



www.elsevier.pt/rpsp

Artigo original

Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade

Carla Pereira^a, César Fonseca^{b,*}, Ana Escoval^c e Manuel Lopes^d

^aInstituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Castelo Branco, Portugal

^bCentro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

^cEscola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

^dEscola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora, Évora, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido em 7 de Junho de 2010

Aceite em 27 de Fevereiro de 2011

Palavras-chave:

Classificação Internacional

de Funcionalidade

Incapacidade e Saúde

CIF

População com mais de 65 anos

R E S U M O

Finalidade: Identificação das categorias da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), incapacidade e saúde, para a classificação da funcionalidade da população com mais de 65 anos de idade.

Objectivo: Identificar os domínios e as categorias da CIF mais referidos para classificar a população com mais de 65 anos de idade.

Metodologia: Revisão da literatura efectuada na CINAHL (Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text). Foram pesquisados artigos científicos publicados em Texto Integral (Fevereiro de 2010), entre 2000/01/01 e 2010/01/31, utilizando o método de PI[C]O e seleccionados 17 artigos do total de 505 encontrados.

Resultados: Foram identificados 252 categorias que caracterizam a funcionalidade da população com mais de 65 anos de idade. Com a frequência de descrição \geq a 30%, observamos 79 categorias, que se encontram divididas em 3 dos 4 componentes da CIF. No componente das Funções do Corpo, as categorias identificadas foram: Funções mentais globais (b110, b114, b130, b134); Funções mentais específicas (b140, b144, b152, b167); Visão e funções relacionadas (b210); Funções auditivas e vestibulares (b230); Dor (b280); Funções da voz e da fala (b310); Funções do aparelho cardiovascular (b410, b420); Funções dos sistema hematológico e imunológico (b430, b435); Funções do aparelho respiratório (b440); Funções relacionadas com o aparelho digestivo (b510, b525). No Componente das Estruturas do Corpo, as categorias identificadas foram: Estruturas do sistema nervoso (s110); Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório (s410, s430); Estruturas relacionadas com o movimento (s760). No componente das Actividades e Participação, as categorias identificadas foram: Experiências sensoriais intencionais (d110); Aprendizagem básica (d155); Aplicação do conhecimento (d160, d166, d170, d175, d177); Tarefas e exigências gerais (d220, d230, d240); Comunicar e receber mensagens (d310, d315); Comunicar e produzir mensagens (d330, d335, d345); Conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação (d350, d360); Mudar e manter a posição

*Autor para correspondência.

Correio electrónico: cesar.j.fonseca@gmail.com (C. Fonseca).

do corpo (d410, d415, d420); Transportar, mover e manusear objectos (d430, d440, d445); Andar e deslocar-se (d450, d460, d465); Auto cuidados (d540, d550, d560, d570); Aquisição do necessário para viver (d620); Tarefas domésticas (d640); Relacionamentos interpessoais particulares (d760); Vida comunitária, social e cívica (d910). Na componente dos factores ambientais as categorias mais referidas foram: Produtos e tecnologia (e110, e115, e120, e125, e150); Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem (e260); Apoio e relacionamentos (e310, e315, e320, e355, e360); Atitudes (e410, e415, e420, e450, e455, e465); Serviços, sistemas e políticas (e570, e575, e580).

Conclusões: Os totais de categorias identificadas distribuem-se do seguinte modo: 83 categorias do componente Funções do Corpo (32,93%) em 12 artigos; 30 categorias do componente das Estruturas do Corpo (11,90%) em 7 artigos; 82 categorias do componente das Actividades e Participação (32,53%) em 16 artigos; 57 categorias do componente dos Factores Ambientais (22,61%) em 15 artigos. A identificação desta categoria permite ter uma base de trabalho para iniciar o processo de caracterização da funcionalidade da população com mais de 65 anos no contexto nacional.

© 2010 Publicado por Elsevier España, S. L. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública. Todos os direitos reservados.

Contribution to the classification of functioning in the population over 65 years, according to the International Classification of Functioning

A B S T R A C T

Keywords:
International Classification of Functioning
Disability and Health
CIF
Population over 65 years

Purpose: Identification of categories of the International Classification of Functioning (ICF), disability and health, for the classification of functioning in the population over 65 years of age.

Objective: To identify the more referred areas and ICF categories to classify the population over 65 years of age.

Methodology: Literature review performed in CINAHL (Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text). We searched scientific papers published in Full Text (February 2010) between 01.01.2000 and 31.01.2010, using the IP [C] O. Of 505 articles retrieved, 17 articles were selected because they were the ones who made reference to the most representative ICF categories for the population over 65 years.

Results: We identified 252 categories that characterize the functionality of the population over 65 years of age. With the frequency description of $\geq 30\%$, 79 categories were observed, which are divided into three of the four ICF components. In the Body Functions component the identified categories were: Global mental functions (b110, b114, b130, b134); Specific mental functions (1-40, b144, b152, b167); Vision and related functions (b210); Hearing and vestibular functions (b230); Pain (b280); Voice and Speech Functions (b310); Cardiovascular functions (b410, b420); Haematological and immunologic functions (b430, b435); Respiratory system functions (b440); Digestive system related functions (b510, b525). In the Body Structures component the identified categories were: Nervous system structures (s110) Cardiovascular, immune and respiratory system structures (s410, s430); Movement related structures (s760). In the Activities and Participation component the identified categories were: Intentional sensory experiences (d110); Basic learning (d155); Knowledge application (d160, d166, d170, d175, d177); Tasks and general demands (d220, d230, d240); Communicate and receive messages (d310, d315); Communicate and produce messages (d330, d335, d345); Conversation and use of communication devices and techniques (d350, d360); Changing and maintaining body position (D410, d415, d420) Transporting, moving and handling objects (d430, d440, d445); Walking and travel (d450, d460, d465); Self care (d540, d550, d560, d570); Providing for the bare necessities of life (d620); Housekeeping (d640); Interpersonal relationships (d760); Community, social and civic life (d910). The most often mentioned categories in the environmental factors component were: Products and Technology (e110, e115, e120, e125, e150); Natural and man-made environmental changes (e260); Support and relationships (e310, e315, e320, e355, e360); Attitudes (e410, e415, e420, e450, e455, e465); Services, systems and policies (e570, e575, e580).

Conclusions: The total of identified categories are distributed as follows: 83 categories of Body Functions component (32.93%); 12 articles, 30 categories of Body Structures component (11.90%); 7 articles, 82 categories of Activities and Participation component (32.53%); 16 articles, 57 categories of Environmental Factors component (22.61%) in 15 articles. The identification of these categories provides a working base to start the population over 65 year's characterization process in the national context.

© 2010 Published by Elsevier España, S. L. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública.

All rights reserved.

Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde pertence à família das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aplicação em vários contextos da saúde¹⁻⁴. O seu objectivo principal é fornecer uma linguagem unificada e padronizada, que sirva de referência conceptual para a descrição da saúde e dos estados relacionados^{5,6}. Esta classificação tem sido utilizada como uma ferramenta em vários níveis: estatístico (na colheita e registo de dados da população), na investigação (para medir resultados, a qualidade de vida ou os factores ambientais), na avaliação clínica (avaliar necessidades, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados), ao nível da política social (no planeamento de sistemas de segurança social, de sistemas de compensação e nos projectos e no desenvolvimento de políticas) e como uma ferramenta pedagógica (na elaboração de programas educacionais, para aumentar a consciencialização e realizar acções sociais)⁷⁻¹¹. Com base nas várias vertentes da utilização desta linguagem já relatadas, entende-se ser um instrumento singular uma vez que possibilita a identificação do perfil epidemiológico da funcionalidade nas pessoas com mais de 65 anos de idade. Segundo a evidência disponível considera-se que a identificação do estado funcional de uma população facilita a definição de políticas, ao nível da adequação das necessidades de cuidados e diminuição do desperdício de recursos ao nível dos cuidados de saúde.

O aumento da esperança de vida e as alterações demográficas verificadas nas últimas décadas trouxeram um consequente aumento da cronicidade e dos problemas de incapacidade^{12,13}. Os indicadores de incapacidade, nomeadamente os indicadores de limitação de capacidade funcional, traduzem a mudança nos padrões de doença e mudanças demográficas, uma vez que são considerados, indicadores das consequências mais do que da doença em si mesmo¹⁴. Nas próximas décadas vamos assistir ao envelhecimento da população em termos mundiais, que vai ter repercussões na sustentabilidade económica, social e demográfica^{13,15-19}, com implicações profundas ao nível do planeamento em saúde²⁰. Os ritmos de crescimento da despesa em saúde registados na última década configuram uma situação de insustentabilidade financeira que, face às necessidades crescentes de cuidados decorrentes do envelhecimento demográfico, remete para novos modelos de captação de fundos, de organização e gestão da prestação e de afectação de recursos²¹.

Portugal gastou em 2008, no sector da saúde 10,1% do PIB, mais do que a Espanha (7,8%), Itália (8,8%) e Reino Unido (9,4%)¹². Esta evidência sugere a necessidade de se desenvolver uma estratégia que leve os decisores públicos a repensar as políticas de saúde e de apoio e os respectivos modelos de intervenção, valorizando o efeito combinado do envelhecimento demográfico da população e consequente diminuição da força de trabalho²².

Perante este cenário considera-se relevante identificar indicadores de funcionalidade nas pessoas com mais de 65 anos de idade^{5,23,24}, tendo como referência a Classificação Internacional de Funcionalidade descrita pela Organização Mundial da Saúde. A identificação de indicadores de funcionalidade, ou perfil de funcionalidade pode considerar-se uma mais-valia para o desenvolvimento e a monitorização dos índices da Saúde dos portugueses, com consequentes ganhos ao nível dos indicadores de saúde e económicos²⁵.

Este artigo tem como objectivo descrever o processo de identificação e descrição das componentes e categorias (ou códigos da CIF), utilizados em termos internacionais na classificação de pessoas com mais de 65 anos de idade, inserindo-se num estudo que pretende determinar o perfil epidemiológico da funcionalidade das pessoas com mais de 65 anos de idade no Alentejo.

Enquadramento do problema

Classificar saúde permite obter uma imagem instantânea do estado de saúde e bem-estar de um indivíduo²⁶, possibilita aos profissionais de saúde obter um quadro completo dos seus doentes ou às autoridades de saúde a identificação de padrões de necessidades das populações locais²⁷, assim como diagnosticar, examinar e/ou detectar a presença de problemas de saúde e identificar necessidades de tratamento e melhorar a comunicação prestador/cliente^{26,28}.

A medição do estado de saúde impõe o uso de indicadores que revelam a presença/ausência de doença, indicadores que reflectam o estado de saúde na sua perspectiva mais positiva ou seja, aqueles que melhor espelham os níveis de bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo e das populações. Os indicadores de saúde permitem ainda uma análise das diferenças no estado de saúde, diagnóstico da doença, predição de necessidades de cuidados e avaliação de resultados de tratamento²⁹. Contudo, muitos dos indicadores tradicionais são inadequados à medição do estado de saúde, não são sensíveis

às alterações verificadas nos padrões de doença, demográficas e não são adequados ao actual conceito de saúde³⁰.

Para classificar a saúde individual e das populações a Organização Mundial da Saúde desenvolveu a família de classificações que são compostas por duas classificações principais, “Classificação Internacional de Doenças” (CID) e a “Classificação Internacional de Funcionalidades” (CIF)³¹. Estas classificações fornecem um sistema para codificação de uma ampla gama de informações. Nestas classificações utiliza-se uma linguagem comum e padronizada para permitir a comunicação em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências^{32,33}.

A necessidade de complementaridade da CID e da CIF surge do facto de uma ser centrada nas causas da doença e a outra na saúde da pessoa. Enquanto a CID é uma classificação internacional estatística de doença e problemas relacionados com a saúde, que recorre a um modelo etiológico para a classificação por diagnóstico de doença, distúrbios de

saúde, associada à causa de doença, a CIF é classificação de funcionalidade e incapacidade associada às condições de saúde, para medir a saúde e a incapacidade tanto a nível individual como populacional³⁴. Se a Classificação Internacional das Doenças (CID) classifica as doenças e as causas de morte, a CIF classifica a saúde. Em conjunto, a aplicação destas duas classificações permite, de forma ampla e ao mesmo tempo fiável, conhecer a saúde de uma população e a maneira como o ambiente interage com o indivíduo dificultando ou promovendo uma vida em todo o seu potencial³⁵.

Na actual nomenclatura da CIF, o estado de saúde do indivíduo é abordado segundo um conceito positivo, enfatizando os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas dentro do contexto dos factores contextuais³⁶. Estes factores representam o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo. Eles incluem dois componentes: Factores Ambientais e Factores Pessoais – que podem ter efeito num indivíduo com uma determinada condição de saúde e sobre a saúde e os estados relacionados com a saúde do indivíduo (fig. 1).

Para se obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade a CIF utiliza uma abordagem “biopsicossocial”, tentando chegar a uma síntese que ofereça uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social³⁷. Apesar de esta classificação assumir que não tem uma abordagem tipo “determinantes em saúde” ou “factores de risco”, foi adoptada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas para proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes de saúde, dos resultados e condições relacionadas com a saúde, uma vez que inclui uma lista de factores ambientais que descrevem o contexto onde o indivíduo vive³⁸.

De forma a operacionalizar a aplicação desta classificação esta foi organizada em diferentes níveis estruturais (fig. 2).

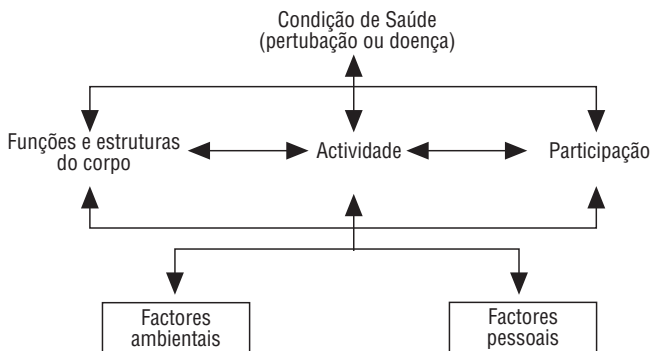


Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF.

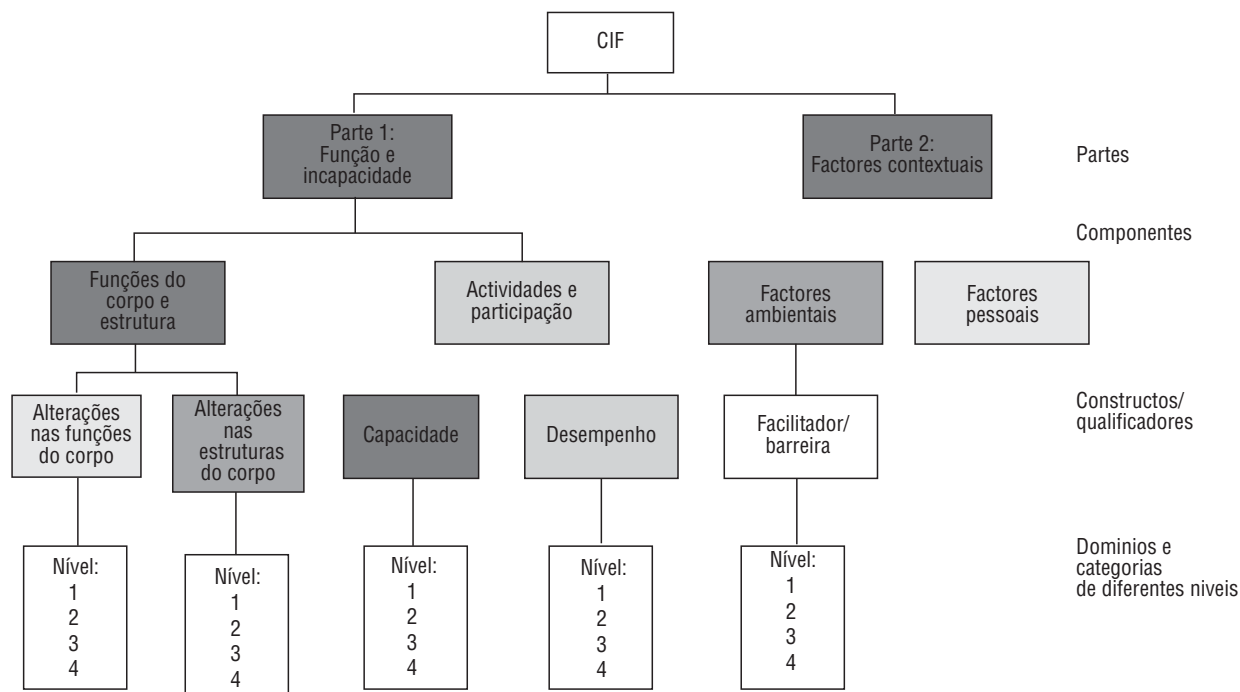


Figura 2 – Estrutura da CIF.

Esta classificação é composta por duas partes; parte 1 – função e incapacidade; parte 2 – factores contextuais. Cada uma das partes subdivide-se em outras duas componentes (funções do corpo e estrutura; actividades e participação; factores ambientais; factores pessoais). Cada um destes 4 componentes é composto por dois constructos/qualificadores, com excepção do componente factores pessoais. Por sua vez cada constructo/qualificador é composto por uma listagem de domínios e categorias de diferentes níveis. A cada categoria é atribuído um código alfa-numérico, que tem equivalência semântica em todos os países membros da OMS.

Em vários países como a Alemanha, Austrália, Estados Unidos, França, Hungria, Itália, Finlândia³⁹⁻⁴¹, têm-se desenvolvido um conjunto de estratégias de implementação da CIF. Estas assentam na criação de material de ensino, na aplicação de listagens, resumidas, de categorias da funcionalidade (*check-list*), no desenvolvimento de listagens de componentes e categorias identificadas em função de uma patologia (*Core Sets*), no financiamento de projectos de investigação e na introdução da CIF nos *curricula* universitários. Uma das estratégias, mais utilizadas na região europeia, que tem facilitado a utilização deste instrumento de classificação, foi o desenvolvimento *Core Sets* específicos das doenças crónicas. Contudo não existe concordância entre os países membros da OMS, sobre a utilização de *Core Sets*. Alguns autores consideram que a definição de listagens de categorias associadas a patologias desvirtua a essência da criação desta Classificação, uma vez que foi criada essencialmente para classificar a saúde e a funcionalidade da uma pessoa ou população e não para assentar na classificação por diagnóstico da doença. O presente estudo pretende ir ao invés desta estratégia, pois tem como objectivo a identificação das categorias ou códigos mais utilizados na classificação das pessoas com mais de 65 anos de idade, de forma independente das patologias que possam estar associadas a esta população.

Metodologia

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com o sentido de identificar os códigos das categorias da CIF mais descritos e aplicados na classificação do estado de saúde e funcionalidade das pessoas com mais de 65 anos de idade. Nesta revisão sistemática de literatura foi formulada a pergunta de investigação em formato PIC^{42,43}: Em relação às pessoas com mais de 65 anos de idade (*População*), quais as categorias ou códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (*Intervenção*) que são utilizados para descrever a funcionalidade (*Outcome*)?

Protocolo de pesquisa:

1. (MM "International Classification of Functioning, Disability, and Health") OR (ICF) OR (ICF core set);
2. (AE "Aged, 65+ years") OR (Aged, 80 and over) OR (Aged) OR (Elderly) OR (frail elderly) OR (elder*);
3. [(MM "International Classification of Functioning, Disability, and Health") OR (ICF) OR (ICF core set)] AND [(AE "Aged, 65+ years") OR (Aged, 80 and over) OR (Aged) OR (Elderly) OR (frail elderly) OR (elder*)].

Bases de dados electrónicas observadas: EBSCO (*CINAHL Plus with Full Text*). Foram procurados artigos científicos publicados em Texto Integral, publicados entre 2000/01/01 e 2010/01/31, Resultado: 124 artigos; EBSCO (*MEDLINE with Full Text*). Foram procurados artigos científicos publicados em Texto Integral, publicados entre 2000/01/01 e 2010/01/31, Resultado: 381 artigos.

Como critérios de inclusão privilegiaram-se os artigos que descrevessem as categorias ou códigos de primeiro e segundo nível, utilizados na classificação da funcionalidade das pessoas com mais de 65 anos de idade, com recurso a metodologia quantitativa e/ou qualitativa ou revisão sistemática da literatura, que clarificassem o impacto das variáveis apresentadas nas componentes: Funções e Estruturas do Corpo, Actividades e Participação e Factores Ambientais. Não foram identificadas as variáveis da componente dos factores pessoais, por estas não se encontrarem codificadas.

Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas duas bases de dados, com data anterior ao ano 2000 e todos aqueles sem co-relação com o objecto de estudo. O percurso metodológico levado a cabo encontra-se exemplificado na figura 3.

Resultados e discussão

Para tornar perceptível e transparente a metodologia utilizada, explicita-se a listagem dos 17 artigos incluídos na tabela 1, que constituíram o *corpus* de análise para a elaboração da discussão e respectivas conclusões, tendo sido submetidos a uma classificação por 6 níveis de evidência^{42,43} (1).

Nesta revisão sistemática da literatura incluímos 17 artigos, que descrevem uma diversidade de códigos. Através da análise do *corpus* constatamos que, relativamente aos constructos (tabela 2):

- Funções do Corpo (2), são utilizados 83 códigos diferentes em 12 artigos, o que corresponde a 32,93% do total;
- Estruturas do Corpo (3), são utilizados 30 códigos diferentes em 7 artigos o que corresponde a 11,90%;
- Actividades e Participação (4), são utilizados 82 códigos diferentes em 16 artigos o que corresponde a 32,53%;
- Factores Ambientais (5), são utilizados 57 códigos diferentes em 15 artigos o que corresponde a 22,61%.

- (1) Level I: Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews); Level II: Single experimental study (RCTs); Level III: Quasi-experimental studies; Level IV: Non-experimental studies; Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews; Level VI: Opinions of respected authorities/Consensus panels
- (2) Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).
- (3) As estruturas do corpo são partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.
- (4) Actividade é a execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo. Participação é envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.
- (5) Os factores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida.

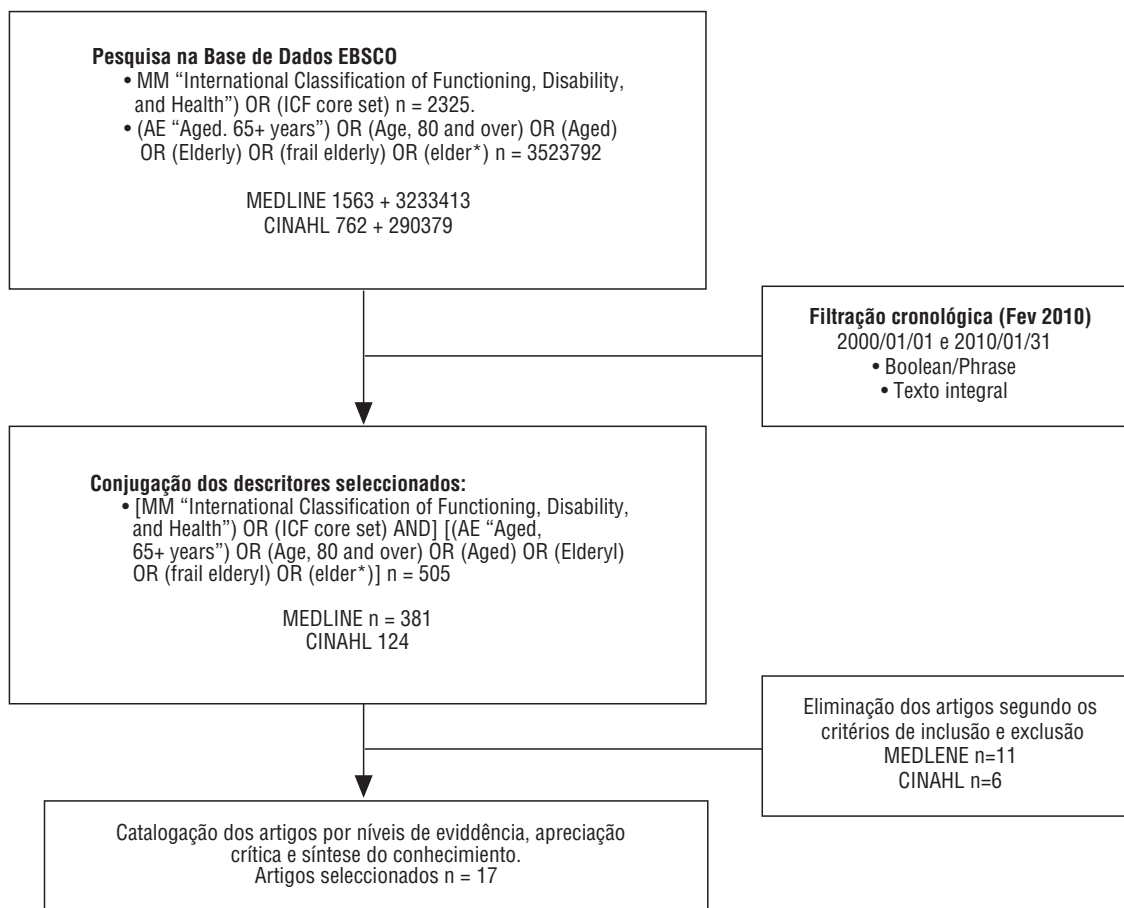


Figura 3 – Processo de pesquisa e selecção.

Da análise dos artigos foram identificados 252 códigos diferentes. Na tabela 3 estratificamos o total dos códigos segundo a frequência de descrição no *corpus* de análise \geq a 30%. Com esta análise foram identificados 79 códigos, que se encontram divididos da seguinte forma: em relação ao constructo Funções do Corpo, 30,37%; ao constructo Estruturas do Corpo, 5,06%; ao constructo Actividades e Participação, 43,03; ao constructo Factores Ambientais, 21,51% (tabela 3).

Ao longo desta revisão foram identificados um conjunto de códigos das diversas categorias da CIF, utilizados na classificação das pessoas com mais de 65 anos de idades. Relativamente aos diferentes construtos as categorias identificadas foram:

— Funções do Corpo – b110 Funções da consciência, b114 Funções da orientação, b130 Funções da energia e dos impulsos, b134 Funções do sono, b140 Funções da atenção, b144 Funções da memória, b152 Funções emocionais, b167 Funções mentais da linguagem, b210 Funções da visão, b230 Funções auditivas, b280 Sensação de dor, b310 Funções da voz, b410 Funções cardíacas, b420 Funções da pressão arterial, b430 Funções do sistema hematológico, b435 Funções do sistema imunológico, b440 Funções da respiração, b510 Funções de ingestão, b525 Funções de defecação, b620 Funções miccionais, b710 Funções

da mobilidade das articulações, b730 Funções da força muscular, b735 Funções do tónus muscular, b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha;

— Estruturas do Corpo – s110 Estrutura do cérebro, s410 Estrutura do aparelho cardiovascular, s430 Estrutura do aparelho respiratório, s760 Estrutura do tronco;

— Actividades de Participação – d110 Observar, d155 Adquirir competências, d160 Concentrar a atenção, d166 Ler, d170 Escrever, d175 Resolver problemas, d177 Tomar decisões, d220 Realizar tarefas múltiplas, d230 Realizar a rotina diária, d240 Lidar com o stresse e outras exigências psicológicas, d310 Comunicar e receber mensagens orais, d315 Comunicar e receber mensagens não verbais, d330 Falar, d335 Produzir mensagens não verbais, d345 Escrever mensagens, d350 Conversação, d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação, d410 Mudar a posição básica do corpo, d415 Manter a posição do corpo, d420 Auto-transferências, d430 Levantar e transportar objectos, d440 Utilização de movimentos finos da mão, d445 Utilização da mão e do braço, d450 Andar, d460 Deslocar-se por diferentes locais, d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, d540 Vestir-se, d550 Comer, d560 Beber, d570 Cuidar da própria saúde, d620 Aquisição de bens e serviços, d640 Realizar as tarefas domésticas, d760 Relacionamentos familiares, d910 Vida comunitária;

Tabela 1 – Descrição dos códigos utilizados e descritos nos artigos seleccionados para classificação das categorias da funcionalidade segundo a CIF

Referência bibliográfica (Autor, Ano, Publicação)	Códigos das categorias referidas (6)			Tipo de estudo e Nível de Evidência	
	Funções	Estruturas do Corpo	Actividades e Participação		
Hwang & Nochajski, 2003 ⁴⁴	b175; b730; b735; b740; b750; b760; b770;		d410; d455; d460; d510; d520; d530; d540; d550; d560; d630; d640; d840; d845; d850; d855; d859;	e445; e450; e455; e460; e465; e545; e570; e575; e580	Nível III
Muò, Schindler, Venero, Schindler, Ferrario, & Frisoni, 2005 ⁴⁵	b110; b114; b117; b126; b130; b134; b140; b144; b147; b152; b156; b160; b164; b16700; b16701; b16710; b16711; b172; b210; b230; b3100; b3101; b320; b330; b410; b420; b430; b435; b440; b5100; b5101; b5102; b5103; b51050; b51051; b525; b540; b620; b710; b730; b735; b770	s110; s2; s410; s530; s570; s5801; s720; s730; s750; s760; s8	d110; d115; d160; d163; d166; d170; d172; d175; d177; d210; d220; d230; d310; d315; d325; d330; d335; d345; d3500; d3501; d3503; d3504; d440; d450; d470; d475; d510; d520; d530; d540; d550; d560; d570; d620; d630; d640; d660; d710; d720; d730; d740; d750; d760; d770; d860; d870; d910; d920; d950	e110; e120; e240; e250; e310; e320; e325; e340; e355; e360; e410; e420; e440; e450; e570; e575; e580;	Nível IV
Maeda, et al., 2005 ³⁸			d110; d310; d330; d510; d5201; d530; d540; d550; d560; d710;	e310; e340; e355;	Nível IV
Van Achterberg, Holleman, Heijnen-Kaales, Roodbol, Stallinga, & al., 2005 ⁴⁶	b114; b134; b140; b144; b152; b160; b167; b210; b230; b280; b410; b420; b435; b455; b510; b525; b530;		d177; d240; d310; d350; d410; d415; d420; d450; d510; d530; d540; d550; d560; d570; d920; d460; d470; d640; d760; d850; d920;	e110; e310; e465; e575	Nível III
Wildner, et al., 2005 ⁴⁷	b110, b114, b130, b134, b140, b144, b152, b260, b280, b310, b410, b415, b420, b430, b435, b440, b445, b450, b455, b460, b510, b525, b530, b545, b610, b620, b710, b730, b740, b760, b780, b810, b820	s410, s430, s760, s810	d155, d177, d230, d240, d410, d415, d420, d430, d440, d445, d450, d460, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d570, d760, d870, d910		Nível IV
Boldt, et al., 2005 ⁹	b110, b114, b130, b134, b280, b410, b415, b420, b430, b435, b440, b445, b450, b455, b460, b510, b545, b610, b710, b730, b820,	s410, s430, s760, s810,	d240, d330, d410, d415, d420, d450, d510, d520, d530, d540,	e110, e115, e120, e250, e260, e310, e320, e355, e410, e420, e450, e570, e580	Nível IV
Stier-Jarmer, et al., 2005 ⁴⁸	b110, b114, b126, b130, b134, b140, b144, b147, b152, b156, b160, b164, b167, b176, b180, b210, b215, b230, b235, b240, b260, b265, b270, b280, b310, b320, b340, b410, b415, b420, b430, b435, b440, b450, b455, b510, b515, b525, b530, b535, b540, b545, b550, b620, b630, b710, b715, b730, b735, b740, b755, b760, b770, b810,	s110, s120, s130, s410, s430, s530, s710, s720, s730, s750, s810	d110, d115, d120, d130, d135, d155, d160, d166, d170, d175, d177, d310, d315, d330, d335, d350, d360, d410, d415, d420, d430, d440, d445, d450, d460, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d760, d930,	e110, e115, e120, e125, e310, e315, e320, e355, e360, e410, e415, e420, e450, e465, e550, e570, e580	Nível IV
Grill, Ewert, Chatterji, Kostanjsek, & Stucki, 2005 ²³	b110, b114, b130, b134, b140, b147, b152, b156, b167, b180, b210, b215, b230, b235, b240, b260, b265, b270, b280, b310, b410, b415, b420, b430, b435, b440, b450, b455, b510, b525, b535, b540, b545, b620, b710, b715, b730, b735, b755, b760, b810,	s110, s120, s410, s430, s710,	d315, d330, d335, d360, d410, d415, d420, d440, d445, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d760, d940,	e110, e115, e120, e125, e150, e240, e250, e310, e315, e320, e355, e360, e410, e415, e420, e450, e455, e465, e550, e570	Nível IV
Grill, Stucki, Boldt, Joisten, & Swoboda, 2005 ⁴⁹	b126, b130, b134, b144, b280, b410, b415, b420, b455, b460, b525, b530, b540, b620, b630, b710, b715, b730, b735, b740, b770, b840,	s110, s410, s740, s750, s810,	d155, d170, d220, d230, d345, d355, d410, d415, d420, d430, d440, d445, d450, d455, d460, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d620, d660, d855, d910,	e110, e115, e120, e125, e130, e145, e150, e160, e165, e220, e225, e240, e250, e260, e310, e315, e320, e325, e355, e410, e420, e425, e450, e535, e545, e560, e570, e575, e580	Nível III

(6) Códigos descritos.

(Continua)

(Continuação)

Tabela 1 – Descrição dos códigos utilizados e descritos nos artigos seleccionados para classificação das categorias da funcionalidade segundo a CIF

Referência bibliográfica (Autor, Ano, Publicação)	Códigos das categorias referidas (6)				Tipo de estudo e Nível de Evidência
	Funções	Estruturas do Corpo	Actividades e Participação	Factores Ambientais	
Grill, Quittan, Huber, Boldt, & Stucki, 2005 ²⁵	b110, b114, b117, b122, b126, b130, b134, b140, b144, b147, b152, b156, b160, b164, b167, b172, b176, b180, b210, b215, b230, b235, b240, b250, b255, b260, b265, b270, b280, b310, b320, b330, b410, b415, b420, b430, b435, b440, b445, b450, b455, b460, b510, b515, b525, b530, b535, b540, b545, b550, b610, b620, b630, b710, b715, b720, b730, b735, b740, b750, b755, b760, b765, b770, b780, b810, b820, b830, b840, b850, b860,	s110, s120, s130, s140, s150, s320, s330, s340, s410, s420, s430, s710, s720, s730, s740, s750, s760, s770, s810, s820, s830, s840,	d110, d115, d120, d130, d135, d140, d145, d150, d155, d160, d163, d166, d170, d172, d175, d177, d210, d220, d230, d240, d310, d315, d325, d330, d335, d345, d350, d360, d410, d415, d420, d430, d435, d440, d445, d450, d455, d460, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d570, d710, d720, d760, d870, d910, d930, d940,	e110, e115, e120, e125, e145, e150, e155, e165, e225, e240, e245, e250, e260, e310, e315, e320, e325, e330, e345, e350, e355, e360, e410, e415, e420, e425, e430, e445, e450, e455, e460, e465, e515, e550, e570, e575, e580, e585	Nível IV
Grill, Huber, Stucki, Herceg, Fialka-Moser, & Quittan, 2005 ³⁵	b126, b130, b134, b140, b152, b164, b210, b235, b255, b260, b265, b270, b280, b410, b415, b420, b430, b435, b440, b445, b455, b460, b510, b525, b530, b535, b545, b620, b640, b710, b715, b720, b730, b735, b740, b750, b755, b760, b765, b770, b780, b810, b820, b830, b840, b850, b860,	s110, s130, s220, s410, s420, s430, s560, s710, s720, s730, s740, s750, s760, s770, s810, s820, s840,	d120, d160, d166, d170, d175, d220, d230, d240, d320, d345, d350, d355, d360, d410, d415, d420, d430, d435, d440, d445, d450, d455, d460, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d620, d660, d940,	e110, e115, e120, e125, e130, e145, e150, e160, e165, e225, e240, e245, e250, e260, e310, e315, e320, e325, e330, e345, e355, e360, e410, e415, e420, e425, e430, e435, e440, e445, e450, e455, e460, e465, e515, e535, e545, e550, e555, 560, e570, e575, e580, e585	Nível III
Grill, Lipp, Boldt, Stucki, & Koenig, 2005 ⁵⁰	b114, b122, b130, b134, b140, b144, b147, b152, b160, b164, b167, b172, b176, b210, b215, b270, b280, b310, b320, b330, b340, b410, b415, b420, b440, b455, b510, b525, b530, b620, b630, b710, b730, b735, b740, b750, b755, b760, b770, b810,	s110, s410, s430, s530, s710, s720, s730, s740, s750, s760, s810,	d110, d115, d120, d130, d135, d140, d145, d150, d155, d160, d163, d166, d170, d172, d175, d177, d210, d220, d230, d240, d310, d315, d320, d325, d330, d335, d340, d345, d350, d355, d360, d410, d415, d420, d430, d435, d440, d445, d450, d455, d460, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d620, d660, d720, d730, d740, d750, d760, d810, d840, d845, d850, d855, d860, d865, d910,	e110, e120, e125, e310, e315, e320, e355, e410, e415, e450	Nível III
Scheuringer, Grill, Boldt, Mittrach, Müllner, & Stucki, 2005 ⁵¹	b110, b114, b117, b126, b130, b140, b144, b147, b152, b156, b160, b164, b167, b210, b215, b270, b280, b320, b410, b420, b525, b620, b730, b735, b750, b760,	s110, s120, s730, s740, s750,	d230, d310, d315, d330, d335, d350, d410, d415, d420, d445, d450, d455, d465, d470, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d570, d620, d640, d710, d920		Nível IV
Grill, Joisten, Swoboda, & Stucki, 2007 ²⁴	b110, b114, b117, b130, b134, b140, b144, b147, b152, b156, b167, b176, b210, b215, b230, b240, b260, b265, b270, b280, b320, b410, b415, b420, b430, b435, b440, b450, b455, b460, b510, b525, b530, b535, b540, b545, b620, b630, b710, b715, b730, b735, b755, b760, b765, b770, b780, b810, b820, b840	s110, s120, s320, s410, s430, s610, s620, s710, s720, s740, s750, s760, s770, s810	d130, d155, d177, d230, d240, d310, d315, d330, d335, d360, d410, d415, d420, d440, d445, d450, d460, d465, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d570, d760, d770, d860, d930, d940	e110, e115, e120, e125, e140, e145, e150, e240, e245, e250, e310, e315, e320, e325, e330, e355, e360, e410, e415, e420, e425, e430, e450, e455, e460, e465, e570, e580	Nível IV
Mullis, Barber, Lewis, & Hay, 2007 ⁵²			d230; d240; d410; d415; d420; d430; d445; d450; d455; d460; d465; d470; d475; d510; d520; d530; d540; d570; d620; d630; d640; d650; d660; d710; d760; d770; d845; d850; d859; d910; d920;		Nível II
Duggan, Albright, & Lequerica, 2008 ³¹				e110; e120; e150; e155; e160; e165; e199; e210; e215; e225; e235; e410; e420; e425; e440; e445; e455; e460; e530; e540; e550; e565; e580	Nível V
Glunz, Schmitz, & Stappert, 2009 ⁵³	b440; b445; b450; b455;	s340; s430; s498;	d430; d450; d475; d510; d520; d620; d640; d650; d720; d770; d845; d850; d920;	e115; e135; e140; e145; e225; e260; e310; e360; e410; e465; e570; e575; e580; e590;	Nível III

Tabela 2 – Códigos descritos em relação aos constructos da CIF

Constructos	N.º de artigos que utilizam	N.º de códigos utilizados	Percentagem de descrição dos códigos
Funções	12	83	32,93%
Estruturas do Corpo	7	30	11,90%
Actividades e Participação	16	82	32,53%
Factores Ambientais	15	57	22,61%

— Factores Ambientais – e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal, e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária, e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores, e125 Produtos e tecnologias para a comunicação, e150 Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público, e260 Qualidade do ar, e310 Família próxima, e315 Família alargada, e320 Amigos, e355 Profissionais de saúde, e360 Outros profissionais, e410 Atitudes individuais de membros da família próxima, e415 Atitudes individuais de membros da família alargada, e420 Atitudes individuais de amigos, e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde, e455 Atitudes individuais de outros profissionais, e465 Normas, práticas e ideologias sociais, e570 Serviços,

Tabela 3 – Descrição dos códigos com frequência de descrição \geq a 30%

Constructos	Categorias e respectivos códigos utilizados em mais de 30% dos artigos	N.º Códigos	Percentagem de uso/total
FUNÇÕES DO CORPO	Funções mentais globais (b110, b114, b130, b134)	4	30,37%
	Funções mentais específicas (b140, b144, b152, b167)	4	
	Visão e funções relacionadas (b210)	1	
	Funções auditivas e vestibulares (b230)	1	
	Dor (b280)	1	
	Funções da voz e da fala (b310)	1	
	Funções do aparelho cardiovascular (b410, b420)	2	
	Funções dos sistemas hematológico e imunológico (b430, b435)	2	
	Funções do aparelho respiratório (b440)	1	
	Funções relacionadas com o aparelho digestivo (b510, b525)	2	
	Funções urinárias (b620)	1	
	Funções das articulações e dos ossos (b710)	1	
	Funções musculares (b730, b735)	2	
	Funções relacionadas com o movimento (b770)	1	
ESTRUTURAS DO CORPO	Estruturas do sistema nervoso (s110)	1	5,06%
	Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório (s410, s430)	2	
	Estruturas relacionadas com o movimento (s760)	1	
ACTIVIDADES E PARTICIPAÇÃO	Experiências sensoriais intencionais (d110)	1	43,03%
	Aprendizagem básica (d155)	1	
	Aplicação do conhecimento (d160, d166, d170, d175, d177)	5	
	Tarefas e exigências gerais (d220, d230, d240)	3	
	Comunicar e receber mensagens (d310, d315)	2	
	Comunicar e produzir mensagens (d330, d335, d345)	3	
	Conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação (d350, d360)	2	
	Mudar e manter a posição do corpo (d410, d415, d420)	3	
	Transportar, mover e manusear objectos (d430, d440, d445)	3	
	Andar e deslocar-se (d450, d460, d465)	3	
	Auto cuidados (d540, d550, d560, d570)	4	
	Aquisição do necessário para viver (d620)	1	
	Tarefas domésticas (d640)	1	
	Relacionamentos interpessoais particulares (d760)	1	
Vida comunitária, social e cívica (d910)	1		
FACTORES AMBIENTAIS	Produtos e tecnologia (e110, e115, e120, e125, e150)	4	21,51%
	Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem (e260)	1	
	Apoio e relacionamentos (e310, e315, e320, e355, e360)	4	
	Atitudes (e410, e415, e420, e450, e455, e465)	5	
	Serviços, sistemas e políticas (e570, e575, e580)	3	
		79	100%

sistemas e políticas relacionados com a segurança social, e575 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral, e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde.

Conclusão e implicações futuras para o estudo

Com base na metodologia utilizada, identificamos 252 categorias/códigos diferentes que são descritos na classificação da funcionalidade das pessoas com mais de 65 anos de idade. Na estratificação dos códigos das categorias encontrados com base na sua descrição em mais de 30% do nosso *corpus* de análise, identificaram-se 79 códigos de categorias da funcionalidade segundo a CIF.

Destacamos ainda dos principais achados, a elevada taxa de códigos encontrados no constructo actividades e participação (40,03%), e a pouca referência de códigos no constructo estruturas do corpo (5,06%).

Considera-se que o objectivo desta revisão foi atingido, pois esta identificação vai permitir classificar a funcionalidade da população com mais de 65 anos. Recomendando-se para futuro estudo a validação da informação recolhida por recursos a uma técnica de consenso (ex. painel de Delphy)⁵⁴.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

B I B L I O G R A F I A

- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004.
- Venes D, editor. Taber's Cyclopedic Medical Dictionary. 20th ed. Philadelphia, PA: F. A. Davis; 2005.
- Mueller M, Boldt C, Grill E, Strobl R, Stucki G. Identification of ICF categories relevant for nursing in the situation of acute and early post-acute rehabilitation. *BMC Nurs*. 2008; 7. doi:10.1186/1472-6955-7-3.
- Stucki G, Stier-Jarmer M, Grill E, Melvin J. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disabil Rehabil*. 2005;27:353-9.
- Grill E, Hermes R, Swoboda W, Uzarewicz C, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*. 2005;27:411-7.
- Bruyère S, Van Looy S, Peterson D. The International Classification of Functioning, Disability and Health: contemporary literature overview. *Rehabil. Psychol*. 2005;50: 113-21.
- Bartholomeyczik S, Boldt C, Grill E, König P. Development and use of the ICF from the nursing point of view: a position statement of the German speaking working group "ICF and Nursing". *Pflege Z*. 2006;59:Suppl 2-7.
- Boldt C, Brach M, Grill E, Berthou A, Meister K, Scheuringer M, et al. The ICF categories identified in nursing interventions administered to neurological patients with post-acute rehabilitation needs. *Disabil Rehabil*. 2005;27:411-7.
- Boldt C, Grill E, Wildner M, Portenier L, Wilke S, Stucki G, et al. ICF Core Set for patients with cardiopulmonary conditions in the acute hospital. *Disabil Rehabil*. 2005;27:375-80.
- O'Donovan MA, Doyle A, Gallagher P. Barriers, activities and participation: incorporating ICF into service planning datasets. *Disabil Rehabil*. 2009;31:2073-80.
- Kearney PM, Pryor J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. *J Adv Nurs*. 2004;46:162-70.
- Portugal. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. Elementos de caracterização das pessoas com deficiências e incapacidades em Portugal: realizado no âmbito do "Estudo Modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das Pessoas com Deficiências em Portugal", decorrido entre Outubro de 2005 e Dezembro de 2007, com o apoio do Programa Operacional de Assistência Técnica ao QCA III – eixo FSE. Vila Nova de Gaia: CRPG. ISCTE; 2007.
- Davis EP. Challenges posed by ageing to financial and monetary stability. *The Geneva Papers*. 2005;30:542-64.
- Ayis SA, Bowling A, Goberman-Hill R, Ebrahim S. The effect of definitions of activities of daily living on estimates of changing ability among older people. *Int J Rehabil Res*. 2007;30:39-46.
- Pilichowski E, Arnould E, Turkisch E. Ageing and the public sector: challenges for financial and human resources. *OECD Journal on Budgeting*. 2007;7:123-62.
- Domeij D, Flodén M. Population aging and international capital flows. *Int Econ Rev*. 2006;47:1013-32.
- Maggi S. Proceedings of the 1991 International Symposium on Data on Aging: World Health Organization program for research on aging. *Vital Health Stat* 5. 1993;(7):43-50.
- Eurostat. Population projections 2008-2060: from 2015, deaths projected to outnumber births in the EU27. Brussels: Eurostat Press Office; 2008.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). Projeções de população residente em Portugal 2008-2060. [Internet]. Destaque. 2009 Mar 19;1-5 [consultado Abr 2009]. Disponível em: www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y.
- Lafortune G, Balestat G; Disability Study Expert Group Members. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris: OECD; 2007. (OECD Health Working Papers; 26).
- KPMG LLP. Health status: [Portugal]. Em: KPMG Healthcare & Pharmaceutical Institute. Healthcare industry report. 4th ed. [S.l.]: KPMG Healthcare & Pharmaceutical Institute; 2009. p. 9-15.
- Yoon J-W. Beyond the crisis: towards a new horizon. *SERI Quarterly*. 2009;2:52-61.
- Grill E, Ewert T, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*. 2005;27:361-6.
- Grill E, Joisten S, Swoboda W, Stucki G. Early-stage impairments and limitations of functioning from the geriatric ICF core set as determinants of independent living in older patients after discharge from post-acute rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2007;39:591-7.
- Grill E, Quittan M, Huber EO, Boldt C, Stucki G. Identification of relevant ICF categories by health professionals in the acute hospital. *Disabil Rehabil*. 2005;27:437-45.
- Christiansen C, Baum C. Occupational therapy: overcoming human performance deficits. [e-book]. Thorofare, NJ: Slack Incorporated; 1991.

27. Fitzpatrick JL. Alternative models for the structuring of professional preparation programs. *New Directions for Evaluation*. 1994;62:41-50.
28. Swanson E, Moorhead S, Jones M, Mass M, Lee M. Using the model of mapping nursing outcomes classification (NOC) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to map NANDA, NIC and NOC. *Int. J. Nurs. Termiol. Classif*. 2006;17:56-7.
29. Yaruss, J. Describing the consequences of disorders: stuttering and the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. *J Speech Lang Hear Res*. 1998;41:249-57.
30. Van Achterberg T, Holleman G, Heijnen-Kaales Y, Van der Brug Y, Roodbol G. Using a multidisciplinary classification in nursing: the International Classification of Functioning Disability and Health. *J Adv Nurs*. 2005;49:432-41.
31. Duggan CH, Albright KJ, Lequerica A. Using the ICF to code and analyse women's disability narratives. *Disabil Rehabil*. 2008;30:978-90.
32. Ewert T, Grill E, Bartholomeyczik S, Finger M, Mokrusch T, Kostanjsek N, et al. ICF Core Sets for patients with neurological conditions in the acute hospital. *Disabil Rehabil*. 2005;27:367-73.
33. World Health Organization. The uses of epidemiology in the study of the elderly: report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. Geneva: WHO; 1984. (WHO Technical Report Series; 706).
34. Florin J, Ehnfors M, Ostlinder G. Developing a national integrated classification of health care interventions in Sweden. *Int J Med Inform*. 2005;74:973-9.
35. Grill E, Huber EO, Stucki G, Herceg M, Fialka-Moser V, Quittan M. Identification of relevant ICF categories by patients in the acute hospital. *Disabil Rehabil*. 2005;27:447-58.
36. Grill E, Mansmann U, Cieza A, Stucki G. Assessing observer agreement when describing and classifying functioning with the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med*. 2007;39:71-6.
37. Heinen MM, van Achterberg T, Roodbol G, Frederiks CM. Applying ICF in nursing practice: classifying elements of nursing diagnoses. *Int Nurs Rev*. 2005;52:304-12.
38. Maeda S, Kita F, Miyawaki T, Takeuchi K, Ishida R, Egusa M, et al. Assessment of patients with intellectual disability using the International Classification of Functioning, Disability and Health to evaluate dental treatment tolerability. *J Intellect Disabil Res*. 2005;49:253-9.
39. Schuntermann MF. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *Int J Rehabil Res*. 2005; 28:93-102.
40. Barral C, Maudinet M. ICF training tool for trainers. Em: Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications, Cologne, Germany, 19-25 October 2003. Paris: ICF French Collaborating Centre; 2003.
41. Kullmann L. ICF: developments in Hungary. Em: Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications, Cologne, Germany, 19-25 October 2003. Paris: ICF French Collaborating Centre; 2003.
42. Pravikoff DS, Pierce ST, Tanner A. Evidence-based practice readiness study supported by academy nursing informatics expert panel. *Nurs Outlook*. 2005;53:49-50.
43. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stetler C, Allan J. Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Leadership Summit. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2005;2:113-21.
44. Hwang J, Nochajski S. The International Classification of Function, Disability and Health (ICF) and its application with AIDS. *J Rehabil*. 2003;69:4-12.
45. Muò R, Schindler A, Vernerio I, Schindler O, Ferrario E, Frisoni GB. Alzheimer's disease-associated disability: an ICF approach. *Disabil Rehabil*. 2005;27:1405-13.
46. Van Achterberg T, Holleman G, Heijnen-Kaales Y, Van der Brug Y, Roodbol G, Stallinga HA, et al. Using a multidisciplinary classification in nursing: the International Classification of Functioning Disability and Health. *J Adv Nurs*. 2005;49:432-41.
47. Wildner M, Quittan M, Portenier L, Wilke S, Boldt C, Stucki G, et al. ICF Core Set for patients with cardiopulmonary conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*. 2005;27:397-404.
48. Stier-Jarmer M, Grill E, Ewert T, Bartholomeyczik S, Finger M, Mokrusch T, et al. ICF Core Set for patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*. 2005;27:389-95.
49. Grill E, Stucki G, Boldt C, Joisten S, Swoboda W. Identification of relevant ICF categories by geriatric patients in an early post-acute rehabilitation facility. *Disabil Rehabil*. 2005;27:467-73.
50. Grill E, Lipp B, Boldt C, Stucki G, Koenig E. Identification of relevant ICF categories by patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*. 2005;27:459-65.
51. Scheuringer M, Grill E, Boldt C, Mittrach R, Müllner P, Stucki G. Systematic review of measures and their concepts used in published studies focusing on rehabilitation in the acute hospital and in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*. 2005;27:419-29.
52. Mullis R, Barber J, Lewis M, Hay E. ICF core sets for low back pain: do they include what matters to patients? *J Rehabil Med*. 2007;39:353-7.
53. Glunz M, Schmitz E, Stappert H. ICF as part of logopedic rehabilitation after laryngectomy [German]. *Forum Logopädie*. 2009;23:22-6.
54. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson, DH. Group techniques for program planning: a guide to Nominal Group and Delphi processes. Glenview, IL: Scott, Foresman, 1975.