontrar uma solução para um determinado problema (por exemplo, questões bancárias/organização de transporte).
- 2 - O paciente percebe um problema complexo, mas precisa de suporte (25% a 75% de assistência) para analisar e resolver o problema. O paciente tem apenas uma visão parcial do problema - Em circunstâncias fora do comum, o paciente pensa e participa, por exemplo, levando consigo agenda/celular ou documentos oficiais. Mas requer assistência para a implementação.
- 3 - O paciente reconhece um problema complexo, analisa e pede ajuda. - O paciente precisa de ajuda (até 25%) para resolver o problema complexo.
- O paciente mantém uma agenda de forma independente, precisa de uma nota/lembrete quando a consulta é alterada (por exemplo, remarcação do serviço de transporte), implementa ele/ela mesmo.
- 4 - O paciente reconhece um problema complexo, analisa-o e resolve de forma independente. Ele precisa de mais tempo para resolver o problema, às vezes ainda comete omissões, percebe erros e pode se corrigir para que alcance seu objetivo.
- 5 - O paciente identifica problemas simples, analisa-os e resolve-os dentro de um prazo normal

32. (d159) Relembrar fatos

Perguntas orientadoras para entrevista:

- Você é capaz de recordar acontecimentos importantes que ocorreram há poucas semanas? Lembra detalhes desses acontecimentos?
- Você esquece compromissos importantes ou algum equipamento elétrico ligado?
- Você tem perdas de memória que interfiram com as atividades diárias que era capaz de realizar há uns tempos?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente quase não consegue se lembrar de nenhum fato.

- O paciente não se lembra, ou lembra apenas ocasionalmente e de forma não relacionada, de informações de sua biografia pessoal.
- O paciente não se lembra de acordos verbais.
- O paciente não se lembra de eventos anteriores.
- 2** - O paciente necessita de auxílio (25% a 75%) para se lembrar dos fatos.
- O paciente está parcialmente ciente de que possui uma agenda e sempre precisa ser solicitado a olhá-la e/ou fazer anotações. Ao ler as notas, se lembra novamente.
- 3** - Um breve estímulo externo (visual/verbal, assistência de até 25%) é suficiente para o paciente se lembrar dos fatos.
- O paciente sabe que possui uma agenda, e de vez em quando, precisa ser lembrado de procurar informações na agenda
- 4** - O paciente usa de forma independente o diário ou o celular para se lembrar, ou o paciente tem que pensar por mais tempo, mas lembra dos fatos de forma autônoma.
- O paciente utiliza a agenda de forma independente, lembrando que nela encontrará informações importantes.
- 5** - O paciente se lembra dos fatos de sua biografia, acordos verbais e acontecimentos passados sem uma longa reflexão.

33. Orientação (d179 Aplicação de conhecimento, outra especificada)

A orientação mental permite que o indivíduo se oriente temporalmente, espacialmente e em relação a si mesmo - no ambiente imediato. Uma parte da capacidade de orientação inclui a percepção do tempo (também se refere ao sentido do tempo), percepção do espaço (também se refere à orientação espacial), consciência pessoal (também se refere à identidade) e o contexto específico (consciência situacional, orientação nas redes sociais).

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você sabe se localizar quando sai de casa? Consegue sair e voltar com segurança?
- b. Você consegue lembrar de horários e locais de compromisso? Precisa estar acompanhado a todo momento?
- c. Você precisa de lembretes para atividades rotineiras? Alguém precisa ajudar a lembrá-lo?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente não se orienta em contextos pessoais, situacionais, temporais ou espaciais.
- O paciente precisa estar sempre acompanhado para ir de um lugar a outro.
- O paciente não reconhece seus pertences pessoais.
- 2** - O paciente não se orienta pelos contextos pessoais.
- O paciente necessita de apoio (25% a 75%) para se orientar sobre as situações, tempo e lugar e/ou reconhecer seus pertences pessoais.
- Às vezes, o paciente se orienta por meio de recursos de orientação (por exemplo, placas, setas, data, hora e local).
- O paciente precisa receber auxílio para se deslocar e cumprir os horários dos compromissos.
- 3** - O paciente orienta-se para os contextos pessoais e situacionais. Um breve estímulo externo (visual/verbal, assistência de até 25%) é suficiente para que o paciente se oriente no que diz respeito ao espaço e ao tempo.
- Usa agenda e os auxílios de orientação, para encontrar o local que precisa frequentar.
- 4** - O paciente se orienta quanto aos contextos pessoais, temporais, espaciais, situacionais, mas necessita de mais tempo para refletir para se orientar e/ou utiliza de forma independente a programação diária da agenda como auxílio na orientação.
- O paciente se lembra dos compromissos e locais que precisa comparecer.
- 5** - O paciente se orienta para contextos pessoais, situacionais, espaciais e temporais.
- O paciente utiliza agenda e anotações para se orientar e cumprir compromissos e se deslocar até os locais necessários de forma autônoma.

34. Percepção visuo-espacial (d179)

Exemplos: Hábitos de vestuário, avaliar distâncias, copiar padrões, seguir linhas (exemplo livro caixa, quando as linhas mudam), orientar-se no espaço.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você identifica obstáculos fixos no seu trajeto e se desvia quando necessário? Você esbarra em objetos ou tropeça com frequência?
- b. Você consegue alcançar objetos em armários, geladeiras ou guarda-roupa sem esbarrar em outros que estejam no caminho? Precisa tocar para identificar o objeto?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente não avalia adequadamente os contextos visuoespaciais, no corpo ou nos objetos.
 - O paciente não reconhece um objeto cotidiano.
 - O paciente não consegue se orientar no espaço.
- 2** - O paciente necessita de apoio na forma de instruções/orientações táteis e/ou verbais para se orientar no espaço, no corpo ou em relação aos objetos.
 - O paciente precisa de apoio na forma de instruções táteis e verbais para reconhecer um objeto do cotidiano.
 - O paciente precisa de orientação (tátil, verbal) para se orientar no espaço.
- 3** - O paciente ainda necessita de estímulos ocasionais, ou requer discussão prévia, para se orientar no espaço, no corpo ou em relação aos objetos.
 - O paciente ainda precisa de estímulos ocasionais para organizar os objetos de maneira adequada.
 - A localização dos objetos precisa ser discutida com antecedência.
- 4** - O paciente necessita de mais tempo para se orientar no espaço, no corpo ou em relação aos objetos.
 - O paciente demora mais para organizar os objetos corretamente.
- 5** - O paciente avalia adequadamente os aspectos visuoespaciais no espaço, no corpo ou em relação aos objetos.
 - O paciente reconhece um objeto familiar do cotidiano.
 - A pessoa organiza objetos em um período normal.

35. (d172) Calcular

Exemplo, você vai ao mercado com R\$31,00 e gasta R\$9,00, quanto sobrou de troco? (e outras operações matemáticas simples- $18+14$, 4×6 , $42:7$)

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. No seu dia a dia (trabalho, lazer ou ao fazer compras) você consegue realizar cálculos mentalmente ou no papel?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente não consegue fazer contas.
- 2** - O paciente só consegue realizar uma ou duas operações básicas (por exemplo, $18+14$, $31-9$, 4×6 , $42:7$), mentalmente ou em um pedaço de papel (por exemplo, apenas adições e subtrações).
 - O paciente precisa de orientação verbal e/ou escrita ao fazer contas.
 - O paciente consegue realizar todas as quatro operações básicas (por exemplo, $18+14$, $31-9$, 4×6 , $42:7$) mentalmente ou em um pedaço de papel, mas comete muitos erros de cálculo. Ele/ela não detecta seus erros ao revisar o cálculo e precisa de orientação verbal e/ou visual de um assistente para resolver corretamente o problema aritmético.
- 3** - O paciente realiza variações simples das quatro operações básicas (por exemplo, $18+14$, $31-9$, 4×6 , $42:7$) com pouca assistência. A pessoa entende os princípios aritméticos das operações básicas. Ocasionalmente, ele/ela comete erros de cálculo. A pessoa detecta erros ao revisar o cálculo e precisa de breve ajuda verbal e/ou visual para corrigi-los de forma autônoma.

- 4 - O paciente precisa de mais tempo para realizar de forma independente variações simples das quatro operações básicas (por exemplo, 18+14, 31-9, 4x6, 42: 7). O paciente detecta erros ao revisar o cálculo e os corrige de maneira independente.
- 5 - O paciente realiza variações simples das quatro operações básicas (por exemplo, 18+14, 31-9, 4x6, 42: 7) sem erros dentro de um período normal.

36. (d177) Tomar decisões (simples)

Exemplo: decidir qual alimento irá comer, ou qual tarefa vai realizar ou qual roupa irá vestir. São decisões situacionais e não tem consequência de grande impacto.

Observação: As decisões simples são situacionais e não têm consequências de grande impacto.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Quando você toma decisões, consegue escolher uma entre várias opções?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue ou não quer tomar decisões simples.
- 2 - O paciente decide entre duas sugestões, ou precisa do apoio de um assistente para tomar uma decisão simples.
 - O paciente decide entre duas sugestões (exemplos: Menu 1 ou 2, camiseta vermelha ou azul). A pré-seleção é feita por um assistente.
- 3 - O paciente toma decisões simples desde que discuta o procedimento com um assistente.
 - O ajudante oferece menos de 25% de assistência e/ou supervisão (por exemplo, alerta o paciente para o fato de que ele/ela pode olhar no guarda-roupa para escolher uma camiseta).
- 4 - O paciente toma decisões simples que o afetam de forma independente. Ele/ela precisa de mais tempo para pensar, mas não requer nenhuma sugestão/seleção dos assistentes.
- 5 - O paciente toma decisões simples facilmente.

37. (d177) Tomar decisões (complexas).

Exemplo: decidir sobre o uso de adaptações/ medicamentos/ cirurgias, planejamento de férias e retorno ao trabalho. São decisões que têm consequência de grande impacto e que precisam ser consideradas.

Observação: Decisões complexas têm consequências de grande impacto, que também devem ser consideradas

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você consegue tomar decisões mais difíceis, que envolvam planejamentos e fatores positivos e negativos?

Orientações para pontuação:

- 1 - O paciente não consegue tomar decisões complexas.
 - O paciente não consegue lidar com uma situação que requer uma tomada de decisão complexa. A decisão é tomada por assistentes (por exemplo, o paciente não consegue lidar de forma adequada com a decisão de uma inscrição para uma casa de repouso).
- 2 - O paciente mostra-se promissor para decisões complexas, precisa de orientação externa, e às vezes é capaz de tirar conclusões. A compreensão correta dos fatos, como as conclusões, às vezes está presente, até certo ponto. Os prós e contras das decisões são identificados pelos assistentes, a decisão é tomada com o paciente (por exemplo, o paciente lida com a inscrição para a casa de repouso). Os prós e contras da decisão são identificados pelos assistentes, (familiares/médicos/enfermeiras/terapeutas), a decisão é tomada em conjunto com o paciente.
- 3 - O paciente costuma ficar inseguro quanto à tomada de decisões complexas (por exemplo, ao lidar com a inscrição para a casa de repouso, o paciente avalia os prós e os contras. Mas ele/ela precisa de um assistente para tomar a decisão final).

- O paciente conecta os fatos até certo ponto e tira as conclusões apropriadas. A interconexão é complicada e as implicações às vezes são significativas.
- 4** - O paciente precisa de um pouco mais de tempo para pensar para poder tomar uma decisão em uma situação complexa. O paciente está ciente disso e leva tempo suficiente para refletir em tais situações (por exemplo, o paciente avalia adequadamente os prós e os contras de uma inscrição para uma casa de repouso. Ele/ela precisa de muito tempo para pensar, mas finalmente toma a decisão de forma independente).
- 5** - O paciente avalia adequadamente as consequências positivas e negativas de uma determinada decisão e toma decisões criteriosas.
- O paciente toma decisões complexas dentro de um período razoável.

TAREFAS E DEMANDAS GERAIS

38. (d2100) Realizar uma tarefa simples

Preâmbulo: Para tarefas simples, nenhuma tarefa de rotina (como higiene pessoal) é observada e avaliada. Uma tarefa simples é independente.

Exemplo: fazer uma leitura, arrumar a cama, preparar um lanche, cancelar compromissos, ajustar a TV. Envolve tarefas simples independentes.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- Você prepara, inicia e organiza o tempo e o espaço necessários para uma tarefa simples?
- Você precisa de mais tempo para realizar ou tem risco de segurança? Precisa da ajuda de uma outra pessoa?

Orientações para pontuação:

- O paciente contribui com menos de 25% para a realização de uma tarefa simples. - O paciente não deseja ou não consegue participar de uma etapa de ação parcial de uma única tarefa.
- O paciente inicia ou executa etapas individuais de uma tarefa simples.
 - O paciente precisa de ajuda física/estrutural (assistência de 25% a 75%) para realizar uma tarefa simples.
 - O paciente precisa ser avisado para iniciar uma tarefa.
- O paciente realiza várias etapas na realização de uma tarefa simples (assistência de até 25% e supervisão).
 - O paciente precisa de breves estímulos táteis e/ou verbais ao realizar uma tarefa simples.
 - O paciente precisa de supervisão (por questões de segurança e/ou verificações).
- O paciente realiza uma única tarefa simples, mas necessita de mais tempo e/ou auxílios para tanto.
- O paciente realiza facilmente uma única tarefa simples de forma independente.

39. (d2101) Realizar uma tarefa complexa

Exemplo: preparar uma refeição, organizar chegada e saída de atividades, resolver questões bancárias.

Observação: Tarefas complexas geralmente têm consequências e/ou envolvem outras pessoas.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- Você escolhe, se prepara e realiza uma tarefa complexa sozinho? Planejando e executando um conjunto de tarefas de forma sequencial ou simultânea?
- Precisa de mais tempo para realizar? Precisa da ajuda de uma pessoa em alguma parte?

Orientações para pontuação:

- O paciente contribui com menos de 25% para a realização de uma tarefa complexa.
 - O paciente não deseja ou não consegue participar de uma etapa da ação de uma tarefa complexa.
- O paciente inicia ou executa etapas individuais de uma tarefa complexa.

- O paciente precisa de ajuda física/estrutural (assistência de 25% a 75%) para realizar uma tarefa complexa.
- O paciente precisa ser avisado para iniciar uma tarefa complexa, após o que ele/ela a executa de forma independente.
- 3** - O paciente realiza várias etapas no decorrer de uma tarefa complexa (assistência de até 25% e supervisão).
- O paciente precisa de breves estímulos táteis e/ou verbais ao realizar uma tarefa complexa.
- O paciente precisa de supervisão (por questões de segurança e/ou verificações).
- 4** - O paciente realiza uma única tarefa complexa de forma independente, mas precisa de mais tempo e/ou auxílio para fazê-lo.
- 5** - O paciente executa facilmente uma única tarefa complexa de forma independente.

40. (d230) Realizar a rotina diária

Exemplo: atividades de autocuidado, alimentação, demandas da escola/trabalho e compromissos externos. Envolve gerenciar rotinas e atividades pessoais

Perguntas orientadoras para entrevista:

a. Você organiza sua rotina sozinho? Planeja e realiza as ações e cuida do tempo de atividades da rotina?

Orientações para pontuação: **1** - O paciente contribui com menos de 25% para a rotina diária.

- O paciente necessita de um atendimento 1: 1 para poder enfrentar a rotina diária (quarto, refeitório, sessões de terapia), tanto no tempo quanto no espaço.

- O paciente tem um bio ritmo sono-vigília severamente alterado (pelo menos 75%)

2 - O paciente precisa de ajuda estrutural para programação diária 25% a 75% do tempo para estar no lugar certo na hora certa para tarefas e compromissos.

- O paciente necessita de orientação e auxílio estrutural (25% a 75%) para realizar as atividades diurnas (refeições, intervalos, higiene pessoal, sono).

3 - O paciente assume até 75% da rotina diária desde que não sejam necessários ajustes/trocas.

- O paciente cumpre a programação semanal. Necessita de no máximo 1 a 2 instruções breves por dia.

- O paciente usa a agenda, precisa de instruções diárias para encontrar o lugar certo na hora certa.

4 - O paciente segue a programação semanal de forma independente. A pessoa precisa de instruções 1 a 2 vezes por semana. A pessoa não precisa de nenhuma ajuda adicional.

- O paciente utiliza ajudas (despertador) para cumprir a programação semanal.

- O paciente se envolve em mudanças/ajustes de curto prazo na programação diária. A pessoa precisa de mais tempo ou instruções para fazê-lo.

- O paciente não precisa de intervalos adicionais (além do intervalo para almoço) para atender às necessidades diárias.

5 - O paciente mantém a rotina diária de forma independente e sem ajudas.

- O paciente também reage adequadamente às mudanças de curto prazo.

VIDA DOMÉSTICA

41. (d620) Aquisição de bens e serviços para uso diário

Perguntas orientadoras para entrevista:

a. Você seleciona alimentos, bebidas, materiais de limpeza, artigos domésticos ou roupas numa loja ou mercado?

b. Você considera a necessidade dos itens a serem comprados considerando a qualidade e valor?

c. Você manuseia o dinheiro/ cartão e recursos equivalentes para decidir e realizar formas de pagamentos possíveis?

d. Você precisa de auxílio de equipamentos para a decisão dos produtos, execução de pagamento ou transporte?

Orientações para pontuação:

1 - O paciente contribui com menos de 25% para a aquisição de bens e serviços do cotidiano (ex.: o paciente não encontra a loja de forma autônoma, está presente nas compras, mas não participa, apenas empurra o carrinho de compras).

- O paciente não deseja ou não consegue participar das etapas de ação envolvidas na compra de bens e serviços para uso diário (por exemplo, o paciente não consegue percorrer distâncias maiores para chegar a uma loja).

2 - O paciente inicia ou executa etapas individuais do processo de aquisição de bens e serviços para uso diário.

- O paciente precisa de ajuda física/estrutural (assistência de 25% a 75%) para adquirir bens e serviços para uso diário (por exemplo, o paciente participa até certo ponto das considerações/planejamento preliminares, acompanha, empurra o carrinho de compras e coloca até 3 itens. Não participa de pagamento/embalagem/transporte).

3 - O paciente realiza várias etapas no processo de aquisição de bens e serviços de uso diário (assistência de até 25% e supervisão).

- O paciente precisa de informações táteis e/ou verbais breves ao comprar (por exemplo, cria uma lista de compras, procura por produtos na loja e os coloca na cesta/carrinho, precisa de supervisão na caixa registradora ao pagar, embalar e transportar, precisa de pistas para encontrar a loja e ir para lá de forma independente).

- O paciente precisa de supervisão (por questões de segurança e/ou verificações).

4 - O paciente adquire bens e serviços para as necessidades diárias de forma independente, usando ajudas (andador, bengala, carrinho etc.) e/ou precisa de mais tempo do que o normal (por exemplo, ao procurar e/ou selecionar produtos na loja, ao pagar na caixa registradora).

5 - O paciente adquire, de forma independente, bens e serviços para uso diário em um período normal.

42. (d6300) Preparar refeições simples

Exemplos: Preparar salada, café da manhã, macarrão, salada de frutas, torta de frutas/assar na bandeja

Observação: Se o paciente nunca preparou uma refeição simples, esse item será pontuado com a mesma pontuação de “38 Empreendendo uma Tarefa Simples”.

Verificar se já realizou algum preparo de aperitivo, lanche, café, macarrão e ovo.

Perguntas orientadoras para entrevista:

a. Você planeja e prepara refeições simples? Realiza o preparo com a higiene necessária?

b. Apresenta alguma dificuldade para manusear algum utensílio ou equipamento? Necessita de adaptações, demora mais tempo ou ajuda de outra pessoa para executar essa atividade?

Orientações para pontuação:

1 - O paciente contribui com menos de 25% no preparo das refeições.

- O paciente não quer ou não consegue ajudar a preparar uma refeição simples.

2 - O paciente inicia ou executa etapas individuais de uma tarefa simples.

- O paciente precisa de ajuda de contato/ajuda estrutural (ajuda de 25% até 75%) para preparar uma refeição simples (por exemplo, ele ajuda na limpeza de vegetais).

3 - O paciente realiza várias etapas no preparo de uma refeição simples (assistência de até 25% e supervisão).

- O paciente precisa de breves informações táteis e/ou verbais durante a preparação da refeição (por exemplo, dizer a ele onde os objetos estão localizados, quanto tempo é o tempo de cozimento).

4 - O paciente prepara uma refeição simples de forma autônoma com auxiliares (p.ex. tábua especial, folha antiderrapante, cabos espessos etc.) e/ou demora mais para fazê-lo.

5 - O paciente prepara uma refeição simples para si mesmo dentro de um período normal.

43. (d6301) Preparar refeições complexas

Se o paciente nunca preparou uma refeição complexa, este item receberá a mesma pontuação de “39 Empreendendo uma tarefa complexa”.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- Você prepara as refeições com preparo mais elaborado?
- Você realiza atividades de descascar, fatiar, misturar, amassar e mexer os alimentos? Necessita de utensílios adaptados? Realiza a atividade com segurança com poucos acidentes?
- É preciso que alguém ajude ou supervisione em alguma fase?

Orientações para pontuação:

- O paciente contribui com menos de 25% no preparo/cozimento de uma refeição complexa.
- O paciente não consegue ajudar a preparar e cozinhar uma refeição complexa (por exemplo, ele não tem ideia de como fazer uma refeição e não consegue montar uma refeição usando um livro de receitas).
- O paciente inicia ou executa etapas individuais na preparação de uma refeição complexa.
- O paciente precisa de assistência física/estrutural (25% a 75% de assistência) para preparar uma refeição complexa (por exemplo, ele faz uma escolha realista de refeição, mas não consegue combinar as quantidades com o número de pessoas; ele tem ideias sobre a refeição, mas não consegue ajudar no planejamento geral (visão geral dos preparativos, cronograma etc.)).
- O paciente realiza várias etapas no preparo de uma refeição complexa (assistência de até 25% e supervisão).
- O paciente precisa de breves estímulos táteis e/ou verbais durante o procedimento (por exemplo, a pessoa consegue compilar o menu e ajustar as quantidades, mas ele/ela precisa de supervisão no agendamento/gerenciamento do tempo).
- O paciente prepara uma refeição complexa de forma independente usando auxiliares (por exemplo, tábua especial, folha antiderrapante, cabo engrossado etc.) e/ou requer mais tempo para fazê-lo.
- O paciente compila um cardápio adequado e decide corretamente as quantidades.
- O paciente prepara de forma independente uma refeição complexa (por exemplo, ele monta uma refeição de 3 pratos, organiza os ingredientes e prepara o menu para que cada prato fique pronto a tempo e possa ser servido).

44. (d640) Realização das tarefas domésticas

O paciente é avaliado de acordo com sua função pré-existente na casa. Se um paciente só puder realizar subtarefas de suas atividades anteriores, ele recebe uma pontuação de 2 ou 3 (dependendo das habilidades do paciente).

Exemplo: armazenar alimentos, limpar o chão, arrumar a cama e mesa, lavar a roupa recolher e retirar o lixo

Perguntas orientadoras para entrevista:

- Você participa das tarefas domésticas? Mais alguém participa dos cuidados com a casa?
- Você precisa que alguém indique o que é preciso fazer? Precisa de adaptações para realizar essas tarefas?

Orientações para pontuação:

- O paciente contribui com menos de 25% nas tarefas domésticas.
- O paciente não consegue participar das tarefas domésticas.
- O paciente executa etapas de ação ao fazer as tarefas domésticas (por exemplo, limpar após comer, limpar a mesa, colocar roupa na máquina de lavar, adicionar sabão em pó e ligar a máquina).
- O paciente precisa de ajuda de contato e/ou ajuda estrutural (ajuda de 25% a 75%) ao fazer as tarefas (por exemplo, o paciente precisa ser instalado e lembrado de fazer as coisas).
- O paciente precisa da ajuda de parentes, cuidadores ou ajuda doméstica para a maioria das tarefas domésticas.

- 3** - O paciente realiza várias etapas nas tarefas domésticas (assistência de até 25% e supervisão). A pessoa precisa de ajuda para planejar seu dia e/ou ajuda específica para trabalhos físicos pesados como aspirar, limpar, jogar fora o lixo, carregar a roupa suja).
- 4** - O paciente realiza afazeres domésticos em ambiente adequado de forma independente e/ou necessita de ajudas e/ou mais tempo.
- 5** - O paciente faz o trabalho doméstico de forma independente, incluindo todo o trabalho de preparação e acompanhamento em um período normal.

45. (d660) Ajudar os outros

Preâmbulo: O paciente é capaz de cuidar de seu ambiente, de avaliar adequadamente as situações, de reagir apropriadamente (física e mentalmente) para ajudar os outros?

Exemplo: auxiliar na comunicação e aprendizado de pessoas, auxílio no cuidado de pessoas e animais, preocupar-se com o bem-estar do outro. Envolve cuidar do ambiente, avaliar situações e agir.

Perguntas orientadoras para entrevista:

- a. Você cuida de alguém, dentro da sua casa ou fora dela? Você oferece ajuda? Alguém pede ajuda para você?
- b. Você consegue perceber quando alguém precisa de algo? Ou é preciso que alguém indique que precisa de ajuda?

Orientações para pontuação:

- 1** - O paciente contribui com menos de 25% para ajudar os outros (por exemplo, o paciente não consegue cuidar dos outros em casa).
- 2** - Quando solicitado, o paciente executa etapas individuais para ajudar outras pessoas.
- O paciente precisa de ajuda estrutural (assistência de 25% a 75%).
- 3** - O paciente às vezes percebe - com ou sem pistas externas - se os colegas de apartamento têm necessidades (ele precisa de assistência de até 25% para ajudar).
- 4** - O paciente percebe quando o próximo tem necessidades e oferece ajuda na medida do possível, ou solicita ajuda de terceiros.
- O paciente precisa de mais tempo para reconhecer as necessidades dos outros e/ou para oferecer/solicitar ajuda.
- 5** - O paciente percebe quando o próximo tem necessidades e oferece ajuda de forma independente.

Literatura

Ottiger B, Vanbellinghen T, Gabriel C, Huberle E, Koenig-Bruhin M, Pflugshaupt T, Bohlhalter S, Nyffeler T. Validation of the new Lucerne ICF based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS) for stroke patients. PLoS One. 25 de junho de 2015; 10 (6): e0130925.

Vanbellinghen T, Ottiger B, Pflugshaupt T, Mehrholz J, Bohlhalter S, Nef T, Nyffeler T. The responsiveness of the Lucerne ICF-based Multidisciplinary Observation Scale (LIMOS): a comparison with the Functional Independence Measure (FIM) and the Barthel Index (BI). Front. Neurol. 26 de setembro de 2016; 7: 152.

ANEXO H

LIMOS-Br

A LIMOS-Br é uma ferramenta multidisciplinar baseada na CIF, desenvolvida para avaliar a funcionalidade de pessoas com alterações neurológicas. A LIMOS-Br visa avaliar o desempenho das atividades no ambiente habitual. Para isso, utiliza entrevistas para detalhar como as atividades são executadas, permitindo que o profissional e o paciente, construam uma imagem da situação e atribuam a pontuação apropriada.

INSTRUÇÕES

Condução da Entrevista

- O profissional deve manter uma postura neutra, cordial e curiosa, evitando suposições, julgamentos, opiniões pessoais e orientações.
- Controle das expressões faciais e tom de voz é essencial.
- O ambiente da entrevista deve ser agradável, inspirar confiança e garantir privacidade.
- O entrevistador deve falar de forma clara, calma e estar disponível para esclarecer dúvidas.
- A entrevista deve ser focada na pessoa avaliada, identificando o papel do acompanhante.
- O acompanhante auxilia na comunicação apenas quando necessário.

Pontuação

- Baseia-se no relato do paciente, refletindo o desempenho em seu ambiente habitual ao longo do último mês.
- Em caso de flutuações, leva-se em conta a experiência predominante das últimas quatro semanas.
- Antes da entrevista, apresentar o cartão de pontuação e níveis funcionais ao paciente.
- Utilize as perguntas orientadoras do instrumento para entender como as atividades são realizadas e orientar a escolha da pontuação.
- É fundamental que o entrevistador esteja familiarizado com o manual da LIMOS-Br para compreender a descrição de cada pontuação.
- A pontuação de alguns itens é calculada com base na média dos subitens que fazem parte do item.
- O valor total da escala é resultado da soma de todos os itens.

O manual da LIMOS-Br pode ser consultado neste link:

https://drive.google.com/drive/folders/1SQ5VBg-FmuSa_MBJk98RHQeVFjKCC4zG?usp=share_link

Pontuação		
5	Independente completo	
4	Independente com adaptações	Usa objetos auxiliares ou execução lenta
3	Requer supervisão, orientação, preparação ou toque leve	Até 25% de assistência
	necessita da presença de outra pessoa no momento da atividade	
2	Requer assistência moderada a acentuada	25 % - 75 % assistência
1	Completamente dependente	75 % - 100 % assistência
* Antes de iniciar a avaliação, as opções de pontuação precisam ser apresentadas e explicadas ao paciente.		
* Considerar desempenho no ultimo mês em seu ambiente habitual.		

* As perguntas precisam ser direcionadas ao paciente, sendo exigido acompanhante quando houver déficit cognitivo. <i>O texto azul e itálico é um guia de orientação e exemplo para o entrevistador (não faz parte das perguntas) e deve ser utilizado para compreender o que se pretende medir</i>			
Nome do paciente: _____		Data avaliação: ____/____/____	
Condição de saúde: _____		Idade: _____	
Data Admissão: ____/____/____		LIMOS-Br Admissão: _____	
Data Reavaliação: ____/____/____		LIMOS-Br Reavaliação: _____	
Data da Alta: ____/____/____		LIMOS-Br Alta: _____	
			Pontuação
Interações Interpessoais e Relações			
1	Interações interpessoais básicas (d710)		
	a. Você tem dificuldade em se relacionar com pessoas? Faz de forma cordial respeitosa e sem conflito constante com alguém? b. Ao se relacionar com outras pessoas às vezes apresenta descontrole sendo necessário usar estratégias como manter distância ou intervenção de outra pessoa? Faz uso de medicamentos para interagir adequadamente?		
	<i>Conferir se os medicamentos citado têm efeito psicotrópico</i>		
<i>Total da parte de interação e relações interpessoais (soma) - mínimo 1 e máximo 5 pontos</i>			
Mobilidade			
2	Manter a posição do corpo (d415)		
	a. Você ficar na posição de forma independente, confortável e segura pelo tempo que for necessário? Consegue se ajeitar para manter a posição pelo tempo necessário? b. Tem alguma dificuldade? Precisa se segurar, ter apoio de algum dispositivo/equipamento ou a precisa da presença de alguém para se sentir seguro?		<i>Média dos</i> <i>Média dos subitens</i>
	<i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i>		
		2.1 Permanecer deitado	
		2.2 Permanecer sentado	
	2.3 Permanecer de pé		
3	Mudar a posição básica do corpo (d410)		
	a. Você muda a posição de forma independente? Tem alguma dificuldade? b. Necessita de mais tempo para realizar? Precisa se apoiar, se puxar ou da ajuda de alguém?		<i>Média dos</i> <i>subitens</i>
	<i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i>		
		3.1 Virar-se na cama	
		3.2 Deitar-se e sentar-se na cama	
	3.3 Sentar-se e levantar da cadeira		
	3.4 Levantar-se do chão		
4	Transferir-se enquanto sentado (d4200)		

	* pontuar apenas se a pessoa for cadeirante e não for capaz de ficar em pé para se transferir		Média dos
	a. Você mudar de uma cadeira para a cama de forma independente e segura?		subitens
	b. Tem alguma dificuldade? Necessita de adaptação ou ajuda de outra pessoa?		
	Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item		
	4.1 Transferir-se pelo lado esquerdo da cama para a cadeira de rodas e retornar.		
	4.2 Transferir-se pelo lado direito da cama para a cadeira de rodas e retornar.		
	c. E se os assentos forem de alturas mais baixas ou mais altas?		
	4.3 Transferir para local mais alto		
5	Levantar e carregar objetos (d430) de 2 KG		
	a. Levanta e carrega pequenos objetos de um lugar para o outro, como sacolas com 2 kg?		
	b. Levanta e guardar objetos acima dos ombros?		
	c. Você precisa de adaptações ou ajuda de outra pessoa para realizar essas tarefas? Sente dificuldade de equilíbrio quando faz esses movimentos em pé (ou sentado se cadeirante)?		
	Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item		
		5.1 Transportar objetos na área do quadril até ombros	
	5.2 Pegar e movimentar objetos acima dos ombros		
	5.3 Pegar e movimentar objetos abaixo do quadril		
6	Uso fino das mãos (d440)		
	a. Você abre e fechar garrafas ou botões? Utilizar talheres? Amarrar cadarço ou abre e fecha um zíper?		
	b. Tem alguma dificuldade? Precisa repetir mais de uma vez ou ajuda de algum dispositivo ou pessoa?		
	Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item		
	pontuar separadamente	6.1 Mão esquerda	
		6.2 Mão direita	
	6.3 Ambas as mãos		
7	Utilização da mão e do braço (d445)		
	a. Você abre e fecha maçanetas de portas? puxar ou pegar um objeto?		
	b. Realiza sem dificuldades? Precisa de adaptação para realizar a tarefa? Necessita de auxílio de uma pessoa?		
	Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item		
	pontuar separadamente	7.1 Lado esquerdo	
		7.2 Lado direito	
	7.3 Ambos os lados		
8	Andar distâncias curtas (d450)		

	a. Você anda curtas distâncias (até 50m) de forma independente e segura? b. Tem alguma dificuldade? Precisa de dispositivos como bengala? Precisa de ajuda de outras pessoas?			
	<i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i>			
	<i>* os itens 8.2, 8.3 e só serão pontuados se a pontuação do 8.1 for maior que 3</i>			
		8.1 Andar curtas distâncias (até 50m) no interior de um edifício		
	c. Você tem dificuldade de andar se houver um obstáculo na sua frente como cadeiras, soleiras ou tapetes? d. E se alguém cruzar sua frente, tem dificuldade, precisa de apoio?			
	<i>exemplo: andando no mercado, lojas ou shopping</i>			
		8.2 Andar se desviando ou atravessando obstáculos		
		d. Você anda em um caminho irregular? e. E andar em caminhos com subidas e descidas?		
<i>exemplo: andando em calçadas ou sob as gramas/ pedregulhos</i>				
		8.3 Andar em aclives/declives e superfícies irregulares		
Andar distâncias longas(d4501) 1 km				
9		a. Você anda mais de 1 Km sem dificuldades? (dar referência local de distância) b. Precisa realizar pausa ou de um apoio? Demora mais tempo para realizar? Precisa do auxílio de uma pessoa?		<i>Média dos subitens</i>
		<i>* só será pontuado se a pontuação do 8.1 for maior que 3. Fornecer referência da distância.</i>		
10		Subir/descer (d4551) Mover todo o corpo para cima ou para baixo sobre superfícies ou objetos, como por exemplo, subir degraus, rochas, escadas móveis ou fixas, rampas ou outros objetos		
		a. Você sobe e desce degraus ou guia de calçada? E um lance de escada com 18 degraus? Faz de forma segura? b. Precisa de dispositivos auxiliares ou apoios como um corrimão? Tem alguma dificuldade ou necessita da ajuda de outra pessoa?		
11	Deslocar-se (d455) Mover todo o corpo de um lugar para outro, usando outros meios excluindo a marcha, como por exemplo, escalar uma rocha ou correr por uma rua, saltar, correr em disparada, pular, dar cambalhotas ou correr evitando obstáculos			
	a. Você vai de um lugar para outro de forma além de andar de forma independente e segura? b. Tem alguma dificuldade? Leva mais tempo para fazer? Precisa se apoiar ou da ajuda de outra pessoa?			
	<i>Anotar a forma escolhida e significativa: Andar mais rápido, correr, saltar, escalar...</i> <i>Sugerir andar mais rápido ou subir no ônibus se a pessoa tiver dificuldades</i>			
		especificar:		
	12	Deslocar-se (cadeira de rodas) (d465) Pedestre pontua 5 nesse item		

	<i>* Se for pedestre pontuar item como 5</i> <i>* Se fizer uso de cadeira de rodas em alguma situação esse item deverá ser pontuado</i>		Média dos
	a. Você se deslocar de forma independente e segura com a cadeira de rodas dentro por pelo menos 50 metros? b. Consegue transpor tapetes e se desviar de obstáculos? Consegue passar por locais estreitos e abrir e fechar as portas? c. Tem alguma dificuldade? Leva mais tempo para fazer? Necessita de ajuda de outra pessoa?		subitens
	<i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i>		
	12.1 Deslocar-se por conta própria com a cadeira de rodas dentro hospital/em casa		
	d. Você consegue se mover de forma segura e independente por 300 metros na rua? e. Você ultrapassa lombadas e declives? Sobe pequeno degrau como a guia do passeio? f. Tem alguma dificuldade? Leva mais tempo para fazer? Necessita de ajuda de outra pessoa?		
	12.2 Deslocar-se por conta própria com a cadeira de rodas fora do hospital/da casa		
Total da parte de mobilidade (soma) - mínimo 11 e máximo 55 pontos			
Cuidado Pessoal			
13	Lavar-se (d510)		Média dos
	a. Você lavar toda a parte de cima/ de baixo do corpo sozinho de maneira segura, ou precisa de ajuda? b. Lava a cabeça? E os pés? Faz uso de cadeira de banho ou barras? c. Precisa de supervisão ou que alguém lembre as partes do corpo ou forneça os materiais?		subitens
	<i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i>		
	13.1 Lavar e secar a parte de cima do corpo		
	13.2 Lavar e secar a parte de baixo do corpo		
14	Cuidar de partes do corpo (rosto, dentes, cabelos e unhas) (d520)		
	a. Você consegue cuidar do rosto, do cabelo e dentes? b. Você faz toda a preparação ou precisa de ajuda de alguma pessoa?		
	<i>O cuidar das unhas, deve ser considerado apenas se houver demanda do paciente</i>		
15	Higiene pessoal relacionada com as excreções (d530)		Média dos
	a. Faz uso de fraldas/absorventes, sondas ou um recipiente? Quando precisa você vai ao banheiro? b. <i>A depender da forma de eliminação:</i> Se faz uso do banheiro, vai até o local a tempo? Consegue tirar a roupa, urinar ou defecar, fazer a higiene e vestir a roupa de forma independente ou precisa de ajuda? Se faz uso de outros dispositivos posiciona de forma a não ter acidentes? Quem elimina o resíduo? Se faz uso de sonda fazer a esterilização dos equipamentos, passar a sonda sozinho, eliminar o resíduo? /		subitens

	Saco coletor - faz a manipulação dos equipamentos, e troca sozinho, eliminar o resíduo?		
	c. Você tem algum escape? Com que frequência?		
	d. Necessita de auxílio ou adaptação para uso de dispositivos, manusear a roupa ou limpeza? Usa medicamentos ou outras estratégias para controle? Precisa de ajuda de outra pessoa?		
	<i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i>		
		15.1 Regular a micção	
		15.2 Regular a defecação	
	e. Durante a menstruação você realiza a higiene, tirar/colocar o absorvente/coletor/similares?		
	* Pontuar apenas se menstruar	15.3 Cuidado menstrual	
16	Vestir-se (d540)		
	a. Você coloca e tirar a roupa da parte de cima/ debaixo do seu corpo sozinho? Realiza a atividade em pé, sentado ou deitado? Precisa se apoiar ou de alguma adaptação?		
	b. Precisa pedir ajuda em alguma situação? Tem dificuldades com uso de meias, calçados, cadarços, zíperes?		
	<i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i>		
	16.1 Vestir e despir a parte de cima do corpo		
	16.2 Vestir e despir a parte de baixo do corpo (inclui meias e calçados)		
	d. Você vai até o guarda-roupa ou gaveteiro escolhe e pega a sua roupa?		
	e. Consegue diferenciar o tipo de roupa de acordo com o clima ou ocasião?		
	f. Reconhece quando a vestimenta está no avesso? E identificar o lado correto do calçado?		
	<i>A mobilidade até o guardaroupa é considerada</i>		
17	16.3 Escolher a roupa apropriada		
17	Comer (d550)		
	<i>observar a presença de sonda / gastrostomia alternativa e questionar sobre uso parcial ou total</i>		
	a. Você come a mesma comida que as outras pessoas ou precisa ser preparada diferente (mais mole ou úmido)?		
	b. Tem dificuldade para mastigar? Tosse ou se engasga enquanto come?		
	c. Você come sozinho ou na mesa com os outros? Você se serve/monta seu prato?		
18	d. Você costuma utilizar quais talheres? Como faz para cortar os alimentos? Precisa de alguém para se alimentar?		
	Beber (d560)		
	<i>observar a presença de sonda / gastrostomia alternativa e questionar sobre uso parcial ou total</i>		
	a. Você faz uso de espessante? Tem algum escape ou dificuldade para beber? Tosse ou se engasga?		
18	b. Você se serve do líquido se estiver em uma garrafa, lata ou torneira? Precisa de auxílio para abrir o recipiente, misturar o líquido ou transferir para um copo sem derramar?		

	c. Você bebe em qualquer recipiente? Ou precisa de algum utensílio específico como canudo ou copo adaptado? d. Precisa de mais cuidado, atenção, apoio ou preparo para beber? Precisa de ajuda de alguém?	
19	Cuidar da própria saúde (d570) a. Você cuida/se preocupa com a sua alimentação e saúde física? Tem conhecimento do que precisa realizar ou evitar para se manter saudável? b. Você faz controle das doenças que possui? Você se organiza e lembra de tomar os medicamentos que precisa? c. Perceber quando é necessário marcar consultas médicas e exames? Faz consultas e exames preventivos regularmente? Precisa de auxílio de algum dispositivo ou pessoa para isso? <i>Envolve compreensão do uso de medicamentos, dieta, necessidade de descanso, limite devido à desorientação ou risco de quedas.</i>	
20	Cuidados no período noturno (Auto cuidados, outros especificados (d598)) a. Você adormece apenas no período esperado? Faz pelo tempo necessário? Se acordar, consegue voltar a dormir? b. Tem sono muito leve ou agitado? Precisa de auxílio de remédios para dormir? <i>Conferir se os medicamentos citado têm efeito sobre o sono</i> <i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i> 20.1 Adormece e dorme a noite toda c. Se precisar faz xixi à noite de forma independente, sem incidentes e de forma segura? d. Faz uso de dispositivos auxiliares como uso de frascos, cadeira de banho ou fraldas no período noturno? e. Precisa de supervisão ou apoio de algo ou alguém para ir ao banheiro durante a noite? 20.2 ir ao banheiro durante a noite f. Você consegue se virar na cama sozinho à noite? g. Precisa de apoio para se virar ou se acomodar na cama ou se cobrir? 20.3 mover-se na cama durante a noite	Média dos subitens
	<i>Total da parte de cuidado pessoal (soma) - mínimo 8 máximo 40 pontos</i>	
	Total domínio motor (soma total interações pessoais e relações, mobilidade e cuidado pessoal) - mínimo de 20 e máximo de 100 pontos	
Comunicação		
21	Comunicação-recepção, outras especificadas e não especificadas (d329) a. Você inicia finalizar uma conversa mantendo uma sequência de assunto e colocando seu ponto de vista?	
22	Comunicação-recepção de mensagens orais e não verbais (d310, d315) <i>Envolve mensagens verbais e não verbais</i> <i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i>	Média dos

	a. Você entende quando perguntam sobre suas necessidades como comer, beber, usar o banheiro e sentir dor? Durante uma conversa você consegue entender gestos e expressões das pessoas ao seu redor?		subitens
	22.1 Compreender solicitações e perguntas sobre as necessidades básicas		
	b. Você entende informações simples da sua rotina? Demora um pouco para entender ou precisa de explicação? c. Pede mais informações quando precisa? É necessário que alguém do seu convívio faça a explicação?		
	22.2 Compreender informações simples		
	d. Você entende prontamente uma conversa mais longa, com participação de várias pessoas e muitas informações? Precisa que seja repetido ou explicado de outra forma? Precisa de ajuda de alguém para entender melhor?		
	22.3 Compreender informações complexas		
23	Comunicação-recepção de mensagens escritas (d325)		
	<i>* a necessidade de óculos e outros recursos pela dificuldade visual não é pontuada</i>		
	<i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i>		Média dos subitens
	a. Você lê e entender palavras?		
	23.1 Ler e entender palavras individuais		
	b. Você lê e entender recados ou textos curtos e simples relacionados à rotina? c. Precisa de auxílio para entender? Precisa ler e reler o texto algumas vezes para entendê-lo?		
24	Fala (d330)		
	a. Você fala com facilidade e responder perguntas com SIM ou NÃO? Fala mais lento do que antes? Usa algum dispositivo para auxiliar na fala?		Média dos subitens
	<i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i>		
	24.1 Responder perguntas objetivas		
	b. Você fala para comunicar suas necessidades e o que deseja?		
	24.2 Comunicar desejos e necessidades		
25	c. Você falar sobre fatos do seu cotidiano?		
	24.3 Expressar-se de forma simples		
	d. Você faz falas mais prolongadas sobre temas mais elaborados com informações sobre trabalho, família, eventos sociais e sua reabilitação?		
	24.4 Expressar-se de forma diversificada		
	Escrever mensagens (d345)		
	<i>* a escrita pode ser realizada por meios manuais ou eletrônicos</i>		
25	<i>Pontuar subitens separadamente e, após, calcular a média do item</i>		Média dos

	a. Você escreve seu nome ou palavras conhecidas? Demora mais tempo ou precisa de auxílio? Usa algum dispositivo ou adaptação para auxiliar na escrita?	subitens
	25.1 Escrever palavras conhecidas	
	b. Faz uma lista ou uma anotação curta em um papel, computador, celular ou outro dispositivo de forma que a mensagem seja entendida por outras pessoas?	
	25.2 Escrever notas e mensagens curtas	
	d. Escreve textos mais longos em um papel, computador, celular ou outro dispositivo de forma que a mensagem seja entendida por outras pessoas? e. Se corrige sozinho ou precisa da ajuda de aplicativos ou outra pessoa para elaborar?	
	25.3 Escrever textos simples 25.4 Escrever textos longos	
Total domínio Comunicação (soma total) - mínimo de 5 e máximo de 25 pontos		
Aprendizagem e aplicação do conhecimento		
26	Habilidades básicas (d1550)	
	a. Você aprende novas atividades? Precisa de mais tempo ou várias repetições para aprender? b. Precisa de estratégias, dicas ou ajuda de uma pessoa?	
	<i>Exemplo: usar dispositivo de locomoção/cadeira de rodas, realizar tarefa com apenas uma mão</i>	
27	Habilidades complexas (d1551)	
	a. Você aprende tarefas complexas? b. Precisa de mais tempo para aprender, mais correções, dicas ou ajuda de uma pessoa?	
	<i>Exemplo: aprender um novo jogo com regras complexas, sequenciar e coordenar os próprios movimentos, aprender novos caminhos e uso de aplicativos de celular</i>	
28	Concentrar a atenção (d160)	
	a. Você tem dificuldade em se concentrar pelo tempo necessário numa tarefa, mesmo quando quer fazê-la? b. Distrai-se facilmente? Precisa de ambiente calmo e silencioso? Precisa da ajuda de alguém para manter a atenção na atividade?	
29	Pensar (d163)	
	a. Você consegue formular ideias, pensar na sua situação de vida e no planejamento da sua vida? b. Consegue pensar nas possibilidades? Precisa de mais tempo? Necessita de contribuição de outra pessoa?	
	<i>Exemplo: vida após a lesão, final de semana, retorno ao trabalho</i>	
30	Resolver problemas simples (d1750)	
	a. Você encontra soluções para resolver um problema simples da rotina? Consegue identificar o que precisa ser feito e planejar ações necessárias?	

	b. Precisa de mais tempo para processar as informações? Pede ajuda e se envolve na solução? <i>Exemplo: se organizar para sair, problemas com eletrodomésticos ou organizar as atividades da rotina e da reabilitação</i>	
31	Resolver problemas complexos (d1751) a. Você reconhece e resolve problemas complexos? Identificar o que precisa ser feito e planejar ações necessárias? b. Precisa de mais tempo para entender o problema? Consegue pensar e executar ações para resolver o problema? Pede ou recebe ajuda de outra pessoa quando necessário? <i>Exemplo: reagendar consultas médicas, resolver conflitos familiares, organizar transporte e questões bancárias, planejamento de alta e período após a alta.</i>	
32	Lembrar de fatos (Aplicação de conhecimento, outra especificada (d179)) a. É capaz de recordar acontecimentos importantes que ocorreram há poucas semanas? Lembra detalhes desses acontecimentos? b. Esquece compromissos importantes ou algum equipamento elétrico ligado? c. Tem perdas de memória que interfiram com as atividades diárias que era capaz de realizar há uns tempos?	
33	Orientação (Aplicação de conhecimento, outra especificada (d179)) a. Você sabe se localizar quando sai de casa? Consegue sair e voltar com segurança? b. Consegue lembrar de horários e locais de compromisso? Precisa estar acompanhado a todo momento? c. Você precisa de lembretes para atividades rotineiras? Alguém precisa ajudar a lembrá-lo?	
34	Percepção visuo-espacial (d179) a. Você identifica obstáculos fixos no seu trajeto e se desviar quando necessário? Você esbarra em objetos ou tropeça com frequência? b. Você consegue alcançar objetos em armários, geladeiras ou guarda-roupa sem esbarrar em outros que estejam no caminho? Precisa tocar para identificar o objeto?	
35	Calcular (d172) a. No seu dia a dia (trabalho, lazer ou ao fazer compras) você consegue realizar cálculos mentalmente ou no papel? <i>Exemplo: você vai ao mercado com R\$31 e gasta R\$9,00, quanto sobra de troco? (e outras operações matemáticas simples - $18+14$, 4×6, $42:7$)</i>	
36	Tomar decisões simples (d177) a. Quando toma decisões, você consegue escolher uma entre várias opções? <i>Exemplo: decidir qual alimento irá comer, ou qual tarefa vai realizar ou qual roupa irá vestir. São decisões situacionais e não tem consequência de grande impacto</i>	
37	Tomar decisões complexa (d177) a. Consegue tomar decisões mais difíceis, que envolvam planejamentos e fatores positivos e negativos?	

	<i>Exemplo: decidir sobre o uso de adaptações/ medicamentos/ cirurgias, planejamento de férias e retorno ao trabalho. São decisões que tem consequências de grande impacto e que precisam ser consideradas.</i>	
	Total da parte de aprendizagem e aplicação do conhecimento (soma) - mínimo de 12 e máximo de 60 pontos	
Tarefas e Demandas gerais		
38	Realizar uma tarefa simples (d2100)	
	a. Você prepara, iniciar e organizar o tempo e o espaço necessários para uma tarefa simples?	
	b. Precisa de mais tempo para realizar ou tem risco de segurança? Precisa da ajuda de uma outra pessoa?	
	<i>Exemplo: fazer uma leitura, arrumar a cama, preparar um lanche, cancelar compromissos, fazer um telefonema, ajeitar a TV. Envolve tarefa simples independente.</i>	
39	Realizar uma tarefa complexa (d2101)	
	a. Você escolhe, se preparar e realizar uma tarefa complexa sozinho? Planejando e executando um conjunto de tarefas de forma sequencial ou simultânea?	
	b. Precisa de mais tempo para realizar? Precisa da ajuda de uma pessoa em alguma parte?	
	<i>Exemplo: preparar uma refeição, organizar chegada e saída de atividades, resolver questões bancárias. Envolve tarefas com outras pessoas e com consequências.</i>	
40	Realizar a rotina diária em casa (d230)	
	a. Você organizar sua rotina sozinho? Planeja e realiza as ações e cuida do tempo de atividades da rotina?	
	<i>Exemplo: atividades de autocuidado, alimentação, demandas da escola/trabalho e compromissos externos. Envolve gerenciar rotina e atividades pessoais.</i>	
	Total da parte de tarefas e demandas gerais (soma) - mínimo de 3 e máximo de 15 pontos	
	Total domínio Cognição (soma total aprendizagem e aplicação do conhecimento e tarefas e demandas gerais) - mínimo de 15 e máximo de 60 pontos	
Vida Doméstica		
41	Aquisição de bens e serviços para as necessidades diárias (d620) - compras	
	a. Seleciona alimentos, bebidas, materiais de limpeza, artigos domésticos ou roupas numa loja ou mercado?	
	b. Considera a necessidade dos itens a serem comprados considerando a qualidade e valor?	
	c. Manuseia o dinheiro/ cartão e recursos equivalentes para decidir e realizar formas de pagamentos possíveis?	
	d. Precisa de auxílio de equipamentos para a decisão dos produtos, execução de pagamento ou transporte?	
42	Preparar refeições simples (d6300)	
	a. Você planeja e preparar refeições simples? Realizar preparo e higiene necessária? Utiliza os utensílios?	
	b. Apresenta alguma dificuldade para manusear algum utensílio ou equipamento?	

	Necessita de adaptações, demora mais tempo ou ajuda de outra pessoa para executar?	
	<i>Se nunca realizou esse item será pontuado com a mesma pontuação do item 38. Verificar se já realizou preparo simples de aperitivo, lanche, café, macarrão, ovo.</i>	
43	Preparar refeições complexas (d6301) a. Você prepara as refeições com preparo mais elaborado? b. Realiza atividades de descascar, fatiar, misturar, amassar e mexer os alimentos? Necessita de utensílios adaptados? Realiza a atividade com segurança com poucos acidentes? c. É preciso que alguém ajude ou supervisione em alguma fase? <i>Se nunca preparou uma receberá a mesma pontuação do item 39.</i>	
44	Realizar as tarefas domésticas (d640) <i>* considerar função pré-existente na casa. Se realizar apenas subtarefas de suas atividades anteriores, ele recebe uma pontuação de 2 ou 3</i> a. Você participa das tarefas domésticas? Mais alguém participa dos cuidados com a casa? b. Precisa que alguém indique o que é preciso fazer? Precisa de adaptações para realizar essas tarefas? <i>Exemplo: armazenar alimentos, limpar o chão, arrumar a cama e mesa, lavar a roupa, recolher e retirar o lixo.</i>	
45	Ajudar os outros (d660) a. Você cuida de alguém, dentro da sua casa ou fora dela? Você oferece ajuda? Alguém pede ajuda para você? b. Consegue perceber quando alguém precisa de algo? Ou é preciso que alguém indique que precisa de ajuda? <i>Exemplo: auxiliar na comunicação e aprendizado de pessoas, auxílio no cuidado de pessoas e animais, preocupar-se com o bem-estar do outro. Envolve cuidar do ambiente, avaliar situações e agir.</i>	
	Total do domínio Vida Doméstica (soma) - - mínimo de 5 e máximo de 25 pontos	
	Total da LIMOS-Br (soma dos domínios motor, comunicação, cognição e vida doméstica)	
	(mínimo 45 - máximo 225 pontos)	

ANEXO I

Recortes dos Relatos dos especialistas

“As perguntas realizadas nesse trabalho são um importante norteador para o uso da CIF, para que ela se torne facilmente praticável pelos profissionais e para que registre dados mais fidedignos com o cotidiano do paciente e suas experiências.

Sem as perguntas, haveria dificuldade em compreender algumas definições técnicas (o que seria escrita complexa, por exemplo) e de pontuar o desempenho da pessoa, inclusive a de uma pessoa com baixa escolaridade ou analfabetismo.”

“(as perguntas) melhoraram os parâmetros para o acompanhamento do paciente, torna esse trabalho necessário.”

“contribuindo para completar algo que é unificado, que cada círculo se entrelaça e une profissionais e paciente com o objetivo de analisar as funcionalidades dentro de atividades e participação dessa pessoa e buscar qualidade de fato ao seu cotidiano.”

“...a reabilitação não nos permite pensar o paciente de forma isolada, temos que pensá-lo e entendê-lo como um ser único, formado por suas experiências e pelo meio que o cerca. Por isso, uma boa equipe de reabilitação deve ser multiprofissional e, dessa forma, na prática clínica ao atendê-los, se faz necessários instrumentos que possibilitam esse entendimento ...”

“Ao profissional, as perguntas orientadoras garantem esse direcionamento, além de permitir que o mesmo avalie aspectos técnicos de uma área que não é de sua competência. Para o paciente, as perguntas são um facilitador, os termos técnicos deixam de ser usados e, assim garantimos maior entendimento e maior assertividade nas respostas.”

ANEXO J

Recorte dos relatos das entrevistadoras

“... entender como e o quanto o Acidente Vascular Cerebral (AVC) impacta na vida do indivíduo é um grande desafio, sendo este fato observado inclusive, ao decorrer das entrevistas.”

“Nesse contexto, fazer as perguntas a partir de um detalhamento claro e objetivo, é uma maneira empática de ofertar ao paciente um recurso que lhe possibilite a compreensão de sua condição e mais, que ele exerça o papel de protagonista ao longo da reabilitação.”

“incluir uma ferramenta (perguntas orientadoras) que permita reduzir a disparidade entre a escolaridade, favorece a compreensão e aumenta a efetividade do recurso elaborado.”

“as perguntas foram facilitadoras aos pacientes por trazer uma linguagem mais acessível e sobretudo, por ter permitido ao avaliado, entender sua condição a partir da atribuição da pontuação. Quanto ao profissional, a aplicação do instrumento requer um olhar biopsicossocial, uma vez que observa em alguns casos que a função e a estrutura não são as únicas responsáveis pela efetividade da terapia, o ambiente por exemplo, influência nos resultados obtidos”

“Durante as entrevistas podemos perceber a falta de estímulos e dependência dos pacientes com os seus acompanhantes...”

“...perguntas de formas mais claras e mais detalhadas ajudam e muito em relação ao tratamento.”