

Revista Científica
CIFBrasil

EDIÇÃO ESPECIAL 20 ANOS



ISSN 2359-0327

Revista CIF Brasil. 2021 V. 13, N. 1 (2021)

CARTA DO CONSELHO EDITORIAL

É com grande alegria que apresentamos aos nossos leitores a Edição Especial comemorativa da **Revista CIF Brasil** (ISSN 2359-0327). Esta edição, sob responsabilidade deste conselho, foi idealizada e produzida entre os dias 05 de março e 20 de maio de 2021. Ao longo desta produção compartilhamos momentos de grandes desafios, muito aprendizado e um belíssimo trabalho que contou com a colaboração de multiplicadores do Grupo CIF Brasil, os quais disponibilizaram parte do seu precioso tempo para redigir artigos com a finalidade de compartilhar o conhecimento científico em suas respectivas áreas.

Por este motivo, a fim de garantir a credibilidade científica, a edição comemorativa de 20 anos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, contou com a colaboração de revisores externos, especialmente convidados pelos diferentes membros do corpo editorial, para garantir a inexistência de qualquer conflito de interesse entre as partes. Para tanto, a avaliação e revisão por pares realizou-se pela opção duplo-cega (*double-blind*), o que possibilitou qualificar as publicações de acordo com as boas práticas editoriais e a ética que o processo científico exige.


Aos pareceristas convidados, que voluntariamente se dedicaram a colaborar com a produção desta obra, registramos nosso agradecimento e reconhecimento ao extremo profissionalismo e competência dispensados aos manuscritos. Sabemos que este papel anônimo, por vezes ingrato, exige dedicação de preciosas horas de pesquisa e redação. Entendemos que somente pessoas comprometidas com a divulgação científica de qualidade são capazes de executá-lo com tanta maestria. Cada um de vocês foi uma peça fundamental na organização desta obra.


Aos autores, nossa gratidão pela confiança, e também por nos presentear com uma diversidade de trabalhos que versam sobre as diversas temáticas dentro do modelo biopsicossocial. Esta edição apresenta revisões de literaturas, relatos de experiência e relatos de pesquisa utilizando novas orientações no processo adaptação de instrumentos e sistemas de informação para o uso da CIF.


Aos leitores, desejamos excelente leitura dos trabalhos desta Edição Especial. Que este projeto seja norteador da sua prática clínica, do ensino, da pesquisa e da extensão.

Como corpo editorial, agradecemos a confiança em nosso trabalho, bem como a oportunidade de vivenciarmos esta experiência da organização desta edição em especial. Cada desafio encontrado se tornou motivação, cada etapa finalizada foi realmente uma conquista e cada experiência ficará marcada em nossas histórias como um grande aprendizado desta curta, porém intensa, experiência enquanto membros deste Conselho Editorial.

Conselho Editorial:

Elise Ribas Lisboa 

Raimisson Vieira Silva 

Scheila Farias de Paiva 

EDITORIAL

Cordeiro ES¹

¹Doutor em Ciências da Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Diretor do GrupocifbrasilG, Editor-Chefe da Revista CIF Brasil, Membro da equipe editorial do portal icfeducation.org e Membro do *Functioning & Disability Reference Group* – OMS.
E-mail: edusantana@alumni.usp.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2639340029038470>.

CIF: O QUE VOCÊ NÃO SABE SOBRE ELA?

“**Endossa** a segunda edição da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), com o título de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, doravante designada CIF”; “**Urge** os países-membros a utilizar a CIF em pesquisa, vigilância e notificação como apropriado, levando em consideração situações específicas dos países-membros e, em particular, em vista de revisões futuras”; “**Solicita** ao diretor geral fornecer apoio aos países membros, se solicitado, para utilização da CIF”. Esses são os dizeres da Resolução da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicada na 54^a Assembleia Geral como 21^o ponto de pauta, em 22 de maio de 2001. Por isso, Resolução OMS nº 54.21/2001.

Naquele momento, a OMS endossava, ou seja, ratificava a versão alterada durante o processo de revisão, com o nome de CIF, adotando-a oficialmente para a Família de Classificações Internacionais, visto que, a partir de então, não se tratava mais de uma versão para testes, mas de uma classificação oficial. Também é naquele o momento em que a OMS urge, ou seja, torna urgente (Portugal traduziu como “insta”, ou seja, torna instantâneo) o uso da CIF em três vertentes: pesquisa, vigilância e notificação. Uma solicitação de apoio fecha a resolução, como um oferecimento aos países que assim desejassem.

No Brasil, em 20 anos, a CIF foi muito mais longe que isso, com apenas uma exceção. Já estamos na terceira impressão e essas ocorreram em 2003, 2015 e 2020, a partir da tradução oficial brasileira de 2003. As impressões de 2015 e 2020 trouxeram as atualizações resultantes do processo de migração para a CIF das categorias da CIF-CJ (versão para crianças e jovens), que não terá mais atualizações ou revisões futuras¹. A publicação de 2020 tem essas atualizações definidas no ano de 2018 e assim, a CIF continua em processo de crescimento, tal como todas as outras classificações da família. A chegada da 11^a versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) propiciará uma ligação ainda melhor, por meio da chamada Ontologia, inclusive com a *International Classification of Health Interventions*, cujos componentes são baseados na CIF².

Naquilo que se refere à produção científica, os números são explosivos. Não há classificação na Família com tantas publicações como a CIF, basta uma rápida pesquisa comparativa entre as *keywords* CID

e CIF para ver a fortaleza dessa classificação no que se diz respeito à produção acadêmica e científica.

Em se tratando do arcabouço legal, não fica-se para trás. O ponto alto é a Resolução nº 452/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que adota a CIF para o Sistema Único de Saúde, incluindo o Sistema Suplementar. No campo dos direitos fundamentais, a Lei nº 13.146/2015 cita o conteúdo da CIF em seu Artigo 2º, o que torna a exigência legal de seus conceitos e nomenclatura mais proeminente do que a exigência do uso da CID, visto que o trecho do Artigo 37 do Decreto nº 3298/1999, que fazia tal exigência, foi revogado pelo Decreto nº 9.508/2018. Assim, neste campo de atuação, o uso do conteúdo da CIF é determinação legal, já o uso da CID deixou de ser.

Sabe-se que o uso das classificações internacionais é inerente à prática profissional e que a legislação tem se fundamentado na mudança de um padrão centrado na doença para um padrão biopsicossocial, ou seja, centrado na pessoa. Essa é a mudança mais importante que assistimos no cenário atual.

Currículos universitários têm se adaptado. Um grande exemplo é a mudança ocorrida nas diretrizes curriculares da Fonoaudiologia, primeira profissão, pioneira e exemplar, a adotar os preceitos da CIF nas matrizes curriculares, conforme Resolução MS/CNS nº 618/2018. Com certeza um facilitador que irá potencializar o desempenho dos futuros fonoaudiólogos.

Nesses anos, também vimos uma evolução na compreensão da CIF, especialmente sobre aquilo que ela não é³. A CIF não é uma classificação de consequências de doenças, o que, por si só, elimina o uso de core sets por doenças na prática clínica. Excetuando casos de uso em pesquisas, com objetivos específicos, o uso de *Core Sets* por doenças é naturalmente inadequado já que deixar de ser uma classificação de consequências de doenças foi exatamente o que aconteceu no processo de criação da CIF a partir das ideias e pensamentos iniciais de Saad Nagi com a *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH*.

Essa compreensão também levou ao entendimento de que a complexidade da CIF é justamente a sua maior qualidade. Para classificar a situação da funcionalidade humana, é necessário existir uma classificação complexa o suficiente. Claro que essa complexidade não é maior do que a encontrada em Fisiologia, em Anatomia, em Microbiologia ou em outras disciplinas comuns da área da saúde.

Dia-gnose voltou a ter o seu sentido original: dividir (*dia*) para conhecer (*gnose*). Por muito tempo, a palavra ‘diagnóstico’ foi confundida como se fosse uma conclusão quando, na verdade, é um processo de “dividir para conhecer”. É isso que os profissionais são induzidos a fazer quando usam o modelo biopsicossocial organizado e publicado na CIF. Essa classificação mudou a forma de pensar, a forma de escrever e a forma de falar dos profissionais que realmente a conhecem e a utilizam.

Os códigos da CIF, que são a união das categorias aos qualificadores, não podem ser usados como

se fizessem parte de um instrumento de avaliação. A CIF não é um instrumento de avaliação⁴. Ela descreve os graus de alteração com uma linguagem-padrão que representa, baseando-se numa escala quantitativa ou qualitativa, os resultados de instrumentos de avaliação, tais como, escalas, questionários, testes específicos, exames complementares ou clínicos. Assim, não são as classificações que dão diagnósticos, mas os profissionais que as utilizam.

Contudo, mesmo que a CIF, do ponto de vista epidemiológico, tenha maior importância que a CID, não estamos falando de uma substituição. CID classifica morbidade e mortalidade. CIF classifica funcionalidade e incapacidade. Portanto, a CID complementa a CIF e vice-versa. E é exclusivamente esse aspecto sem avanço no país. A única exceção. O Brasil tem um sistema de notificação de nascidos vivos, um sistema de notificação de óbitos, um sistema de notificação compulsória de algumas doenças, um sistema de vigilância das causas de internação, da assistência ambulatorial e outros. Todos baseados na CID e nenhum baseado na CIF. Isso significa que não investigamos, monitoramos ou controlamos o estado de funcionalidade em nível populacional, mesmo com a mais potente ferramenta nas mãos, o que é uma lástima. O Brasil precisa de um sistema baseado na CIF, uma espécie de “SIS-CIF”⁵.

As políticas que exigem uma abordagem mais detalhista sobre a funcionalidade, como é o caso das Políticas de Saúde do Trabalhador, são desprovidas das informações essenciais para seu desenvolvimento e aplicação, já que a CIF não está sendo usada o suficiente neste meio. O uso crescente no universo da Previdência e da Funcionalidade Laboral^{6,7}, incluindo o abandono do uso da Tabela SUSEP (tabela da Superintendência de Seguros Privados) neste âmbito, ainda não adentra no uso de indicadores de funcionalidade, o que poderia gerar informações em saúde para a tomada de decisões.⁸ Logo que isso ocorra, estaremos completos. E não vai demorar mais 20 anos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Anexo 11). Edusp, 2020.
2. Cordeiro ES. CID e CIF na codificação de diagnósticos em Saúde Funcional. Editora Wak, 2019.
3. Biz MCP, Cordeiro ES. Implantando a CIF: o que acontece na prática? Editora Wak, 2017.
4. Araujo, ES. Manual de utilização da CIF em Saúde Funcional. Editora Andreoli, 2011.
5. ICF-Win-S (WHO). Poster presentation at the 2nd International Symposium: ICF Education. 30 June 2017. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/ICFEducation/25-icf-wins-icf-tabwinbased-system-santana-de-araujo-eduardo-cif-brasil-brazil>.
6. Cordeiro ES, Bramante IC. Funcionalidade para o Trabalho e perícias biopsicossociais: a nova tabela ESC. Revista Empório do Direito, 2019. Disponível em: <https://emporiiododireito.com.br/leitura/funcionalidade-para-o-trabalho-e-pericias-biopsicossociais-a-nova-tabela-esc>.
7. Cordeiro ES. CIF-basep. Revista CIF Brasil. 2020;12(2):42-43.
8. Araujo ES, Araujo MAM. Using ICF: a tool for obtaining data on functionality. Editora Lambert, 2014.

**MODELO BIOPSISSOCIAL COMO NORTEADOR DO RACIOCÍNIO CLÍNICO:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**
*THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL AS A GUIDING PRINCIPLE TO CLINICAL THINKING:
EXPERIENCE REPORT*

Vasconcelos CR¹, Ferreira AIS², Nascimento MJG³, Lima MMA⁴, Cavalcanti MMJ⁵,
Melo PVS⁶.

¹Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Docente do Departamento de Fisioterapia, Coordenadora do Laboratório de Cinesiologia e Avaliação Funcional – LACAF, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: cinthia.vasconcelos@ufpe.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9932187655941209>.

²Acadêmica do 5º período do curso de Fisioterapia da UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: anaisabel3225@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3718233171013514>.

³Acadêmico do 6º período do curso de Fisioterapia da UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: maiki.nascimento@ufpe.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6190004436999642>.

⁴Acadêmica do 9º período do curso de Bacharelado em Educação Física da UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: mylena.aguiar@ufpe.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5345738883739506>.

⁵Acadêmica do 3º período do curso de Engenharia Biomédica da UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: marina.mendonca@ufpe.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7985734212081939>.

⁶Acadêmico do 4º período do curso de Fisioterapia da UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: pedro.vanderlei@ufpe.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9684174869254511>.

Correspondência: Cinthia Rodrigues de Vasconcelos. Endereço: Avenida Jornalista Anibal Fernandes, 173, Cidade Universitária, Recife, Pernambuco, Brasil, CEP: 50740-560. E-mail: cinthia.vasconcelos@ufpe.br.

Recebido: 18/03/2021

Aceito: 27/04/2021

RESUMO

Introdução: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é baseada num modelo biopsicossocial, utilizado como ferramenta de investigação para avaliação de questões clínicas, que são úteis para o desenvolvimento de um raciocínio clínico. **Objetivo:** Analisar se o modelo biopsicossocial contribui para a construção do raciocínio clínico. **Metodologia:** Relato de experiência, construído de forma coletiva por docente, monitores e acadêmicos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a partir da aplicação de questionário a partir de *Google forms*. **Resultados:** Verificou-se que 72,4% dos participantes já tiveram contato com a CIF, sendo relatado por 55,3% destes a utilização para a construção do raciocínio clínico, além de aplicabilidade em outros aspectos relacionados à integralidade em saúde e interdisciplinaridade. **Conclusão:** O modelo biopsicossocial da CIF contribuiu para o raciocínio clínico dos participantes, no olhar de núcleo, necessitando de inovação pedagógica para a contribuição no olhar de campo.

Palavras-chaves: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Integralidade em Saúde. Práticas Interdisciplinares.

ABSTRACT

Introduction: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is based on a biopsychosocial model applied as an investigation tool for evaluation of clinical matters, useful to developing a clinical thinking. **Objective:** Analysing whether the biopsychosocial model contributes to building a clinical way of thinking. **Methodology:** It is an experience report built collectively by professors, mentors and students from the Federal University of Pernambuco (FUPE), from answers given by participants on *Google forms*. **Results:** It was seen that 72,4% of the participants have already had contact with ICF, 55,3% of them associated it with building a clinical way of thinking, as well as other aspects related to integration in the field of health and interdisciplinarity. **Conclusion:** ICF's biopsychosocial model contributed to the clinical thinking of the participants in nucleus view, nevertheless, there is still a need for pedagogical innovation contributing to the field view.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health. Integrality in Health. Interdisciplinary Placement.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 da Constituição Federal (1990)¹ também conhecida como lei orgânica de saúde, é assegurado aos cidadãos brasileiros o Princípio de Integralidade, que tem por definição o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Para a integralidade no cuidado, faz-se necessário a união de linhas de conhecimentos multiprofissionais, unidas para entender o paciente de maneira biopsicossocial, visando a construção para uma transdisciplinaridade, que devem ser consideradas para a obtenção de um raciocínio clínico capaz de alcançar a resolutividade das incapacidades apresentadas pelos usuários, como já discorria Silva, Miranda e Andrade (2017)² ao falar que, deve haver diálogo entre as distintas profissões, visando uma abordagem mais completa e efetiva, pois essa resolubilidade garante direito este assegurado através da legislação brasileira.

Segundo o Ministério da Saúde (2017)³ todo profissional apresenta competências específicas, visando as demandas peculiares individuais ou coletivas que deságuam na interface de cada profissional, e comuns entre si que possibilita uma maior qualidade oferecida de atenção, bem como, suas habilidades; com isso é perceptível a possibilidade da integração dos saberes. Assim, é importante a definição de olhar de campo e olhar de núcleo. O olhar de núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o olhar de campo, por sua vez, refere-se a um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras um apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.⁴

Com isso, a construção do raciocínio clínico baseado no modelo biopsicossocial com um olhar tanto de núcleo quanto de campo é ganho para a saúde, corroborando para a uma conduta transdisciplinar, fortalecendo o aspecto de cuidado integral do paciente. Chegando a realidade de que o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde.⁵

O raciocínio clínico é uma habilidade essencial em todas as áreas do conhecimento que são relacionadas à saúde ou não. Tal habilidade permite ao profissional uma noção de como proceder perante quadros clínicos adversos que o mesmo vai se deparar. Para que um profissional possa fechar um diagnóstico médico ou funcional o mesmo precisa de vários fatores, mas sem essa habilidade fica mais difícil chegar a uma conclusão assertiva e com isso o tratamento não ocorrerá de forma satisfatória.⁶

Por volta dos anos 2000, houve a necessidade de estabelecer um novo modelo de Classificação em saúde, que trouxesse a abordagem biopsicossocial como premissa básica para o cuidado, diferentemente do que era proposto na abordagem biomédica, proposto pela Classificação Internacional de Doenças (CID). Assim foi publicada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001, pela Organização Mundial da Saúde (OMS).⁷

Dentre as diversas aplicações da CIF, pode-se citar que a mesma pode ser utilizada como uma ferramenta de investigação (para medir resultados, a qualidade de vida ou os fatores ambientais) ou para avaliar questões clínicas (necessidades; compatibilidade de tratamentos com as condições específicas; avaliação de desempenho; os resultados de processos, como os de reabilitação). Estas aplicações são úteis para o desenvolvimento de um raciocínio clínico que necessita de indicadores assistenciais para monitoramento da efetividade dos processos realizados.⁷

O modelo biopsicossocial que atende não apenas ao nível físico e patológico dos sinais e sintomas que estão atrelados a CID-10 (baseado apenas no processo saúde-doença), mas considera também os fatores sociais, ambientais e psicológicos do indivíduo, sendo observado de forma global, possibilitando um cuidado mais amplo e efetivo.⁸ Os componentes da CIF se interligam e compõem um modelo multidimensional, multidirecional e dinâmico, conforme pode ser observado na **FIGURA 1**.

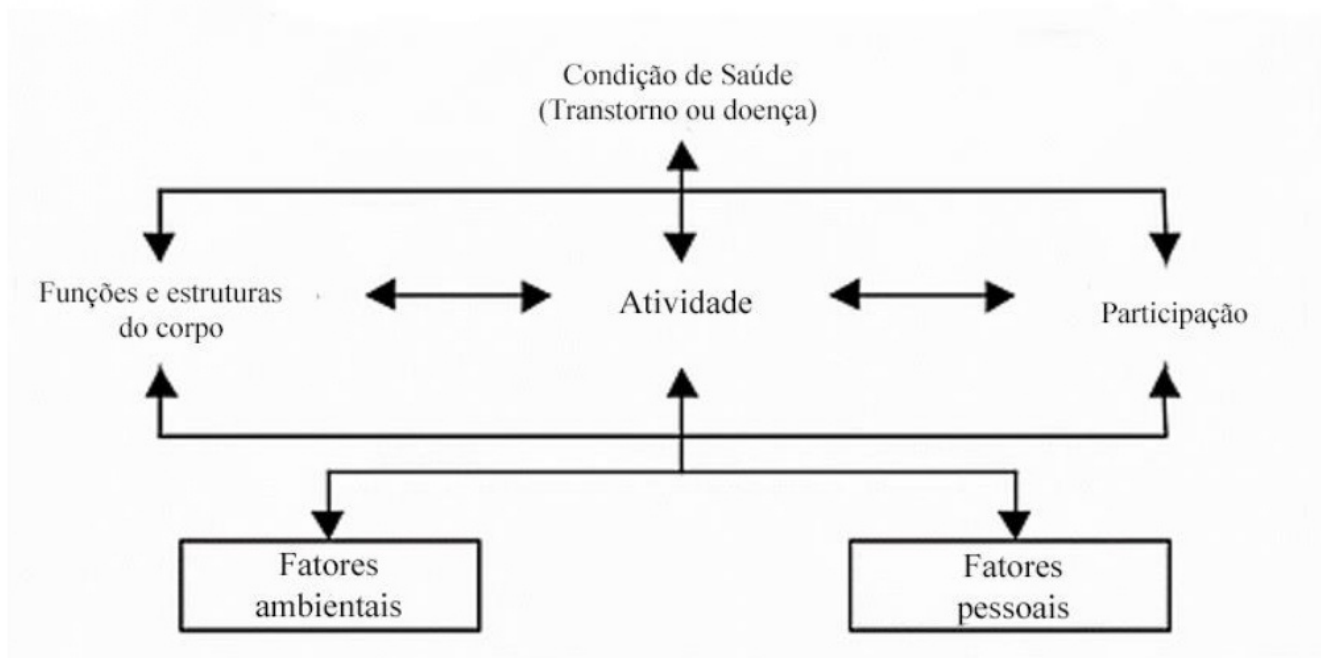


FIGURA 1 – Modelo biopsicossocial da CIF.

Fonte: Fig. 1. Interactions between the components of ICF (WHO, 2002 p.18) – traduzido pelos autores.

Além do mais, ao avaliar um paciente envolvendo a CIF, dá-se margem para a análise do estado dos fatores físicos acometidos pela doença (estrutura e função do corpo), como também aos fatores pessoais e ambientais que são barreiras ou facilitadores para incluí-lo nas atividades e participações da vida diária.

Por fim, mediante considerações realizadas, o presente estudo analisou se o modelo biopsicossocial contribui para a construção de um raciocínio clínico de acadêmicos universitários, tanto no olhar de núcleo (curso de Fisioterapia) quanto no de campo (diversos cursos).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com aplicação de questionário de pesquisa considerado de opinião pública, por não possuir identificação do participante, ser de caráter pontual, e realizado por meio de metodologia específica, através da qual o participante é convidado a expressar sua preferência, avaliação ou o sentido que atribui a temas específicos.⁹ Nesse sentido, por se tratar de uma pesquisa que envolveu a opinião pública, a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, determina que não é necessária avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.¹⁰

Este relato surgiu a partir da inquietação de docentes e monitores sobre a necessidade de avaliar experiências acadêmicas que foram possibilitadas em disciplinas, como estratégias pedagógicas em aulas, buscando desenvolver o olhar integral e o interprofissionalismo nos acadêmicos. Sendo assim, o questionário aplicado objetivou a compreensão sobre a percepção dos acadêmicos quanto a aplicação do Modelo Biopsicossocial para o seu fazer profissional.

A pesquisa desenvolvida se deu sob responsabilidade dos autores deste trabalho (n=6), envolvidos enquanto discentes e monitores, com as Disciplinas “Avaliação em Fisioterapia (ofertada apenas para acadêmicos do Curso de Fisioterapia)” e “Movimento, Funcionalidade e Saúde (ofertada para todos os cursos da Universidade)”, ambas ofertadas pelo Departamento de Fisioterapia da UFPE. Quanto ao questionário aplicado, este envolveu membros da comunidade acadêmica da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Para a análise do Olhar de Núcleo, estiveram envolvidos a docente, os monitores e o estudante, todos do curso de Fisioterapia. Para o Olhar de Campo, foram compreendidos os autores do relato que já tiveram alguma participação nas atividades propostas pela disciplina “Movimento, Funcionalidade e Saúde”. Além disso, participaram da pesquisa 57 estudantes de 10 cursos da UFPE do Campus Recife, a partir das respostas fornecidas pelo questionário divulgado por mídias digitais. O link para participação da pesquisa foi enviado através do e-mail institucional para todos os discentes que haviam cursado as disciplinas ou que estavam devidamente matriculados no semestre de realização da pesquisa, além do compartilhamento em grupos de *WhatsApp*.

A construção desse relato ocorreu durante o semestre letivo 2020.1 da UFPE, ofertado de janeiro a abril de 2021, devido à adaptação do calendário em função da suspensão das aulas presenciais em virtude da pandemia de COVID-19. Todo planejamento e execução deste relato aconteceu de forma coletiva e totalmente remota.

RELATO DA EXPERIÊNCIA DO OLHAR DE NÚCLEO:

Como este relato de experiência refere-se a uma estratégia pedagógica utilizada por duas disciplinas

do curso de fisioterapia, que utilizou a CIF e o modelo biopsicossocial proposto pela classificação em suas aulas, julgou-se importante o conhecimento das ementas destes componentes curriculares, bem como os conteúdos programáticos e metodologias utilizadas, conforme pode ser observado no relato da experiência propriamente dito.

A disciplina “Avaliação em Fisioterapia”, do curso de Fisioterapia, com 75 horas (15 h teóricas e 60h práticas) tem a seguinte Ementa:

Ementa da Disciplina Avaliação em Fisioterapia: *Estuda a metodologia científica e o uso de estatísticas na análise das investigações clínicas em fisioterapia. oferece conhecimento teórico e experiência prática e clínica para avaliação de: posturas, marcha. atividades motoras básicas, teste de função muscular, teste de amplitude articular, teste de capacidade respiratória, medidas de comprimento e circunferência dos membros, avaliação do desenvolvimento motor, avaliação do sistema sensorio-motor e eletrodiagnóstico da função neuro-muscular.*¹¹

Analisando a ementa, que fora construída no interstício de 2004-2007, observa-se que não há terminologias que possam ser associadas à CIF, nem ao modelo biopsicossocial, interprofissional ou mesmo à integralidade em saúde, visto que a CIF ainda estava sendo implantada pela OMS. Para amenizar esta realidade, ressalta-se que a ementa não pode ser modificada a não ser que haja uma reforma do projeto curricular do curso (PPC). O máximo de ajuste que pode acontecer é no conteúdo programático, na metodologia e nas ferramentas metodológicas utilizadas nas aulas.

Atualmente o conteúdo programático é todo voltado para a formação por competências, objetivando que o aluno seja capaz de realizar uma avaliação fisioterapêutica embasada em conhecimentos teóricos sobre funções e estruturas do corpo; atividades e participação social; fatores ambientais; além de técnicas e métodos de avaliação para as diversas especialidades da fisioterapia. As habilidades técnicas, além das comportamentais, são estimuladas em todas as aulas, especialmente nas de natureza prática.

O conteúdo programático é iniciado, semestralmente, com a conscientização da identidade profissional do fisioterapeuta, embasando-se especialmente nas legislações norteadoras da profissão. O acadêmico é estimulado a entender a funcionalidade humana, e qual sua relação com o controle motor (postura e movimento). A CIF já é inserida nas primeiras aulas, o que inclui também a apresentação e exploração do modelo biopsicossocial.

Com a utilização desse modelo biopsicossocial, os alunos se colocam na condição de um usuário e apresentam-se uns aos outros, falando de seus fatores pessoais, condições de saúde, atividade e participação social que tenham alguma incapacidade real e que julgam ser importante a sua revelação para a turma. As estruturas e funções do corpo envolvidos são inseridas no modelo, como também os fatores ambientais

identificados. Nessa mesma lógica, um outro exercício aplicado é a construção desse modelo para situações clínicas possíveis de serem identificadas nas diversas especialidades da fisioterapia.

A partir daí, todos os conteúdos apresentados são sempre contextualizados na CIF. Casos clínicos são sempre trazidos à aula, para que, inclusive, a conscientização do trabalho interprofissional seja estimulada entre os alunos da fisioterapia. O raciocínio clínico é estruturado, a partir do modelo biopsicossocial, iniciando pela avaliação fisioterapêutica, seguida do diagnóstico fisioterapêutico, objetivos terapêuticos (o funcional e os respectivos objetivos estruturais), planejamento terapêutico e critérios para alta fisioterapêutica.

Uma outra metodologia utilizada na disciplina é o acrônimo SMART (S= específico, M= mensurável, A= atingível, R= relevante, T= temporal) para a definição dos objetivos terapêuticos, focado na funcionalidade, dentre tantas atividades existentes para serem realizadas pelo ser humano. Respeitando-se a abordagem biopsicossocial, esse olhar integral estimulado nos alunos, deve ser adequado para a necessidade do paciente, já que o cuidado é centrado no mesmo.

Alguns depoimentos trazem a percepção dos envolvidos na disciplina “Avaliação em Fisioterapia” em relação ao momento de inserção da CIF na organização da disciplina, como também à sua forma de utilização e apresentação em aulas:

“Como aluno pude vivenciar a experiência de trabalhar com a CIF logo na graduação, no 4º período, isso me ajudou bastante com a criação de uma percepção maior com relação a avaliar e diagnosticar um paciente. A CIF te permite codificar muitos aspectos que estão ligados aos pacientes, tais como sua parte do corpo e até mesmo fatores ambientais que vão servir como facilitador ou como barreira. Isso me permite ter uma visão mais ampla, assertiva, que vai facilitar no meu diagnóstico e posteriormente na intervenção que será utilizada em cada paciente. A CIF vem para facilitar a vida dos profissionais, tanto dos acadêmicos. A mesma auxilia na construção do raciocínio clínico que foi uma das coisas que ela me proporcionou.”

Aluno da disciplina de Avaliação em Fisioterapia, cursando em 2020.1.

“Como monitor da disciplina de avaliação em fisioterapia no semestre 2019.2 pude perceber a dificuldade dos alunos ao manusear a ferramenta CIF. No semestre 2020.1 houve uma reorganização da disciplina, onde trouxe o modelo biopsicossocial da CIF como ferramenta primária para a construção de aspectos como anamnese fisioterapêutica, diagnóstico principal e funcional, na construção de raciocínio clínico nas propostas de

atividades em sala, e nos foi dado um feedback positivo perante isso, eles a partir do modelo desbravaram a CIF para codificar e qualificar os achados, conseguindo apurar melhor o olhar de campo e de núcleo a partir do modelo biopsicossocial, sabendo olhar o paciente como o todo, o colega da sala, a docente, o monitor, como pessoas que tem características, crenças, e composições distintas.”

Monitor da Disciplina de Avaliação em Fisioterapia, no período de 2019.2 e 2020.1

“Atualmente estou como monitora da disciplina, e percebo uma modificação na forma como a CIF foi apresentada aos alunos da minha turma, em 2019.2 e da nova turma de 2020.1. Essa mudança no cronograma da disciplina proporcionou uma diferença significativa no aproveitamento e utilização da CIF entre os alunos dos determinados grupos. Fez toda diferença! Fez com que o aluno tenha um olhar mais abrangente, que vai além da análise do estado físico patológico do usuário, mas sim, que adentra os fatores sociais e ambientais daquele indivíduo por saber que eles são arduamente importantes para limitar ou desenvolver a atividade e participação do paciente no seu dia a dia.”

Monitora da Disciplina de Avaliação em Fisioterapia, em 2020.1.

RELATO DA EXPERIÊNCIA DO OLHAR DE CAMPO:

A disciplina “Movimento, Funcionalidade e Saúde”, ofertada pelo Departamento de Fisioterapia para todos cursos da UFPE, com 45 horas (teóricas) tem a seguinte Ementa:

Ementa da Disciplina Movimento, Funcionalidade e Saúde: *Estudo do movimento humano aplicado à funcionalidade e à saúde, num olhar interprofissional. A definição da identidade profissional das diferentes categorias que utilizam o movimento humano será o elemento norteador para proporcionar aos acadêmicos competências para analisar os movimentos normais que compõem a funcionalidade humana. Conhecimentos anatômicos, fisiológicos, biomecânicos e cinesiológicos serão estudados, sob a perspectiva da funcionalidade humana. Habilidades para identificar os desvios da normalidade do movimento humano serão construídas. As questões atitudinais necessárias ao trabalho interprofissional, com garantia à integralidade em saúde, serão estimuladas a partir da abordagem*

biopsicossocial, entendendo que os fatores ambientais podem ser facilitadores ao alcance da saúde, no seu contexto mais amplo.¹¹

No caso dessa disciplina, a ementa traz terminologias que podem ser associadas diretamente à CIF, ao modelo interprofissional e à integralidade em saúde. A construção da ementa foi feita no ano de 2020 e a criação dessa disciplina, mesmo na condição de eletiva, foi feita estrategicamente para alcançar esses princípios. A disciplina se propõe em promover condições para que os discentes matriculados adquiram conhecimentos acerca dos aspectos funcionais envolvidos nas diversas possibilidades que englobam o movimento humano, a partir de um olhar integral e interprofissional.

Essa disciplina eletiva, recém construída, está no seu segundo semestre de oferta. No primeiro deles, a oferta foi em caráter experimental, tendo 20 alunos matriculados, com os seguintes cursos de origem: Educação Física, Engenharia Biomédica, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Para as atividades em aula, a turma foi dividida em duas equipes, cada uma delas contendo integrantes dos quatro cursos matriculados na disciplina.

No segundo semestre de oferta, num semestre letivo tradicional, oito alunos matricularam-se, oriundos dos cursos de Educação Física, Engenharia Biomédica e Fisioterapia. Como essa experiência é nova e ainda está numa fase de implementação e adaptação, a metodologia empregada foi ajustada à realidade e expectativa da turma. Por conta do quantitativo de alunos matriculados, a turma integrou-se, de forma a compor uma única equipe/time de trabalho.

O conteúdo programático inicia-se com a conscientização da identidade profissional de cada uma das profissões referentes aos cursos de origem dos acadêmicos matriculados. Essa identidade sempre é contextualizada na importância para a abordagem integral e para o trabalho interprofissional. Assim a CIF é inserida, apresentando-se como uma solução para a organização do raciocínio clínico, onde a partir do modelo biopsicossocial, cada profissão organiza-se na perspectiva do olhar do núcleo e, posteriormente, no olhar do campo.

Para consolidar o aprendizado, a docente após algumas aulas já realizadas, solicita que os discentes utilizem o modelo biopsicossocial para se apresentarem mais intimamente, já que houve contatos prévios. A ideia é que a equipe fique mais integrada. Cada pessoa fala de seus fatores pessoais, condições de saúde, atividade e participação social. As estruturas e funções do corpo envolvidos são inseridas no modelo, como também os fatores ambientais identificados.

Outra estratégia é a utilização de casos clínicos para que cada aluno transfira os dados apresentados para o modelo biopsicossocial. Em seguida há simulação de uma discussão de caso clínico, onde todos são incentivados a argumentarem o raciocínio empregado. A partir da facilitação da docente, todos são incentivados a construir os objetivos terapêuticos que seriam adotados pela equipe. O acrônimo SMART é

utilizado para manter o foco de todos os envolvidos.

Por volta de metade da carga horária da disciplina, um caso clínico real é apresentado à turma para que todos possam vivenciar a experiência de uma abordagem interprofissional. O passo a passo para o raciocínio clínico estruturado é incentivado e cada aluno necessita buscar em seu curso um docente que possa assumir o papel de tutor para desenvolver esse projeto real, responsabilizando-se pelas especificidades de cada profissão, já que a docente da disciplina é Fisioterapeuta de formação.

Nessa fase da disciplina é que a ferramenta 5W2H é apresentada para a equipe, com o objetivo de organizar o planejamento terapêutico e os indicadores que serão utilizados para o monitoramento dos resultados alcançados. Essa fase segue os princípios do Projeto Terapêutico Singular (PTS), utilizado principalmente pelos profissionais da atenção básica. Com o planejamento construído e amplamente discutido pela equipe, o mesmo é apresentado ao paciente para que sua ciência e adesão seja obtida.

Por fim, o projeto é apresentado em aula, a vários docentes, profissionais e acadêmicos convidados, de diversas expertises profissionais, para que haja a defesa da ideia/planejamento pela equipe e que as contribuições dos especialistas possam ser obtidas. Se for possível, a depender do contexto, o planejamento é colocado em prática, a depender das parcerias/articulações que tenham sido estabelecidas ao longo da disciplina. Com essa defesa do projeto, os acadêmicos são estimulados a desenvolver habilidades comportamentais como: comunicação eficiente, criatividade, flexibilidade cognitiva, inteligência emocional, pensamento crítico, julgamento e tomada de decisões, negociação, foco no objetivo a ser alcançado, proatividade, resolução de problemas concretos e cooperação com os outros (trabalho em equipe).

Nessa perspectiva de construção coletiva e orientação da disciplina ao processo de aprendizado da turma, *feedbacks* são obtidos constantemente no decorrer das aulas, conforme pode ser observado abaixo:

“Ao trocar experiências pessoais e profissionais de forma constante na disciplina, acerca dos elementos presentes na identidade profissional de cada discente e seus respectivos cursos, foi possível pensar nas diversas possibilidades de complementaridade do conhecimento para a construção do raciocínio clínico. Para tal, o Modelo Biopsicossocial foi utilizado com o objetivo de promover condições para pensar o aluno ou paciente como ser integral. A experiência proporcionada na disciplina foi de suma importância para o meu processo de formação, principalmente por promover discussões acerca de temas ainda desconhecidos, a partir de um olhar interdisciplinar, e ainda por estimular o desenvolvimento de habilidades importantes para o trabalho em equipe e resolução de problemas, baseado em situações reais do contexto profissional.”

Aluna da disciplina de Movimento, Funcionalidade e Saúde, cursando em 2020.1.

“Como estudante de Engenharia Biomédica, posso dizer que a disciplina de Movimento, Funcionalidade e Saúde abre a mente de quem tem interesse na área de reabilitação, por estar já introduzindo o estudante em assuntos mais práticos com os conceitos do Modelo Biopsicossocial e da CIF, em um caso real e em contato com profissionais e estudantes da área de saúde, como Fisioterapia, Educação Física e Terapia Ocupacional. É bem gratificante em meio a bastante carga teórica da engenharia ter uma cadeira e estudo mais prático, além de claro ajudar alguém. Na minha experiência, eu recomendo, para quem tem interesse de cursar, ter pago ou pagar simultaneamente a disciplina de Biomecânica ou de Cinesiologia, por dar base em conceitos que serão muito úteis ao longo da disciplina.”

Aluna da disciplina de Movimento, Funcionalidade e Saúde, cursando em 2020.1.

RESULTADOS

Abaixo estão os resultados da percepção de acadêmicos de diversos cursos sobre a construção do raciocínio clínico, a partir do modelo lógico da CIF.

O perfil dos 57 acadêmicos voluntários desta pesquisa está disposto na **TABELA 1**, sendo a maioria do sexo feminino (75,4%), com 20 anos de idade (29,8%), estudantes do curso de Fisioterapia (63,1%), cursando o 4º período do curso (33,3%) e já cursaram as disciplinas relacionadas ao questionário (63,2%).

Quanto às percepções dos alunos, dos 10 cursos envolvidos, verifica-se a seguinte realidade, conforme dados apresentados na **TABELA 2**.

TABELA 1 – Perfil de acadêmicos do Campus Recife da Universidade Federal de Pernambuco, sobre a percepção da construção do fazer profissional, baseando-se nas disciplinas “Avaliação em Fisioterapia” e “Movimento, Funcionalidade e Saúde” (Abril/2021).

VARIÁVEIS		n	%
SEXO	Masculino	13	22,8
	Feminino	43	75,4
	Prefiro não especificar	1	1,8
CURSO	Biomedicina	2	3,8
	Educação Física	8	14
	Engenharia de Alimentos	1	1,7
	Estatística	1	1,7
	Fisioterapia	36	63,1
	Geografia	2	3,5
	Museologia	1	1,7
	Psicologia	2	3,5
	Sistema de Informação	1	1,7
	Terapia Ocupacional	3	5,2
	Avaliação em Fisioterapia	29	50,9
JÁ CURSOU AS DISCIPLINAS	Movimento, Funcionalidade e Saúde	7	12,3
	Nenhuma das opções	21	36,8

Legenda: n: amostra (n=57). %: porcentagem.

TABELA 2 – Percepção de acadêmicos do Campus Recife da Universidade Federal de Pernambuco sobre a contribuição da CIF na formação profissional (Abril/2021).

PERGUNTAS	RESPOSTAS	%
VOCÊ JÁ TEVE CONTATO COM A CIF?	Sim	72,4
	Não	27,6
COMO VOCÊ JÁ TEVE CONTATO COM A CIF?	Disciplinas	92,9
	Projetos de Pesquisa ou de Extensão	4,8
	Estágios	2,4
A CIF CONTRIBUIU NA SUA FORMAÇÃO ACADÊMICA?	Raciocínio clínico	55,3
	Integralidade	27,7
	Interdisciplinaridade	6,4
	Não contribuiu em nada	10,6
VOCÊ CONHECE O MODELO BIOPSISSOCIAL?	Sim	63,8
	Não	36,2
O MODELO BIOPSISSOCIAL CONTRIBUIU PARA O APRIMORAMENTO DO SEU RACIOCÍNIO CLÍNICO?	Sim	76,1
	Não	23,9
PARA A CONSTRUÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO NA PERSPECTIVA DA INTERDISCIPLINARIDADE É NECESSÁRIO A PARTICIPAÇÃO DE OUTROS PROFISSIONAIS?	Sim	94,4
	Não	5,6

Legenda: n: (n=57). %: porcentagem.

DISCUSSÃO

A percepção dos acadêmicos que cursaram as disciplinas “Avaliação em Fisioterapia” e “Movimento, Funcionalidade e Saúde” é positiva em relação à contribuição da mesma no aprimoramento do raciocínio clínico, integralidade em saúde e interprofissionalismo, já que a maioria dos participantes relataram ter cursado as mesmas. A CIF e o modelo biopsicossocial, dentro das metodologias empregadas nas aulas das duas disciplinas em questão, parecem ser um dos grandes responsáveis por esta percepção. O objetivo era promover condições aos discentes para pensar o paciente ou aluno como ser integral, levando em consideração sua condição física, atividade, participação social, fatores pessoais e ambientais.¹²

Na análise dos acadêmicos, é possível vivenciar elementos únicos do processo de ensino-aprendizagem, principalmente quando são utilizadas estratégias pedagógicas que promovam uma maior troca de experiência interpessoal e interdisciplinar, a partir da utilização de recursos didáticos e métodos cada vez mais dinâmicos e autônomos neste processo, como é o caso das metodologias ativas.¹³⁻¹⁴

As disciplinas relatadas nessa experiência utilizaram, na prática pedagógica para a apresentação e exploração do modelo biopsicossocial da CIF, os elementos das metodologias ativas, como Sala de Aula Invertida, Aprendizagem Baseada em Problemas e em Projeto.¹⁰ Outros elementos também foram experimentados para potencializar o processo de ensino-aprendizagem (como aprendizagem baseada em times); a utilização de ferramentas de gestão para o planejamento e acompanhamento de ações (5W2H);¹⁵ ferramentas de interações digitais para monitoramento de tarefas coletivas em tempo real (G-Suits e aplicativo Trello), principalmente devido ao contexto da Atividade Educacional Remota Emergencial.¹⁶

Retornando à análise do presente relato de experiência sobre o modelo biopsicossocial, defendido pela CIF, em relação à sua contribuição para a construção de um raciocínio clínico, tanto na visão de núcleo quanto na de campo, é preciso que essa hipótese seja monitorada com pesquisas de metodologia seguras e confiáveis. Estudos já apontam a CIF como sendo uma das possibilidades alternativas do cuidado em saúde, que proporciona um olhar mais amplo e humanizado.¹⁷ O respeito às múltiplas dimensões envolvidas no processo de saúde e funcionalidade/incapacidade (biológica, individual, social), além do reconhecimento do importante papel do ambiente (não só físico, mas social e de atitudes), traz uma nova luz sobre “saúde” e “incapacidade”.⁷⁻⁸

Entretanto, ao pensar no modelo biopsicossocial, faz-se necessário abordar a interdisciplinaridade presente na sua aplicabilidade e finalidade. Para que ocorram discussões acerca da interdisciplinaridade, é preciso que profissionais de categorias diferentes estejam envolvidas, entretanto outras formas de experiências também necessitam ser proporcionadas aos envolvidos, principalmente quando se fala no processo de formação.

A perspectiva do olhar do campo só é possível quando o olhar do núcleo é fortalecido. A identidade profissional deve ser identificada, de forma clara em termos de conceitos e atuação, sendo esta uma das

primeiras atividades a serem propostas nas diversas disciplinas, dentro de seus contextos, como aconteceu nas disciplinas aqui estudadas. A qualidade de nossos compartilhamentos interferirá nas configurações contemporâneas do trabalho e, assim, em nossas compreensões, relacionamentos e disposição de nossos saberes-fazer.¹⁸

Edgar Morin (1921)¹⁹ já relatava que o enfraquecimento de uma percepção global levava ao enfraquecimento do senso de responsabilidade. Ou seja, nos dias atuais, constata-se que para um olhar integral é preciso se auto conhecer (identidade profissional), perceber e conhecer o outro, pois assim é possível saber o que temos para contribuir, como também quem são os outros atores que também poderão participar desse processo. Por isso, em todo o processo de formação de RH, a convivência com categorias profissionais é imprescindível para que o conhecimento entre as especificidades dos cursos (profissões) aconteça.

Apropriar-se sobre o ser e fazer profissional é de suma importância para o processo de formação, pois permite um olhar mais abrangente e humilde sobre as possibilidades de atuação futura, pautada na responsabilidade social de cada indivíduo, seja na perspectiva da carreira acadêmica ou profissional.²⁰⁻²¹

Nessa perspectiva, ao trocar experiências pessoais e profissionais acerca dos elementos presentes na identidade profissional de cada discente e seus respectivos cursos, fez-se a necessidade de pensar nas possibilidades de complementaridade para a construção do raciocínio clínico. Segundo Sampaio et al.²² (2005), a CIF é um modelo que auxilia o profissional a conduzir e desenvolver um plano de tratamento orientado e focado de forma individual para cada paciente.

Peduzzi (2007)²³ refere que se entende que a educação interprofissional contribui na formação de profissionais da saúde que estejam melhor preparados para o desafio que é trabalhar junto e de forma integrada na perspectiva da integralidade. Ou seja, ainda se faz necessário mais caminhos, disciplinas, projetos de pesquisas, extensões, entre tantos outros pontos que devemos trabalhar de forma integral, não só para a construção do saber, mas para uma construção pessoal e profissional. O que torna urgente que se iniciem mudanças no sistema convencional do ensino em saúde, baseando-se em uma intervenção voltada cada vez mais para a abordagem biopsicossocial ao invés do modelo biomédico.

CONCLUSÃO

O raciocínio clínico se refere ao processo cognitivo, através do qual, profissionais são capazes de ter uma tomada de decisão, a fim de estabelecer diagnóstico correto e propor uma conduta adequada frente a um problema clínico encontrado.

Esse estudo observou que o ponto de partida dos discentes, no início das disciplinas em questão, é o olhar fragmentado no cuidado em saúde, mas à medida que o modelo biopsicossocial foi apresentado e que essa abordagem avançou nas discussões, o raciocínio clínico começou a ser construído com esse novo

olhar. Os pré conceitos inerentes à saúde foram desconstruídos. A partir daí os discentes passaram a considerar a abordagem biopsicossocial imprescindível na construção do raciocínio clínico de cada indivíduo.

Assim, conclui-se que o modelo biopsicossocial da CIF, nesta população, contribuiu para o raciocínio clínico no olhar de núcleo, devendo ainda haver mais investimentos pedagógicos para a contribuição no olhar de campo, sendo as atividades com caráter interprofissional, uma opção eficaz durante o processo de formação de profissionais de saúde a fim de garantir a integralidade no cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
2. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(62):589-599. DOI: <https://10.1590/1807-57622016.0420>.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf.
4. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, Jan-Dez. 2000;3(1-2):51-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.
5. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: DRQ Gráfica e Editora; 2011.
6. Réa-Neto A. Raciocínio clínico: o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. *Rev Ass Med Brasil*. 1998;44(4):301-11. DOI: <https://10.1590/S0104-42301998000400009>.
7. World Health Organization. WHO. International Classification of functioning, disability and health. ICF 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf>.
8. Nubila HBV. Uma introdução à CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35(121):122-123. DOI: <https://10.1590/S0303-76572010000100013>.
9. Ministério da Saúde. Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. Princípios Éticos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.
10. Morán J. Mudando a educação com metodologias ativas. *PROEX/UEPG* 2015;2(1):15-33.
11. Universidade Federal de Pernambuco. Relatório Perfil Curricular 6804 - 1. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39334/0/Perfil+Curricular+mar%C3%A7o+2021/848f86ca-6776-4227-86c0-ee40c6e3543>.
12. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8:187-93.
13. Brisolla L. A prática pedagógica no ensino superior: planejamento, interdisciplinaridade e metodologias ativas. *DED* 2020;4(1):77-92. DOI: <https://doi.org/10.30905/ded.v4il.157>.
14. Diesel A, Baldez ALS, Martins SN. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. *Rev Thema* 2017;14(1):268-8. DOI: <https://doi.org/10.15536/thema.14.2017.268-288.404>.
15. Neto A, Moreira ARC, Pinheiro BE, Gomes JS, Otal LO, Fragoso MN. Quadro 5w2h: Uma ferramenta para definição do problema de projeto e de suas variáveis. *Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas* 2016;6(16):23-30. DOI: <https://doi.org/10.25242/887661620161037>.

16. Joyce CR, Moreira MM, Rocha SSD. Educação a Distância ou Atividade Educacional Remota Emergencial: em busca do elo perdido da educação escolar em tempos de COVID-19. RSD 2020;9(7):e521974299-e521974299. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4299>.
17. Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. Rev Bras Epidemiol. 2019;17(2):437-51. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400020012>.
18. Ceccim RB. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: Toassi RFC [organizadora]. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017:49-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.
19. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento 8 ed. Jacobina E, tradutor. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1921. 128p.
20. Santos C. A Construção Social do Conceito de Identidade Profissional. Interações SNM abr. 2005;5(8). Disponível em: <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/145>.
21. Nascimento MAV. Dimensões da identidade profissional docente na formação inicial. Revista portuguesa de pedagogia. 2007; Ciências Sociais [cerca de 13 telas]. Disponível em: <https://digitalisdsp.uc.pt/bitstream/10316.2/4560/1/11%20-%20Dimensoes%20da%20identidade%20profissional%20docente%20na%20formacao%20inicial.pdf?ln=pt-pt>.
22. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. Rev. bras. fisioter. 2005;9(2):129-13.
23. Peduzzi M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: Toassi RFC [organizadora]. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017:40-48.

FATORES AMBIENTAIS DA CIF E VIDA DIÁRIA NO PARKINSON
*ENVIRONMENTAL FACTORS OF ICF AND DAILY LIFE IN PARKINSON'S*Oliveira AKD¹, Azevedo JA², Câmara MBC³, Melo LP⁴.

¹Especialista em Neuroreabilitação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Técnico tradutor e intérprete de libras do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: adrielkelvindr@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5061626963318721>.

²Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: josicleide.azevedo05@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9793155203528946>.

³Especialista em Neuroreabilitação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Fisioterapeuta na Clínica de Atendimento Personalizado em Terapias Avançadas (CLIAP), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: bruny.camara@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0555841965927910>.

⁴Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente no curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: protasio.melo2@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5823735725272248>.

Correspondência: Luciana Protásio de Melo. Endereço: Avenida Senador Salgado Filho, 3000 – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. CEP: 59066-800. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: protasio.melo2@gmail.com.

Recebido: 18/03/2021**Aceito:** 27/04/2021**RESUMO**

Introdução: A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) tem como finalidade padronizar a linguagem, organizar e relacionar informações sob a ótica biopsicossocial, classificando os indivíduos com base em instrumentos de avaliação. A doença de Parkinson (DP) é uma condição de saúde multifatorial, que conta com instrumentos específicos. **Objetivo:** Analisar a relação dos Aspectos Motores de Experiências de Vida Diária (M-EVD) da DP com os fatores ambientais de Core Sets da CIF. **Metodologia:** Trata-se de um estudo piloto transversal. Foram utilizadas as escalas *Hoehn e Yahr* (HeY) modificada, a parte II (M-EVD) da UPDRS-MDS, e um questionário elaborado pelos pesquisadores baseado na CIF. **Resultados:** A amostra foi composta por 14 pessoas com DP, HeY 2,33±0,60. Não houve significância entre a M-EVD e os fatores ambientais da CIF. **Conclusão:** Instrumentos validados na literatura para determinado fim na DP não necessariamente trazem uma correlação com os fatores ambientais da CIF, dentro do estágio moderado.

Palavras-chave: Doença de Parkinson. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Desempenho Psicomotor.

ABSTRACT

Introduction: The International Classification of Functionality (ICF) aims to standardize language, and organize and correlate information from a biopsychosocial perspective, classifying individuals' functioning based on assessment instruments' results. Parkinson's disease (PD) is a multifactorial health condition, which requires specific set of instruments. **Objective:** To analyze the correlation between the PD's Motor Aspects of Daily Life Experiences (M-EVD) to environmental factors of CIF core sets. **Methodology:** This is a cross-sectional pilot study. The modified Hoehn and Yahr (HeY) Scales, UPDRS-MDS - part II (M-EVD), and a questionnaire prepared by the researchers based on the ICF were applied. **Results:** The sample consisted of 14 people with PD, HeY 2.33 ± 0.60. There was no significant correlation between M-EVD and ICF Environmental Factors. **Conclusion:** Instruments validated in literature for specific use in PD do not necessarily bring, at the disease's moderate stage, a correlation to ICF Environmental Factors.

Keywords: Parkinson Disease. International Classification of Functioning, Disability and Health. Psychomotor Performance.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou em 2001 um manual nomeando “Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde” (CIF), com a finalidade de padronizar e unificar a linguagem entre os profissionais, organizar e relacionar informações pertinentes ao indivíduo ou grupo, considerando a complexidade existente entre as variáveis da saúde.¹

É necessário lembrar que a OMS possui uma família de classificações internacionais, tendo a Classificação Internacional de Doenças (Décima Revisão – CID-10) como mais conhecida, que objetiva identificar e classificar as doenças, sendo a CIF complementar, que por sua vez, visa classificar os indivíduos não somente pelas suas limitações ou doenças, mas sob a ótica biopsicossocial.^{2,3}

A CIF é subdividida em dimensões que influenciam diretamente a saúde (funções, estruturas do corpo, atividades e participação) e indiretamente (fatores ambientais e fatores pessoais). Essas podem ser analisadas de modo quantitativo e qualitativo na prática clínica e nas pesquisas científicas. Pode-se considerar que, devido à complexidade e extensão, logo, morosidade, essa ferramenta foi pouco utilizada após a sua publicação, na prática clínica. Considerando o exposto, a OMS permite que seja utilizada uma versão resumida do manual: os *Checklist* e *Core Sets*.⁴

Compreender os conceitos dessa ferramenta é de extrema importância para habituação na aplicação. Os profissionais, quando familiarizados, percebem nuances quanto às correlações existentes, gerando por exemplo, a compreensão que fatores indiretamente relacionados à saúde podem gerar impactos diretamente a ela, no que tange, principalmente, ao desempenho dos indivíduos nas atividades e participações sociais.⁵

A CIF é uma ferramenta que classifica os indivíduos sob as informações oriundas de avaliações, escalas e questionários validados, além desses aspectos, também usada para otimizar o serviço de assistência à saúde.⁶ Considerando, por exemplo, a Doença de Parkinson (DP), que é neurodegenerativa, crônica, a 2ª perturbação neurológica mais comum na população idosa do mundo e com alto impacto para os indivíduos, possuindo características sintomáticas diversas com fatores motores e não motores,⁷⁻⁹ tem, baseado na literatura, um rol de avaliações, sendo elas: a *Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (UPDRS-MDS)^{10,11} que monitora a progressão da doença e eficácia medicamentosa, assim como aspectos cognitivos, dividido em quatro sessões, sendo: parte I intitulado Aspectos Não Motores de Experiências da Vida Diária (nM-EVD), parte II -Aspectos Motores de Experiências da Vida Diária (M-EVD), parte III- Avaliação Motora e parte IV- Complicações Motoras; e a Escala de *Hoehn e Yahr* (HeY),¹² para classificar o estadiamento da doença.

De acordo com a CIF, todos os indivíduos são complexos e deve-se considerar aspectos diversos para compreender a situação de saúde deles. A partir desse pressuposto, os indivíduos com DP estão sob a influência de dimensões que podem alterar a saúde e entender que, as avaliações citadas verificam e quantificam aspectos isolados de saúde desses indivíduos, não sendo plenamente satisfatório. Dito isso, há

poucas discussões sobre os aspectos de vida diária das pessoas com DP, sob a ótica da CIF, na região metropolitana de Natal – Rio Grande do Norte, onde foi realizada a pesquisa, entendendo que essa abordagem, em muitos estudos e prática clínica, é feita sob a visão da escala UPDRS-MDS. Diante dessas informações, esta pesquisa objetiva analisar se há relação dos Aspectos Motores de Experiências da Vida Diária (M-EVD) da DP com os fatores ambientais do *Core Set* da CIF Condições Neurológicas Subagudas.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e no Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi, ambos localizados na região metropolitana de Natal – Rio Grande do Norte, caracterizada como um estudo piloto observacional, do tipo transversal.

ASPECTOS ÉTICOS

Foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFRN, de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo como número de aprovação o parecer 3.175.528/2019 e CAAE 02977318.0.0000.553. O recrutamento dos participantes se deu nas bases de cadastro das instituições supracitadas.

Após a aprovação do CEP, os participantes receberam informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, quando em concordância, foram convidados a comparecer na instituição para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e direcionados a coleta, seguindo os requisitos e princípios éticos contidos na Declaração de Helsink (2000), no período de fevereiro a abril de 2019.

AMOSTRA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A amostra da pesquisa foi não probabilística, por conveniência, considerando a natureza do estudo como piloto, composta por indivíduos de ambos os sexos, maior de 18 anos de idade, residentes na grande Natal – Rio Grande do Norte, sem história ou evidência de déficit neurológico diferente da DP.

Os critérios de inclusão considerados foram indivíduos com diagnóstico de DP idiopática, estando entre os estágios 1 (um) a 3 (três) da escala H&Y modificada, e foram excluídos os indivíduos que se recusarem a assinar o TCLE ou não concluíram a avaliação.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Os instrumentos utilizados para classificação dos participantes foram: a Escala de HeY modificada,¹² a fim de verificar a incapacidade física e a versão traduzida da UPDRS-MDS, tendo o objetivo clínico, monitorar a progressão da doença e eficácia do tratamento farmacológico, por meio de quatro aspectos. Conforme os objetivos desta pesquisa, foi utilizada apenas a parte II (M-EVD) da UPDRS-MDS, composta por 13 perguntas, pontuadas de 0 (zero) a 4 (quatro), sendo o valor mínimo correspondente à normalidade e o valor máximo equivalente ao maior comprometimento.^{10,11}

Em seguida os participantes foram submetidos a um formulário, desenvolvido pelos pesquisadores, com a intenção de identificar/classificar dados sociodemográficos dos participantes, bem como, coletar informações pertencentes aos itens presentes no componente “Fatores Ambientais” da CIF (Capítulos 1, 3 e 5), através dos códigos da versão resumida do *Core Set* da CIF Condições Neurológicas Subagudas.^{1,13} visto que, não existe um *Core Set* específico para doenças neurológicas crônicas, ou mesmo, para a DP. Para isso, foram listadas as categorias pertencentes ao componente de interesse (Fatores Ambientais) e elaboradas perguntas com respostas dicotômicas.

ANÁLISE DOS DADOS

Foi usado o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, considerando-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Inicialmente, foi realizada uma estatística descritiva para caracterizar a amostra. O teste K-S (Kolmogorov-Smirnov) acusou não normalidade nos dados ($p \leq 0,05$), assim foram selecionados testes não paramétricos. Usou-se o teste de correlação de *Spearman*, para se avaliar a relação entre todos os itens da M-EVD da UPDRS-MDS com os itens dos “Fatores Ambientais” do *Core Set* em questão, preconizados pela CIF.

RESULTADOS

Apresenta-se na **TABELA 1** a caracterização dos 14 participantes iniciais dessa pesquisa, com uma média de idade de $65,79 \pm 9,1$ anos, tempo de diagnóstico 8 ± 5 anos. Os dados apresentaram uma média nos escores da escala de HeY $2,33 \pm 0,60$.

As **TABELAS 2, 3 e 4** apresentam os dados das correlações entre os aspectos da M-EVD e os Capítulos 1 (Produtos e Tecnologia), 3 (Apoio e Relacionamentos) e, 5 (Serviços, Sistemas e Políticas) do componente de Fatores Ambientais apresentados no *Core Set* da CIF Condições Neurológicas Subaguda. Não houve significância estatística em nenhuma das correlações realizadas.

TABELA 1 – Caracterização da amostra quanto à distribuição das frequências absoluta e relativa de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Variáveis	N	%
Idade		
41 a 60 anos	2	14,3
61 a 80 anos	12	85,7
Sexo		
Masculino	11	78,6
Feminino	3	21,4
Cidade		
Natal	12	85,7
Parnamirim	1	7,1
São Gonçalo do Amarante	1	7,1
Dominância		
Direita	12	85,7
Esquerda	2	14,3
Tipo de moradia		
Casa	9	64,3
Apartamento	4	28,6
Não especificada	1	7,1
Religião		
Católica	10	71,4
Evangélica	2	14,3
Não especificada	1	7,1
Nenhuma	1	7,1
Escolaridade		
Analfabeto	0	0
1º grau	4	28,6
2º grau	4	28,6
Superior	6	42,9
Estado civil		
Casado (a)	11	78,6
Solteiro (a)	1	7,1
Viúvo (a)	1	7,1
Divorciado (a)	1	7,1
Tempo de diagnóstico		
0 a 120 meses	9	64,3
121 a 240 meses	3	35,7
Quantidade de medicações		
2 a 4	10	71,5
5 a 7	4	28,5
Hoehn & Yahr (score)		
1 – 1,5	2	14,3
2 – 3	12	85,7
4 – 5	0	0

Legenda: N: amostra. %: porcentagem.

TABELA 2 – Correlação entre M-EVD e Fatores Ambientais, abordados no Capítulo 1 “Produtos e Tecnologia” da CIF.

Variáveis (CIF)	ρ (<i>rho</i>)	<i>p</i> valor
Faz o próprio alimento	0,26	0,37
Usa equipamentos pessoais	-0,38	0,18
Possui locomoção adaptada	0,17	0,59
Usa celular, notebook, entre outras tecnologias	-0,33	0,24

TABELA 3 – Correlação entre M-EVD e fatores ambientais, abordados no Capítulo 3 “Apoio e Relacionamentos” da CIF.

Variáveis (CIF)	ρ (<i>rho</i>)	<i>p</i> valor
Convivência familiar	-	-
Convivência com parentes	-0,22	0,46
Amigos	0,39	0,16
Profissionais de saúde	-0,03	0,90
Outros profissionais	0,09	0,77
Ambiente de apoio social	0,27	0,35

TABELA 4 – Correlação M-EVD e fatores ambientais, abordados no Capítulo 5 “Serviços, Sistemas e Políticas” da CIF.

Variáveis (CIF)	ρ (<i>rho</i>)	<i>p</i> valor
Sistema jurídico	0,32	0,26
Leis de segurança social/apoio financeiro	0,30	0,30
Serviços, sistemas e políticas de saúde pública	0,13	0,67

DISCUSSÃO

O presente estudo é caracterizado como piloto e visa a correlação dos dados da M-EVD (UPDRS-MSD) com os itens dos fatores ambientais apontados no *Core Set* da CIF Condições Neurológicas Subagudas, considerando a inexistência, até o momento de um *Core Set* voltados aos indivíduos com DP, para viabilizar a identificação de possíveis aspectos que possam interferir na compreensão da saúde dessa população.

A maioria dos participantes (85,7%) foi do gênero masculino, dado que corrobora com o estudo de Trigueiro (2016)¹⁴. Os sujeitos com DP avaliados se encontravam no estágio moderado da doença, no qual há uma manifestação bilateral dos sintomas progredindo para uma instabilidade postural, no entanto, podem viver independente, conforme a interpretação dos dados pelo instrumento¹⁵. Isso nos leva a compreender que são indivíduos que não dependem de tecnologias assistivas para a realização de suas atividades, sendo assim, um dos motivos para a não correlação significativa com possíveis facilitadores presentes no Capítulo 1 de Fatores Ambientais.

Ponderando a inexistência de correlação entre a M-EVD e códigos de Fatores Ambientais presentes no *Core Set* da CIF Condições Neurológicas Subagudas, possivelmente pela relação do número amostral (estudo piloto), ou as dificuldades advindas da DP para realizar as M-EVD, tendo em vista que os indivíduos estavam em estágios de pouca demanda quanto ao acesso, ou a necessidade/precisão do uso de fatores ambientais, dentre eles produtos/tecnologia, atitudes, relacionamentos e apoio da família/amigos/profissionais e os serviços/sistemas/políticas públicas, como facilitação para a vida dessas pessoas. Os resultados de um estudo de 2014, para averiguar a qualidade de vida das pessoas com Parkinson, afirmaram que a DP, por si, não interfere nos aspectos ambientais, considerando os estágios em que se encontram os indivíduos com essa condição de saúde.¹⁶

Ao considerar a escolha de um instrumento utilizado em pesquisa, deve ser feita com a finalidade condizente com seu(s) objetivo(s); que há uma gama de dados e variáveis que devem ser analisadas para que o resultado seja coeso, principalmente quando associados a CIF (que é uma classificação multidimensional);³ que as ferramentas utilizadas nessa pesquisa, foram escolhidas devido ao alto grau de confiabilidade apresentados na literatura para o público alvo; por outro lado, por não utilizar todos os aspectos apresentados no instrumento, sugere-se como possível causa nesta amostra, para a não correlação estatística com os aspectos dos fatores ambientais interligados à funcionalidade desses indivíduos, a relação dos itens da UPDRS- MDS (M-EVD) com os componentes Funções do Corpo (seis perguntas) e com o componente Atividades e Participação (sete perguntas), se ausentando da abordagem a fatores ambientais. Cabe então, abranger em um próximo estudo, esse componente em possíveis instrumentos que o abordam, o que corrobora com os dados apresentados na *Academy of Neurologic Physical Therapy* (2014).¹⁷

Vale salientar que o questionário, elaborado pelos pesquisadores, baseado na CIF, foi simplificado a uma perspectiva dicotômica, visando uma análise dos resultados de forma quantitativa. Sugerimos como um ponto insatisfatório, visto que mostra apenas possibilidades de associações entre característica de um único domínio, não considerando as relações indiretas, que certamente estão presentes, observadas quando a análise é obtida pela ótica de todos os domínios da CIF.¹⁸ Destaca-se que a quantidade de indivíduos foi reduzida, considerando a natureza da caracterização da pesquisa, sendo necessário futuramente ampliar o

número amostral para uma análise mais ampla, considerando a relevância da pesquisa proposta e a população existente.

Ao analisar as limitações perante a viabilidade da pesquisa, a fim de não tornar o momento de coleta de dados extenso e cansativo, e evitar riscos quanto a perdas amostrais, foram retirados dois capítulos pertencentes ao componente “Fatores Ambientais”. São eles: o Capítulo 2, que trata de ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem, que nos códigos do *Core Set* utilizado eram relacionados a fatores climáticos incondizentes com a região geográfica da amostra; e o Capítulo 4, intitulado “Atitudes”, por se tratar da percepção das ações dos outros perante esses indivíduos, já que as atitudes das pessoas com DP foram vistas com mais prioridade, pelo Capítulo 3 dos fatores ambientais. A inserção do Capítulo 4 será considerada na continuidade deste estudo, dada a relação dele sobre o desempenho de indivíduos com DP.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa mostra que não houve relação dos aspectos motores de experiências da vida diária (M-EVD) da DP com os fatores ambientais analisados do *Core Set* Condições Neurológicas Subaguda, na amostra estudada.

Sinalizando, como estudo piloto, que mesmo instrumentos validados na literatura para determinado fim não necessariamente traz uma correlação completa aos componentes da CIF, ou seja, ao modelo biopsicossocial, havendo a necessidade de ampliar a amostra para dados mais consistentes e deve ser bem considerada a seleção dos instrumentos para avaliação do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde – direção geral de saúde. CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa, 2004.
2. Schipper E, Mahdi S, Coghill D, de Vries PJ, Gau SS, Granlund M, et al. Towards an ICF core set for ADHD: a worldwide expert survey on ability and disability. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(12):1509-21. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0778-1>.
3. Stucki G, Pollock A, Engkasan JP, Selb M. How to use the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference system for comparative evaluation and standardized reporting of rehabilitation intervention. *European Journal of physical and rehabilitation medicine*. 2019;55(3):384-394. DOI: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.19.05808-8>.
4. Carregosa EB. Desenvolvimento do core set da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) para hanseníase – etapa do estudo clínico quantitativo e qualitativo. [Tese]. Lagarto: Universidade Federal de Sergipe;2017.119p. Disponível em: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/7207>.
5. Rice DB, McIntyre A, Mirkowski M, Janzen S, Viana R, Britt E, et al. Patient-Centered Goal Setting in a Hospital-Based Outpatient Stroke Rehabilitation Center. *PM R*. 2017;9(9):856-865. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.12.004>.
6. Hopfe M, Prodinge B, Bickenbach JE, Stucki G. Optimizing health system response to patient's

- needs: an argument for the importance of functioning information. *Disabil Rehabil.* 2018;40(19):2325-2330. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1334234>.
7. Bohannon RW, Nair P, Green M. Feasibility and informativeness of the patient-specific Functional Scale with patients with Parkinson's disease. *Physiother Theory Pract.* 2020;36(11):1241-1244. DOI: <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1571134>.
 8. Ferreira DP, Coriolano MG, Lins CC. The perspective of caregivers of people with Parkinson's: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(1):103-114. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160088>.
 9. Masala C, Solla P, Liscia A, Defazio G, Saba L, Cannas A, et al. Correlation among olfactory function, motors' symptoms, cognitive impairment, apathy, and fatigue in patients with Parkinson's disease. *Journal of Neurology.* 2018;265(8):1764-1771. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8913-9>.
 10. Goetz CG, Tilley BC, Shaftman SR, Stebbins GT, Fahn S, Martinez-Martin P, et al. Movement Disorder Society-Sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): Scale Presentation and Clinimetric Testing Results. *Mov Disord.* 2008;23(15):2129-2170. DOI: <https://doi.org/10.1002/mds.22340>.
 11. International Parkinson and Movement Disorder Society. IPMDS. Movement Disorders Society - Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): Portuguese version (Official MDS Translation, 2016, Last Updated February 4, 2021). Disponível em: https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/Education/Rating-Scales/MDS-UPDRS_Portuguese_Official_Translation_FINAL.pdf.
 12. Goulart F, Pereira LX. Uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em Fisioterapia. *Fisioterapia e Pesquisa.* 2005;2(1):49- 56. DOI: <https://doi.org/10.1590/fpusp.v11i1.76385>.
 13. Grill E, Strobl R, Müller M, Quittan M, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Sets for early post-acute rehabilitation facilities. *J Rehabil Med.* 2011;43(2):131-138. DOI: <https://doi.org/10.2340/16501977-0641>.
 14. Trigueiro LCL. Desempenho físico-funcional, cognitivo emocional e fatores de risco relacionados à ocorrência de quedas em indivíduos com doença de Parkinson residentes em Natal-RN: um estudo transversal. [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte;2016.147p. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/23661>.
 15. Schenkman ML, Clark K, Xie T, Kuchibhatla M, Shinberg M, Ray L. Spinal movement and performance of a standing reach task in participants with and without Parkinson disease. *Phys Ther.* 2001;81(8):1400-11. DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/81.8.1400>.
 16. Filippin NT, Martins JS, Libera LBD, Halberstadt BF, Severo ARS. Qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson e seus cuidadores. *Fisioter Mov.* 2014;27(1):57-66. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.027.001.AO06>.
 17. Kegelmeyer D, Ellis T, Esposito A, Gallagher R, Harro CC, Hoder J, et al. Recommendations for Patients with Parkinson Disease 2014. Academy of Neurologic Physical Therapy – ANPT. Disponível em: https://www.neuropt.org/docs/default-source/parkinson-edge/recommendations-for-patients.pdf?sfvrsn=890d5543_0.
 18. Van Uem JM, Marinus J, Canning C, Van Lummel R, Dodel R, Liepelt-Scarfone I, et al. Health-Related Quality of Life in patients with Parkinson's disease-A systematic review based on the ICF model. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;61:26-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.11.014>.

CIF, COVID E SISTEMA DE INFORMAÇÃO: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA

ICF, COVID AND INFORMATION SYSTEM: A NECESSARY REFLECTION

Carneiro MC¹, Santos MS², Palma FMO³

¹Acadêmica do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Faculdade de Tecnologia e Ciências (UniFTC), Itabuna, Bahia, Brasil. E-mail: maryelleciriaco@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5795703952938273>.

²Acadêmica do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Faculdade de Tecnologia e Ciências (UniFTC), Itabuna, Bahia, Brasil. E-mail: silva.mo998@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3690798637609120>.

³Mestrado em Tecnologias aplicáveis à Bioenergia pelo Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia (IMES). Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário da Faculdade de Tecnologia e Ciências (UniFTC), Itabuna, Bahia, Brasil. E-mail: fpalma@ftc.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5002843998284419>.

Correspondência: Fabiana Martins Oliveira Palma. Avenida Luís Viana, nº 8812, Módulo 3, Nível 1, Paralela. Salvador, Bahia, CEP: 41.730-101. E-mail: andersoncarlos_2009@hotmail.com.

Recebido: 18/03/2021

Aceito: 29/04/2021

RESUMO

Introdução: Frente ao novo coronavírus (COVID-19), precisamos atentar-se para a funcionalidade dos indivíduos acometidos. Para tanto, recorreremos à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e ao sistema de informação. **Objetivos:** Refletir sobre a funcionalidade dos pacientes pós-COVID-19 e sobre a necessidade da qualificação e incorporação da CIF no sistema de informação em saúde para utilização e interpretação de indicadores de funcionalidade e incapacidade humana. **Metodologia:** Trata-se de um estudo teórico reflexivo. Levantamento bibliográfico de artigos científicos nacionais e internacionais presentes nas bases de dados: Scielo, Medline/Pubmed, e Lilacs. **Resultados:** Os estudos discorreram-se das prováveis sequelas decorrentes da contaminação pelo SARS-COV2 e o papel da CIF na mudança do paradigma da abordagem biomédica, para uma abordagem biopsicossocial. **Conclusão:** Reforça-se a necessidade da utilização da CIF no sistema de informação de saúde para identificar e atender as reais necessidades do indivíduo e possibilitar a determinação de políticas públicas mais eficientes.

Palavras-chaves: Vírus da SARS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Facing the new coronavirus (COVID-19), we should give a higher importance to the affected individuals' functionality. In order to do so, we used the International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF) and the health care system database. **Objectives:** Reflect about patients' functionality post COVID-19 and about the need of qualification and incorporation of ICF in the health care system database for better use and interpretation of functionality and human disability's indicators. **Methodology:** This is a reflexive theoretical study. We held a bibliographic research of national and international scientific articles published in the following databases: Scielo, Medline/Pubmed, and Lilacs. **Results:** The papers addressed probable sars-cov2's contamination outcomes and the role of ICF in changing the paradigm of the biomedical approach to a biopsychosocial approach. **Conclusion:** It becomes even more evident the need to use ICF in the health care system database, in order to identify and meet users' real needs, and reinforced and enable more efficient public policies determination.

Keywords: SARS Virus. International Classification of Functioning, Disability and Health. Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

No final de dezembro de 2019 eclodiu uma série de casos de pneumonia viral na China os quais rapidamente se espalharam para os demais países, identificado o agente etiológico como sendo síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-COV-2), que é uma variante do coronavírus e ficou conhecido como coronavírus 2019 (COVID-19), responsável por um número assustador de óbitos e contaminação em um curto espaço de tempo, levando ao decreto de estado de pandemia, em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS)^{1,2} estado esse que se estende até os dias atuais.

Essa nova variante, assim como as demais do grupo, apresenta como manifestações as síndromes respiratórias agudas podendo variar de sintomas mais leves a quadros mais graves, mas também pode desencadear distúrbios neurológicos, musculoesqueléticos e gastrointestinais que apresentam grande taxa de mortalidade por haver necessidade de internação e por muitas vezes levar a óbito esses indivíduos.³

Os sinais e sintomas apresentados são variáveis, desde os pacientes assintomáticos até aqueles que apresentam quadros mais graves.⁴ Os mais comuns são: dispneia, dor, fadiga, fraqueza muscular, tosse e febre; podendo inclusive evoluir para uma pneumonia viral ou insuficiência respiratória.⁵ Dentre as consequências decorrentes dessas alterações que a COVID-19 vem trazendo, vem se observando um grande impacto no estado físico, cognitivo, mental e social dos pacientes acometidos.⁶

Presença de comorbidades estão associadas a um pior prognóstico, podendo citar: idade (>65 anos), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, cardiopatias (hipertensão arterial severa), doença cerebrovascular, diabetes, insuficiência renal e câncer.⁷ Conforme os estudos, pessoas que tiveram COVID-19, principalmente o quadro mais grave da doença e período de internação hospitalar, apresentarão sequelas crônicas sendo as mais comuns as pertinentes ao sistema respiratório, osteomiolocomotor, cardiovascular, neurológico, dentre outros, e que podem se estender por tempo prolongado sendo responsável pela redução da qualidade de vida.

Baseado na epidemias de coronavírus anteriores (SARS-COV1 e MERS) e nos estudos atuais descritos os sobreviventes da COVID-19 podem apresentar efeitos subagudos caracterizados por sintomas persistentes e/ou complicações tardias ou de longo prazo além de quatro semanas do início dos sintomas, e efeitos de longo prazo do COVID-19 que inclui sintomas e anormalidades persistentes ou presentes além de 12 semanas do início da COVID-19 aguda e não atribuíveis a diagnósticos alternativos sendo chamado de síndrome PÓS-COVID-19.⁸

Uma revisão sistemática, compilou resultados de estudos que avaliam os efeitos de longo prazo do COVID-19 de 14 a 110 dias após a infecção viral. Cinquenta e cinco efeitos de longo prazo foram identificados e estimou-se que 80% dos pacientes desenvolveram um ou mais sintomas de longo prazo.⁹

Apesar de acreditar que as sequelas PÓS-COVID-19 sejam mais comuns em pacientes que

desenvolveram a forma grave, observa-se que indivíduos que apresentaram a forma moderada da doença e que não necessitaram de hospitalização podem desenvolver algum grau de comprometimento funcional.¹⁰

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) aponta como ferramenta ideal a ser utilizada na avaliação do paciente portador de sequela PÓS-COVID uma vez que auxilia o direcionamento do raciocínio clínico individualizado e amplo, através de um olhar que extrapola as funções com possibilidade de descrever situações relacionadas com a funcionalidade e as restrições, quanto para a implantação da Política de Saúde Funcional através da utilização e interpretação de indicadores de funcionalidade e incapacidade humanas com possibilidade de serem obtidos através dos dados de sistemas de informação.

Portanto, esse estudo teve como objetivo refletir sobre a funcionalidade dos pacientes PÓS-COVID-19 e sobre a necessidade da qualificação e incorporação da CIF no Sistema de Informação em Saúde para utilização e interpretação de indicadores de funcionalidade e incapacidade humana.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico reflexivo cujo levantamento bibliográfico abrangeu artigos científicos nacionais e internacionais presentes nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Foram selecionados mediante o uso de combinações de palavras-chave relacionadas ao tema “Vírus da SARS”, “Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde”, “Reabilitação”. O período de publicação analisada foi de 2001 a 2021, totalizando 22 trabalhos estudados.

RESULTADOS

Reflexões apreciadas sobre os trabalhos encontrados em dois grandes contextos: “Sequelas PÓS-COVID-19, Funcionalidade e CIF” e “A CIF e o Sistema de Informação em Saúde”:

SEQUELAS PÓS-COVID-19, FUNCIONALIDADE E CIF

A funcionalidade humana sofre direta influência tanto na presença de doenças, em especial, das crônicas quanto na presença de fatores contextuais negativos, como as barreiras ambientais de diferentes aspectos, sejam elas físicas, geográficas, culturais, tecnológicas, legais, entre outras.¹¹

A COVID-19 é responsável por gerar deficiência de estruturas do aparelho respiratório, deficiências de funções da respiração, de função de músculos respiratórios e de tolerância ao exercício. Em consequência, limitações podem estar presentes sendo responsável pela dificuldade da realização de atividades básicas dentre elas: capacidade de mobilidade, realização de tarefas básicas como, andar e

realizar auto transferências.¹² Atualmente sabe-se que nesse perfil pacientes a alteração da funcionalidade extrapola o sistema respiratório, podendo ser decorrente de demais sistemas a exemplo sistema cardiovascular, neurológico, osteomiolocomotor.

Observa-se que mesmo pós-infecção e acesso a tratamento medicamentoso, muitos dos pacientes persistem com queixa de dispneia, fadiga muscular com limitação das atividades e restrição da participação social e conseqüentemente impacto na qualidade de vida. Dentre os fatores que interferem na funcionalidade após COVID-19 pode-se citar:

Sequelas respiratórias

Destacam-se a redução de capacidades e volumes pulmonares, alterações nos achados radiográficos, limitação à execução de exercício, fraqueza muscular diafragmática e conseqüente diminuição da capacidade funcional.⁶

Sequelas Musculoesqueléticas

Sabe-se que pacientes em ventilação mecânica na UTI são propensos sarcopenia e fraqueza muscular periférica.^{4,7} A sintomatologia pode perdurar muito tempo após a internação e infecção, podendo destacar: dor, fraqueza e fadiga, mesmo ao executar atividades de baixa intensidade. No caso dos idosos que já apresentam sarcopenia fisiológica, a sintomatologia tende se potencializar com impacto direto na redução da capacidade funcional e independência.⁷

Sintomas do Sistema Nervoso

Os principais sintomas relatados são: cefaleia (13,1%), vertigem (16,8%), alterações do estado da consciência (7,5%), doença cerebrovascular aguda (2,8%) e epilepsia (0,5%); Sintomas do sistema nervoso periférico: hipogusia (5,6%), hiposmia (5,1%) e neuralgia (2,3%); Sintomas osteomusculares (10,7%). Pode ocorrer comprometimento cognitivo em pacientes que estiveram por tempo prolongado na UTI como parte da Síndrome no Pós Internação da UTI. Os principais fatores de risco incluem: sepse, idade avançada, déficit cognitivo prévio, SDRA e delirium, o qual pode permanecer por até um ano.^{4,10}

Sequelas Cardiológicas

O SARS-CoV-2 está associado a arritmias e lesões de sobrecarga ao músculo cardíaco, as complicações cardíacas são multifatoriais e podem resultar de lesão miocárdica viral, hipóxia, regulação negativa do receptor ACE2, hipotensão, aumento sistêmico da carga inflamatória ou toxicidade de drogas.⁴

Considerando que o conceito de Saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades,¹³ os modelos de saúde devem refletir uma mudança de paradigma e definir a saúde em termos mais amplos, considerando que fatores sociais, psicológicos e ambientais contribuem para a saúde e

qualidade de vida.

O modelo biopsicossocial proposto pela CIF valoriza os componentes relacionados ao corpo, às atividades e participações e ao ambiente em seu entorno¹³ entendendo que todos esses componentes se comunicam e interferem de forma relevante no estado de saúde do ser humano. O meio ambiente, por sua vez, pode agir como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas.^{13,14}

Compreender sobre a funcionalidade humana é tão importante quanto saber sobre o diagnóstico de determinada patologia, uma vez que são as limitações que influenciarão na qualidade de vida.

Por pertencer à “família” das classificações internacionais desenvolvida pela OMS, a CIF propicia o levantamento, consolidação, análise e interpretação de dados, bem como a formação de bases de dados nacionais consistentes, e permitem que as informações sobre populações sejam comparadas ao longo do tempo entre regiões e países.¹⁵

O uso da CIF através do sistema de codificação é capaz de fornecer uma ampla gama de informações, utilizando uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências. Fornece uma estrutura de base etiológica, considerando a funcionalidade e a incapacidade associados aos estados de saúde e não somente os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.), classificados principalmente na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).¹³⁻¹⁸ Em conjunto, as informações sobre o diagnóstico e a funcionalidade traduzem uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde da pessoa ou população, que pode ser utilizada para propósitos de tomada de decisão.¹⁴ Contribuindo assim para entendimento mundial sobre a funcionalidade dos indivíduos sobreviventes da COVID-19.

Dessa forma, através de uma abordagem pautada no modelo biopsicossocial e na CIF os profissionais de saúde serão capazes de identificar e atender as reais necessidades desses indivíduos.

A CIF E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Problemas de saúde que geraram as referidas incapacidades acarretam prejuízos não só aos cidadãos, mas também ao Estado, por onerar a seguridade social (saúde, assistência social e previdência). O seu entendimento é fundamental para que as políticas desenvolvidas de modo intersetorial possam apresentar os resultados esperados frente às incapacidades representadas pelas deficiências, limitações nas atividades e restrições da participação.²²

A disponibilização dos achados gerados pela CIF para todos os profissionais de saúde, legisladores, gestores é primordial, assim poderão desenvolver e proteger a saúde das populações através de um modelo de equidade e qualidade de serviços, acredita-se que só através da análise dos indicadores de funcionalidade que estarão contemplados na categorização da CIF poderá se entender o real impacto das diversas

patologias, inclusive síndrome PÓS-COVID, na funcionalidade humana e a partir de então criar ações estratégicas para a prevenção.^{20,22}

O avanço da tecnologia permitiu a criação de uma base nacional, o DATASUS, que é alimentado pelo uso constante da versão atualizada da CID “CID-11”, porém apenas os casos diagnosticados com determinado problema de saúde fazem parte da base de dados.

Os sistemas atuais do Ministério da Saúde (MS) brasileiro estão baseados num programa eletrônico de tabulação de dados, intitulado *TabWin*, o aplicativo TABNET é uma versão para a rede mundial de computadores e permite organizar dados de forma rápida conforme a consulta que se deseja tabular. Foi desenvolvido pelo DATASUS para gerar informações das bases de dados do Sistema Único de Saúde. As informações são disponibilizadas para que possam servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. O MS está investindo no “e-SUS”, trata-se de um sistema eletrônico com objetivo de reestruturar informações na Atenção Básica, considerado como a melhor estratégia para alcance do diagnóstico populacional preliminar de situação de saúde e de seus condicionantes. No entanto, na versão inicial, ainda são raras as possibilidades de geração de informações sobre funcionalidade e incapacidade. Em estudo realizado em Baurer e Santo André, estado de São Paulo mostrou, através da experiência, que a aplicação da CIF na atenção básica é possível, sendo proposto a inserção dessa ferramenta no novo sistema público de informação, o “e-SUS”, e as formas de aplicação e tabulação dos dados, concluindo dessa forma, que é possível a construção de indicadores específicos sobre funcionalidade e incapacidade humanas, o que potencializa a gestão estratégica e a elaboração de políticas públicas intersetoriais.²²

Apesar dos avanços da ciência, tecnologia a assistência em saúde no país apresenta fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações atribuído à ausência de codificação que traduz a funcionalidade, limitação e restrição dos indivíduos. É necessário que o sistema de informação em saúde consiga abarcar informações sobre toda uma população incluindo as causas de incidência dos casos e fatores determinantes. Dessa forma, elevaria de forma mais efetiva o embasamento para criação de programas de promoção e prevenção em saúde^{21,22} pautadas nas reais necessidades dos usuários/ pacientes.

De acordo com a Academia Europeia de Medicina de Reabilitação, para que o processo de reabilitação tenha sucesso três questões de sistemas de saúde precisam ser abordadas: 1) A importância da coleta de informações sistematizadas por sistemas de saúde; 2) Os investimentos realizados na área e o retorno social explícito para corroborar o investimento; 3) A integração da reabilitação como estratégia pública sob uma cobertura universal de saúde, contudo reforçam que essas etapas serão tangíveis a partir da formação de recursos humanos que compreendam sobre reabilitação e funcionalidade.²⁰

A CIF demonstra ser uma ferramenta importante na qualificação da informação para melhoria do gerenciamento no Sistema de Saúde capaz de contribuir com a melhoria desses processos, além da

possibilidade de gerar dados com linguagem padrão e universalmente aceitos, o que permite a comparação entre serviços e pode contribuir para a otimização da assistência, aumento na segurança do paciente e na resolutividade dos serviços.²¹⁻²²

Entendendo sua importância, o Conselho Nacional de Saúde, incorporou a CIF/OMS em sua agenda de discussões como tema central nas deliberações sobre a incorporação da CIF nas estratégias e ações das políticas públicas de saúde, por entender que seu uso poderá contribuir para o desenvolvimento de políticas sociais e mudanças políticas que visem aumentar e dar suporte à participação dos indivíduos.¹⁹ Ciente da necessidade de informações sobre o impacto das condições de saúde na vida das pessoas e populações, a plenária do Conselho Nacional de Saúde aprovou por unanimidade na 233ª Sessão Ordinária, a Resolução nº 452, que dispõe sobre o uso da CIF no SUS, incluindo a Saúde Suplementar.^{20,22}

Essa Resolução trata da importância da utilização da CIF no Sistema Único de Saúde e sua contribuição no sistema de informação. Dispõe que a CIF seja utilizada: a) No Sistema Único de Saúde; b) Nas investigações para medir resultados acerca do bem-estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impacto dos fatores ambientais na saúde dos indivíduos; c) Como uma ferramenta estatística na coleta e registro de dados; d) Como ferramenta clínica para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, ampliando a linha de cuidado; para dar visibilidade e avaliar os processos de trabalho com os respectivos impactos reais das ações dos profissionais de saúde; e) No dimensionamento e redimensionamento de serviços, visando qualificar e quantificar as informações relativas ao tratamento e recuperação da saúde; f) Como ferramenta no planejamento de sistemas de seguridade social, de sistemas de compensação, nos projetos e no desenvolvimento de políticas; como ferramenta geradora de informações padronizadas em saúde, devendo a mesma ser inserida no Sistema Nacional de informações, em saúde do SUS, com vistas ao controle, avaliação e regulação para instrumentalizar a gestão no gerenciamento das ações e serviços de saúde em todos os seus níveis de atenção.²⁰

Esse estudo mostra que a pandemia do COVID-19 pode gerar sequelas com impacto na funcionalidade humana e que podem perdurar por longo tempo com prejuízo importante para a qualidade de vida do indivíduo, sociedade. E reforça a necessidade de que as deliberações contidas na Resolução nº 452, sejam executadas com maior brevidade. A CIF e seus princípios devem ser incorporados na vigilância em saúde, nas Redes de Atenção em Saúde, linhas de cuidado e níveis de atenção, gerando indicadores, políticas, estratégias e ações em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CIF traz que todo processo de reabilitação em saúde necessita ser construído, através do modelo Biopsicossocial e aponta-se como ferramenta ideal a ser utilizada para análise dos impactos causados pelas sequelas PÓS-COVID, pois as mesmas causam prejuízos a qualidade de vida dos acometidos, devido aos

impactos funcionais que levam a limitações para realização de atividades e restringem a participação desses indivíduos na sociedade.

Urge então a necessidade da qualificação e incorporação da CIF/OMS com brevidade no sistema de informação em saúde para utilização e interpretação de indicadores de funcionalidade e incapacidade humana, dessa forma, ao detectar risco de alterações desses fatores, tornar-se possível elaborar e executar ações e estratégias possibilitando um enfoque amplo no indivíduo, diminuindo suas limitações e possibilitando sua participação social e cidadania.

O uso complementar da CID e da CIF mostra ser a estratégia mais assertiva de se gerar informações de saúde num banco de dados nacional, como o DATASUS, e as informações geradas pelo uso conjunto possibilitarão a determinação de políticas, sistemas e ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde mais eficientes.

REFERÊNCIAS

1. Rodriguez RJE, Skvirsky SSW, Badillo XV, Florez OL, Quintero-Gómez JC. Fisioterapia y su reto frente al covid-19 physiotherapy and its challenge against covid-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.157>. [Preprints Scielo postado 24 de abril 2020].
2. Tinku J, Mohammed AM. International pulmonologist's consensus on covid-19 2nd edition. Segunda edição, 85p. Kerala, Índia [Publicado em 22 de abril de 2020]. Disponível em https://www.saudedafamilia.org/coronavirus/artigos/international_pulmonologists_consensus.pdf.
3. Silva RMV, Sousa AVC. Fase crônica da covid-19: desafios do fisioterapeuta diante das disfunções musculoesqueléticas. *Fisioter Mov.* 2020;33:e00333002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.ed02>. [Preprints Scielo postado 26 de maio 2020].
4. Avila PES, Pereira RN, Torres DC. Guia de orientações fisioterapêuticas na assistência ao paciente pós covid-19. Belém: UFPA, FFTO, Curso de Fisioterapia, 2020, 22p. Disponível em <https://coronavirus.ufpa.br/not%C3%ADcias/professores-da-ufpa-elaboram-guia-de-orientacoes-fisioterapeuticas>.
5. Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger CL, et al. Physiotherapy management for covid-19 in the acute hospital setting: recommendations to guide clinical practice. *J Physiother.* 2020;66(2):73-82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>.
6. Klok FA, Boon GJAM, Barco S, Endres M, Geelhoed JJM, Knauss S, et al. The post-covid-19 functional status scale: a tool to measure functional status over time after covid-19. *Eur Respir J.* 2020;56(1):2001494. DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.01494-2020>.
7. Cacau LAP, Mesquita R, Furlanetto KC, Borges DLS, Forgiarini JLA, Maldaner V, et al. Avaliação e intervenção para a reabilitação cardiopulmonar de pacientes recuperados da covid-19. *ASSOBRAFIR Ciência.* 2020;11(Supl 1):1183-193. DOI: <http://dx.doi.org/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.018>.
8. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med.* 2021;27:601-615. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>.
9. Venkatesan P. NICE guideline on long COVID. *The lancet Respiratory Medicine.* 2021;9(2):129. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00031-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00031-X).
10. Logue JK, Franko NM, McCulloch DJ, McDonald D, Magedson A, Wolf CR, et al. Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection. *JAMA Netw Open.* 2021;4(2):e210830. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.0830>.
11. Araujo ES. Manual de utilização da CIF em saúde funcional. São Paulo: Andreoli; 2011.

12. Silva CMS, Andrade AN, Nepomuceno B, Xavier DS, Lima E, Gonzales I, et al. Evidence-based Physiotherapy and Functionality in Adult and Pediatric patients with COVID-19. *J Hum Growth*. 2020;30(1):148-155. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.v30.10086>.
13. World Health Organization. WHO. International Classification of functioning, disability and health. ICF: World Health Organization; 2001. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>.
14. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). São Paulo: EDUSP; 2003.
15. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. bras. epidemiol.*2005;8(2):187-193. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.
16. Battistella LR, De Brito CMM. Classificação internacional de funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátr. Acta Fisiátrica*. 2002;9(2): 98-101.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. (2010). Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população Brasileira. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>.
18. Ministério da Saúde. MS, 2014 - Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral. Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf.
19. Biz MCP. Oficinas sobre a incorporação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, CIF/OMS, no sistema de informação em saúde: a resolução 452/12 do conselho nacional de saúde como norteadora da discussão. *Revista Científica CIF Brasil*. 2016;6(6):43-51.
20. Brasil ACO, Araujo ES. CIF nos sistemas de informação em saúde: que diferença isso vai fazer?. *Revista CIF Brasil*. 2015;3(3):1-4.
21. Stucki G, Bickenbach J, Kiekens C, Negrini S, Stam HJ; The European Academy of Rehabilitation Medicine. Reflections of the European Academy of Rehabilitation Medicine on the first global estimates of the need for rehabilitation and the implications for physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med*. 2020;52(12):jrm00131. DOI: <https://doi.org/10.2340/16501977-2784>.
22. Araujo ES, Neves SFP. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, E-SUS e TABWIN: As experiências de Barueri e Santo André, São Paulo. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2015;39(2):470-477. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2015.v39.n2.a1029>.

PERFIL FUNCIONAL DAS SEQUELAS DE LESÃO MEDULAR NAS DIFERENTES ETIOLOGIAS*FUNCTIONAL PROFILE OF SPINAL INJURY SEQUELS IN DIFFERENT ETIOLOGIES***Rocha AS¹**, **Cavalcante LR²**, **Alves SSF³**, **Souza ALL⁴**.

¹Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente da pós-graduação em Fisioterapia Neurofuncional no Instituto Educacional CDCS, Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: andrearochafisio@gmail.com.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7145393426929408>.

²Especialista em Residência em Saúde Funcional e Reabilitação pelo Centro de Reabilitação e Readaptação Henrique Santillo (CRER). Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), Goiânia, Goiás, Brasil.

E-mail: fisio.luizarodrigues@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8442486658841239>.

³Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Funcional e Reabilitação no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, (HC-UFG), Goiânia,

Goiás, Brasil. E-mail: suyasantana@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5086721058061397>.

⁴Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Docente no Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Goiás, Brasil.

E-mail: demmilima@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6578713509935374>.

Correspondência: Andrea Souza Rocha. Endereço: Avenida 136, nº 90, Apartamento 202, Setor Marista, Goiânia, Goiás, CEP: 74180-040. E-mail: andrearochafisio@gmail.com.

Recebido: 18/03/2021

Aceito: 26/04/2021

RESUMO

Introdução: Lesão medular (LM) é qualquer tipo de lesão neural da medula espinal podendo resultar em déficits sensoriais, motores, disfunção autonômica e esfíncteriana, abaixo do nível da lesão. **Objetivo:** Conhecer o perfil funcional dos pacientes com LM e sua relação com diferentes etiologias. **Metodologia:** Estudo observacional analítico transversal, realizado no CRER. Foram aplicados questionário epidemiológico, Core Set de LM da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e Medida de Independência da Medula Espinal (SCIM III). **Resultados:** amostra de 65 pacientes com LM, predominando etiologia traumática (74,2%), sexo masculino (69,7%), idade média 37,75(±15,14) anos, nível paraplegia (53,1%) e lesões AIS A (38,5%) (p<0,05). As lesões não traumáticas possuem melhor prognóstico funcional. O controle esfíncteriano e a locomoção apresentam pior funcionalidade. **Conclusão:** observa-se predomínio de lesões traumáticas, paraplégia, completa, em indivíduos adultos jovens masculinos, com predomínio de disfunções esfíncterianas, força muscular e locomoção.

Palavras-chaves: Lesão Medular. Etiologia. Funcionalidade.

ABSTRACT

Introduction: Spinal cord injury (SCI) is any type of spinal cord neural injury that can result in sensory, motor deficits, autonomic and sphincter dysfunction, below the level of the lesion. **Objective:** To know the functional profile of patients with SCI and its relationship with different etiologies. **Methodology:** Cross-sectional observational study, carried out at CRER. Epidemiological questionnaire, Core Set of SCI of the International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF) and Spinal Cord Independence Measure (SCIM III) were applied. **Results:** sample of 65 patients with SCI, traumatic etiology predominating (74.2%), male gender (69.7%), mean age 37.75 (± 15.14) years, paraplegia level (53.1%) and AIS A lesions (38.5%) (p < 0.05). Non-traumatic injuries have a better functional prognosis. Sphincter control and locomotion have worse functionality. **Conclusion:** there is a predominance of traumatic, paraplegic, complete injuries in young adult male individuals, with a predominance of sphincter dysfunctions, muscle strength and locomotion.

Keywords: Spinal Cord Injury. Etiology. Functionality.

INTRODUÇÃO

A lesão medular (LM) caracteriza-se como uma injúria às estruturas contidas no canal medular (medula, cone medular e cauda equina), pode ser de origem traumática e não traumática. Essas lesões levam a diversos graus de déficits sensoriais, motores, disfunção autonômica e esfinteriana, abaixo do nível da lesão, o que gera uma enorme repercussão física, psíquica e social, representando um problema de saúde pública.^{1,2,3}

A incidência das lesões traumáticas é bastante variada em diferentes países. Entretanto, ainda não é bem definida no Brasil, pois não há um sistema de notificações eficaz dos casos e pela escassez de estudos epidemiológicos significativos.^{4,5} Entretanto, observa-se predomínio em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária entre 15 e 40 anos, o que causa grande impacto socioeconômico por atingir pessoas em idade produtiva. No Brasil as principais etiologias são acidentes automobilísticos, queda de altura, acidente por mergulho em águas rasas e ferimentos por arma de fogo.^{4,5,6,7}

Com relação às lesões não traumáticas existem poucos dados referentes às suas especificidades, porém tem-se constatado uma tendência para o aumento da incidência, decorrentes do envelhecimento da população. Os dados demográficos demonstram tratar-se em geral de uma população menos jovem, com um maior número de comorbidades, de ambos os sexos, com predomínio de paraplegia e lesões neurológicas incompletas. Sendo mais prevalentes as de etiologia degenerativa, neoplásica, vascular, autoimune e infecciosa.⁸

A LM, por consequência direta ou indireta de sua etiologia, leva a diferentes alterações neurológicas temporárias ou permanentes, dos tipos completa ou incompleta, resultando em sequelas motoras e sensitivas com características de tetraplegias e paraplegias. A tetraplegia apresenta comprometimento dos quatro membros e ocorre após uma lesão cervical. Enquanto a paraplegia gera uma disfunção em tronco e nos membros inferiores, resultantes de lesões torácicas, lombares ou sacrais.^{9,10,11}

A avaliação e diagnóstico do nível e do tipo de lesão são realizados pela *American Spinal Injury Association* (ASIA) que desenvolveu a *ASIA Impairment Scale* (AIS), que permite uma caracterização do funcionamento sensitivo/motor e o tipo de lesão (completa ou incompleta) auxiliando na determinação do prognóstico e o estado atual dos pacientes.^{9,12}

As disfunções motoras, sensoriais e autonômicas da LM criam uma série de consequências sobre o funcionamento, sejam relacionadas às funções fisiológicas, mudanças estruturais no corpo ou dificuldades em realizar atividades e na restrição da participação.^{1,13} De acordo com Farias e Buchalla,¹³ pode-se identificar o que uma pessoa realiza ou não, ao considerar as funções dos órgãos ou dos sistemas, das estruturas do corpo, das limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa está inserida.

Com isso, Riberto et al.¹⁴ pontuam que muitos aspectos das atividades e participação podem ser avaliados em uma pessoa com LM, tais como precisão, forma e tempo para realizar um movimento. Para fazer uma avaliação específica da funcionalidade em indivíduos com LM tem-se, o *Core Set* resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para LM e a Medida da Independência da Medula Espinal versão três (SCIM III).

O *Core Set* resumido da CIF para LM descreve amplamente a funcionalidade de pessoas com esta condição de saúde e considera o papel dos fatores ambientais como barreiras ou facilitadores.¹⁵ Já a SCIM III é direcionada à capacidade de executar tarefas e aproxima-se de aspectos inerentes à LM.¹³

A LM produz grande impacto na vida da pessoa que se depara com esta nova situação. As alterações implicam na autoimagem e no reconhecimento da nova condição física. O paciente portador de LM atravessa um período de profundo aprendizado, no qual tem que lidar intensamente com suas limitações. Essas mudanças demandam readaptações físicas, emocionais e sociais, que determinam o surgimento de novos padrões de vida.⁷

A prevenção deste tipo de lesão exige a identificação das características dos indivíduos envolvidos, causas, níveis de lesão e deficiências, características pessoais e clínicas, além do conhecimento das situações nas quais o mesmo ocorreu, constituindo o ponto de partida para a estruturação de programas preventivos, pois a sua incidência pode variar de acordo com o local, fatores econômicos, sociais e o momento histórico.^{5,16}

Com relação ao processo de reabilitação, percebe-se que ainda não há tratamento efetivo para restaurar as funções perdidas pela medula comprometida. Isso determina que a reabilitação e readaptação dos pacientes, por meio de uma equipe interdisciplinar, se tornaram fase obrigatória do tratamento das sequelas da LM.^{3,5} Ao identificar os impactos funcionais gerados pelas diferentes etiologias (traumáticas e não traumáticas) poderá ser possível traçar um prognóstico funcional e embasar adequadamente a reabilitação e a readaptação.

Contudo, percebe-se uma escassez de estudos que realizem uma correlação direta entre a funcionalidade e as etiologias das LM. Esse trabalho tem como objetivo conhecer o perfil funcional dos pacientes com sequelas de LM e sua relação com as diferentes etiologias dos indivíduos tratados em um Centro de Reabilitação.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional analítico transversal, realizado no ambulatório Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER). Elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012, do Conselho

Nacional de Saúde), aprovado no comitê de ética do Centro de Excelência em Ensino, Pesquisa e Projetos “Leide das Neves Ferreira”, sob o parecer nº 2.788.599.

A amostra foi composta por paciente com LM, tratados no CRER, que tinham mais de 3 meses de lesão, que aceitaram participar da pesquisa e que realizaram todas as avaliações propostas no estudo. Foram excluídos pacientes em fase de choque medular, menores de 18 anos, com lesões por pressão extensa, com complicações tromboembólicas e hemodinâmicas, fatores que pudessem influenciar em sua funcionalidade no momento da avaliação.

Os participantes da pesquisa foram avaliados nas dependências do CRER nos meses de agosto a outubro de 2018. Após os devidos esclarecimentos, sobre a seleção e a anuência dos mesmos, foi preenchido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, aplicados, na forma de entrevista e avaliação, os instrumentos de coleta: questionário epidemiológico, AIS, *Core Set* resumido de LM da CIF e SCIM III.

O perfil epidemiológico dos pacientes foi avaliado através de um questionário composto pelos seguintes dados: nome, prontuário, data de nascimento, idade, sexo, etiologia da lesão, data da lesão ou início dos sintomas, comorbidades associadas, escolaridade, atividades remuneradas, prática de esporte, fonte de renda, renda do familiar e estado civil.

O nível e tipo de lesão foi classificado pela AIS, escala padronizada pela ASIA, para classificação de LM. Nela é realizada uma avaliação de sensibilidade tátil e dolorosa, em 28 dermatômos e da função motora de 10 pares de miótomos bilateral. O esfíncter anal externo também é examinado com a finalidade de se determinar se a lesão é completa ou incompleta, entre os limiares de A à E, com o qual: AIS A lesão medular completa e AIS B, C e D lesões incompletas e AIS E com função motora e sensorial normal.^{9,10,11,12}

Para avaliar de forma específica a funcionalidade de indivíduos com LM foi utilizada a SCIM III, que se trata de uma escala direcionada à capacidade de executar tarefas e aproxima-se dos aspectos inerentes à LM, podendo detectar melhorias em aspectos como respiração, habilidade para mudar a posição do corpo, andar, entre outras atividades específicas para essa população. A SCIM III é dividida em três subescalas suplementares: “Autocuidado” avalia seis tarefas e é pontuado de 0 a 20; “Respiração e controle do esfíncter” (pontuado de 0 a 40) com quatro tarefas; e “mobilidade” (pontuação de 0 a 40) com nove tarefas. O resultado final varia de 0 a 100, sendo o 0 (zero) relativo à pessoa mais dependente e 100 a mais independente.¹³

Por fim, para categorização do perfil funcional utilizou-se o *Core Set* resumido da CIF para LM e a SCIM III. O *Core Set* da CIF para lesão medular foi publicado para classificar amplamente a funcionalidade de pessoas com LM e também considera o papel dos fatores ambientais como barreiras ou facilitadores.^{13,15} O *Core Set* resumido da CIF para LM contém 25 categorias, dessas oito derivam de Funções do Corpo, três de Estruturas do Corpo, nove de Atividades e Participação e, cinco de Fatores Ambientais.¹⁵

A CIF é quantificada através da mesma escala genérica: 0 (zero) não há problema; 1 (um) problema leve; 2 (dois) problema moderado; 3 (três) problema grave; 4 (quatro) problema completo; 8 (oito) não especificado e 9 (nove) não aplicável. O problema pode significar uma deficiência, limitação, restrição ou barreira, dependendo do objetivo. No caso dos fatores ambientais, este primeiro qualificador pode ser utilizado para indicar a extensão dos efeitos positivos (facilitadores), ou negativos (barreiras), utilizando a mesma escala 0-4, mas para os facilitadores utiliza-se um sinal +: por exemplo, e110+2.¹⁷

Após coletados, os dados foram organizados uma planilha eletrônica do *Excel*® e tratados pelo *Software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 23.0). Foram realizados testes de normalidade e as variáveis consideradas normais apresentadas em médias com os referidos desvios padrão e os dados não paramétricos na forma de medianas com seus respectivos intervalos de confiança.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 65 participantes, com predomínio do sexo masculino (69,7%), idade média 37,75 ($\pm 15,14$) anos ($p < 0,05$). A maioria dos participantes apresentou renda média de 1 a 3 salários mínimos (54,6%), 78,8% pacientes não realizavam atividades remuneradas e 7,6% são estudantes. O nível de escolaridade mais frequente foi o ensino médio completo com 27,3%. 45,5% dos participantes são solteiros, 71,2% não praticam esportes, 21,2% são etilistas e 4,5% são tabagistas ($p < 0,05$). Os participantes dessa pesquisa apresentaram as seguintes comorbidades: disreflexia autonômica 18,2 %, dislipidemia 10,6%, pneumopatias 9,1% e depressão 7,6%.

A região da lesão mais predominante foi torácica com 47% dos participantes da amostra, seguido das lesões cervicais com 45,5% dos pacientes e as lesões lombares com 6,1%. No nível cervical com maior amostra foi C5, já o torácico foi T12, ambos com 15,2% da amostra cada ($p < 0,05$).

Com relação às etiologias, nas lesões traumáticas foram encontradas: Acidente automobilístico (21,2%), acidente motociclístico (16,7%), queda (10,6%), mergulho em água rasa (9,1%) e perfuração por arma de fogo (16,7%). E nas lesões não traumáticas as etiologias encontradas foram: doenças degenerativas (9,1%), neoplásicas (6,1%), doenças autoimunes (1,5%) e de causa infecciosa (7,6%). Fica demonstrado o predomínio das lesões traumáticas com 74,2% da amostra com $p = 0,020$ pelo teste de *qui-quadrado*.

A distribuição entre a etiologia e as regiões de LM, categorizado na **TABELA 1**, demonstra que os acidentes automobilísticos, Mergulho em Água Rasa (MAR) apresentaram predomínio de lesões cervicais. Causas autoimune e infecciosa também apresentaram prevalência de cervicais, no entanto, sua amostra foi pequena de um e três respectivamente, enquanto nos acidentes motociclísticos e Perfuração por Arma de Fogo (PAF) ocorreu o predomínio de lesões torácicas. Por fim nas lesões de etiologia como queda, doenças degenerativas da coluna e neoplasias a incidência foi igual em cervical e torácica.

TABELA 1 – Correlação entre etiologia e região de lesão.

Etiologias	Região de lesão								p
	Cervical (n=30)		Torácica (n=31)		Lombar (n=4)		Total (n=65)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Acidente Automobilístico	8	57,1	4	28,6	2	14,3	14	21,2	0,148*
Acidente Motociclístico	2	18,2	8	72,7	1	9,1	11	16,7	
Queda	3	42,9	3	42,9	1	14,3	7	10,6	
MAR	6	100	0	0	0	0	6	9,1	
PAF	2	18,2	9	81,8	0	0	11	16,7	
Degenerativas	3	50	3	50	0	0	6	9,1	
Neoplasias	2	50	2	50	0	0	4	6,1	
Autoimunes	1	100	0	0	0	0	1	1,5	
Infecciosas	3	60	2	40	0	0	5	7,6	

Legenda: * Teste *Qui-quadrado de Pearson*.

Com relação à classificação das lesões em completas e incompletas, a AIS A foi predominante com ocorrência de 38,5%, seguido de AIS C com 27,7%, AIS D com 20%, AIS B com 9,2% e, por fim, a menos prevalente AIS E com 4,6%. A SCIM III apresentou um *score* médio de 63,49(±23,74). Na correlação desses dois dados, a SCIM demonstrou-se com melhor *score* funcional em AIS D 84,31(±11,19), seguido de AIS E 79,33(±35,8), AIS C 73,17(±13,14), AIS A 48,32(±21,7) e AIS B 44,67(±19,08) com $p=0,000$ pelo teste de *Tau_b de Kendall*.

Outra correlação realizada foi entre as regiões de lesão, a AIS e a SCIM III. Pode-se perceber que a melhor funcionalidade e atribuída para lesões lombares com média de 80,25(±10,69), que apresentaram predomínio de AIS C (4,62%), seguida de lesões torácicas com 69,23±15,69, com predomínio de AIS A (23,08%) e lesões cervicais com 55,33(±28,89) com distribuição igual em AIS A e D (15,38%).

Ao realizar as correlações entre Etiologia e AIS percebeu-se significância estatística com $p=0,013$, demonstrando que nas lesões provocadas por acidente automobilístico, motociclísticos e PAF ocorrem com predomínio de AIS A. Já em lesões causadas por queda, doenças degenerativas, infecciosas e doenças autoimunes há a prevalência de AIS C. Nas LM provocadas por MAR ocorreu mesma distribuição em AIS B e D. As lesões de causas neoplásicas obtiveram predomínio de AIS D, como demonstrado na **TABELA 2**.

TABELA 2 – Correlação entre AIS e etiologias.

Etiologias	AIS					p
	A	B	C	D	E	
	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	
Acidente Automobilístico	35,7(5)	7,1(1)	21,4(3)	28,6(4)	7,1(1)	0,013*
Acidente Motociclístico	72,7(8)	9,1(1)	9,1(1)	9,1(1)	0(0)	
Queda	14,3(1)	0(0)	71,4(5)	0(0)	14,3(1)	
MAR	16,7(1)	33,3(2)	16,7(1)	33,3(2)	0(0)	
PAF	81,8(9)	0(0)	18,2(2)	0(0)	0(0)	
Degenerativas	16,7(1)	16,7(1)	33,3(2)	16,7(1)	16,7(1)	
Neoplasias	0(0)	25(1)	0(0)	75(3)	0(0)	
Autoimunes	0(0)	0(0)	100(1)	0(0)	0(0)	
Infecciosas	0(0)	0(0)	60(3)	40(2)	0(0)	

Legenda: * Teste *Qui-quadrado de Pearson*.

A análise da correlação dos domínios da SCIM III com a etiologia pode ser observada na **TABELA 3**. Nas subescalas “autocuidado” e “sistema respiratório e esfíncteres” verifica-se que a etiologia queda apresenta o pior *score* funcional com média de $11,83 \pm 7,14$ e $23,83 \pm 9,62$ respectivamente. Ao observar a “mobilidade” desses pacientes verifica-se que em todas as etiologias essa função está prejudicada, com o pior *score* funcional atribuído pra PAF com média de $14,27 \pm 8,45$ ($p < 0,05$). Por fim, o *score* total da SCIM III foi pior em MAR ($49,83 \pm 24,86$), contudo, o *score* total não apresentou uma relação estatisticamente significativa com as etiologias ($p > 0,05$).

O perfil funcional da amostra, baseado no *Core Set* resumido da CIF encontra-se relatado nas **FIGURAS 1 e 2**.

TABELA 3 – Correlação entre SCIM III e etiologia.

Rev	SCIM III								
	Etiologia	%	Autocuidado		Sistema respiratório esfincteres		Mobilidade		Total
			(n)	Média (±DP)	p	Média (±DP)	p	Média (±DP)	p
Acidente Automobilístico	21,5	13,36		27,29		19,43		60,07	
	(14)	(±7,92)		(±9,55)		(±15,18)		(±31,29)	
Acidente Motociclístico	16,9	17,18		32,27		19,18		69	
	(11)	(±4,94)		(±5,14)		(±7,91)		(±15,18)	
Queda	10,8	18,14		32,43		25,71		76,29	
	(7)	(±2,8)		(±8,72)		(±9,41)		(±17,19)	
MAR	9,2	11,83		23,83		20,83		49,83	
	(6)	(±7,14)		(±9,62)		(±22,6)		(±24,86)	
PAF	16,9	13,36	0,000*	29,36	0,005*	14,27	0,032*	57	0,387**
	(11)	(±7,13)		(±8,31)		(±8,45)		(±22,78)	
Degenerativas	9,2	13,5		30,67		20,50		54,67	
	(6)	(±8,43)		(±9,79)		(±15,98)		(±29,23)	
Neoplasias	6,2	18,25		33,5		24,75		76,5	
	(4)	(±1,5)		(±10,38)		(±11,5)		(±21,06)	
Autoimunes	1,5	12		37		19		68	
	(1)								
Infeciosas	7,7	16,8		33,6		22,6		73	
	(5)	(±3,96)		(±5,6)		(±8,79)		(±11,68)	
Total	100	14,94	0,000*	30,05	0,005*	19,98	0,032*	63,49	0,387**
	(65)	(±6,4)		(±8,46)		(±12,58)		(±23,74)	

Legenda: *Teste *Qui-quadrado* **Teste *Anova*.

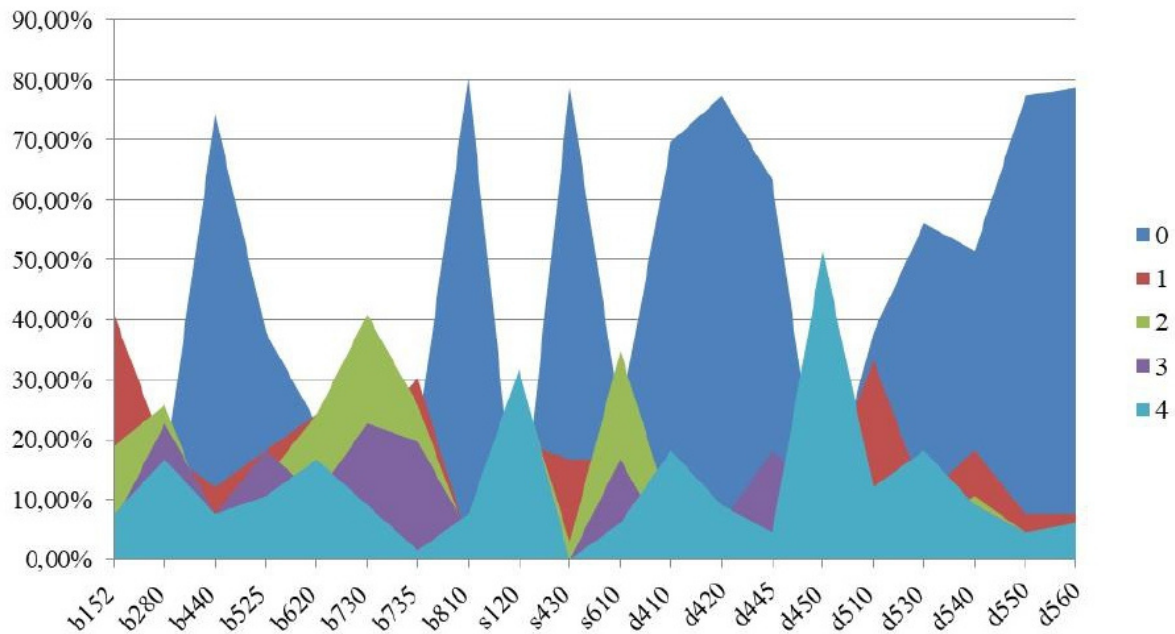
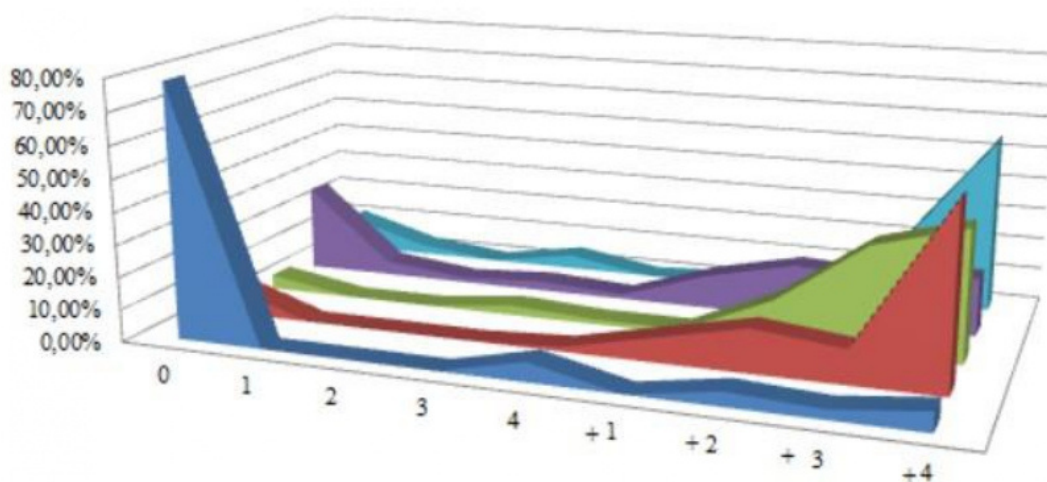


FIGURA 1 – Core Set resumido da CIF para LM: Funções do Corpo, Estruturas do Corpo e Atividades e Participação.

* $p < 0,05$ no Teste Qui-quadrado

b152 - Funções emocionais; b280- Sensação de dor; b440- Funções da respiração; b525- Funções de defecação; b620- Funções urinárias; b730- Funções relacionadas à força muscular; b735- Funções relacionadas ao tônus muscular; b810- Funções protetoras da pele; s120- Medula espinhal e estruturas relacionadas; s430- Estrutura do aparelho respiratório; s610- Estrutura do aparelho urinário; d410- Mudar de posição básica do corpo; d420- Transferir a própria posição; d445- Uso da mão e do braço; d450- Andar; d510- Lavar-se; d530- Cuidados relacionados aos processos de excreção; d540- Vestir-se; d550- Comer; d560- Beber.



	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4
e115	78,80%	0%	0%	0%	6,10%	0%	4,50%	3%	6,10%
e120	9,10%	0%	0%	0%	1,50%	7,60%	13,60%	10,60%	56,10%
e310	4,50%	0%	0%	3%	1,50%	1,50%	13,60%	33,30%	40,90%
e340	27,30%	4,50%	1,50%	3%	1,50%	10,60%	16,70%	15,20%	18,20%
e355	10,60%	3%	0%	4,50%	0%	1,50%	4,50%	19,70%	54,50%

FIGURA 2 – Core Set resumido da CIF para LM: Fatores Ambientais.

* $p = 0,000$ no Teste Qui-quadrado

e115 - Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária; e120 - Produtos e tecnologias para mobilidade e transporte pessoal em ambientes interno e externo; e310 - Família próxima; e340 - Cuidadores e assistentes pessoais; e355 - Profissionais de saúde.

Quanto às “funções de respiração” (b440), às “estruturas do aparelho respiratório” (s430), às “funções protetoras da pele” (b810) e às “funções de defecação” (b525) dos pacientes avaliados, não apresentaram alterações funcionais, com predomínio do descritor 0 em, 74,2%, 78,8%, 80,3% e 37,9% respectivamente. As funções do corpo “b152” (Funções emocionais) e “b735” (Funções relacionadas ao tônus muscular) apresentaram um problema leve para 40,9% e 30,3% dos casos respectivamente ($p < 0,05$).

Já as “estruturas do aparelho urinário” (s610) 34,8% e “estrutura da medula espinhal e estruturas relacionadas” (s120) 31,8% apresentaram disfunção moderado e completa respectivamente. Com 40,9% as “funções relacionadas à força muscular” (b730) apresentam um problema moderado. Enquanto, as “funções sensações de dor” (b280) e “Funções urinárias” (b620) ficaram bem distribuídas em todos os descritores, e não obtiveram correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

As atividades e participação que determinam a independência desses indivíduos tais como: “mudar de posição básica do corpo” (d410) com 69,7%, “transferir a própria posição” (d420) com 77,3%, “uso da mão e do braço” (d445) com 63,3%, “lavar-se” (d510) com 37,9%; “cuidados relacionados aos processos de excreção” (d530) com 56,1%; “vestir-se” (d540) com 51,5%; “comer” (d550) com 77,3% e “beber” (d560) com 78,8%, não apresentaram disfunção. Entretanto, o “andar” (d450) demonstrou uma disfunção completa com 51,5% ($p < 0,05$).

Na descrição dos fatores ambientais, pode se perceber que a maioria da amostra não necessitava de “produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária” (e115) 78,8%, em contraponto a maioria necessitava de “produtos e tecnologias para mobilidade e transporte pessoal em ambientes interno e externo” (e120) 56,1%. Em relação à “família próxima” (e310) 40,9% caracterizaram com facilitador total, e 27,3% não possuíam “cuidadores e assistentes pessoais” (e340). Os “profissionais de saúde” (e355) também foram caracterizados em sua maioria com facilitadores com 54,5%.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos nesse estudo demonstram que os 65 pacientes possuem um perfil epidemiológico caracterizado por predomínio de homens jovens. Pode-se observar também, prevalência de lesões traumáticas completas, o que demonstra um maior comprometimento funcional para essa população, com maiores restrições funcionais no que diz respeito às estruturas esfínterianas, à força muscular e à locomoção.

Corroborando com aos dados descritos na literatura, o perfil desses pacientes atestou o predomínio de LM em indivíduos do sexo masculino, com idade produtiva, com lesões de origem traumática, ao nível paraplégico e com lesões completas.^{1,2,5,4,11,19}

Com relação ao nível de lesão, de forma específica, o presente estudo verificou predomínio de lesões

torácicas, corroborando com os dados de Custodio et al.⁵ que relatou, para as LM traumáticas, maior incidência nas regiões cervicais e de transição toracolombar, com tudo predominando as lesões torácicas.^{5,19} Enquanto nas lesões não traumáticas, Almeida et al.⁸ descrevem uma relação de paraplegia mais evidente do que a tetraplegia, mas no presente estudo não foi evidenciado essa prevalência. Observa-se maior incidência de cervicais, porém a representação da amostra de lesões não traumáticas desse estudo é pequena para fazer essa determinação.

Para a discriminação do tipo de lesão, completa ou incompleta, verifica-se prevalência de lesões completas, ou seja, AIS A.^{18,19,20} Principalmente em etiologias traumáticas provocadas por acidente automobilístico, motociclístico e PAF.^{1,10,18} Isso pode ser justificado pela fisiopatologia do trauma, que ocorre em dois momentos: lesão primária e lesão secundária. A lesão primária é do tipo compressivo contusivo, que leva ao deslocamento, fratura e mutilação dos elementos da coluna vertebral. E a lesão secundária é ocasionada por fatores vasculares, celulares e moleculares depois da lesão.²¹ Em contrapartida, ao se descrever as lesões não traumáticas percebe-se predomínio de lesões incompletas AIS C e AIS D,⁸ nas principais etiologias (degenerativas, neoplásicas e infecciosas)^{1,8,18} por apresentarem um evento estressor inespecífico e único.

Percebe-se de forma geral que em presença de lesões completas e com níveis cervicais os *scores* funcionais da SICM III são piores, quando comparados às lesões incompletas e com níveis torácicos e lombares. Com isso, pode-se descrever um prognóstico funcional para estes pacientes através da utilização da AIS, que determina tipo e nível de lesão.

Quando analisada a etiologia com os domínios da SCIM III, pode-se perceber que as etiologias neoplásicas e infecciosas apresentaram melhor pontuação em “autocuidado” e “sistema respiratório e esfínteres” respectivamente. No que diz respeito à “mobilidade” toda a amostra se apresentou com restrições nessa atividade, com pior funcionalidade atribuída a PAF. No entanto, o *score* total da escala não apresentou uma correlação estatisticamente significativa com as etiologias. Com possível justificativa pela falta de representatividade da amostra.

Sendo assim, infere-se que nas lesões traumáticas, que obtiveram mais lesões completas, os indivíduos possuem uma maior incapacidade funcional, trazendo restrições à participação desses indivíduos. Entretanto o contrário é válido para as lesões não traumáticas, pois possuem mais lesões incompletas, ou seja, *scores* funcionais melhores.^{18,22}

O perfil funcional e as principais restrições de atividade e participação dos pacientes com LM, foram classificadas pelo *Core Set* resumido da CIF. Para Vall et al.²³ essa aplicação da CIF em indivíduos com lesão medular demonstrou uma série de incapacidades e limitações relacionadas às funções corporais, estruturas do corpo atividades e participação e fatores ambientais. Tais dados discordam dos dados encontrados nesta pesquisa que demonstraram que as maiorias das categorias do *Core Set* da CIF não

apresentaram disfunções importantes, exceto em “funções emocionais” (b152); “funções relacionadas ao tônus muscular” (b735); “funções relacionadas à força muscular” (b730); “estrutura do aparelho urinário” (s610); “estrutura da medula espinhal e estruturas relacionadas” (s120) e “andar” (d450).

No que diz respeito às “funções emocionais” os indivíduos desta pesquisa apresentaram, em sua maioria, um problema leve, levando em consideração que 7,6% dessa amostra são de depressivos. Ao considerar esse fato, Borges et al.²⁴ relataram que a LM é caracterizada pela perda da integridade física e mudanças da imagem corporal, o que pode levar à desestruturação psíquica.

As “funções relacionadas ao tônus muscular” se mostraram com uma leve disfunção, ou seja, a intensidade da espasticidade, assim como a frequência dos automatismos, nesta população, não gerou incapacidade ou dificuldades na realização das atividades de vida diária como as transferências, troca do vestuário e o posicionamento.¹

No entanto, a “função relacionada à força muscular” demonstrou um problema moderado. Nunciato et al.²⁵ descreve que a funcionalidade está associada diretamente com o pico de torque muscular, ou seja, quanto melhor a força muscular melhor o desempenho e independência desses indivíduos.

Com relação, às “estruturas do aparelho urinário” e “estruturas da medula espinhal” este estudo apresentou disfunções moderadas e completas respectivamente, justificado pela maior prevalência de AIS A, que se caracteriza pela ausência dos controles esfínterianos e secção completa da medula.^{9,10,11}

Na atividade e participação “andar” ocorreu um predomínio de disfunções completas, caracterizado pela amostra que possuía um percentual maior de indivíduos com LM do tipo paraplegia completa. Esse fato também confirmou o achado da SCIM III que demonstra um score baixo no domínio de “mobilidade”. Dessa forma a maioria da amostra necessitava dos fatores ambientais “produtos e tecnologias para mobilidade e transporte pessoal em ambientes interno e externo”, caracterizados como facilitadores completos.

As relações sócias podem possuir um caráter facilitador completo ou barreira. “Família próxima” e “profissionais da saúde”, são descritos neste estudo como facilitadores completos, o que pode denotar a dependência direta dos indivíduos do ciclo familiar e de cuidados comprometendo sua independência. Contudo sabe-se, que uma boa rede do apoio pode ajudar o paciente a estabelecer estratégias de enfrentamento, especialmente o apoio familiar e o companheirismo das amizades.⁹

Deste modo acredita-se que dentro do diagnóstico funcional a LM apresenta maiores restrições de atividade e participação no que diz respeito à estrutura esfínteriana, a força muscular e a locomoção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento da epidemiologia de LM é importante não só para o planejamento de recursos, mas também para o tratamento, a reabilitação e a readaptação dos pacientes. Embora este estudo não

compreenda uma representação da epidemiologia e todas as lesões, por estar restrito a uma única instituição, observa-se uma consonância com a literatura no que diz respeito ao predomínio de lesões traumáticas, do tipo paraplégico, de secção completa, em indivíduos adultos jovens do sexo masculino, com predomínio de disfunções esfinterianas, de força muscular e de locomoção, sendo necessária a utilização de dispositivos de locomoção.

Pode se observar também que as lesões não traumáticas possuem um prognóstico funcional melhor em comparação com as lesões traumáticas. Contudo fazem-se necessários mais estudos para confirmar este achado.

Por fim, sugere-se que as condutas e protocolos terapêuticos, de reabilitação e readaptação, levem em consideração a correlação entre etiologia e funcionalidade, no sentido de nortear suas práticas e torná-las mais eficientes e direcionadas para o incremento da funcionalidade ajustada ao potencial de cada paciente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf.
2. Santos TSC, Guimarães RM, Boeira SF. Epidemiologia do trauma raquimedular em emergências públicas no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery*. 2012;16(4):747-753. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400015>.
3. Gross-Hemmi MH, Post MWM, Ehrmann C, Fekete C, Hasnan N, Middleton JW, et al. Study Protocol of the International Spinal Cord Injury (InSCI) Community Survey. *Am J Phys Med Rehabil*. 2017;96(2 Suppl 1):S23-S34. DOI: <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000647>.
4. Passos ROP, Pereira CU, Santos ACL, Santos JÁ, Sousa AH. Epidemiologia do Traumatismo Raquimedular em Idosos. *J Bras Neurocirurg*. 2013; 24(4):300-35. DOI: <https://doi.org/10.22290/jbnc.v24i4.1447>.
5. Custódio NRO, Carneiro MR, Feres CC, Lima GHS, Jubé MRR, Watanabe LE, et al. Lesão medular no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER- GO). *Coluna/Columna*. 2009;8(3):265-268. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1808-18512009000300005>.
6. Costa RC, Caliri MHL, Costa LS, Gamba MA. Fatores associados à ocorrência de úlcera por pressão em lesados medulares. *Rev Neurocienc*. 2013;21(1):60-68. DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2013.v21.8206>.
7. Schoeller SD, Bitencourt RN, Leopardi MT, Pires DP, Zanini MTB. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. *Rev. eletrônica enferm*. 2012;14(1):95-103.
8. Almeida C, Ferreira A, Faria F. Lesões medulares não traumáticas: Caracterização da população de um Centro de Reabilitação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. 2011;20(1):34-37. DOI: <https://dx.doi.org/10.25759/spmfr.5>.
9. American Spinal Injury Association. International standards for neurological classification of spinal cord injury. Atlanta (US): American Spinal Injury Association; 2011. Disponível em: http://www.asia-spinalinjury.org/publications/59544_sc_Exam_Sheet_r4.pdf.

10. França ISX, Coura AS, França EG, Basílio NNV, Souto RQ. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011;45(6):1364-1371. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600013>.
11. Freitas DMO. Trauma raquimedular: epidemiologia e implicações decorrentes desta patologia. *Caderno Saúde e Desenvolvimento.* 2016;9(5):45-59.
12. Neves MAO, Mello AO, Antonioli MP, Souza R, Freitas MRG. Escalas clínicas e funcionais no gerenciamento de indivíduos com Lesões Traumáticas da Medula Espinhal. *Rev Neurocienc.* 2007; 15(3):234-239. DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2007.v15.8693>.
13. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):187-193. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.
14. Riberto M, Tavares DA, Rimoli JRJ, Castineira CP, Dias RV, Franzoi AC, et al. Validation of the Brazilian version of the Spinal Cord Independence Measure III. *Arq Neuropsiquiatr.* 2014;72(6):439-444. DOI: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20140066>.
15. Viana PC. Validação do instrumento baseado no core set resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para indivíduos com lesão medular aguda traumática. Dissertação de mestrado da Universidade de São Paulo, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.11606/D.22.2016.tde-08032016-151059>.
16. Joseph C, Delcarne A, Vlok I, Wahman K, Phillips J, Nilsson Wikmar L. Incidence and aetiology of traumatic spinal cord injury in Cape Town, South Africa: a prospective, population-based study. *Spinal Cord.* 2015;53(9):692-696. DOI: <https://dx.doi.org/10.1038/sc.2015.51>.
17. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.
18. Equebal A, Anwer S, Kumar R. The prevalence and impact of age and gender on rehabilitation outcomes in spinal cord injury in India: a retrospective pilot study. *Spinal Cord.* 2013;51:409-412. DOI: <https://dx.doi.org/10.1038/sc.2013.5>.
19. Cieza A, Kirchberger I, Biering-Sørensen F, Baumberger M, Charlifue S, Post MW, et al. ICF core sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. *Spinal Cord.* 2010;48(4):305-312. DOI: <https://dx.doi.org/10.1038/sc.2009.183>.
20. Karamouzian S, Saeed A, Ashraf-Ganjouei K, Ebrahiminejad A, Dehghani MR, Asadi AR. The neurological outcome of spinal cord injured victims of the Bam earthquake, Kerman, Iran. *Archives of Iranian medicine.* 2010;13(4):351-4. PMID: 20597570.
21. Nunes DM, Morais CR, Ferreira CG. Fisiopatologia da lesão medular: uma revisão sobre os aspectos evolutivos da doença. *Getec.* 2017;6(13):87-103
22. Scivoletto G, Bonavita J, Torre M, Baroncini I, Tiberti S, Maietti E, et al. Observational study of the effectiveness of spinal cord injury rehabilitation using the Spinal Cord Injury-Ability Realization Measurement Index. *Spinal cord.* 2016;54(6):467-72. DOI: <https://dx.doi.org/10.1038/sc.2015.153>.
23. Vall J, Costa CMDC, Pereira LF, Friesen TT. Application of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in individuals with spinal cord injury. *Arquivos de neuro-psiquiatria.* 2011;69(3):513-518. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2011000400020>.
24. Borjes AMF, Brignol P, Schoeller SD, Bonetti A. Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(3):119-125. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300016>.
25. Nunciato AC, Pastrelo D, Leite RD, Prestes J, Medalha CC. Treinamento de força e treinamento funcional em adolescente lesado medular - Relato de caso. *ConScientiae Saúde.* 2009;8(2):281-288. DOI: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v8i2.1644>.

FATORES AMBIENTAIS: SUA IMPORTÂNCIA AO LONGO DA VIDA EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ENVIRONMENTAL FACTORS: YOUR IMPORTANCE THROUGHOUT LIFE IN PEOPLE WITH IMPAIRMENTS

Dornelas LF ¹

¹Doutora em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: lilian.dornelas@ufms.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3391228899982218>.

Correspondência: Lilian de Fátima Dornelas. Endereço: Avenida Costa e Silva, s/nº INISA/UFMS, bairro: Universitário, CEP: 79070900 – Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Recebido: 18/03/2021

Aceito: 28/04/2021

INTRODUÇÃO

O envolvimento em diferentes áreas da vida, como escola, família, trabalho e comunidade é vital para o bem-estar e a identidade de um indivíduo, além de promover a participação e a autonomia. Enquanto a participação é influenciada por diferentes aspectos da saúde, a autonomia inclui o direito de participar na tomada de decisões que dizem respeito à saúde.¹

Vários fatores podem estar relacionados na participação e autonomia como o grau de capacidade física, o nível de independência nas atividades da vida diária, relações sociais e saúde psicoemocional.^{2,3} Em contrapartida, experiências negativas envolvem restrições às atividades na vida familiar, ao ar livre, de convivência com amigos da escola, da comunidade, ocupacionais, tarefas que englobam papéis familiares e a capacidade de ajudar outras pessoas.⁴

As evidências sugerem que as pessoas com deficiência são mais propensas a experimentarem restrições de participação e autonomia como menor acesso à educação de qualidade, menos chances de conseguirem empregos, taxas mais elevadas de pobreza, dificuldades de acesso a serviços de saúde e reabilitação e enfrentam barreiras da própria família, do que as pessoas sem deficiência.^{5,6,7} Entretanto, a promoção de facilitadores ambientais sociais, atitudinais e físicos buscam garantir a inclusão e a acessibilidade de todas as pessoas, equidade de acesso à educação, serviços de saúde, trabalho e outras atividades sociais, como recreação.⁸ Além disso, as pessoas com deficiência e suas famílias precisam estar ativamente envolvidas no processo e serem capazes de expressar suas necessidades e valores e ter a oportunidade de tomar decisões.^{9,10}

Dessa forma, percebe-se que o contexto em que a pessoa vive apresenta uma correlação quanto à participação e autonomia.¹ Assim, este texto visa explorar os fatores ambientais como informação

importante a ser investigada no manejo com pessoas com deficiência, uma vez que, o ambiente pode ser tanto um potencializador de um problema, quanto um facilitador para a promoção da participação e autonomia.^{11,12}

DESENVOLVIMENTO

Por muitas décadas, o modelo centrado na doença voltado para atender os indivíduos quanto as consequências, foi utilizado como modelo de atenção à saúde. No entanto, com a publicação e aprovação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela *World Health Organization* (WHO) em 2001,¹³ (traduzida para o português em 2003¹⁴ e a versão para crianças e jovens em 2015), esta visão transformou-se, onde a CIF passa então a pressupor um modelo multidirecional e dinâmico, que integra os modelos biomédico e social e os amplia, ao considerar a complexidade do que constitui a saúde.¹⁴

Nesse modelo, os domínios da saúde interagem de forma complexa e multidirecional, conforme mostra a **FIGURA 1**:

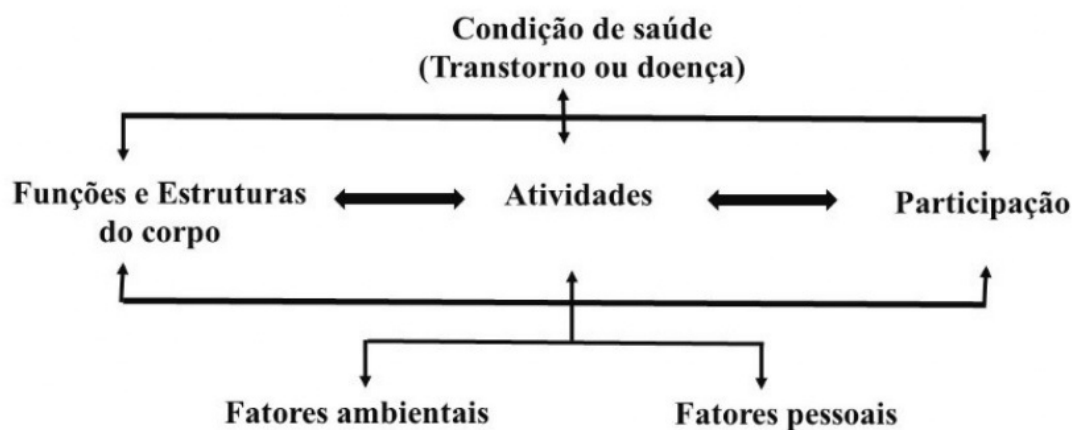


FIGURA 1 – Modelo dinâmico da CIF.

Fonte: OMS, 2003, p. 20.

Esta abordagem ficou conhecida como modelo biopsicossocial, em que a funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas e os domínios são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade: estrutura/função do corpo, atividade e participação. Além disso, a CIF relaciona os fatores ambientais que interagem com os componentes de saúde.¹⁴ Embora os fatores ambientais não façam parte do espectro funcionalidade e incapacidade, eles são considerados um componente complementar, que assume posição de protagonista na influência sobre o estado de funcionalidade/incapacidade.^{15,16,17}

As pessoas com deficiência têm experiências ao longo da vida que podem apresentar alterações de

sua funcionalidade relacionadas ao contexto que vive. Neste espectro, crianças com deficiência podem apresentar diferenças em relação aos adultos com deficiência, conforme é mostrado na **TABELA 1**.

TABELA 1 – Exemplos de fatores contextuais de crianças e adultos com deficiência.

Fatores contextuais	
Crianças com deficiência	Adultos com deficiência
Idade	Idade
Comunicação	Cognição
Mobilidade	Independência
Comportamento adaptativo	Autoeficácia
Diversão	Relações sociais
Preferências da criança	Tempo da condição de saúde
Comportamento adaptativo	Condições emocionais
Escola	Nível de escolaridade
Atitudes dos pais	Emprego/renda
Amigos	Atitudes dos familiares

Assim, as particularidades de cada ciclo de vida devem ser levadas em consideração, uma vez que, os indivíduos estão em contínua mudança e adaptação. Além disso, uma criança com deficiência pode enfrentar barreiras que, se não trabalhadas para otimizar sua funcionalidade, podem virar obstáculos quando ela se tornar adulta. Pesquisas^{18,19} indicam que as crianças apresentam maior funcionalidade quando desenvolvem habilidades, tornam-se independentes, formam relacionamentos por meio da participação e contam com facilitadores ambientais físicos, atitudinais e sociais.

A casa, escola e comunidade são exemplos de ambientes que compreendem o acesso à sociedade, permitindo envolvimento pessoal e socialmente significativo, satisfação pessoal na competência da atividade com outras pessoas e participação em papéis sociais.²⁰ A escola, por exemplo, reduz a sensação de isolamento, aumenta o funcionamento mental e físico e é um indicador de saúde e bem-estar, mas para acontecer este processo é preciso identificar as barreiras e os facilitadores neste ambiente.^{18,19,21}

No estudo feito no município de São Paulo com 31 escolas da zona leste, a fim de identificar as incapacidades que possam dificultar o processo de inclusão escolar, foi aplicado o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) nos cuidadores de crianças com disfunções neurológicas (deficiência física, global do desenvolvimento, múltiplas deficiências, Síndrome de Down e síndromes genéticas). Os autores identificaram coerência entre o desempenho e tipo de deficiências avaliadas, isto é, no autocuidado as crianças que tinham deficiência global do desenvolvimento e física foram as mais comprometidas, as com Síndrome de Down, e múltiplas deficiências foram menos favoráveis na função social, enquanto as

com deficiência física com maior prejuízo na mobilidade. Entretanto, a função social foi o domínio mais comprometido em todas as condições de saúde, demonstrando que independe do tipo de condição de saúde. Os autores concluíram que a escola possui as ferramentas da participação as quais promovem a socialização, mas são necessários a atenção e o cuidado para serem facilitadores de base para a formação da criança com deficiência.²¹

A recreação, as atividades ao ar livre, em grupo e a prática de esportes são também elementos que promovem engajamento social, incluindo os fatores benéficos de estrutura e função do corpo. Todavia, crianças com deficiência praticam menos atividade física em comparação com seus pares em desenvolvimento típico.²²

Estudos^{22,23} apontam que, razões para níveis mais baixos para a participação na atividade física envolvem não levar em conta as preferências das crianças, medo, atitudes negativas dos pais em relação à deficiência, falta de conhecimento e habilidades por parte dos profissionais que lidam com as crianças com deficiência, locais inadequados, falta de transporte, falta de programas e o alto custo. Já os potencializadores da participação das crianças com deficiência na atividade física envolvem o desejo da criança estar apta, motivada e ativa, o envolvimento com os colegas, o apoio familiar, locais próximos e acessíveis, oportunidades adaptáveis, prática de habilidades e o pessoal de esportes e da recreação qualificado e engajado.

Para o adulto com deficiência, o domínio emprego é o mais forte indicador de participação e autonomia. Sentir-se envolvido, útil e capaz de participar das atividades ocupacionais, faz com que o indivíduo se identifique como parte da sociedade.⁵ Shahin e colaboradores¹² realizaram uma revisão sistemática a fim de identificar dentre os fatores ambientais, quais eram os mais relevantes para a participação de jovens adultos em idades de 18 a 35 anos com deficiência intelectual para o mercado de trabalho. Os autores verificaram que de 31 estudos, 23 (77%) deles destacaram que, o fator ambiental tem um papel fundamental em facilitar ou dificultar um emprego e que o acesso a serviços inclusivos e flexíveis, a disponibilidade de tecnologia assistiva, o apoio social principalmente da família, amigos e colegas foram considerados os principais facilitadores, para promover a maior participação no trabalho dessas pessoas.

Moura-Jucá e colaboradores²⁴ realizaram um estudo sobre a taxa de retorno ao trabalho de indivíduos pós AVC e identificaram uma maior probabilidade para aqueles que ficaram fisicamente independentes dentro dos primeiros seis meses pós AVC, que tinham uma ocupação prévia, que não apresentavam sintomas depressivos e que eram provedores da casa. Os autores observaram que os preditores para o retorno ao trabalho envolvem uma perspectiva ampla, isto é, uma abordagem biopsicossocial.

Assim, os fatores contextuais devem estar entre os objetivos da reabilitação, mas não restritos ao processo de reabilitação. No estudo de Angell e colaboradores¹⁵ foi observado que as pessoas relataram que

a reabilitação não foi suficiente para apoiar sua plena participação na comunidade, pois vivenciaram situações de barreiras físicas, atitudinais e sociais que trouxeram desmotivação e restrição na participação, retornando para os centros de reabilitação. Esse movimento traz um ciclo vicioso no sistema de saúde, em que traz uma sobrecarga na assistência, não conseguindo atender todas as pessoas e suas demandas. Demandas estas, muitas vezes, relacionadas às barreiras ambientais sociais, atitudinais e físicas que precisam ser conhecidas e estudadas para ser desenvolvida diretriz específica, fortalecendo as políticas no ambiente que as pessoas estão inseridas.

Por fim, o olhar precisa estar ampliado, “ir além do que se vê” nas pessoas com deficiência. Os fatores ambientais sejam eles físicos, atitudinais ou sociais nos mostram que existe uma gama de possibilidades para fortalecer a funcionalidade e principalmente, facilitar a transição entre os ciclos de vida, sob o enfoque da promoção da participação e autonomia.²⁵

CONCLUSÃO

As pessoas com deficiência têm experiências ao longo da vida que podem apresentar alterações de sua funcionalidade relacionadas ao contexto que vive. Os fatores ambientais podem modificar ao longo do tempo e precisam ser elucidados em todas as fases da vida das pessoas com deficiência, para que elas possam estar mais próximas de suas realidades, desde o nível individual até os níveis da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Grills N, Hog M, Wong CPP, Allghh K, Sing LH, Soji F, et al. Disabled People's Organisations increase access to services and improve well-being: evidence from a cluster randomized trial in North India. *BMC Public Health*. 2020;20(145):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8192-0>.
2. Grills N, Hog M, Wong CPP, Allghh K, Sing LH, Soji F, et al. Access to services and barriers faced by people with disabilities: a quantitative survey. *Disability, CBR & Inclusive Development*. 2017;28(2):23-44. DOI: <https://doi.org/10.5463/dcid.v28i2.615>.
3. Mithen J, Aitken Z, Ziersch A, Kavanagh AM. Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. *Soc Sci Med*. 2015;126:26-35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.009>.
4. Kumaran K. Role of self-help groups in promoting inclusion and rights of persons with disabilities. *Disability, CBR & Inclusive Development*. 2011;22(2):105-113. DOI: <https://doi.org/10.5463/dcid.v22i2.78>.
5. Palstam A, Sjödin A, Sunnerhagen KS. Participation and autonomy five years after stroke: A longitudinal observational study. *PLoS ONE*. 2019;14(7):e0219513. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219513>.
6. Gadidi V, Katz-Leurer M, Carmeli E, Bornstein NM. Long-term outcome poststroke: predictors of activity limitation and participation restriction. *Arch phys med Rehabil*. 2011;92(11):1082-1088. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.06.014>.
7. Chau JP, Thompson DR, Twinn S, Chang AM, Woo J. Determinants of participation restriction among community dwelling stroke survivors: a path analysis. *BMC Neurology*. 2009;9:40-49. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2377-9-49>.

8. Pokryszko-Dragan A, Marschollek K, Chojko A, Karasek M, Kardys A, Marschollek P, et al. Social participation of patients with multiple sclerosis. *Adv Clin Exp Med*. 2020;29(4):469-473. DOI: <https://doi.org/10.17219/acem/115237>.
9. Lund ML, Fisher AG, Lexell J, Bernspang B. Impact on participation and autonomy questionnaire: internal scale validity of the Swedish version for use in people with spinal cord injury. *J Rehabil Med*. 2007;39(2):156-162. DOI: <https://doi.org/10.2340/16501977-0031>.
10. Larsson J, Björkdahl A, Esbjörnsson E, Sunnerhagen KS. Factors affecting participation after traumatic brain injury. *J Rehabil Med*. 2013;45(8):765-770. DOI: <https://doi.org/10.2340/16501977-1184>.
11. Chang FH, Coster WJ. Conceptualizing the Construct of Participation in Adults with Disabilities. *Arch. Phys. Med. Rehabil*. 2014;95:1791-1798. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.05.008>.
12. Shahin S, Heitzel M, Rezee BD, Ahmed S, Anaby D. Environmental Factors that Impact the Workplace Participation of Transition-Aged Young Adults with Brain-Based Disabilities: A coping Review. *Int. J. Environ Res Public Health*. 2020;17:23-28. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072378>.
13. World Health Organization. *International Classification of Functioning Disability and Health: ICF*. Geneva, Switzerland, 2001.
14. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. EDUSP 2003.
15. Angell AM, Goodman L, Heather R, McDonald KE, Kraus LE, Elms EHJ, et al. “Starting to live a life”: Understanding full participation for people with disabilities after institutionalization. *Am J Occup Therapy*. 2020;74(4):1-11. DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.038489>.
16. Jardim PM. Deficiência e Incapacidade: a importância do consenso na terminologia em saúde funcional. *Rev CIF Brasil*. 2020;12(1):06-15.
17. Martins AC, Araújo ES. Deficiência não é incapacidade: o que isso significa? *Rev CIF Brasil*. 2015;3(3):18-27.
18. Holloway JM, Long TM. The Interdependence of motor and social skill development: influence on participation. *Phys Ther*. 2019;99(6):761-770. DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz025>.
19. Van Der Ploeg HP, Van Der Beek AJ, Van Der Woude LH, Van Mechelen W. Physical activity for people with a disability: a conceptual model. *Sports Med*. 2004;34:639-649. DOI: <https://doi.org/10.2165/00007256-200434100-00002>.
20. Shields N, Synnot A. Perceived barriers and facilitators to participation in physical activity for children with disability: a qualitative study. *BMC Pediatrics*. 2016;16(9):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0544-7>.
21. Teles FM, Resegue R, Puccini R. Habilidades funcionais de crianças com deficiências em inclusão escolar – barreiras para uma inclusão efetiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(10):3023-3031. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000027>.
22. Damiano D, Forssberg H. International initiatives to improve the lives of children with developmental disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2019;61:1121-1126. DOI: <https://doi.org/10.1111/dmcn.14318>.
23. Wintels SC, Smits DW, Wesel FV, Verheijden J, Ketelaar M. PERRIN PiP Study Group. How do adolescents with cerebral palsy participate? Learning from their personal experiences. *Health Expect*. 2018; 21(6):1024-1034. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.12796>.
24. Moura-Jucá RVB, Neto PB, Teixeira-Salmela LF. Retorno ao trabalho de pacientes vítimas de acidente vascular encefálico: fatores preditores. Tese de doutorado em Ciências da Reabilitação, UFMG, 2019.
25. Imms C, Granlund M, Wilson PH, Steenbergen B, Rosenbaum PL, MMS, Gordon AM. Participation, both a means and na end: a conceptual analysis of processes and outcomes in childhood disability. *DevMed Child Neurol*. 2017;59(1):16-25. DOI: <https://doi.org/10.1111/dmcn.13237>.

USO DA CIF NA ÁREA DE AUDIOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH IN
AUDIOLOGY

Paiva SF¹, Dória LES², Santos LC³, Santos TA⁴, Vieira GSP⁵.

¹Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Docente na Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe, Brasil. E-mail: spaivafono@academico.ufs.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8004238855478961>.

²Acadêmica em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe, Brasil. E-mail: leedooria@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3071899605813547>.

³Acadêmica em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe, Brasil. E-mail: laryssapixton@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4558884134617583>.

⁴Acadêmica em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe, Brasil. E-mail: thaynarasantos152@yahoo.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1663864126918614>.

⁵Acadêmica em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe, Brasil. E-mail: greicyvieira17@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6559481025640021>.

Correspondência: Scheila Farias de Paiva. Endereço: Av. Gov. Marcelo Déda, São José, Lagarto, Sergipe, Brasil, CEP: 49400-000. E-mail: spaivafono@academico.ufs.br.

Recebido: 18/03/2021

Aceito: 29/04/2021

RESUMO

Introdução: A CIF é uma ferramenta importante, que viabiliza a obtenção do perfil funcional, melhor escolha dos instrumentos de avaliação e a mensuração da incapacidade decorrente dos distúrbios auditivos e vestibulares. **Objetivo:** Apresentar estudos sobre a utilização da CIF no campo da Fonoaudiologia aplicada a área de audiolgia. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados eletrônicas BVS, Scielo, Lilacs e Medline, com tratamento qualitativo dos dados, descrevendo as características e relevância de cada estudo para descrição das informações coletadas. **Resultados:** Dos artigos válidos, cinco apresentam o uso da CIF na Audiologia em geral, dois artigos abordam a CIF no diagnóstico audiológico e na correlação da capacidade funcional com o desenvolvimento auditivo na reabilitação. **Conclusão:** Pode-se inferir que o uso da CIF revela-se viável na atuação do Fonoaudiólogo na área de audiolgia e possibilita um olhar mais amplo para o tratamento tanto na área de audição quanto equilíbrio.

Palavras-chaves: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Fonoaudiologia. Audiologia.

ABSTRACT

Introduction: The ICF is an important instrument that makes possible to outline individuals' functioning profile, helps to better chose assessment instruments and provides a measurement of disabilities due to hearing and vestibular disorders. **Objective:** To present studies is use of ICF in the field of Speech Therapy applied to the audiology field. **Methodology:** Data was collected is electronic databases, such as BVS, Scielo, Lilacs and Medline, with qualitative treatment of the data. **Results:** From selected articles, total of 13, six of them were discarded due to duplicity; five, are related to the use of the ICF in Audiology; two, addressed this classification's description in Audiology; two, the audiological diagnosis, and one, the correlation between auditory functioning, auditory development and rehabilitation. **Conclusion:** ICF shows to be a great asset in the Audiology field, especially in the assessment and monitoring of auditory rehabilitation.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health. Speech Language and Hearing Sciences. Audiology.

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma classificação de saúde e dos domínios relacionados à mesma, que geralmente é aplicada por profissionais da área da saúde e de outras áreas a fins, com a finalidade de referenciar sua prática profissional. O objetivo geral da CIF é favorecer uma linguagem unificada e padronizada como um sistema de descrição da saúde e de estados concernentes à saúde, viabilizando a comparação de dados relacionados a essas condições entre países, serviços, setores de atenção à saúde, assim como o rastreamento da sua evolução no tempo.¹

Na Fonoaudiologia, a CIF contribui como norteadora das práticas referentes com os Distúrbios da Comunicação Humana. O uso da CIF em fonoaudiologia deve estar atrelado ao contexto clínico, já que os fatores biopsicossociais podem influenciar na relação de corpo e de qualidade de vida do indivíduo, o trabalho do fonoaudiólogo neste quesito é de agregar estes determinantes ambientais, sociais e econômicos ao serviço e ampliar a visão para todos os indivíduos abordados.²

Visto que a funcionalidade e a deficiência de uma pessoa ocorrem em uma conjuntura, a CIF também engloba uma relação de fatores ambientais.³ Os fatores contextuais são fatores ambientais e pessoais, foco central da classificação que se relaciona com seus impactos nas três dimensões das condições de saúde, sendo estas estrutura e função do corpo, atividade e participação social que compõem a primeira parte da CIF e para classificar a Funcionalidade e Incapacidade. A segunda parte, denominada Fatores Contextuais, é composta pelos Fatores Ambientais e Fatores Pessoais. Cada componente é especificado por um código alfanumérico identificados como ‘b’ para Funções do Corpo; ‘s’ para Estruturas do Corpo; ‘d’ para Atividades e Participação e, ‘e’ para Fatores Ambientais.^{1,4}

Embora a CIF seja um instrumento de classificação, os efeitos da perda auditiva e os resultados do tratamento, podem ser acompanhados por meio das categorias relacionadas aos níveis de comprometimento de funções e estruturas do corpo, atividade e participação. Dessa forma, a classificação pode auxiliar na organização e padronização das informações referentes ao perfil funcional e de qualidade de vida da pessoa com deficiência, especificamente a pessoa com deficiência auditiva.⁵

Na prática audiológica, a CIF viabiliza a obtenção do perfil de funcionalidade inicial do indivíduo, o acompanhamento da evolução dos mesmos, avaliação da abordagem terapêutica proposta e mensuração da incapacidade decorrente dos diferentes níveis de cada doença ou lesão, ou seja, permite o relacionamento das doenças à qualidade de vida do indivíduo. Quando estas adaptações são realizadas, busca-se que o indivíduo seja inserido na sociedade de forma que suas limitações não sejam o centro e sim o indivíduo na sua integralidade. O uso da CIF possibilita a coleta de dados e a utilização de critérios iguais, além da possibilidade de comparações internacionais.⁵

O objetivo desta pesquisa é verificar como ocorre o uso da CIF na prática clínica fonoaudiológica, em especial na área de audiologia apresentada na literatura científica entre o período de 2015 e 2021.

METODOLOGIA

A pesquisa se constitui-se uma revisão integrativa da literatura sobre o uso da CIF na área de Fonoaudiologia, mais especificamente na subárea denominada Audiologia, tendo como pergunta de investigação: “O que a literatura traz sobre a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na área da audiolgia nos últimos anos?”.

A busca foi realizada em março de 2021 nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e US National Library of Medicine National Institutes Health (PubMed).

Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” e “audiologia”, para a pesquisa também foi utilizado o operador booleano “AND”, com filtro para texto completo e para os idiomas português, inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra, publicados em revistas científicas nas línguas português, inglês ou espanhol entre o ano de 2015 e março de 2021, com temática principal a relação da CIF com a audiolgia, sem restrições para os anos de publicação. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, pesquisas realizadas com a CIF em outras subáreas da fonoaudiologia.

A seleção dos artigos foi feita seguindo as seguintes etapas: pesquisa nas bases de dados com a estratégia de busca descrita anteriormente, seleção do material publicado de acordo com os critérios de inclusão e exclusão através da leitura de título e resumo; aplicação dos critérios de inclusão e exclusão na leitura completa do material selecionado e, por fim, análise e processamento do material por meio de um protocolo previamente elaborado para categorização dos estudos em ano e tipo de publicação, objetivo, características metodológicas do estudo, população de estudo e resultados. Por fim, tabulação e descrição das informações coletadas e realizada análise crítica dos dados, afim de ponderar as características e relevância de cada estudo.

RESULTADOS

De acordo com os critérios já mencionados anteriormente, foram encontrados 10 artigos conforme apresentado na **FIGURA 1**, e a descrição das características metodológicas de cada estudo conforme **QUADRO 1**, respectivamente.

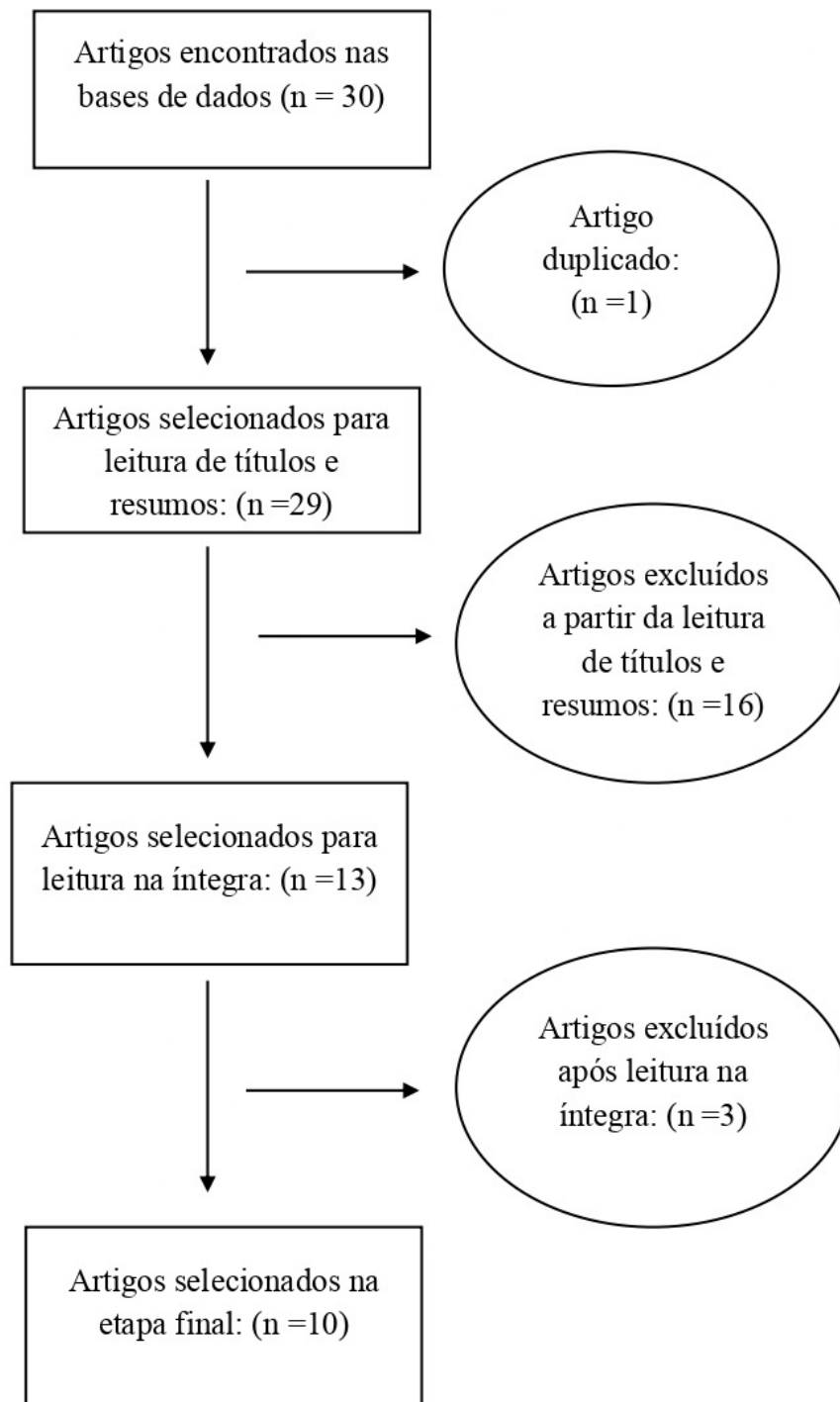


FIGURA 1 – Fluxograma de síntese da seleção de artigos para a revisão.

Autor (ano)	Local	Natureza do estudo	N= participante	Idade dos participantes	Contexto e Considerações
Bagatto MP, Moodie ST (2016) ⁶	Canadá	Estudo de caso.	1	2 anos.	Descreve a relevância do uso da CIF-CJ em programas de triagem auditiva, detecção e intervenção auditiva precoce.
English K, Pajevic E (2016) ⁷	Estados Unidos	Estudo de caso.	1	13 anos	Descreve como uma intervenção específica (planejamento de transição para adolescentes) pode ser documentada com a CIF-CJ.
Lind C, Meyer C, Young J. (2016) ⁸	Austrália	Revisão Narrativa	Não se aplica	Não se aplica	Descreve o uso da CIF e as implicações cotidianas de deficiência intelectual e deficiência auditiva, com particular respeito à avaliação da comunicação e opções de intervenção.
Meyer C, Grenness C, Scarinci N, Hickson L. (2016) ⁹	Austrália	Estudo de casos	2	Sem dados	Descreve a relevância e a aplicação da CIF à audiologia juntamente com exemplos clínicos de aplicação na avaliação e tratamento de crianças e adultos com perda auditiva.
Grenness C, Meyer C, Scarinci N, Ekberg K, Hickson L. (2016) ¹⁰	Austrália	Estudos de casos	1	82 anos	Apresenta a aplicação da CIF na avaliação e o tratamento audiológicos de um adulto idoso e compara as abordagens com e sem a estrutura da CIF.
Bernardi SA, Pupo AC, Trenché MCB, Barzaghi L (2017) ¹¹	Brasil	Codificação de instrumento de avaliação	13 (agentes de saúde) e 22 (crianças)	Entre 1 dia de vida aos 11 meses.	Correlaciona itens do “Questionário para monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem no primeiro ano de vida” ¹ com os códigos da CIF-CJ.

Continua...

¹ Alvarenga KF, Araújo ES, Melo TM, Martinez MAN, Bevilacqua MC. Questionário para monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem no primeiro ano de vida. CoDAS, 2013 [cited 2016 June 23];25(1):16-21.

Van Leeuwen LM, Pronk M, Merkus P, Goverts ST, Anema JR, Kramer SE. (2018) ¹²	Holanda	Desenvolvimento de Cores sets	22 (otorrinos e audiologistas) e 18 (indivíduos) Total: da amostra: 40	Variação da média de idade: de 31.6 a 52 (otorrinos e audiologistas) e 54.5 a 58 (indivíduos).	Desenvolve uma ferramenta baseada na CIF para Perda Auditiva, operacionalizando suas categorias para autorrelato do indivíduo. Identifica fatores facilitadores e barreiras para o uso dessa ferramenta na percepção dos profissionais de saúde auditiva e dos indivíduos.
Ranjan R, Bhat J, Vas Naik PEM. (2019) ¹³	Índia	Desenvolvimento de instrumentos de avaliação com base na CIF	36 participantes	18 a 60 anos	Descreve o desenvolvimento e validação de um questionário com base na CIF, para avaliar a qualidade de vida em indivíduos com vertigem ou tontura.
Van Leeuwen LM, Pronk M, Merkus P, Goverts ST, Terwee CB, Kramer SE (2020) ¹⁴	Holanda	Validação de Core Sets para deficiência auditiva	11 indivíduos	De 44 a 75 anos	Apresenta um relato da implementação e validação de uma ferramenta digital baseada na CIF, para avaliação de adultos com problemas auditivos e auditivos.
Wittich W, Granberg S, Wahlqvist M, Pichora-Fuller MK, Mäki-Torkko E (2021) ¹⁵	Canadá	Revisão de escopo	Não se aplica	Não se aplica	Apresenta e discute as variáveis que influenciam o uso de tecnologia assistiva da perspectiva de pessoas com surdocegueira, utilizando a estrutura da CIF para contextualizar os achados.

QUADRO 1 – Análise dos artigos selecionados.

Fonte: Scielo, LILACS, MEDLINE PubMed (2021).

Os resultados revelaram maior número de publicações em 2016 do que nos últimos quatro anos (**FIGURA 2**). Em relação aos países, a Austrália se destaca como o país com maior número de estudos neste sentido, contabilizando 3 (três) publicações em 2016; em segundo lugar o Canadá com 2 (dois) artigos, sendo 1 (um) em 2016 e outro em 2021, da mesma que a Holanda com 1 (um) artigo em 2018 e outro em 2020; em terceiro lugar os Estados Unidos em 2016, o Brasil com 1 (um) artigo em 2017 e a Índia no ano de 2019 respectivamente.

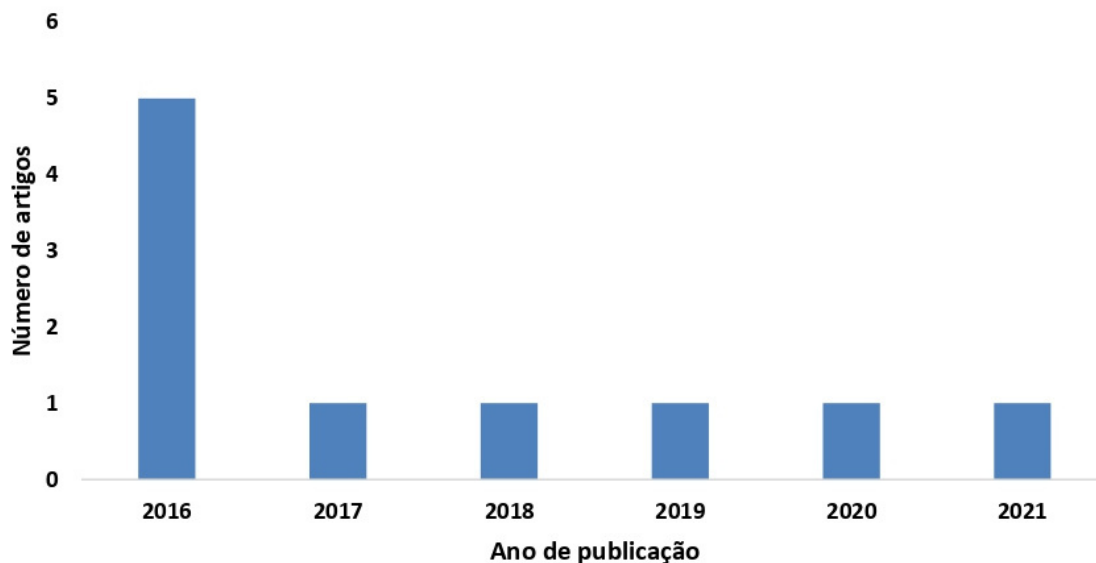


FIGURA 2 – Distribuição dos artigos sobre CIF na Audiologia do ano 2015-2021.

Em relação ao tipo de estudo a maioria encontrada é de natureza qualitativa distribuídas entre revisão de literatura sobre o tema, estudo de casos, desenvolvimento ou validação de *Core Sets*² e, codificação de itens ou ligação de instrumentos de avaliação ao conteúdo da CIF (**FIGURA 3**). O processo de construção de Core Sets tem sido muito utilizado para a obtenção de indicadores de funcionalidade em populações ou áreas de interesse específicas, desde que seguidas recomendações para da OMS para construção dos *Core Sets*.

De acordo com a análise dos dados, quanto ao tipo das publicações, percebe-se que a maior parte das publicações se divide em (a) adaptação de instrumentos de avaliação (4 artigos), (b) iniciativas apresentadas em forma de estudo de caso (4 artigos) e (c) a menor parte de revisão de literatura na área (2 artigos).

² Conjuntos de categorias da CIF que descrevem a funcionalidade de pessoas com determinadas condições de saúde.

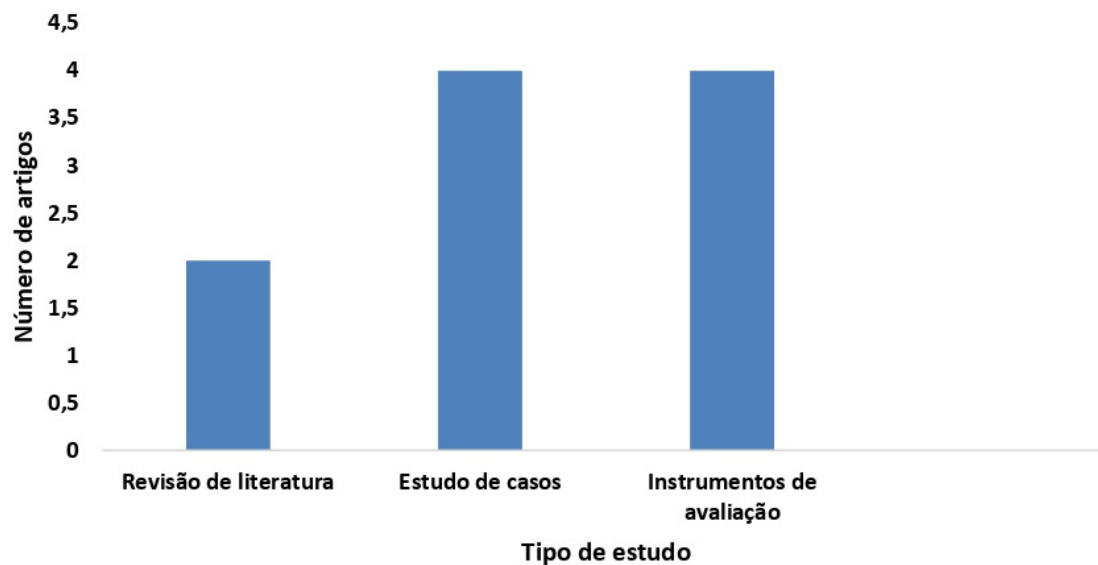


FIGURA 3 – Distribuição dos artigos por tipo de publicação (características metodológicas).

DISCUSSÃO DOS DADOS

Inicialmente, na análise dos dados fica evidente que Bernardi¹¹ utiliza a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) no serviço de triagem auditiva neonatal, para o registro e monitoramento do desenvolvimento da audição e da linguagem em crianças no primeiro ano de vida. Bagatto⁶ por sua vez, descreve a relevância da CIF-CJ para programas de triagem auditiva e oferece uma abordagem modificada, incluindo além dos aspectos auditivos, questões sobre a qualidade de vida e desenvolvimento humano ao longo do tempo, enquanto o de English⁷ descreve uma experiência de intervenção específica relacionada ao planejamento de transição para adolescentes documentada com a CIF-CJ.

Tendo em vista que a CIF-CJ é um instrumento que permite obter uma informação consistente e comparável internacionalmente sobre a experiência de saúde e de incapacidade, a colaboração destes estudos versam no sentido de subsidiar a abordagem da saúde preconizada pela OMS, exemplificado a viabilidade em relação a comparação de dados entre serviços, setores de atenção à saúde. Desta forma, apresenta-se como possibilidade, a CIF como ferramenta para o rastreamento e monitoramento da evolução de pacientes que pode ser acompanhada pelos profissionais em seus respectivos serviços de atenção à saúde auditiva ao longo de toda linha de cuidado, desde a idade mais tenra idade até o processo de transição para adolescência.^{1,7}

No estudo de Lind,⁸ o modelo da CIF foi aplicado para explorar as implicações cotidianas de pessoas com deficiência auditiva e deficiência cognitiva. Neste estudo a relevância e a aplicação da CIF à audiologia

são descritas e sugeridas para mensuração do impacto psicossocial da deficiência auditiva em situações comunicativas cotidianas que não são mensuradas em sua maioria durante os testes audiológicos convencionais no momento da avaliação e tratamento de crianças e adultos com perda auditiva. Os autores destacam que a manifestação mais significativamente de uma perda ou redução da competência na comunicação falada cotidiana ocorrem em sua maioria nos componentes de atividade e participação e consequentemente, nas limitações de atividades autorrelatadas e restrições de participação do indivíduo em situações cotidianas.

Além dos autores supracitados, Grenness¹⁰ também realizou o estudo da CIF de forma comparativa e demonstrou como a CIF pode ampliar o olhar terapêutico para além da deficiência, principalmente ao se considerar as atividades, participação e fatores contextuais essenciais para a pessoa com a deficiência auditiva e sua família. Ao apresentar o contraste das duas versões de avaliação (uma versão sem a CIF como norteadora e outra com a CIF) para um mesmo caso, os autores demonstram como a CIF pode auxiliar na organização e padronização das informações referentes ao perfil funcional e de qualidade de vida da pessoa com deficiência auditiva, ao considerar todos estes aspectos da vida efetivamente.⁵

Por fim, os quatro últimos estudos abordam as barreiras e os facilitadores que colaboram para o uso ou abandono de dispositivos de acordo com as perspectivas das pessoas que possuem deficiência auditiva e visual.^{12-14,15} Os autores apresentaram como determinadas intervenções podem possibilitar o uso efetivo dos dispositivos,¹⁵ a necessidade de aprimoramento do atendimento com os indivíduos nas áreas de otologia e audiologia,¹² como a operacionalização de uma ferramenta com base na CIF pode ser usada na prática de clínica em audiologia no que se refere à avaliação para adultos,¹⁴ bem como no desenvolvimento de um questionário para avaliação do impacto da tontura.¹³ Os facilitadores são parte fundamental na avaliação da funcionalidade de uma pessoa, pois a funcionalidade depende da relação do indivíduo com os fatores ambientais nos quais este encontra-se inserido³

Por fim, estudos de desenvolvimento de instrumentos ou validação de *Core Sets* e, codificação de itens ou ligação de instrumentos de avaliação ao conteúdo da CIF¹¹⁻¹⁴ tem sido muito utilizado como forma de aproximação do conteúdo da CIF no processo da quebra de paradigmas ou transição efetiva para a prática clínica de acordo com o modelo biopsicossocial. Destaca-se, no entanto a necessidade de cautela nesta utilização e a leitura das recomendações para da OMS para construção de *Core Sets*¹⁶ a fim de permitir a integração de suas diversas dimensões (biológica, individual e social) proporcionando uma linguagem comum e coerente quanto à condição de saúde e dos estados a que essa se relaciona.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, apesar do número reduzido de artigos, percebe-se quanto ao uso da CIF na audiologia, a literatura nos revela possibilidades e viabilidade de aplicação desta ferramenta nos mais

diversos contextos. Dentre os relatos estão contemplados serviços de triagem e monitoramento auditivo, acompanhamento do desenvolvimento auditivo e de linguagem através da capacitação de equipes e profissionais de saúde, assim como na adaptação de instrumentos de avaliação e monitoramento terapêutico para as diversas faixas-etárias. O uso da CIF na audiologia também promove efetivamente o cuidado centrado no indivíduo quando ao se considerar a influência dos fatores ambientais, a existência de facilitadores e o desempenho do indivíduo nas atividades e na participação social. Desta forma, de acordo com os artigos pesquisados, pode-se inferir que o uso da CIF, mesmo que de forma discreta, revela-se viável na atuação do fonoaudiólogo que atua na área de audiologia, bem como beneficia os indivíduos com deficiência auditiva que necessitem de uma abordagem mais ampla, com relação aos tratamentos na área de audição e equilíbrio.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde OMS. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
2. Conselho Federal de Fonoaudiologia CFFa. Guia Norteador sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade/ CIF em Fonoaudiologia. Brasil; 2013.
3. World Health Organization WHO. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva, 2001.
4. Organização Mundial da Saúde Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS; 2013.
5. Morettin M, Bevilacqua M, Cardoso M. A aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Audiologia. *Distúrbios da Comunicação*. 2008;20(3):395-402.
6. Bagatto MP, Moodie ST. Relevance of the International Classification of Functioning, Health and Disability: Children & Youth Version in Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Semin Hear*. 2016;37(3):257-71. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584406>.
7. English K, Pajevic E. Adolescents with Hearing Loss and the International Classification of Functioning, Health, and Disability: Children & Youth Version. *Semin Hear*. 2016;37(3):247-56. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584407>.
8. Lind C, Meyer C, Young J. Hearing and Cognitive Impairment and the Role of the International Classification of Functioning, Disability and Health as a Rehabilitation Framework. *Semin Hear*. 2016;37(3):200-15. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584410>.
9. Meyer C, Grenness C, Scarinci N, Hickson L. What Is the International Classification of Functioning, Disability and Health and Why Is It Relevant to Audiology? *Semin Hear*. 2016;37(3):163-86. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584412>.
10. Grenness C, Meyer C, Scarinci N, Ekberg K, Hickson L. The International Classification of Functioning, Disability and Health as a Framework for Providing Patient- and Family-Centered Audiological Care for Older Adults and Their Significant Others. *Semin Hear*. 2016;37(3):187-99. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584411>.
11. Bernardi SA, Pupo AC, Trenche MCB, Barzaghi L. O uso da CIF no acompanhamento do desenvolvimento auditivo e de linguagem de crianças no primeiro ano de vida. *Rev. CEFAC Online*. 2017;19(2):159-170. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620171928016>.

12. Van Leeuwen LM, Pronk M, Merkus P, Goverts ST, Anema JR, Kramer SE. Barriers to and enablers of the implementation of an ICF-based intake tool in clinical otology and audiology practice. A qualitative pre-implementation study. PLoS ONE. 2018;13(12): e0208797. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208797>.
13. Ranjan R, Bhat J, Vas Naik PEM. Quality of Life Rating for Dizziness: A Self-reporting Questionnaire. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2019 Nov;71(Suppl 2):1040-1046. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12070-017-1090-9>.
14. Van Leeuwen LM, Pronk M, Merkus P, Goverts ST, Terwee CB, Kramer SE. Operationalization of the Brief ICF Core Set for Hearing Loss: An ICF-Based e-Intake Tool in Clinical Otology and Audiology Practice. Ear Hear. 2020;41(6):1533-1544. DOI: <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000867>.
15. Wittich W, Granberg S, Wahlqvist M, Pichora-Fuller MK, Mäki-Torkko E. Device abandonment in deafblindness: a scoping review of the intersection of functionality and usability through the International Classification of Functioning, Disability and Health lens. BMJ Open. 2021;11(1):e044873. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044873>.
16. Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. Eur J Phys Rehabil Med. 2015;51(1):105-17. Epub 2014 Apr 1. PMID: 24686893.
17. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Respostas a perguntas frequentes sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): Saúde e a Fonoaudiologia. São Paulo, 2019.

IMPLEMENTAÇÃO DA CIF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA IMPLEMENTATION OF THE ICF IN PRIMARY CARE

Silva RV¹, Lisbôa ER², Pfister APL³, Cunha DR⁴, Valadares YD⁵, Garcia RAA⁶.

¹Master in Business Administration em Transformação Digital na Educação pelo Instituto de Gestão em Tecnologia da Informação. Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Formiga (UNIFOR-MG), Formiga, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: raimissonvieira_10@hotmail.com. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7756493946556310>.

²Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP). Docente Faculdade de Informática e Administração Paulista (FIAP), São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: eliselisboa@gmail.com.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4456328165022693>.

³Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). Docente no Centro Universitário de Formiga (UNIFOR-MG), Formiga, Minas Gerais, Brasil. E-mail: apl29@hotmail.com.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4396618470387976>.

⁴Mestre em Ciências Aplicadas a Saúde pela Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS). Docente no Centro Universitário de Formiga (UNIFOR-MG), Formiga, Minas Gerais, Brasil. E-mail: diequisonrite@yahoo.com.br.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6205867551948992>.

⁵Mestre em Fisioterapia pelo Centro Universitário do Triângulo (UNITRI). Docente no Centro Universitário UNA de Bom Despacho (UNA), Bom Despacho, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ywiaval@hotmail.com.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0336861515307402>.

⁶Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente no Centro Universitário de Formiga (UNIFOR-MG), Formiga, Minas Gerais, Brasil. E-mail: roberta@unifor.br.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0812594423107769>.

Correspondência: Raimisson Vieira Silva. Endereço: Rua Costa Rica, 605, José Honorato de Castro, Formiga, Minas Gerais, Brasil, CEP: 35572-124. E-mail: raimissonvieira_10@hotmail.com.

Recebido: 18/03/2021

Aceito: 30/04/2021

RESUMO

Introdução: Unidades públicas de atenção primária necessitam de uma classificação que descrevam condições relacionadas à funcionalidade e incapacidade humana, e o impacto dos fatores ambientais. **Objetivos:** Este estudo objetivou codificar duas fichas de cadastro utilizadas na atenção básica, analisar quais componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foram abordados nas questões e descrever em que nível se encontram. **Metodologia:** Estudo exploratórios para codificação de fichas e-SUS APS. **Resultados:** Foram identificadas categorias de terceiro nível em ambas as fichas. Na Ficha Cadastro Domiciliar e Territorial os Fatores Ambientais e na Ficha Cadastro Individual, os componentes Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. **Conclusão:** As fichas codificadas fornecerão um vasto banco de dados aos profissionais e gestores, no que se refere aos indicadores de funcionalidade e incapacidade, para melhor compreensão das condições de saúde e fatores contextuais relacionados à saúde nos usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Public primary care units require a classification that describes conditions related to human functioning and disability, and the impact of environment factors. **Objectives:** This study's main objective was to codify two protocols used in primary care, analyze the related components of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and describe their levels. **Methodology:** Two sheets of the e-SUS PHC program were encoded. **Results:** Results indicate that questions in Domicile and Land Register form were incorporated in Environmental Factors. In Individual Register, questions were incorporated in three components: Body Functions, Activities and Participation and Environmental Factors. Both forms had a greater number of third-level categories. **Conclusion:** We infer that the application of these forms with the proposed ICF coding with aims of better understanding users' health conditions and contextual factors related to health in users of the Unified Health System.

Keywords: Primary Health Care. International Classification of Functioning, Disability and Health. Public Health.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) dispõe de uma família de classificações internacionais, sejam de referências, complementares ou derivadas.^{1,2} Dentre estas, está a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF foi aprovada em 2001 pela OMS, durante a 54ª Assembleia Mundial de Saúde, como uma classificação de referência.³ Seu objetivo maior é unificar e padronizar uma única linguagem referente à saúde e aos estados relacionados à saúde.⁴

A CIF descreve e classifica todos os aspectos relacionados à funcionalidade e à incapacidade humana, através do modelo biopsicossocial e espiritual.⁵ Modelo este que possui característica multidirecional e multidimensional entre os componentes de Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação (funcionalidade e incapacidade), bem como o componente de Fatores Ambientais e Fatores Pessoais (Fatores Contextuais). Ou seja, uma abordagem na perspectiva biológica, individual e social, para proporcionar uma análise integral do indivíduo.⁴

Na esfera saúde pública, as unidades de atenção primária fazem uso da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), que tem sido regularmente confundida com a CIF.⁶ A CIAP foi criada e publicada em 1987 pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA – *World Organisation of Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, atualmente, Organização Mundial de Médicos de Família.⁷ Esta, possui uma estrutura de códigos de caracteres (A-Z) para identificação de procedimentos, diagnósticos e principais episódios/queixas clínicas identificadas em atenção básica, ou seja, avalia o motivo da consulta do paciente na atenção primária de saúde.⁷

Embora a CIAP seja uma classificação adequada no setor da atenção primária, e já se encontra em sua segunda versão,⁷ ela ainda necessita ser utilizada ao lado dos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), para obtenção de uma boa base de dados informatizada do indivíduo.⁶ Entretanto, nenhuma das classificações “CIAP ou CID” descreve com clareza a magnitude do espectro funcionalidade e incapacidade de uma pessoa, bem como o impacto dos fatores ambientais nas atividades e participação social.⁸ Fatores ambientais podem operar como gatilho na manifestação e desenvolvimento das enfermidades e agravos à saúde.^{9,10}

A CIF versão completa e atualizada,⁴ abrange mais de 1500 códigos alfanuméricos distribuídos em quatro componentes, são eles: Funções do Corpo “b”; Estruturas do Corpo “s”; Atividades e Participação “d” e, Fatores Ambientais “e”.⁴ Tais códigos são delineados pelo grau de aprofundamento e assim conceituados como categorias de primeiro, segundo, terceiro e quarto nível. Contudo, para que estas categorias tornem-se classificadores (estejam completos) sob determinado aspecto analisado, a OMS propôs também o uso de qualificadores,³ estes visam indicar a magnitude do problema.

O qualificador é uma forma de especificar a extensão ou magnitude de cada código, transformando-os em categorias, para assim, classificar o nível de funcionalidade ou o nível de incapacidade do

indivíduo.^{4,11} Os qualificadores vão de zero a quatro, com as respectivas descrições: 0 – nenhuma deficiência (0-4%); 1 – deficiência leve (5-24%); 2 – deficiência moderada (25-49%); 3 – deficiência grave (50-95%) e, 4 – deficiência completa (96-100%). Quando os qualificadores de zero a quatro não são suficientes, pode-se utilizar ainda mais dois qualificadores: 8 – não especificado ou 9 – não aplicável.⁴

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) permeia a coleta de informações através de fichas. O Cadastro Domiciliar e Territorial (**FIGURAS 1 e 2**) é utilizado para identificação e mensuração dos dados socio sanitários de domicílios, sendo também possível a inserção de indivíduos não domiciliados, como os em situação de rua.¹² Já o Cadastro Individual (**FIGURAS 3 e 4**) tem por finalidade em sua primeira parte, a coleta dados sociodemográficos entre outros, e na segunda parte, as condições/situações de saúde autorreferidas pelo usuário.¹²

O preenchimento manual das fichas de Cadastro Domiciliar e Territorial e Cadastro Individual são realizados pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) nas equipes da ESF. Posteriormente, todos os dados coletados são lançados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). O SISAB é um sistema que obtém o registro de informações individualizadas através das diversas fichas utilizadas na Atenção Primária à Saúde (APS), além de ser um dos sistemas que compõe a base de dados do Sistema e-SUS. Assim, o gestor desfruta de uma visão ampla sobre cada ação mediada pelas equipes de saúde em relação ao indivíduo.¹²

Diante do pressuposto acima, o objetivo deste estudo foi codificar duas fichas de cadastro utilizadas na atenção básica do programa e-SUS APS e, em seguida, analisar quais componentes da CIF foram abordados nas questões codificadas, bem como descrever em que nível se encontra cada categoria proposta.

METODOLOGIA

Este estudo de caráter qualitativo com delineamento exploratório e tipo bibliográfico documental.

Os instrumentos utilizados foram: a ficha ‘Cadastro Domiciliar e Territorial’, a ficha ‘Cadastro Individual’, ambas na versão 3.2.20 do e-SUS Atenção Primária à Saúde (APS) “*também apresentado como e-SUS AB*” disponibilizadas no portal Departamento de Atenção Básica (DAB).¹² O outro instrumento foi o livro da CIF 2020 – versão completa e atualizada.⁴

A equiparação de fichas da ESF com a CIF, deram-se através do mecanismo de busca direta dos códigos da CIF que associam-se às perguntas das duas fichas de cadastro utilizadas neste estudo. Este processo é denominado de codificação (transcrição de uma informação gerada a partir de um instrumento, em informação padronizada mediada pela CIF). Este processo de codificação foi articulado em conformidade com as *Linking Rules* ou regras de relacionamento desenvolvidas por Cieza et al.¹³ Estas regras de relacionamento são descritas como um conjunto de 10 regras que propiciam uma íntima conexão

entre o conteúdo da CIF e os diferentes documentos, tais como relatos de casos e questionários,^{14,15} além da categorização da autopercepção de pacientes sobre o impacto da enfermidade e validação dos *Core Sets* da CIF.¹⁶

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL:

Evidencia-se após a codificação do Cadastro Domiciliar e Territorial que todas as questões do formulário estão incorporadas em um único componente da CIF: Fatores Ambientais.

Na atribuição de uma categoria da CIF para cada uma das 17 perguntas do Cadastro Domiciliar e Territorial, foram geradas 13 categorias distintas. Destas, seis foram de segundo nível (e165; e310; e525; e530; e350; e355) e, sete foram de terceiro nível (e1651; e5150; e5250; e5300; e5302; e5350; e5402). Algumas categorias apareceram mais de uma vez, como por exemplo: e5250 – Serviços de habitação, relacionado a três perguntas; e5300 – Serviços de utilidade pública, relacionado a duas perguntas e, e5302 – Políticas de utilidade pública, relacionado a duas perguntas (**TABELA 1**).

TABELA 1 – Perguntas que integram a ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial e categorias da CIF a elas relacionadas.

Perguntas do Cadastro Domiciliar e Territorial	Categorias da CIF e descrição
Logradouro	e5250 Serviços de habitação
Telefones para contato	e5350 Serviços de comunicação
Situação de moradia	e1651 Bens materiais
Localização	e5250 Serviços de habitação
Tipo de domicílio	e5250 Serviços de habitação
Condição de posse e uso da terra	e165 Bens
Tipo de acesso ao domicílio	e5402 Políticas de transporte
Material para construção das paredes externas do domicílio	e5150 Serviços de arquitetura e construção
Disponibilidade de energia elétrica	e5300 Serviços de utilidade pública
Abastecimento de água	e5302 Políticas de utilidade pública
Água para consumo no domicílio	e5300 Serviços de utilidade pública
Forma de escoamento do banheiro	e530 Serviços, sistemas e políticas de utilidade pública
Destino do lixo	e5302 Políticas de utilidade pública
Animais no domicílio	e350 Animais domésticos
Famílias	e310 Família nuclear
Instituição de Permanência	e525 Serviços, sistemas e políticas de habitação
Outros profissionais de saúde vinculados à instituição	e355 Profissionais da saúde

Fonte: Os autores.

Na ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial houve domínio total do componente de Fatores Ambientais, com predomínio de 76% das categorias inseridas no Capítulo Cinco – Serviços, Sistemas e Políticas do livro da CIF.⁴

CADASTRO INDIVIDUAL:

Na codificação do Cadastro Individual, as questões incorporaram três dos quatro componentes da CIF: Funções do Corpo, Atividades e Participação e, Fatores Ambientais.

A fim de fazer a atribuição de uma categoria da CIF para cada uma das 55 questões do Cadastro Individual, foram geradas 47 categorias distintas. Destas, 22 categorias foram de segundo nível (b117; b210; b230; b410; b530; b610; b660; b798; b799; b810; d679; d760; d770; d910; d930; d950; d999; e310; e340; e360; e580; e590); 24 categorias foram de terceiro nível (b1801; b4158; b4200; b4409; b5409; d5708; d5709; d7106; d7209; d7709; d9100; e1108; e1109; e2200; e5259; e5350; e5702; e5750; e5752; e5758; e5800; e5808; e5850; e5900) e, uma categoria foi de quarto nível, o b43500 “maior nível de aprofundamento que a classificação delinea”.

Assim como encontrado no Cadastro Domiciliar e Territorial, algumas categorias neste Cadastro apareceram mais de uma vez, a exemplo: a categoria b4158 – Funções dos vasos sanguíneos, outras especificadas, relacionada a duas perguntas; a categoria b4409 – Funções respiratórias, não especificadas, relacionada a duas perguntas; a categoria d760 – Relações familiares, relacionada a duas perguntas; a categoria e1109 – Produtos ou substâncias para consumo pessoal, não especificados, relacionada a duas perguntas; a categoria e5350 – Serviços de comunicação, relacionada a duas perguntas e, a categoria e5800 – Serviços de saúde, relacionada a quatro perguntas (**TABELA 2**).

Na ficha de Cadastro Individual, contemplou-se três dos quatro componentes da CIF (Funções do Corpo, Atividades e Participação e, Fatores Ambientais), novamente com predominância de categorias do capítulo cinco “Serviços, sistemas e políticas” de Fatores Ambientais do livro da CIF.⁴ Esta abrangente associação das perguntas de ambas as fichas a este capítulo cinco “supracitado” de Fatores Ambientais, pode se justificar pela dependência do homem (sociedade) no que se refere aos serviços de prestação pública, privada ou voluntária e à subordinação das regras e regulamentos estabelecidos pelo controle administrativo – autoridades governamentais.

TABELA 2 – Perguntas que integram a ficha de Cadastro Individual e categorias da CIF a elas relacionadas.

Perguntas do Cadastro Individual	Categorias da CIF e descrição
Cidadão é o responsável familiar	d7106 Diferenciar pessoas da família
Sexo	d679 Funções genitais e reprodutivas, outras especificadas e não especificadas
Raça/cor	b1801 Imagem do Corpo
Etnia	d7209 Interações interpessoais complexas, não especificadas
Nacionalidade/Naturalização	d999 Vida comunitária, social e cívica, não especificada
Telefone	e5350 Serviços de comunicação
E-mail	e5350 Serviços de comunicação
Relação de parentesco com o responsável	d760 Relações familiares
Ocupação	e5900 Serviços de trabalho e de emprego
Frequenta escola ou creche	e5850 Serviços de educação e treinamento
Situação no mercado de trabalho	e590 Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego
Cuidador de crianças (0-9 anos)	e340 Cuidadores e assistentes pessoais
Frequenta cuidador tradicional	d930 Religião e espiritualidade
Participação em grupo comunitário	d910 Vida comunitária
Possui plano de saúde privado	e5800 Serviços de saúde
Membro de comunidade tradicional	d9100 Associações informais
Orientação sexual	d770 Relações íntimas
Identidade de gênero	d7709 Relações íntimas, não especificadas
Apresenta deficiência auditiva	b230 Funções auditivas
Apresenta deficiência visual	b210 Funções da visão
Apresenta deficiência intelectual/cognitiva	b117 Funções intelectuais
Apresenta deficiência física	b798 Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas aos movimentos, outras especificadas
Apresenta outras deficiências	b799 Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas aos movimentos, não especificadas
Saída do cidadão do cadastro	d950 Vida política e cidadania
Está gestante	b660 Funções de procriação
Maternidade de referência	e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde
Consideração quanto ao seu peso	b530 Funções de manutenção do peso
Está fumante	e1109 Produtos ou substâncias para consumo pessoal, não especificados
Faz uso de álcool	e1109 Produtos ou substâncias para consumo pessoal, não especificados
Faz uso de outras drogas	e1108 Produtos ou substâncias para consumo pessoal, outros especificados
Tem Hipertensão Arterial	b4200 Aumento da pressão sanguínea
Tem Diabetes	b5409 Funções metabólicas gerais, não especificadas
Teve AVC/Derrame	b4158 Funções dos vasos sanguíneos, outras especificadas
Teve Infarto	b4158 Funções dos vasos sanguíneos, outras especificadas
Tem doença cardíaca/do coração	b410 Funções do coração

Continua...

Tem ou teve problemas nos rins	b610 Funções relacionadas à excreção urinária
Tem doença respiratória/no pulmão	b4409 Funções respiratórias, não especificadas
Está com Hanseníase	b810 Funções protetoras da pele
Está com Tuberculose	b4409 Funções respiratórias, não especificadas
Tem ou teve câncer	b43500 Resposta imunológica específica
Teve internação nos últimos 12 meses	e5800 Serviços de saúde
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental	e5808 Serviços, sistemas e políticas de saúde, outros especificados
Está acamado	e5800 Serviços de saúde
Está domiciliado	e5800 Serviços de saúde
Usa plantas medicinais	e2200 Plantas
Usa outras práticas integrativas e complementares	d5708 Cuidar da própria saúde, outra especificada
Outras condições de saúde	d5709 Cuidar da própria saúde, não especificada
Situação de rua	e5259 Serviços, sistemas e políticas de habitação, não especificados
Acompanhado por outra instituição	e360 Outros profissionais
Recebe algum benefício	e5702 Políticas de previdência social
Possui referência familiar	e310 Família nuclear
Visita algum familiar com frequência	d760 Relações familiares
Quantas vezes se alimenta ao dia	e5750 Serviços de suporte social geral
Qual a origem da alimentação	e5758 Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral, outros especificados
Tem acesso à higiene pessoal	e5752 Políticas de suporte social gerais

Fonte: Os autores.

Ao estratificar-se o nível de classificação, identificamos maior quantidade de categorias de terceiro nível sobre as categorias de segundo nível, no ‘Cadastro Domiciliar e Territorial’ e no ‘Cadastro Individual’. Este grau de aprofundamento na classificação de níveis das categorias da CIF⁴ mostrou-se em conformidade com o objetivo de cada pergunta em ambos os cadastros utilizados.¹²

Araújo e Neves¹⁷ desenvolveram uma pesquisa na qual tiveram como objetivo a inserção de dados sobre funcionalidade e incapacidade humanas relacionadas aos fatores ambientais nos sistemas públicos de informação, utilizando a CIF como ferramenta em duas fichas de cadastros (idôneas às utilizadas no presente estudo). Como proposta, os autores elaboraram dois quadros: o primeiro (Quadro 1 no tópico resultados),¹⁷ apresenta 23 categorias do componente de Atividades e Participação, a serem inseridas adicionado no verso da ficha Cadastro Individual; o segundo (Quadro 2 no tópico resultados),¹⁷ apresenta sete perguntas que se referem à categoria da CIF do componente de Fatores Ambientais, a serem inseridas no verso do Cadastro Domiciliar e Territorial. Na prática, o ACS deve assinalar “Quadro 1” as categorias da CIF com “x” para indicar o qualificador “8”, e as categorias não assinaladas indicam o qualificador “0”.

E para as perguntas listadas “Quadro 2” o ACS deve assinalar com “x” um dos três tipos de respostas: ‘Precisa e tem’ indica o qualificador “+8”; ‘Precisa e não tem’ indica o qualificador “.8” e, ‘Não precisa’, indica o qualificador “0”²⁵. O ponto em comum entre o estudo de Araújo e Neves¹⁷ para com o nosso, está na proposta do ACS no ato do preenchimento das fichas, unir categoria e qualificador em ambos os cadastros, para obtenção do problema e sua magnitude.

Quando buscou-se por categorias semelhantes em ambas as fichas, o componente de Fatores Ambientais também foi unanimidade nas categorias que foram similares em ambas as fichas de cadastro, são elas: e310 – Família nuclear e, e5350 – Serviços de comunicação.

Na descrição da CIF, a categoria e310 – Família nuclear visa descrever os indivíduos que se relacionam com o usuário, seja por nascimento, casamento ou outros relacionamentos conhecidos. Entretanto, no Cadastro Domiciliar e Territorial esta categoria se liga à quantidade de moradores pertencentes ao um mesmo domicílio, enquanto que no Cadastro Individual, esta categoria faz ligação às pessoas da família que seja referência familiar para o cidadão em situação de rua.^{4,12} Já a categoria e5350 – Serviços de comunicação encontram-se em ambas as fichas dentro do campo de identificação do usuário, que através do qualificador identificado pelo indivíduo, descreverá a qualidade da transmissão de informações via serviços de telefonia, teletipos, teletexto e provedores de internet de sua localidade).^{4,12}

O Anexo Nove (Requisitos para um sistema de informações em saúde, mínimo e ideal, ou para pesquisas, utilizando dados da CIF) do livro da CIF⁴ expõe um agrupamento de categorias pertencentes aos componentes de Funções do Corpo e Atividades e Participação, como um requisito mínimo e ideal para um sistema de informações em saúde e para pesquisa, utilizando dados da CIF. Ao buscarmos similaridade entre as categorias do Anexo Nove “supracitado” e as respectivas categorias atribuídas na codificação do Cadastro Individual identificamos 14 categorias, são elas: b210; b230; b530; b610; b660; b810; b4409 – ‘atribuída a duas perguntas’; d760 – ‘atribuída a duas perguntas’; d770; d910; d9100; d930. Não houve semelhança com as categorias do Cadastro Domiciliar e Territorial, visto que esta ficha foi contemplada somente por categorias do componente de Fatores Ambientais – este componente não está atribuído ao Anexo Nove.⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A recomendação para o uso da CIF vai muito além da resolução WHA 54.21,^{4,18} aprovada em 22 de maio de 2001, para todos os países membros da OMS. O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), normatizou o uso da CIF pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, com diversas finalidades: instrumento estatístico; pesquisa; ferramenta clínica; política social e, pedagógica – via resolução número 370, de 6 de novembro de 2009.¹⁹ Em seguida, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, homologou a resolução número 452, de 10 de maio de 2012.²⁰ Esta resolução

determina que a CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive na Saúde Suplementar, como uma ferramenta geradora de informações padronizadas em saúde, com devida inserção no Sistema Nacional de informações em saúde do SUS para alimentar o banco de dados do cidadão.

Atualmente o sistema *e-SUS APS* fornece dados advindos de diversas classificações internacionais da OMS, como CID e CIAP, entretanto, não provê dados oriundos da CIF. Frente a isso, observa-se a necessidade de elaboração de um estudo piloto em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde com o uso das duas fichas codificadas no presente estudo. Tudo isso no propósito de obter melhor compreensão das condições de saúde e fatores contextuais relacionados à saúde nos usuários do SUS. Para tanto, é necessário promover uma capacitação prévia com toda a equipe da ESF; desde os ACS até àqueles que promovem a tabulação e conversão dos dados (*Excel para Data Base File*) ao programa *TabWin/TabNet*.

É sabido que o nível de conhecimento sobre a CIF e sua aplicabilidade prática aqui no Brasil pelos gestores do SUS, profissionais da ESF e, programas de educação interprofissional em saúde ainda é insuficiente^{21,22,23} tendo em vista a data em que a CIF foi aprovada pela OMS.⁴

A utilização de fichas codificadas de acordo com a CIF na coleta dos dados fornecerá um vasto banco de dados (informações padronizadas ao sistema *e-SUS APS*) para todos os profissionais e gestores (*e-Gestor AB*), bem como possibilitará fomento à estatística dos indicadores de funcionalidade e incapacidade. Assim, este estudo vai ao encontro das devidas recomendações de utilização da CIF no SUS, haja visto que foi possível equiparar as codificações pela CIF a todas as perguntas, de ambas as fichas de cadastro da APS.

FICHAS CODIFICADAS

As **FIGURAS 1, 2, 3 e 4** evidenciam as duas fichas de cadastro com a adição das categorias (códigos e qualificador) às respectivas perguntas. Evidencia-se nas duas fichas codificadas a atribuição da escala genérica do primeiro qualificador após o código da CIF⁴ atribuído às perguntas. Desta maneira, foi adicionado à frente do código, espaço para apenas um qualificador (simbolizado pelo “___”, a exemplo dos *Core Sets*.^{24,25}

A inserção de apenas um qualificador e a descrição de cada categoria nas fichas não impõe uma alta complexidade e ainda proporciona uma maior agilidade no preenchimento do cadastro. Vale ressaltar ainda, que nas categorias pertencentes ao componente de Fatores Ambientais foi adicionado o sinal de mais “+” significa se o fator ambiental atua como facilitador e, o sinal de ponto “.” significa se o fator ambiental atua como barreira.⁴

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA e525 *f. _____ "Serviços, sistemas e políticas de habitação"
 NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA: _____

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? **e355 +f. _____ "Profissionais da saúde"** Sim Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME:	CNS DO RESPONSÁVEL:
CARGO NA INSTITUIÇÃO:	TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura

Legenda: Opção de múltipla escolha Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

* Campo obrigatório

** Campo com obrigatoriedade condicional

FIGURA 2 – Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial codificada (verso)

Legenda: Categoria e descrição vinculada a cada pergunta na cor azul.

Ficha extraída:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_cadastro_domiciliar_territorial_v3_2.pdf

Fonte: Dos autores


		CADASTRO INDIVIDUAL <small>Baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)</small>		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO CNS OU CPF DO CIDADÃO: _____ CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? d7106 "Diferenciar pessoas da família" <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____ MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA					
NOME COMPLETO*: _____ NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO*: / / SEXO*: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F					
RAÇA/COR*: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena b1801 "Imagem do Corpo"		Etnia:** d7209 "Interações interpessoais complexas, não especificadas"		Nº NIS (PIS/PASEP) d679 "Funções genitais e reprodutivas, outras especificadas e não especificadas"	
NOME COMPLETO DA MÃE*: <input type="checkbox"/> Desconhecido NOME COMPLETO DO PAI*: <input type="checkbox"/> Desconhecido					
NACIONALIDADE*: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro d999 "Vida comunitária, social e cívica, não especificada"		PAÍS DE NASCIMENTO:**		DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**					
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		TELEFONE CELULAR: () e5350 +/. "Serviços de comunicação"		E-MAIL: e5350 +/. "Serviços de comunicação"	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR d760 "Relações familiares" <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente					
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e5850 +/. "Serviços de educação e treinamento"		OCUPAÇÃO e5900 +/. "Serviços de trabalho e emprego"			
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Moblral etc.) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO e590 +/. "Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego" <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro			
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro e340 +/. "Cuidadores e assistentes pessoais"					
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não d930 "Religião e espiritualidade"		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não d910 "Vida comunitária"		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e5800 +/. "Serviços de saúde"	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? d9100 "Associações informais"					
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não d770 "Relações íntimas" SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)		DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não d7709 "Relações íntimas, não especificadas" SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro		TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Auditiva b230 "Funções auditivas" <input type="checkbox"/> Visual b210 "Funções da visão" <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva b117 "Funções intelectuais" b798 "Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas aos movimentos, outras especificadas" <input type="checkbox"/> Física b799 "Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas aos movimentos, não especificadas"	
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO d950 "Vida política e cidadania" <input type="radio"/> Mucança de território <input type="radio"/> Óbito SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da DO: _____ - ____					
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde. _____ Assinatura					

FIGURA 3 – Ficha de Cadastro Individual codificada (frente)

Legenda: Categoria e descrição vinculada a cada pergunta na cor azul.

Ficha extraída: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_cadastro_individual_v3_2.pdf

Fonte: Dos autores

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS	
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não b660 ____ "Funções de procriação"	SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA? e580 +/- ____ "Serviços, sistemas e políticas de saúde"
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? b530 ____ "Funções de manutenção do peso" <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não b4409 ____ "Funções respiratórias, não especificadas" SE SIM, INDIQUE QUAL(S).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e1109 +/- ____ "Produtos ou substâncias para consumo pessoal, não especificados"	ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não b810 ____ "Funções protetoras da pele"
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e1109 +/- ____ "Produtos ou substâncias para consumo pessoal, não especificados"	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não b4409 ____ "Funções respiratórias, não especificadas"
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e1108 +/- ____ "Produtos ou substâncias para consumo pessoal, outros especificados"	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não b43500 ____ "Resposta imunológica específica"
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não b4200 ____ "Aumento da pressão sanguínea"	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e5800 +/- ____ "Serviços de saúde" SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não b5409 ____ "Funções metabólicas gerais, não especificadas"	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e5808 +/- ____ "Serviços, sistemas e políticas de saúde, outros especificados"
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não b4158 ____ "Funções dos vasos sanguíneos, outras especificadas"	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e5800 +/- ____ "Serviços de saúde"
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não b4158 ____ "Funções dos vasos sanguíneos, outras especificadas"	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e5800 +/- ____ "Serviços de saúde"
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não b410 ____ "Funções do coração" SE SIM, INDIQUE QUAL(S).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA PLANTAS MEDICINAIS? e2200 +/- ____ "Plantas" <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(S). _____
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não b610 ____ "Funções relacionadas à excreção urinária" SE SIM, INDIQUE QUAL(S).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não d5708 ____ "Cuidar da própria saúde, outra especificada"
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE d5709 ____ "Cuidar da própria saúde, não especificada" 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____	
CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e5259 +/- ____ "Serviços, sistemas e políticas de habitação, não especificados"	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e360 +/- ____ "Outros profissionais" SE SIM, INDIQUE QUAL(S). _____
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? _____ <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não d760 ____ "Relações familiares" SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e5702 +/- ____ "Políticas de previdência social"	QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? _____ e5750 +/- ____ "Serviços de suporte social geral" <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e310 +/- ____ "Família nuclear"	QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? _____ e5758 +/- ____ "Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral, outros especificados" <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular
TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não e5752 +/- ____ "Políticas de suporte social gerais" SE SIM, INDIQUE QUAL(S).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras	

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

* Campo obrigatório

** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

FIGURA 4 – Ficha de Cadastro Individual codificada (verso)

Legenda: Categoria e descrição vinculada a cada pergunta na cor azul.

Ficha extraída: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_cadastro_individual_v3_2.pdf

Fonte: Dos autores

AGRADECIMENTOS

Ao Centro Universitário de Formiga (UNIFOR-MG) pelo amparo à pesquisa e aos fisioterapeutas APP, FGV, ICO, JVS, SOP e TMC que colaboraram com o desenvolvimento do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Zaiss A, Dauben HP. [ICHI-International Classification of Health Interventions: A balancing act between the demands of statistics and reimbursement]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2018;61(7):778-786. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2747-6>.
2. Gusso G. The International Classification of Primary Care: capturing and sorting clinical information. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1241-1250. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.30922019>.
3. World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability and health – ICF. [WHO/EIP/GPE/CAS/01.3] GENEBRA; 2002. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>.
4. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. – 1. ed., 3. reimpr. atual. São Paulo: Edusp; 2020. 336p.
5. Solli HM, Silva AB. The holistic claims of the biopsychosocial conception of WHO's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a conceptual analysis on the basis of a pluralistic-holistic ontology and multidimensional view of the human being. *J Med Philos*. 2012;37(3):277-94. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhs014>.
6. Kaneko M, Ohta R, Nago N, Fukushi M, Matsushima M. Correlation between patients' reasons for encounters/health problems and population density in Japan: a systematic review of observational studies coded by the International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) and the International Classification of Primary care (ICPC). *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):87. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0658-5>.
7. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. WONCA. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). 2 ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf.
8. Araujo ES. Manual de utilização da CIF em Saúde Funcional. São Paulo: Andreoli, 2011.
9. Krempski JW, Dant C, Nadeau KC. The origins of allergy from a systems approach. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2020;125(5):507-516. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anai.2020.07.013>.
10. Marras C, Canning CG, Goldman SM. Environmet, lifestyle, and Parkinson's disease: Implications for prevention in the next decade. *Mov Disord*. 2019;34(6):801-811. DOI: <https://doi.org/10.1002/mds.27720>.
11. Prodinger B, Stucki G, Coenen M, Tennant A. The measurement of functioning using the International Classification of Functioning, Disability and Health: comparing qualifier ratings with existing health status instruments. *Disabil Rehabil*. 2019;41(5):541-548. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1381186>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portal da Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Coleta de Dados Simplificada v3.2, Capítulo 2 - Cadastro da Atenção Básica. – Brasília: Departamento de Saúde da Família, 2021. Disponível em: https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/CDS/CDS_02/.
13. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*. 2005;37(4):212-8. DOI: <https://doi.org/10.1080/16501970510040263>.

14. Silva RV, Meireles C, Silva LRT, Silva FC, Pernambuco AP. Avaliação do sono em fibromiálgicos de acordo com a CIF. *Revista Científica CIF Brasil*. 2015;3(3):01-17.
15. Bernadelli RS, Santos BC, Scharan KO, Corrêa KP, Silveira MIB, Moser ADL. Application of the refinements of ICF linking rules to the Visual Analogue Scale, Roland Morris questionnaire and SF-36. *Cien Saude Colet*. 2021;26(3):1137-1152. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.03502019>.
16. Liao HF, Hwang AW, Schiariti V, Yen CF, Chi WC, Liou TH, et al. Validating the ICF core set cerebral palsy using a national disability sample in Taiwan. *Disabil Rehabil*. 2020;42(5):642-650. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1504328>.
17. Araujo ES, Neves SFP. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, e-SUS e TabWin: as experiências de Barueri e Santo André, São Paulo. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2015;39(2):470-477. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2015.v39.n2.a1029>.
18. World Health Organization. Member States in the Fifty-fourth World Health Assembly (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Resolution WHA 54.21. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icf/wha-en.pdf>.
19. Conselho Federal De Fisioterapia e Terapia Ocupacional. COFFITO. Resolução nº 370, de 6 de novembro de 2009. Disponível em: <https://coffito.gov.br/nsite/?p=3133>.
20. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CNS. Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html.
21. Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, Fréz AR, Guerra RO. An overview and profile of the ICF's use in Brazil – a decade of history. *Rev Bras Fisioter*. 2012;16(6):454-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000063>.
22. Fernandes JAE, Gomes MMF, Souza BS, Romão JFF, Pinho DLM, Marães VRFS. The ICF in the pedagogical projects of Physiotherapy courses in Midwest Brazil. *Fisioter Mov*. 2020;33:e003344. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.033.ao44>.
23. Castro SS, Castaneda L, Araujo ES, Buchalla CM. [Functioning assessment in Brazilian health surveys: discussions about International Classification of Functioning, Disability and Health-based tools]. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(3):679-687. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030018>.
24. ICF Research Branch. ICF Core Sets. 2nd Edition ICF Core Set Manual for Clinical Practice. Disponível em: <https://www.icf-research-branch.org>.
25. Schiariti V, Longo E, Shoshmin A, Kozhushko L, Besstrashnova Y, Król M, et al. Implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Sets for Children and Youth with Cerebral Palsy: Global Initiatives Promoting Optimal Functioning. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Sep 1;15(9):1899. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15091899>.

FUNCIONALIDADE DE USUÁRIOS COM DOENÇAS NEUROLÓGICAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS

FUNCTIONING OF USERS WITH CHRONIC-DEGENERATIVE NEUROLOGICAL DISEASES.

Costa CMB¹, Araújo CMRS², Nogueira EM³, Oliveira TP⁴, Dias CS⁵.

¹Mestre em Ciências Biológicas (Fisiologia e Farmacologia) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: claudiabyrro@yahoo.com.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5770163309269336>.

²Bacharel em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: cynthia.mrsa@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2613946226475487>.

³Bacharel em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: edirlene25melo@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0269509141185375>.

⁴Bacharel em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: thabata.pereira@sga.pucminas.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0279621985181461>.

⁵Doutora em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: claudiadiaspuc@yahoo.com.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3163235511626749>.

Correspondência: Cláudia Maria Byrro Costa. Endereço: Rua Mestre Lucas, 157 - Apartamento 202, Cruzeiro, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, CEP: 30310-240. E-mail: claudiabyrro@yahoo.com.br.

Recebido: 18/03/2021

Aceito: 29/04/2021

RESUMO

Introdução: As doenças neurológicas crônico-degenerativas, especialmente o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Doença de Parkinson (DP), acarretam deficiências e limitações de atividade, provocando impacto na funcionalidade dos indivíduos acometidos. **Objetivo:** Avaliar o perfil de funcionalidade de usuários com doenças neurológicas crônico-degenerativas atendidos em uma clínica escola de fisioterapia do município de Belo Horizonte. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal observacional. Foram avaliados 18 indivíduos (11 AVC e 7 DP). Os instrumentos de avaliação foram a Escala de Avaliação de Incapacidade WHODAS 2.0, o teste de caminhada de 10m e o MiniBESTTest. **Resultados:** Em ambos os grupos, o domínio participação foi o mais afetado. Correlação significativa entre a idade e os domínios mobilidade e atividades domésticas e o MiniBESTTest foi associado ao domínio autocuidado. **Conclusão:** A identificação do perfil de funcionalidade consequente às doenças crônicas é importante para permitir o estabelecimento de objetivos mais individualizados e melhores condutas terapêuticas.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral. Doença de Parkinson. Funcionalidade.

ABSTRACT

Introduction: Central nervous system's chronic-degenerative neurological diseases, especially stroke and Parkinson's disease (PD), causes impairments and limitations on affected individuals' activity, causing impact on their functionality. **Objective:** To evaluate users with chronic-degenerative neurological diseases' functionality profile, treated at physical therapy school in the city of Belo Horizonte. **Methodology:** This is an observational cross-sectional study. Eighteen individuals (11 stroke and 7 PD) were evaluated. The assessment instruments were the WHODAS 2.0 Disability Assessment Scale, the 10 meter walking test and the MiniBESTTest. **Results:** In both groups, the domain Activity and Participation was the most affected. Significant correlation was observed between age and mobility and the domestic activities components, and the MiniBESTTest were associated with self-care component. **Conclusion:** The identification of the functionality profile consequent to chronic diseases is important to allow the establishment of more individualized objectives and better therapeutic approaches.

Keywords: Stroke. Parkinson's Disease. Functionality.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a atuação da fisioterapia tem sido reconhecida como fundamental em todos os níveis de atenção à saúde, colaborando para uma atenção integral à saúde da população. A intervenção da fisioterapia não fica restrita apenas nos processos de reabilitação, mas agindo também em programas de prevenção e na promoção de saúde.¹

A fisioterapia tem como referencial teórico o modelo integrador da funcionalidade e incapacidade humanas proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).² O termo funcionalidade significa os aspectos positivos das estruturas e funções corporais, atividades e participação social, por outro lado, a incapacidade faz referência aos aspectos negativos dos componentes da CIF, as deficiências, as limitações de atividade e restrição a participação. A implantação da CIF possibilitou a descrição de saúde e funcionalidade, uma vez que promove uma concepção biopsicossocial e espiritual envolvendo os aspectos biológicos, individuais e sociais.³

De acordo com os conceitos da CIF, a Escala de Avaliação de Incapacidade WHODAS 2.0 – *World Health Organization Disability Assessment Schedule* foi desenvolvida em 2010 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse instrumento possibilita a mensuração da funcionalidade e incapacidade dos sujeitos em seis grandes domínios da vida, sendo eles, *Cognição* – compreensão e comunicação; *Mobilidade* – movimentação e locomoção; *Autocuidado* – lidar com a própria higiene, vestir-se, comer e permanecer sozinho; *Relações interpessoais* – interações com outras pessoas; *Atividades de vida* – responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola; *Participação* – participar em atividades comunitárias e na sociedade.⁴ Devido a sua alta confiabilidade e fácil utilização, o WHODAS 2.0 tem sido aplicado em grupos populacionais diferentes,³ incluindo pessoas saudáveis e com diferentes condições de doença, tais como, dores musculoesqueléticas⁵ e doença pulmonar obstrutiva crônica.⁶

A relação da fisioterapia com a saúde funcional da população, aproxima-se dos estudos sobre a funcionalidade humana, principalmente dos indivíduos com doenças crônico-degenerativas (DCD), uma vez que essas doenças geram grande impacto sobre os vários domínios da vida. As DCD fazem parte do grupo de doenças crônicas não-transmissíveis, entre elas: doenças cardio e cerebrovasculares, diabetes, doenças respiratórias e neurológicas progressivas.⁷ São doenças adquiridas, que geralmente duram anos, levando à deterioração progressiva da saúde e incapacidade funcional e que no Brasil são as principais causas de morbidade e mortalidade.⁸

As principais doenças crônico-degenerativa do Sistema Nervoso Central (SNC) são, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Doença de Parkinson (DP). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVC refere-se ao desenvolvimento rápido de sinais e distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem vascular, provocando alterações nos sistemas sensório-motor e cognitivo, que variam de acordo com o local e a extensão da

lesão e é considerado a primeira causa de incapacidade funcional no Brasil e no mundo.⁹ E a DP é uma doença neurodegenerativa decorrente da diminuição do neurotransmissor dopamina nos núcleos da base que leva as alterações motoras e não motoras. As alterações motoras principais são: tremor de repouso, bradicinesia, rigidez muscular e instabilidade postural. Entre as alterações não motoras, podemos citar as manifestações neuropsíquicas e autonômicas. Essas alterações acarretam a incapacidade de realizar os movimentos voluntários de forma automática.¹⁰ As alterações de estrutura e funções corporais presentes tanto no AVC quanto na DP geram consideráveis limitações funcionais aos indivíduos afetados, desde dificuldade para realizar suas atividades básicas da vida diária até limitação para a marcha, e conseqüentemente, restrições em seu contexto social. Como resultado, a perda da funcionalidade afeta de forma negativa a qualidade de vida dos indivíduos portadores dessas disfunções neurológicas.

A fisioterapia nas doenças neurológicas crônico-degenerativas (DNCD) tem como objetivo reduzir os comprometimentos da função do corpo do paciente, aumentar seus níveis de atividade e participação social, além de melhorar a qualidade de vida.⁷ Nesse sentido, é muito importante para os profissionais da área de saúde o conhecimento sobre a funcionalidade e incapacidade dos indivíduos com diagnóstico de doenças neurológicas crônico-degenerativas, visto a contribuição disso para o desenvolvimento de estratégias apropriadas na condução das intervenções terapêuticas e dos programas de promoção à saúde.

O presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico e de funcionalidade de indivíduos com diagnóstico de doenças neurológicas crônico-degenerativas atendidos em uma clínica escola de fisioterapia do município de Belo Horizonte – Minas Gerais. Objetivou-se também verificar a existência de associação entre os resultados do perfil de funcionalidade e dos desempenhos funcionais dos indivíduos quanto ao equilíbrio e a marcha.

METODOLOGIA

Estudo observacional com corte transversal que teve como amostra usuários atendidos na clínica de fisioterapia e fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de MG – PUCMinas. A amostra foi selecionada por conveniência no período de junho a setembro de 2019, 18 pacientes foram avaliados, segundo os critérios de inclusão e aceitação por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar da pesquisa.

O presente estudo é parte do projeto Guarda-Chuva intitulado: “Perfil Epidemiológico e Funcional de Usuários com Doenças Crônicas Atendidos nos Estágios Curriculares do Curso de Fisioterapia da PUCMinas – Belo Horizonte, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer nº: 12384019.5.0000.5137.

Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros, com idade de 40 a 85 anos, com diagnóstico de

AVC ou DP e que apresentavam capacidade de realizar a deambulação com ou sem auxílio de dispositivo de marcha. Foram excluídos aqueles que apresentaram déficit cognitivo e/ou distúrbios de comunicação, que os impedissem de responder as questões do WHODAS 2.0 por meio de entrevista. A presença ou não de déficit cognitivo foi determinado pelos pontos de corte do Mini-Exame de Estado Mental (MEEM), baseado na escolaridade (13 pontos para analfabetos; 18 pontos para pessoas com escolaridade de um a oito anos; 26 para mais de oito anos). Este questionário foi desenvolvido por Folstein et al. no ano de 1975 e traduzido e validado para a população brasileira por Bertolucci et al. em 1994.¹¹

A coleta de dados ocorreu num único momento, no qual era preenchida a ficha de avaliação inicial para caracterizar o perfil epidemiológico, sendo registrados os dados demográficos e socioeconômicos. Em seguida, foi aplicada a versão brasileira do WHODAS 2.0 para avaliar o nível de funcionalidade dos participantes em seis domínios da vida: cognição, mobilidade, autocuidado, relacionamento, atividades de vida e participação.⁴

Neste estudo foi utilizada a versão completa, a qual contém 36 questões, e na forma de entrevista junto ao participante da pesquisa. Cada item avalia a quantidade de dificuldade que o sujeito apresenta para realizar suas atividades, no período anterior de 30 dias, em uma escala de cinco pontos que varia de ‘um’ (nenhuma) a ‘quatro’ (extrema/não consegue realizar).¹² Por último, com o objetivo de avaliar o domínio atividade da CIF, foram utilizados dois instrumentos, a versão reduzida do *Balance Evaluation Systems Test (MiniBESTest)* e o teste de caminhada de 10 metros. O *MiniBESTest* tem como objetivo contribuir para identificação dos subsistemas que compõe o controle postural e que podem ser os responsáveis pela alteração do equilíbrio funcional. É composto por 14 itens divididos em quatro categorias: *ajuste antecipatório; controle postural reativo; orientação sensorial e marcha dinâmica*.¹³ O teste de caminhada de 10 metros foi utilizado para avaliar a velocidade de marcha auto selecionada, sendo essa variável fundamental, pois representa uma pontuação da capacidade de mobilidade do indivíduo tanto em ambiente regular quanto na comunidade.¹⁴

As análises dos dados foram realizadas no software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* for Windows, versão 25.0. Foi utilizado o Teste de U de Mann Whitney para comparar o escore dos diferentes domínios do WHODAS 2.0 e os grupos de condição de doença – AVC e DP. A fim de comparar a funcionalidade dos participantes a partir do escore total e por domínio do WHODAS 2.0 com alguns dados demográficos, *MiniBESTest* e Teste de caminhada de 10 metros foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Foi considerado nível de significância de 5%, com $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 18 usuários, sendo 11 (61,1%) com diagnóstico de AVC e 7 (38,8%) com diagnóstico de DP.

Os dados sócios demográficos podem ser vistos na **TABELA 1**, estratificados pelo tipo de doença neurológica crônico-degenerativa, AVC e DP.

TABELA 1 – Dados sociodemográficos dos participantes (n=18) – 2019

VARIÁVEIS		AVC	DP
		n	n
Sexo	Feminino	3	3
	Masculino	8	4
Idade	40-60 anos	7	2
	61-80 anos	3	5
	>81 anos	1	0
Estado Civil	Casado(a)	6	4
	Divorciado	1	1
	Solteiro (a)	3	1
	União estável	1	0
Nível de Instrução	Viúvo	0	1
	Analfabeto/ fundamental incompleto	7	4
	Ensino Médio	1	2
	Ensino Superior	3	1
Ocupação	Aposentado	7	6
	Desempregado	2	0
	Outros	2	1
Tempo de Diagnóstico	0-12 meses	6	0
	13-24 meses	3	1
	>25 meses	2	6
Tempo de Tratamento	0-12 meses	8	1
	13-24 meses	1	1
	>25 meses	2	5

Legenda: AVC: Acidente Vascular Cerebral. DP: Doença de Parkinson. n: amostra.

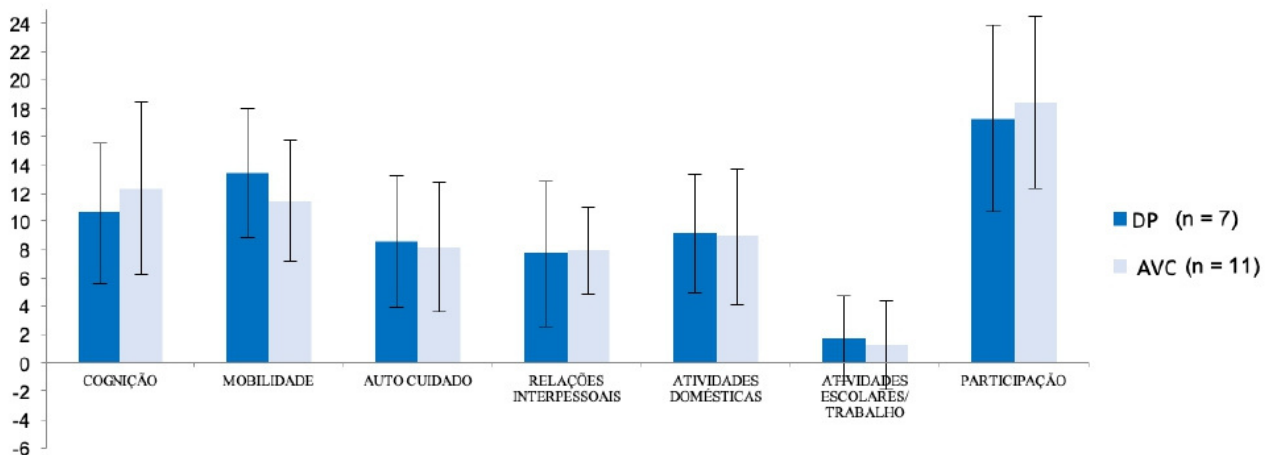
O perfil demográfico dos participantes do estudo é composto de 66,6% homens (n =12), sendo o estado civil mais prevalente o casado. A faixa etária mais comum afetada pelo AVC é de 40 a 60 anos, enquanto que a faixa etária do grupo de parkinsoniano foi de 61 a 81 anos.

No que diz respeito à educação, 61,1% do total de participantes (n=11) são analfabetos ou de baixa escolaridade, sendo que no grupo de AVC são 63,6% dos participantes (n=7) e no grupo de DP são 57,1% dos participantes (n=4). Em ambos os grupos a proporção de participantes aposentados é grande, sendo 72,7% dos participantes do grupo de AVC (n=7) e 85,7% dos participantes do grupo de DP (n=6). Por último, destaca-se a diferença entre os grupos quando se refere ao tempo de diagnóstico e ao tempo de atendimento, sendo que em ambas as variáveis, o grupo de AVC apresenta uma proporção maior no

período de 0 a 12 meses, enquanto que no grupo de DP a proporção maior é no período acima de 25 meses.

Quanto à repercussão funcional, o domínio com pior e melhor desempenho em cada população foram avaliados por meio da média dos escores do WHODAS 2.0. Tanto na população de DP quanto na população de AVC o domínio com melhor desempenho foi atividades escolares/ trabalho e o de pior desempenho foi o domínio participação, como pode ser visto no **GRÁFICO 1**.

Gráfico 1 - Média e desvio padrão das DNCD por domínio do WHODAS 2.0 – 2019



AVC: Acidente Vascular Cerebral; DP: Doença de Parkinson

A correlação entre a funcionalidade dos participantes a partir do escore total e por domínio do WHODAS 2.0 com alguns dados demográficos, equilíbrio funcional e a velocidade de marcha está demonstrada na **TABELA 2**.

TABELA 2 – Correlação entre alguns dados sociodemográficos, velocidade de marcha, *MiniBesTest* e os domínios do WHODAS 2.0 – 2019

Variáveis	DC	DM	DAC	DRI	DAD	DAE/T	DP	WHODAS T
Sexo	0,126	0,08	0,172	0,36	0,138	0,047	0,182	0,011
Idade	0,078	0,558**	0,335	0,093	0,497*	-0,002	0,257	0,403
Nível de Instrução	0,15	0,188	0,109	0,318	0,226	-0,154	-0,05	0,191
Comorbidades Associadas	-0,081	-0,215	-0,148	-0,136	-0,008	0,056	0,01	-0,146
Tempo de Tratamento	0,345	0,429	0,288	-0,084	0,137	-0,18	0,303	0,297
Velocidade de Marcha	-0,217	-0,054	-0,337	-0,044	0,087	0,163	-0,324	-0,162
Mini BESTest	-0,048	-0,292	-0,512*	-0,174	-0,288	0,278	-0,337	-0,327

DC: Domínio Cognição; DM: Domínio Mobilidade; DAC: Domínio Autocuidado; DRI: Domínio Relações interpessoais; DAD: Domínio Atividades domésticas; DAE/T: Domínio Escolares/trabalho e DP: Domínio Participação; WHODAS T: WHODAS Total

**A correlação é significativa no nível 0,01

*A correlação é significativa no nível 0,05

Com relação à análise das duas doenças crônicas conjuntamente, foi observada correlação significativa entre a idade e o domínio mobilidade (DM) e o domínio atividades domésticas (DAD). Além disso, o *MiniBESTest* foi associado ao domínio autocuidado (DAC).

Ao correlacionar o WHODAS 2.0 total, *MiniBESTest* e teste de caminhada de 10 metros, com as doenças, AVC e DP, separadamente, não houve significância em nenhuma das variáveis.

DISCUSSÃO

Este estudo caracterizou e analisou o perfil epidemiológico e de funcionalidade dos usuários com doenças neurológicas crônico-degenerativas, especialmente o AVC e a DP, atendidos em uma clínica escola de fisioterapia do município de Belo Horizonte.

A faixa etária predominante na população estudada com AVC foi de 40 a 60 anos, enquanto que a da população com DP foi de 61 a 81 anos. Isso vai de acordo com a literatura, uma vez que a incidência de AVC em adultos jovens tem vindo aumentando nas últimas décadas, devido às mudanças dos hábitos de vida da população jovem, como, a obesidade e o sedentarismo, e aos fatores de risco vascular tradicionais como hipertensão, dislipidemia e tabagismo, que têm um papel cada vez mais importante na fisiopatologia do AVC no doente jovem.¹⁵ Com relação a DP, I. Fernandes e A. Filho¹⁶ registraram média de idade de 66 anos, em estudo descritivo realizado com pacientes acompanhados em serviços de referência em Salvador, o que corrobora para o fato de a idade ser o principal fator de risco para DP.

Quando analisamos a média dos desempenhos dos seis domínios do WHODAS 2.0 nas duas doenças neurológicas, o domínio participação foi o mais afetado. De acordo com o estudo de Ayorinde I. Arowoia et al.¹⁷ utilizando o WHODAS 2.0, 34,5% dos participantes com AVC após seis a 12 meses residentes em uma comunidade na África do Sul apresentaram dificuldade extremamente severa para participar das atividades comunitárias. Sabe-se que indivíduos pós-AVC e com DP apresentam deficiências em vários sistemas corporais, que levam a limitação funcional, como a mobilidade em geral, afetando negativamente a participação em atividades comunitárias.^{18,19} A diminuição na participação também pode ser resultado dos fatores ambientais, ou seja, as barreiras arquitetônicas presentes na comunidade, como por exemplo, escadas sem corrimão e as péssimas condições das vias públicas e dos sistemas de transporte. Estudos tem demonstrado que a restrição na participação social produz um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos pós-AVC e com DP.^{19,20} Atualmente, a fisioterapia neurofuncional tem baseado a sua prática clínica no modelo dos “5Ps”, o qual, durante um processo de raciocínio clínico, deve levar em consideração os seguintes fatores: *Personalizado, Predição, Prevenção, Plasticidade e Participação*. Com relação a *Participação*, esse modelo defende que o objetivo final da fisioterapia deve ser a inclusão social e o envolvimento do indivíduo em todas as esferas da vida, principalmente, aquelas que têm um sentido para o paciente.²¹

Entretanto, o domínio menos afetado foi atividades escolares ou do trabalho em ambas as condições de doença. Acredita-se que este domínio não foi afetado, pois a maioria dos participantes, como descrito anteriormente, era aposentada e/ou estudaram até o ensino fundamental. Sendo assim, a maioria dos resultados dentre as questões foi nula, tendo apenas três indivíduos que trabalhavam dentro da amostra total.

Observamos correlação significativa entre a variável idade e os domínios, mobilidade e atividades domésticas, mostrando que quanto maior a idade pior o desempenho nos respectivos domínios. Provavelmente, isso ocorreu devido ao fato de que o comprometimento funcional pode ser decorrente da própria doença crônica e do processo de envelhecimento. O envelhecimento também contribui para o declínio das funções de vários sistemas corporais, como por exemplo, a diminuição da massa muscular e da acuidade visual, que levam ao aumento do risco de dependência funcional. O estudo de Tzu-Herng Hsu et al.²² mostrou que idade superior a 75 anos foi um preditor positivo para a ausência de marcha em pacientes com DP. Além disso, eles mostraram que indivíduos com DP do grupo com maior incapacidade para marcha, que não deambulavam, apresentaram pior desempenho em todos os domínios do WHODAS 2.0.

Os resultados do *MiniBESTest* e o autocuidado apresentam correlações significativas, ou seja, quanto pior o controle postural destes indivíduos maior será o impacto no domínio autocuidado. O controle postural é fundamental para o sucesso de grande parte das tarefas diárias e compreende dois objetivos comportamentais: a orientação postural – manutenção da postura/alinhamento corporal e a estabilidade/equilíbrio postural.²³ Vale ressaltar que alguns itens que são avaliados no domínio autocuidado, como, lavar o corpo inteiro, vestir-se e ficar sozinho sem ajuda de outros por alguns dias necessitam de tarefas que demandam controle postural, para que sejam realizadas de forma segura e sem o medo de cair. Diante disso, os indivíduos pós-AVC e os parkinsonianos podem apresentar déficits no controle postural, predispondo assim, ao aumento da dependência para realizar as atividades do dia a dia e, conseqüentemente, limitando-os a realizarem o autocuidado.^{24,25}

A correlação das condições de saúde estratificadas com o score total do WHODAS 2.0, *MiniBESTest* e Teste de Caminhada dos 10 metros, provavelmente, não foi significativa, devido ao número baixo da amostra de cada grupo.

Este estudo apresenta algumas limitações, visto que a amostra foi reduzida e por conveniência. Diante disso, mostram-se necessários novos estudos para caracterizar as diversas doenças neurológicas crônico-degenerativas, em vários níveis de gravidade e suas repercussões funcionais avaliadas pelo WHODAS 2.0.

CONCLUSÃO

O comprometimento da funcionalidade presente em duas doenças neurológicas crônico-degenerativas “o AVC e a DP”, é semelhante e significativo, levando ao impacto nos domínios mobilidade, autocuidado e participação. A identificação do perfil de funcionalidade consequente às doenças crônicas é de suma importância para permitir o estabelecimento de metas e condutas mais individualizadas, proporcionando uma abordagem mais ampla e eficaz tanto dos protocolos de recuperação da funcionalidade quanto das atividades na comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Maia F, Maia FEDS, Moura ELR, Madeiros EDC, Carvalho RRP, Silva SAL, et al. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de Saúde. *Rev da Fac Ciências Médicas Sorocaba*. 2015;17(3):110-5.
2. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação Da Classificação Internacional De Funcionalidade, Incapacidade E Saúde (CIF) Na Prática Clínica Do Fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter*. 2005;9(2):129-36.
3. Balco EM, Marques JMA. Escala WHODAS 2.0 e Atenção Primária à Saúde: reflexões e apontamentos no uso de uma versão brasileira. *Rev Científica CIF Bras*. 2017;9(9):25-46.
4. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Camargo RS, Costa ML, Zanardi DM, et al. Cross cultural adaptation of the World Health Organization. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(3):234-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.005>.
5. Silva C, Coleta I, Silva AG, Amaro A, Alvarelhão J, Queirós A, et al. Adaptation and validation of whodas 2.0 in patients with musculoskeletal pain. *Rev Saude Publica*. 2013;47(4):752-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004374>.
6. Silva e Silva CM, Pinto Neto AC, Nepomuceno Júnior BRV, Teixeira HP, Silveira CD, Souza-Machado A. Assessment of patients with functional chronic obstructive pulmonary disease through WHODAS. *Acta Fisiátrica*. 2016;23(3):125-9. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20160024>.
7. Felipe LK, Zimmermann A. Doenças Crônicas Degenerativas Em Idoso: Dados Fisioterapêuticos. *RBPS*. 2011;24(3):221-7.
8. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2014;23(4):599-608. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>.
9. Gomes ABAGR, Kubota GT, Araújo HA, Silva LSAC, Simis M, Henrique M, et al. Popular stroke knowledge in Brazil: A multicenter survey during “World Stroke Day”. *eNeurologicalSci*. 2016;6:63-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2016.12.002>.
10. Capato TTC, Domingos JMM, Almeida LRS. Versão em Português da Diretriz Europeia de Fisioterapia para a Doença de Parkinson: Desenvolvida por vinte associações profissionais europeias e adaptada para Português Europeu e do Brasil. 2015. 204p. Disponível em: http://www.parkinsonnet.info/media/15349293/diretriz_dp_brasil_versao_final_publicada.pdf.
11. 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):01-7. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>.
12. Organização Mundial de Saúde. Avaliação de Saúde e deficiência: WHODAS 2.0. 2015;3-90.
13. Maia AC, Rodrigues-de-Paula F, Magalhães LC, Teixeira RLL. Cross-cultural adaptation and analysis of the psychometric properties of the balance evaluation systems test and MiniBESTest in the elderly and individuals with Parkinson’s disease: Application of the Rasch model. *Brazilian J Phys Ther*. 2013;17(3):195-217. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000085>.

14. Miranda AS, Dourado VZ. Usual gait speed assessment in middle-aged and elderly Brazilian subjects. *Rev Bras Fisioter.* 2011;15(2):117-22.
15. Correia JP, Figueiredo AS, Costa HM, Barros P, Veloso LM. Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. *Med Interna (Bucur).* 2018;25(3):213-23.
16. Fernandes I, Filho ADSA. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com doença de Parkinson em salvador-bahia. *Rev Bras Neurol e Psiquiatr.* 2018;22(1):45-59.
17. Arowoia AI, Elloker T, Karachi F, Mlenzana N, Jacobs-Nzuzi Khuabi L-A, Rhoda A. Using the World Health Organization's Disability Assessment Schedule (2) to assess disability in community-dwelling stroke patients. *South African J Physiother.* 2017;73(1):343. DOI: <https://doi.org/10.4102/sajp.v73i1.343>.
18. Quintas R, Cerniauskaite M, Ajovalasit D, Sattin D, Boncoraglio G, Parati EA, et al. Describing functioning, disability, and health with the International Classification of Functioning, disability, and health brief core set for stroke. *Am J Phys Med Rehabil.* 2012;91(13 SUPPL.1):14-21. DOI: <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31823d4ba9>.
19. Raggi A, Leonardi M, Ajovalasit D, Carella F, Soliveri P, Albanese A, et al. Disability and profiles of functioning of patients with Parkinson's disease described with ICF classification. *Int J Rehabil Res.* 2011;34(2):141-50. DOI: <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e328344ae09>.
20. Marinho C, Monteiro M, Santos L, Oliveira-Filho J, Pinto EB. Gait performance and quality of life in stroke survivors: a cross-sectional study. *Rev Pesqui em Fisioter.* 2018;8(1):79-87. DOI: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v8i1.1777>.
21. Kimberley TJ, Novak I, Boyd L, Fowler E, Larsen D. Stepping Up to Rethink the Future of Rehabilitation: IV STEP Considerations and Inspirations. *J Neurol Phys Ther.* 2017;41(Suppl 3):S63-S72. DOI: <https://doi.org/10.1097/NPT.000000000000182>.
22. Hsu TH, Liou TH, Chou KR, Chi WC, Yen CF, Liao HF, et al. Large-scale assessment of function and disability in patients with parkinson's disease using the functioning disability evaluation scale-adult version. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(12):1-12. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15122788>.
23. Shumway-Cook A, Woollacott M. Motor control: translating research into clinical practice. 2017.
24. Rajachandrakumar R, Fraser JE, Schinkel-ivy A, Inness EL, Biasin L, Brunton K, et al. Atypical anticipatory postural adjustments during gait initiation among individuals with sub-acute stroke. 2017;52(1):325-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2016.12.020>.
25. De Nunzio AM, Nardone A, Schieppati M. The control of equilibrium in Parkinson's disease patients: Delayed adaptation of balancing strategy to shifts in sensory set during a dynamic task. *Brain Res Bull.* 2007;74(4):258-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2007.06.020>.

Revista Científica
CIFBrasil

Pareceristas Convidados

Aristela de Freitas Zanona
Eda Marconi Custódio
Guilherme de Andrade Ruela
Ywia Danieli Valdarees
Karoleen Oswald Scharam

Conselho Editorial

Elise Ribas Lisbôa
Raimisson Vieira Silva
Scheila Farias de Paiva

Projeto Gráfico

Diagramação	Raimisson Vieira
Arte Visual	Scheila Paiva
Revisão Textual e Abstracts	Elise Lisbôa

Editor Chefe

Eduardo Santana Cordeiro

www.revistacifbrasil.com.br