UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PATRICIA CARLA VIANNA

**Validação do instrumento baseado no *Core set* resumido da Classificação
Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para
Indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática**

Ribeirão Preto - SP

2015

PATRICIA CARLA VIANNA

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 apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de pesquisa: Tecnologia em enfermagem

Orientador: Soraia Assad Nasbine Rabeh

Ribeirão Preto - SP

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Vianna, Patricia Carla

Validação do instrumento baseado no *Core set* resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para indivíduos com Lesão Medular Aguda traumática. Ribeirão Preto, 2015.

142 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional-Tecnologia e inovação em enfermagem.

Orientador: Soraia Assad Nasbine Rabeh

1. Traumatismos da medula espinhal. 2. Estudos de validação. 3. Reabilitação. 4. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

VIANNA, Patricia Carla

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 apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Mestrado Profissional.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

*Em memória a minha querida mãe Benilda
Aparecida Mariotto Vianna, meu anjo da guarda, que sempre apoiou e
incentivou os estudos, que não media esforços para ver seus filhos felizes. Por ter
sempre confiado em mim e ter me ensinado o verdadeiro sentido do amor.*

“Amor eterno”

Agradecimentos Especiais

A Deus que me permitiu realizar este tão desejado sonho, iluminou e direcionou meu passos, pelas oportunidades e conquistas em minha vida. Pela força e coragem durante toda essa caminhada.

À Profª Drª Soraia Assad Nasbine Rabeh, pelos ensinamentos transmitidos durante toda a nossa jornada de trabalho juntas. Obrigada pelo carinho, dedicação, amizade, paciência, apoio constante, por respeitar minhas opiniões e, sobretudo, por confiar em mim. Exemplo de profissional na qual me espelho na área acadêmica.

“A você todo o meu respeito e admiração”.

Ao Prof. Dr. Marcelo Riberto pela oportunidade de aprender através dos seus ensinamentos. Sou grata pelo carinho, paciência, por acreditar no meu potencial, pela confiança no nosso trabalho, por toda a dedicação e disponibilidade durante estes anos. Obrigada pelos conselhos, pelo apoio e pela gentileza nas suas colocações.

“Meus sinceros agradecimentos”.

Agradecimentos

*Ao meu **Pai** que com carinho, amor e dedicação, sempre me apoiou em todas as etapas da minha vida. "Amo você".*

*Às minhas irmãs **Rita e Renata** que tenho muito admiração e por terem me ensinado tantas coisas boas da vida, por todo amor e carinho. "Vocês são meu porto seguro".*

*Ao meu primo **Rogélio** por sempre se preocupar comigo, pelos bons conselhos, pela colaboração e carinho com meu pai nos momentos que precisei me ausentar. Exemplo de ser humano.*

*Aos meus **sobrinhos** por darem mais sentido à minha vida e me oferecerem dias mais felizes.*

*Ao meu amor **Lucas Fernando** por me apoiar e me incentivar sempre, pela paciência, por ser meu melhor amigo e me amparar nos momentos difíceis. Por estar ao meu lado e dividir comigo os melhores momentos da minha vida. "Sou muito feliz ao seu lado".*

*À minha companheira de pesquisa e amiga **Juliana Coelho** pela amizade construída nestes anos, por todo o carinho, dedicação e disponibilidade. Por entrar na minha vida da maneira mais inesperada e pela valiosa contribuição na elaboração desse trabalho. Obrigada pelos momentos compartilhados e pelas alegrias. "A amizade é um amor que nunca morre".*

*À colega de mestrado **Laura Campoy**, pela valiosa colaboração, desde o preparo para o ingresso no mestrado e durante toda minha jornada, oferecendo amizade e carinho.*

*Ao Prof. **César Augusto Sangaletti Terçariol** pelo conhecimento adquirido, amizade formada e contribuição valiosa nos procedimentos estatísticos, pela disponibilidade, paciência e alegria que sempre estiveram presentes em nossos encontros.*

*À equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem e colegas de trabalho, **Regina Roque, Silvia Helena, Giovana Martins, Regina Marcia, Jefferson e Hamilton**, por apoiarem minha decisão, pelo carinho, acolhimento nos meus anseios e ajuda dispensada no decorrer de toda a pesquisa.*

*Aos meus colegas de trabalho e enfermeiros **Gustavo Leandro Matioli e Cintia F. Baccarin Biaziolo**, também companheira de Mestrado, muito obrigada por todo apoio, incentivo e colaboração. Pelo companheirismo, por entenderem e suprirem minhas ausências, sempre solícitos nos momentos que mais precisei.*

*À enfermeira **Caroline Padovan Prado** pelo apoio, disponibilidade e essencial contribuição durante todo o desenvolvimento desse trabalho. Obrigada por tudo!*

*À enfermeira **Ana Carolina Gomes** pelos esforços dispensados e apoio nos momentos que sempre pedi ajuda.*

*A todos os **colegas** do Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto pelo apoio.*

*À professora **Maria Helena Caliri** pelas orientações e valiosa contribuição no exame de qualificação, e às professoras **Alessandra Mazzo e Fabiana Faleiros** pelo interesse, colaboração ao longo de todo o desenvolvimento da pesquisa e atenção dispensada.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)** e ao **Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional**, por tornar possível a realização deste estudo.*

*Aos **funcionários da EERP/USP** por me tratarem bem, com bom humor, por elucidarem minhas dúvidas e sempre me ajudarem.*

*Aos **indivíduos com lesão medular**, pela oportunidade de conviver e me sensibilizar com seus problemas, aprender com suas experiências de vida, compartilhar conhecimentos, pela colaboração e confiança no desenvolvimento do estudo, por me inspirarem a desenvolver esse trabalho.*

RESUMO

VIANNA, P. C. **Validação do Instrumento baseado no *Core set* resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática.** 2015. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

As lesões medulares traumáticas (LMT) são comumente geradoras de deficiências e levam a limitações na execução de atividades, como também à restrição de participação em situações concretas de vida. Conhecer os indivíduos com LMT em termos de independência funcional permite aos serviços de reabilitação estruturarem-se para atenderem às demandas dessa população de forma mais eficiente. Estudo de delineamento metodológico objetivou construir e validar instrumento baseado no *Core Set* resumido da CIF para indivíduos com lesão medular aguda traumática. A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética, foi realizada em três etapas: etapa 1:Elaboração do instrumento a partir do *Core set* resumido da CIF para lesão medular aguda: “*Instrumento baseado no Core set resumido da CIF para indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática*”; etapa 2: Validação do instrumento e coleta de dados; etapa 3: Aplicação do pré-teste.O instrumento para validação de face e conteúdo continha 13 categorias que integraram os componentes da CIF: funções do corpo (3), estrutura do corpo (1), atividades e participação (9), perfazendo um total de 109 itens. Em cada seção do instrumento tinha um campo para sugestões. A validade de conteúdo do instrumento foi realizada por um comitê de dezesseis juízes.Os resultados demonstraram que a maioria dos juízes de conteúdo eram do sexo feminino, jovens, com idade entre 30 e 39 anos. Quanto à titulação acadêmica e área de atuação, a maioria tinha doutorado e eram docentes, assim como, realizavam estudos sobre a CIF e à utilizavam na sua prática clínica.Cada item do instrumento foi avaliado em mais de 70% pelos avaliadores, sendo considerado aceitável para a validação de conteúdo. Na maioria dos itens, os juízes fizeram sugestões que visavam à modificação de termos, para serem substituídos ou reformulados, a partir do conceito apreendido, para que a estrutura e a propriedade do instrumento não fossem alteradas de modo significativo. Foram sugestões pertinentes que favoreceram a adequação do instrumento, a fim de facilitar a compreensão dos itens propostos pelo público alvo. O pré-teste foi realizado no Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP, participaram da pesquisa 10 indivíduos com diagnóstico de LTME, com até 6 meses lesão.A maioria eram do sexo masculino, com média de idade de 43 anos, sendo a principal etiologia do trauma os acidentes automobilísticos. Quanto à escolaridade verificou-se que a maioria dos participantes tinha ensino fundamental completo ou incompleto. Nesta etapa, houve substituição de alguns termos técnicos para melhor compreensão pelo público alvo. Mediante a análise entre os pesquisadores e após consenso das modificações sugeridas pelos especialistas e público alvo, foi elaborada a versão final do instrumento. Ressalta-se que o instrumento contribuíra na prática clínica como uma ferramenta inovadora a ser utilizado pela equipe multidisciplinar, na avaliação da funcionalidade para o planejamento da assistência, com foco nas necessidades individuais e nos resultados mais efetivos das intervenções no processo de reabilitação.

Palavras-chave: Traumatismos da medula espinhal, Estudos de Validação, Reabilitação, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

ABSTRACT

VIANNA, P. C. **Instrument validation based on summed up international classification of functioning disability and health (ICF) core set for individuals with acute traumatic spinal cord injury**. 2015. 142 f. Thesis (MS) - Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Traumatic spinal cord injuries (TSCI) are usually the cause of disabilities and limited performance of some activities as well as limited participation in some life moments. Knowing if TSCI patients are functional dependent helps the rehabilitation services to be organized to effectively meet the demand of that population. The goal of the methodological design study was to create and validate an instrument based on summed up ICF Core Set for patients with acute traumatic spinal cord injury. The survey was approved by the Ethics Committee and it was divided in three phases: Phase 1 – Elaboration of the instrument based on summed up ICF Core Set for acute spinal cord injury: *“Instrument based on summed up ICF Core Set for patients with Acute Traumatic Spinal Cord Injury”*; Phase 2 – Validation of the instrument and data collect; Phase 3 – Implementation of the pre-test. Face and content validation tool had 13 categories which were part of ICF components: body functions (3), body structure (1), activities and participation (9); in total 109 items. Every section of the tool had a specific place for suggestions. A sixteen-judge committee validated the content. The results showed that most of the judges were 30 to 39-year-old women, with doctorate degree and they were professors who also studied ICF and applied it in their clinics. The evaluators checked more than 70% of each item of the tool and it was considered enough for the validation of the content. The judges made some suggestions for most of the items in order to replace or redesign the terms so that the structure and the effect of the tool would not be significantly changed. Those suggestions were relevant and they helped adjusting the tool to make easier for the community to understand the items. The pre-test was performed at Rehabilitation Center of HCFMRP-USP; ten patients who have had TSCI for up to 6 months participated on the survey. Most of them were 43 –year- old men, who studied up to elementary school, with a trauma caused by a car crash. At this stage some technical terms were replaced in order to help the community understanding. After the analysis of the researchers and the modifications suggested by the experts and the community, a final version of the tool was elaborated. In clinical practice this instrument was a new tool used by the multidisciplinary team when evaluating the functioning of helping individual necessities and more effective results of the interventions on the rehabilitation process.

Key-words: Spinal cord trauma, Validation Studies, Rehabilitation, International Classification of Functioning Disability and Health (ICF).

RESUMEN

VIANNA, P. C. **Validación del Instrumento basado en el *Core set* abreviado de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Incapacidad y Salud (CIF) para individuos con Lesión de Medula Aguda por Trauma.** 2015. 142 f. Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Las lesiones de medula por trauma (LMT) son comúnmente generadoras de deficiencias y llevan a limitaciones en la ejecución de las actividades, así como también la restricción de participación en situaciones concretas de la vida. Conocer a los individuos con LMT en términos de independencia funcional permite a los servicios de rehabilitación estructurarse para atender a las demandas de esta población de forma más eficiente. Estudio fue de delineamiento metodológico con el objetivo de construir y validar un instrumento basado en el *Core set* abreviado de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Incapacidad y Salud (CIF) para individuos con lesión de medula aguda por trauma. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética, se realizó en tres etapas: etapa 1: Elaboración del instrumento a partir del *Core set* abreviado de la CIF para lesión de medula aguda: “*Instrumento basado no Core Set abreviado de la CIF para individuos con Lesión de Medula Agua por Trauma*”; etapa 2: Validación del instrumento y recolecta de los datos; etapa 3: Aplicación del pre-test. El instrumento para validación de face y contenido conformado por 13 categorías que integraron los componentes de la CIF: funciones del cuerpo (3), estructura del cuerpo (1), actividades y participación (9), siendo un total de 109 ítems. En cada sección del instrumento tuvo un campo para las sugerencias. La validez del contenido del instrumento fue realizada por un comité de dieciséis jueces expertos. Los resultados demostraron que la mayoría de los jueces expertos del contenido eran del sexo femenino, jóvenes con edad entre 30 y 39 años. En relación a la titulación académica y el área de actuación, la mayoría tenían doctorado y eran docentes, así como, realizaban estudios con la CIF y la utilizaban en su práctica clínica. Cada ítem del instrumento fue evaluado en más de 70% por los evaluadores, siendo considerado aceptable para la validación del contenido. En la mayoría de los ítems, los jueces hicieron sugerencias que buscaban la modificación de algunos términos, para ser substituidos o reformulados, a partir del concepto comprendido, para que la estructura y la propiedad del instrumento no sean alteradas de modo significativo. Fueron sugerencias que favorecieron en la adecuación del instrumento, a fin de facilitar la comprensión de los ítems propuestos por la población de estudio. El pre-test fue realizado en el Centro de Rehabilitación del HCFMRP-USP, participaron del estudio 10 individuos, con edad promedio de 43 años, siendo la principal etiología del trauma por accidentes automovilísticos. En relación a la escolaridad se verificó que la mayoría de los participantes tenían educación primaria completa e incompleta. En esta etapa, hubo sustitución de algunos términos técnicos para mejor la comprensión por la población de estudio. Mediante el análisis entre los investigadores y después del consenso de las modificaciones sugeridas por los especialistas y la población de estudio, fue elaborada la versión final del instrumento. Se resalta que el instrumento contribuirá en la práctica clínica como una herramienta innovadora a ser utilizada por el equipo multidisciplinar, en la evaluación de la funcionalidad para el planeamiento del cuidado, con foco en las necesidades individuales y en los resultados más efectivos de las intervenciones en el proceso de rehabilitación.

Palabras clave: Traumatismos de medula espinal, Estudios de Validación, Rehabilitación, Clasificación Internacional de Funcionalidad, Incapacidad y Salud (CIF).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo integrador da funcionalidade humana segundo a CIF....	42
-------------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Qualificadores da CIF.....	53
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes (n=16) quanto à caracterização profissional e acadêmica. Ribeirão Preto, 2015.....	59
Tabela 3 -	Distribuição dos participantes (n=16) de acordo com a idade e o tempo de atuação profissional. Ribeirão Preto, 2015.....	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria b810 (Funções protetoras da pele). Ribeirão Preto, 2015.....	60
Gráfico 2 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria b620 (Funções urinárias). Ribeirão Preto, 2015.....	61
Gráfico 3 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria b525 (Funções de defecação). Ribeirão Preto, 2015.....	63
Gráfico 4 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria s610 (Estrutura do sistema urinário). Ribeirão Preto, 2015.....	64
Gráfico 5 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d410 (Mudar de posição básica do corpo). Ribeirão Preto, 2015.....	65
Gráfico 6 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d420 (Transferir a própria posição). Ribeirão Preto, 2015.....	66
Gráfico 7 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d510 (Lavar-se). Ribeirão Preto, 2015.....	66
Gráfico 8 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d520 (Cuidado das partes do corpo). Ribeirão Preto, 2015.....	67
Gráfico 9 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d5300 (Regulação da micção). Ribeirão Preto, 2015.....	68
Gráfico 10 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d5301 (Regulação da defecação). Ribeirão Preto, 2015.....	69
Gráfico 11 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d540 (Vestir-se). Ribeirão Preto, 2015.....	71
Gráfico 12 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d550 (Comer). Ribeirão Preto, 2015.....	72
Gráfico 13 -	Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d560 (Beber). Ribeirão Preto, 2015.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Características dos <i>core sets</i> de lesão medular.....	45
Quadro 2 –	<i>Core Set</i> resumido da CIF para lesão medular aguda.....	51
Quadro 3 -	Apresentação da versão pré-validação do instrumento e as modificações sugeridas pelo Comitê de juízes. Ribeirão Preto, 2015.....	74

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 -	Convite Pesquisa.....	111
Apêndice 2 -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (juízes).....	112
Apêndice 3 -	Carta convite aos juízes.....	114
Apêndice 4 -	Questionário para caracterização dos juízes.....	116
Apêndice 5 -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pacientes).....	117

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 –	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	120
Anexo 2 –	Versão do instrumento a ser validado pelo Comitê de juízes..	121
Anexo 3 –	Versão do instrumento após o Consenso do Comitê.....	129
Anexo 4 –	Versão final do instrumento.....	136

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS	<i>ASIA Impairment Scale</i>
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
ASIA	<i>American Spinal Injury Association</i>
AVDs	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro de Reabilitação
CER IV	Centro Especializado em Reabilitação nível IV
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Metodológico
CRPD	Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CSCM	<i>Consortium for Spinal Cord Medicine</i>
CUI	Cateterismo Urinário Intermitente
DRS	Departamento Regional de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LME	Lesão de Medula Espinhal
LTME	Lesão Traumática da Medula Espinhal
MIF	Medida de Independência Funcional
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SCIM III	<i>Spinal Cord Independence Measure version III</i>
SDDPD	Secretaria de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência
SF-36	<i>Medical Outcomes Studies 36-item Short- Form Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package of Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UP	Úlcera por Pressão
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	27
2.1	A lesão da medula espinhal e suas implicações	28
2.2	A prática baseada em evidência.....	37
2.3	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	39
2.4	Os <i>Core sets</i> da CIF e suas implicações para a prática clínica.....	42
3	OBJETIVOS	47
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	49
4.1	Tipo de estudo	50
4.2	Procedimentos éticos	50
4.3	Operacionalização do estudo	50
4.3.1	Primeira etapa da pesquisa: Elaboração do instrumento	50
4.3.2	Segunda etapa da pesquisa: Validação de face e de conteúdo do instrumento	53
4.3.2.1	Coleta de dados	55
4.3.3	Terceira etapa da pesquisa: Pré-teste.....	56
4.4	Análise dos dados	56
5	RESULTADOS.....	57
6	DISCUSSÃO.....	82
7	CONCLUSÃO	93
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICES	110
	ANEXOS	119

1 INTRODUÇÃO

A motivação para esse estudo advém da trajetória profissional e desafios vivenciados nas atividades assistenciais. Conclui a graduação de enfermagem em 1998 pelo Centro Universitário Barão de Mauá de Ribeirão Preto e ingressei no ano 2000 como enfermeira de um hospital universitário público de nível terciário em Ribeirão Preto- SP. Ao longo da minha carreira profissional atuei na assistência a pacientes adultos e idosos com doenças neurológicas. Em novembro de 2007 fui convidada a trabalhar no Centro de Reabilitação (CER) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e em 2011, assumi a gestão do serviço de enfermagem, até o presente momento.

O HCFMRP - USP é uma Instituição Hospitalar de qualidade comprovada destinada ao atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e à formação de profissionais na área da saúde.

Inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) como referência terciária e quaternária, abrange uma população de cerca de quatro milhões de habitantes atendendo as demandas do Departamento Regional de Saúde (DRSXIII) de Ribeirão Preto, além dos DRS's de Franca, Araraquara e Barretos, bem como outras regiões do Estado de São Paulo e até mesmo, outros estados e países. Atualmente, contêm 789 leitos e 86 leitos de UTI, concentrados em diversas áreas da saúde (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2013).

O Centro de Reabilitação (CER) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo foi criado em 2007 e dispõe de serviços especializados para diagnóstico, avaliação e tratamento de pacientes que demandam cuidados intensivos de reabilitação de alta complexidade.

Em março de 2009 o CER foi incorporado à Rede de Reabilitação Lucy Montoro, coordenada pela Secretaria de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência - SDDPD. A Rede de Reabilitação Lucy Montoro criada pelo Governo do Estado de São Paulo, tem como objetivo proporcionar o melhor e mais avançado tratamento de reabilitação para pacientes com deficiências físicas incapacitantes, motoras e sensorio-motoras (BRASIL, 2009).

Atualmente o serviço está cadastrado junto ao Sistema Único de Saúde - SUS, como Centro Especializado em Reabilitação nível IV (CER IV) atribuído pelo Ministério de Saúde, sendo referência em Reabilitação Física, Visual, Auditiva, Intelectual, Ostomia e Múltiplas Deficiências, além da dispensação de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e auxílios ópticos (BRASIL, 2012b).

O CER conta com equipes multiprofissionais, compostas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e educador físico, que atuam em áreas específicas de reabilitação, dentre elas, afecções neurológicas, lesão medular e amputações.

Ao longo do século XX começaram a surgir iniciativas voltadas para as pessoas com deficiência tanto na área educacional quanto na assistencial. No Brasil em 1956, foi criado o Instituto Pestalozzi, dedicado à educação especial e no Rio de Janeiro, em 1954 foi fundada a primeira Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Concomitantemente no mesmo ano foi criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (BRASIL, 2014).

Foi a partir do final da década de 1970 que o movimento das pessoas com deficiência se desenvolveu e pela primeira vez, elas mesmas protagonizaram suas lutas e buscaram ser agentes da própria história. Esse impulso gerou várias medidas para combater a discriminação e garantir às pessoas com deficiência, igualdade de acesso aos direitos civis, sociais e políticos (BRASIL, 2014).

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD), adotada em 2009, tem como objetivos “promover, proteger e assegurar o gozo integral e igual de todos os direitos humanos e liberdade fundamentais por todas as pessoas com deficiência, e promover o respeito por sua dignidade inerente”. Isso reflete uma grande mudança na compreensão e respostas mundiais à deficiência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012; BRASIL, 2014).

O entendimento da deficiência vem sendo transformado, a partir de uma nova concepção que valoriza a pessoa humana, a ter igualdade de condições e oportunidades e não como fator que impede o exercício da cidadania (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (2012) define a deficiência como parte da condição humana, em que, quase todos estarão temporária ou permanentemente incapacitados em algum momento da vida, e aqueles que alcançarem uma idade mais avançada experimentarão crescentes dificuldades em sua funcionalidade. A deficiência é complexa, e as intervenções para superar as desvantagens associadas à deficiência são múltiplas e sistêmicas.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), adotada como o modelo conceitual pela Organização Mundial de Saúde (OMS), define a incapacidade como um termo amplo para deficiências, limitações às atividades e restrições à participação. A incapacidade se refere aos aspectos negativos da interação entre indivíduos com determinadas

condições de saúde e fatores pessoais e ambientais, tais como, atitudes negativas, transportes e prédios públicos inacessíveis, e apoio social limitado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

A CIF tornou-se uma ferramenta de grande utilidade para o desenvolvimento de medidas abrangentes para a reabilitação tendo como finalidade a melhoria da qualidade do trabalho em equipe interdisciplinar e contribuindo assim para uma sistematização de metas a serem atingidas (FINCH, HIGGINS, 2008; RENTSCH et al., 2003; SIVAN et al., 2011).

No Brasil, em 2013 o Ministério da Saúde recomendou nas Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular, o uso da CIF para a avaliação funcional do paciente no processo de reabilitação. O objetivo da diretriz é oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da pessoa com lesão medular nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A lesão medular é um agravo na medula espinhal que acarreta mudanças repentinas na vida das pessoas, muitas vezes, com importante impacto físico, psicológico, emocional e econômico, que afetam não só o indivíduo, mas toda a sua família. (LASPRILLA et al., 2010). Pode resultar em perda parcial ou total da função motora, sensitiva e autônoma, além de comprometimento nos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo, afeta o desempenho nas atividades de vida diária, como alimentar-se, vestir-se, despir-se, posicionar-se na cama ou na cadeira e higienizar-se (CAFER et al., 2005; SISCÃO et al., 2007). É essencial conhecer as características dos indivíduos com LME em termos de independência funcional, pois isso possibilita aos profissionais e aos centros de reabilitação estruturar-se e dispor de instrumentos que auxiliem na avaliação sistemática e efetiva dessa população.

Na avaliação funcional, o profissional deve considerar todas as alterações sistêmicas inerentes a este tipo de lesão e suas correlações funcionais. O uso de um sistema de classificação funcional facilita o processo de definição de metas, auxiliando os Profissionais de saúde na construção do projeto terapêutico. O *Consortium for Spinal Cord Medicine* (2008), recomenda que os profissionais de reabilitação devam estar envolvidos nos cuidados prestados à pessoa com lesão medular imediatamente após a injúria, ainda na fase aguda, sendo que, especial atenção precisa ser dada as estratégias preventivas, visando evitar o surgimento de complicações decorrentes das alterações de sensibilidade e motricidade que acompanham a lesão medular (BRASIL, 2013).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) prevista na resolução do Conselho Federal de Enfermagem é uma ferramenta que direciona a prática e favorece o cuidado seguro e de qualidade, além de proporcionar autonomia profissional (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A assistência de enfermagem na reabilitação se dá no âmbito da consulta de enfermagem, na perspectiva de identificar as necessidades individuais dos pacientes e o nível de independência funcional.

O CER atende pacientes encaminhados dos diversos serviços de saúde do HCFMRP-USP e da rede pública municipal, coordenado pela DRS-XIII. Foram realizados 122.058 mil atendimentos multiprofissionais no ano de 2014, sendo, 25.302 atendimentos realizados pela equipe de enfermagem, com 11.623 consultas de enfermagem.

O Serviço de Enfermagem atua junto à equipe multidisciplinar na assistência de alta complexidade às pessoas com deficiências e incapacidades. Atualmente a equipe de enfermagem do CER é composta por diretor de serviço (1), enfermeiros (4), auxiliares de enfermagem (5), técnico de enfermagem (1) e auxiliar de saúde (1).

Foi implantado em 2013 no CER, o protocolo multiprofissional para pacientes com lesão de medula espinhal (LME), com o objetivo de padronizar os atendimentos para condições específicas de saúde. O paciente é submetido a uma triagem médica e inserido em um programa de reabilitação com objetivos terapêuticos definidos pela equipe multiprofissional, que mantém reuniões semanais para as discussões dos casos e decisões de condutas. Para esse programa está previsto a permanência do paciente por um período de três meses, com reavaliação sucessiva e possibilidade de seguimento por mais três meses. Na iminência de complicações, o paciente continua sendo atendido de acordo com sua necessidade, ou é encaminhado para outras áreas específicas.

Nosso maior desafio enquanto equipe multiprofissional, atuando no âmbito da assistência ao paciente com condição crônica de saúde, cujas demandas de necessidades são diferentes em cada fase da reabilitação requerendo, portanto a continuidade do cuidado, é a contra referência após a alta do programa de reabilitação. Há número insuficiente de serviços disponíveis de referência em reabilitação de média e baixa complexidade e a necessidade de organização do fluxo de atendimento da rede de atenção ao deficiente.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) configuram-se atualmente como fundamental estratégia para superar a fragmentação da gestão e da atenção e, assegurar ao usuário o conjunto de ações de saúde com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade. No

Brasil, em decorrência de sua grande diversidade, o Ministério da Saúde tem proposto a organização do SUS em regiões de saúde a partir da perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa contribuir na mudança do modelo assistencial, com o cuidado continuado, assim como todos os pontos de atenção, devendo responder as necessidades de saúde da população de uma forma articulada e integrada. Espera-se que o cuidado integral com a saúde da pessoa com LME tenha como resultado final a manutenção da sua saúde física e mental, bem como o desenvolvimento da sua autonomia e inclusão social (BRASIL, 2013).

A motivação para essa pesquisa se apoia na possibilidade de utilizar um sistema de classificação que permita avaliar a funcionalidade dos pacientes com LME aguda traumática, a fim de subsidiar o planejamento do programa de reabilitação para esses pacientes, de modo a oferecer uma assistência pautada nas necessidades identificadas, sob o ponto de vista da funcionalidade e autonomia, considerando o contexto social e ambiental.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A lesão da medula espinhal e suas implicações

A lesão de medula espinhal (LME) é considerada uma das mais graves e devastadoras entre as síndromes incapacitantes que pode atingir o ser humano, pois ocasiona a falência de uma série de funções vitais e danifica ainda, a rede neural complexa envolvida na transmissão, modificação e coordenação motora e sensorial. A medula espinhal é a principal condutora das informações sensitivas e motoras entre o cérebro e o corpo, além de ser o centro regulador responsável pelo controle de importantes funções do corpo, como: respiração, circulação, termorregulação, eliminação vesical e intestinal e atividade sexual (ARES; CRISTANTE, 2007; LIANZA, 2007).

As causas da LME podem ser de origem traumática e não traumática, sendo as de origem traumática, responsável pela maior parte das lesões medulares agudas, decorrentes, principalmente, de acidentes por colisão e capotamento, de ferimentos por projétil de arma de fogo, seguida de queda e ato de violência ou esportes. As de origem não traumática correspondem a cerca de 20% dos casos de lesão medular e compreendem patologias como tumores intra e extra-medulares, fraturas patológicas, estenose de canal medular, deformidades graves da coluna, hérnia discal, isquemia, doenças infecciosas, como a mielite transversa, paraparesia espástica tropical e as autoimunes (ARES; CRISTANTE, 2007; BLANES et al., 2009; BRASIL, 2013; CUSTÓDIO et al., 2009; MIRANDA et al., 2010;).

A lesão traumática da medula espinhal (LTME) pode ser decorrente de hiperflexão ou hiperextensão da cabeça e pescoço, compressão ou rotação do corpo vertebral, ou de lesões penetrantes, que causam ruptura total ou parcial da transmissão medular, levando, assim, a alteração da função medular (HICKEY, 2003; MIRANDA et al., 2010).

A maior incidência da (LTME) ocorre entre a segunda e terceira décadas de vida, com predominância do sexo masculino. É estimado a incidência anual de pacientes com LTME nos Estados Unidos de aproximadamente 40 casos em cada 1 milhão de habitantes, aproximadamente 12.000 casos novos por ano. No Brasil o coeficiente de incidência de lesão medular traumática é desconhecido e não existem dados precisos a respeito da sua incidência e prevalência, uma vez que esta condição não é sujeita à notificação (BRASIL 2013; NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER, 2013). Trata-se de um grave problema social, pois atinge, principalmente, indivíduos jovens, na sua grande maioria em idade produtiva, que passam a depender de um dispendioso e complexo processo de

reabilitação para manter uma melhor qualidade de vida (ASSIS; FARO, 2011; RABEH; CALIRI, 2010).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam o contingente de 200 mil paraplégicos e 50 mil tetraplégicos no Brasil em 2000, este foi o último Censo do IBGE realizado para quantificar o número de paraplégicos e tetraplégicos no Brasil. Em 2010, o Censo do IBGE apontou que 2,3% da população brasileira apresenta alguma deficiência motora, ou seja, 13.273.969 pessoas apresentavam dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas, sem considerar exclusivamente casos de paraplegia e tetraplegia (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000, 2011).

Após a LME, na fase de choque medular, ocorre paralisia flácida, manifestada por atonia muscular e arreflexia tendinosa com anestesia superficial e profunda, associadas às alterações vasomotoras e à disfunção vesical, intestinal e sexual. Esse período pode manter-se por dias ou meses, sendo o tempo médio de duração de três semanas. A LME pode ser completa ou incompleta. A lesão completa envolve a perda de todas as funções motora, sensorial e reflexos abaixo do nível da lesão medular. Na lesão incompleta, há preservação parcial da função motora sensorial, ou ambas, abaixo do nível neurológico da lesão (GREVE et al., 2001; LIANZA, 2007).

A lesão medular completa incide mais na região torácica alta e média e é atribuída quando há ausência da função motora e sensitiva nos miótomos e dermatomos inervados pelos seguimentos sacrais da medula. A medula pode ser completamente transeccionada, ocasionando arreflexia, o diagnóstico da lesão completa pode geralmente ser feito de 24 a 48 horas após a lesão, especialmente quando o paciente não apresenta o reaparecimento dos reflexos sacrais. As lesões medulares incompletas incidem na região tóraco-lombar e caracterizam pela preservação parcial da função motora e sensorial abaixo do nível da lesão (LIANZA, 2007; UMPHRED, 2004).

A *American Spinal Injury Association* - ASIA tem utilizado, desde 1982 a *Impairment Scale*, o Padrão Internacional para Classificação Neurológica e Funcional na Medula Espinal. Esse padrão foi traduzido para o português por representantes no Brasil e de Portugal e endossado pela Sociedade Médica Internacional de Paraplegia.

A ASIA *Impairment Scale* (AIS) definiu o comprometimento medular em 5 categorias (KIRSHBLUM. et al, 2011):

- **A** - Lesão completa: não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5;

- **B** - Lesão sensorial incompleta: há função sensitiva, porém não há função motora preservada abaixo do nível neurológico, estendendo-se até os segmentos sacros S4-S5;
- **C** - Lesão motora incompleta: há função motora preservada abaixo do nível neurológico, e a maioria dos músculos – chave abaixo do nível neurológico tem grau muscular inferior a 3;
- **D** - Lesão motora incompleta: há função motora reservada abaixo do nível neurológico, e pelo menos a metade dos músculos-chave abaixo do nível neurológico tem grau muscular superior ou igual a 3;
- **E** - Normal: há funções sensitivas e motoras normais.

A LME é determinada pelo último segmento sensitivo e motor preservado em ambos os lados do corpo, podendo ser caracterizada em tetraplegia, que são lesões acima do segmento medular T1, que levam a paralisia completa ou parcial dos membros superiores e inferiores, tronco, dos órgãos pélvicos e da musculatura respiratória, como resultado de dano a coluna cervical. A paraplegia são lesões do primeiro segmento medular torácico, definidas como paralisia completa ou parcial dos membros inferiores, tronco e órgãos pélvicos, resultante de dano à coluna torácica, lombar ou raízes sacrais (LIANZA; 2007; KIRSHBLUM. et al, 2011).

A LME pode resultar na perda temporária ou permanente da função motora e /ou na função sensorial nos segmentos cervicais, torácicos, lombares, e sacrais com comprometimento dos elementos neurais da medula espinal, e, portanto, numerosas mudanças ocorrem na vida diária de pacientes com lesão na medula espinal com implicações importantes para a qualidade de vida desses indivíduos (MARINO et al, 2003).

Antes da II Guerra Mundial, 80% de todos os paraplégicos medulares morriam em poucos anos. Atualmente, com os avanços na assistência à saúde e o atendimento às vítimas de traumas, a taxa de mortalidade tem diminuído e 80% dos paraplégicos continuam vivos após dez anos de lesão podendo, todavia, evoluir com sequelas (NOGUEIRA; CALIRI; SANTOS, 2002).

A prevenção deste tipo de trauma 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 e o momento histórico (GONÇALVES. et al., 2007).

A prevenção primária aborda tentativas de modificar comportamentos de risco que podem resultar na LME. É necessária a educação sobre os efeitos das drogas e álcool, respeito às leis de trânsito e uso de equipamentos de proteção individual (EPI), com enfoque sobre os acidentes por mergulho e automobilístico em diversos espaços públicos ou particulares e por meio de veículos de comunicação. A prevenção secundária visa aperfeiçoar o atendimento à vítima pela equipe de resgate de modo a minimizar a gravidade da lesão, e a prevenção terciária com vistas a um atendimento voltado para o binômio paciente e família, que envolve a equipe interdisciplinar na fase de reabilitação e atividades educativas para prevenir ou minimizar as consequências das complicações pós-trauma (RABEH, 2007).

Vasconcelos e Riberto (2011) elaboram um estudo de caracterização clínica e avaliação das situações relacionadas ao Trauma Raquimedular no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, durante os anos de 2007 e 2008. Foi realizado um levantamento em 190 prontuários baseado nos códigos da Classificação Internacional de Doenças de fratura da coluna vertebral, exceto aquelas decorrentes de lesão por projétil de arma de fogo e entrevistas com pacientes, por telefone ou pessoalmente. Foram identificadas lesões predominantemente nos indivíduos jovens do sexo masculino, com acometimento do nível cervical em 27% dos indivíduos, principalmente lesões completas (AIS A: 57,7%). A principal etiologia do trauma foram os acidentes de trânsito com carros e motos (52%). Nas entrevistas, entre as situações apontadas pelos pacientes como associadas a esse tipo de trauma, a desatenção e desrespeito às leis foram aspectos importantes. Estas informações permitiram a elaboração de uma campanha de prevenção das lesões da coluna vertebral focada no grupo social e comportamentos de maior risco.

As pessoas com LME estão sujeitas a inúmeras complicações durante a fase aguda da lesão, e ainda, no processo de reabilitação. As complicações são frequentes causas de morbi/mortalidade e conduzem para um aumento nas taxas de rehospitalização e custo do cuidado, além da diminuição na qualidade de vida desses pacientes. Vários fatores incluindo o nível neurológico, a extensão da lesão e a redução das habilidades funcionais, são apontados como aspectos que influenciam nas taxas de rehospitalização. Esses quando reincidentes trazem grandes prejuízos econômicos (CARDENAS et al., 2004; NOGUEIRA, 2010).

As complicações mais incidentes de uma lesão medular em indivíduos com tetraplegia são pneumonia/atelectasia, trombose venosa profunda e cálculo renal ou uretral. Os distúrbios cardiovasculares e respiratórios, tanto na fase aguda, como na fase crônica estão entre as causas principais de morte em indivíduos com lesão medular. Outras complicações

secundárias a LME como a úlcera por pressão (UP), bexiga e intestino neurogênico, espasticidade, deformidades osteoarticulares, ossificação heterotópica, síndromes dolorosas e a disreflexia autonômica são comuns ao longo tempo de seguimento da pessoa (KIRSHBLUM et al, 2011; NOGUEIRA, 2010; RABEH, 2007).

Um estudo que analisou 165 pessoas com lesão medular na Dinamarca mostrou que as principais complicações decorrentes da LME são: intestino neurogênico em 7% dos casos, as úlceras por pressão em 4%, espasticidade em 1%, saúde mental em 3% e bexiga neurogênica em 14%. Outros estudos também confirmam esses dados, mostrando que as sequelas principais são as úlceras por pressão e as alterações vesical e intestinal (LIDAL et al.,2008; MAIA; PADULA, 2008; VALL et al., 2011).

O intestino neurogênico consiste no comprometimento da função gastrointestinal e anorretal causado por lesões do SNC, como a lesão medular, cujos principais sintomas são constipação intestinal, impactação ou incontinência fecal. Estudos enfatizam que a partir do nível neurológico da lesão, há expectativas de resultados para o funcionamento intestinal e medidas educativas devem ser implementadas. As complicações gastrintestinais, decorrentes do intestino neurogênico, podem ser classificadas em agudas ou crônicas, ou de acordo com o nível de comprometimento medular, cervical, torácica e lombar (ASH, 2005; FURLAN; CALIRI; DEFINO, 2005; KRASSIOUKOV. et al., 2010).

Para atender as complicações gastrointestinais com enfoque na prevenção e programa de treinamento para o funcionamento intestinal foram construídas diretrizes para indivíduos com LME, onde o enfermeiro especialista tem um papel de destaque na avaliação dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes e na proposição de plano de cuidados, envolvendo os familiares/ cuidadores na dinâmica da assistência (CALIRI; FURLAN; DEFINO, 2005; RABEH; NOGUEIRA; CALIRI, 2013).

A lesão na medula espinal é uma das causas mais frequentes da disfunção neurogênica da bexiga, classificada também como bexiga neurogênica, que pode ocasionar alterações no processo fisiológico da micção, levando a falhas no mecanismo de enchimento/armazenamento e micção/esvaziamento, evidenciados por episódios de retenção ou incontinência urinária, que repercutem na qualidade de vida do paciente. O aumento da pressão vesical associado ao ineficaz esvaziamento da bexiga predispõe à dilatação do trato urinário superior e às infecções do trato urinário. Isso decorre da interrupção parcial ou total da comunicação entre o centro sacral da micção e os centros pontinhos e encefálicos

responsáveis pelo sinergismo vésicoesfincteriano (ANCONA; NETTO JUNIOR, 2001; ROCHA; SAMMOUR; GOMES, 2013).

A preservação da função renal é o principal objetivo do tratamento urológico, seguido do controle da continência urinária, permitindo uma melhor readaptação social do paciente. A monitorização periódica e criteriosa destes pacientes permite o diagnóstico precoce das complicações e pode prevenir a instalação de danos irreversíveis á função renal e vesical, contribuindo para o aumento da sobrevida dessa população. Outros avanços terapêuticos importantes foram os progressos no tratamento das infecções urinárias e da litíase renal e vesical, bem como a introdução do Cateterismo Urinário Intermitente (CUI), considerado padrão ouro no tratamento das disfunções neurogênicas do trato urinário inferior (ROCHA; SAMMOUR; GOMES, 2013).

A avaliação dos sinais e sintomas urológicos, a anamnese neurológica, a capacidade funcional e o impacto da qualidade de vida devem direcionar os cuidados de enfermagem em um programa de reabilitação vesical individualizado. Recomenda-se programa de reeducação vesical que promova estratégias de intervenção de enfermagem para prevenir complicações, para o alcance da continência quando possível e a manutenção da integridade tecidual da pele (BAMPI et al, 2013; CAFER, 2003).

Dentre as várias complicações decorrentes da LME, a Úlcera por Pressão (UP) é o maior índice de problema que pode ocorrer (OBALUM et al., 2009; VALL et al, 2011).

A úlcera por pressão (UP) é caracterizada por uma lesão localizada na pele e/ou em tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea resultante de pressão isolada ou combinada com fricção e/ou cisalhamento e é classificada em estágios de I ao IV em referência a profundidade de comprometimento tecidual (EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2009). Sua prevalência interfere nas condições físicas, psicológicas e sociais, causando impacto na qualidade de vida do paciente. Pode ocasionar a interrupção ou atraso no processo de reabilitação e reintegração social. Estima-se que 70% dos pacientes com LME possuem UP e entre 7 a 8% morrem por complicações decorrentes dessas lesões (NOGUEIRA, 2010; RABEH; CALIRI; HAAS, 2010;).

A maior parte das úlceras por pressão pode ser evitada com a utilização de medidas preventivas, de forma sistemática, por meio de orientação para o cuidado adequado e a identificação dos fatores de risco (RABEH; CALIRI; HAAS, 2010).

Os indivíduos que apresentam LME tem, como principal função atingida, a capacidade de movimentar-se e principalmente de gerenciar e controlar algumas atividades e reações corporais, como por exemplo, a perda de sensibilidade em alguns membros do corpo ou mesmo as dificuldades relacionadas à sexualidade. Isso implica em sensação de impotência, refletida em situações de dependência e limitação funcional. Tais indivíduos necessitam de reestruturação em sua forma de se enxergar, de se entender e de se colocar no mundo. A imagem, que ele tem de si mesmo, assim como sua identidade corporal, social, familiar e vocacional necessitam ser reavaliadas e podem dissociar-se daquelas construídas anteriormente ao advento da LME (NOGUEIRA, 2010; RABEH, 2007).

Além de sua gravidade e irreversibilidade, a LME requer um programa de reabilitação longo e oneroso, que na maioria das vezes não leva à cura, mas à adaptação do indivíduo a sua nova condição. Esse processo de reabilitação vai para além da prevenção dos danos causados pela lesão e objetiva, principalmente, melhora da qualidade de vida através da independência funcional, melhora da auto-estima e inclusão social desses pacientes (BRASIL, 2013).

A reabilitação é um processo dinâmico orientado para a recuperação de habilidades e desenvolvimento de conhecimentos e atitudes que auxiliam os pacientes a viver com grau de dependência mínima. Desse modo, o processo de reabilitação contribui para a melhoria da qualidade de vida, autoestima e independência. Compreende componentes atitudinais, psicossociais-espirituais, econômicos e políticos que constituem um grande desafio para o enfermeiro e equipe de saúde multidisciplinar (RABEH, 2007; PADULA; SOUZA, 2008; RIBERTO, 2005; FARO, 2006; SCHOELLER et al., 2012).

A reabilitação do indivíduo com LME deve começar tão logo seja feito o diagnóstico. O processo de reabilitação do indivíduo com LME inclui a promoção da saúde, a prevenção e redução da deficiência, incapacidade e desvantagem, onde as potencialidades pré-existentes são restauradas, proporcionando uma oportunidade para uma vida com qualidade, autoestima e independência. O enfermeiro atua em todas as fases da reabilitação, em conjunto com os diversos profissionais reabilitadores, com outros setores da saúde e com a comunidade, construindo e compartilhando o conhecimento sobre a condição do paciente. Suas ações são direcionadas para o favorecimento da recuperação e adaptação às limitações impostas pela deficiência e para o atendimento às necessidades funcionais, motoras, psicossociais e espirituais do indivíduo e sua família (ANDRADE et al., 2010; ANDRADE; CHIANCA, 2013).

No Brasil, estudos têm sido realizados no contexto da reabilitação enfatizando a avaliação de pacientes com deficiências e incapacidades e o uso de instrumentos validados.

Rabeh (2007) utilizou a escala Medida de Independência Funcional (MIF), para avaliar a independência de indivíduos que sofreram LME, considerando o nível de lesão, o tempo pós-lesão e reabilitação. O estudo mostrou que o trauma causou maior impacto no domínio motor, com diminuição da independência funcional nas diferentes atividades para indivíduos com lesão cervical. Observou-se ainda, que a reabilitação constituiu fator relevante para a melhora da independência funcional no primeiro ano pós-lesão.

Rabeh, Caliri e Haas (2009), em estudo realizado com adultos e idosos que sofreram Lesão de Medula Espinhal (LME) entre janeiro de 2003 a Julho 2006, atendidos em hospitais credenciados ao SUS no município de Ribeirão Preto, avaliaram a independência funcional através da aplicação da escala MIF, sendo considerado o nível de lesão e a prevalência de UP.. Dos 22 indivíduos, 31,8% que apresentavam UP tinham maior dependência funcional. Houve aumento dos escores da MIF com o aumento do tempo pós-lesão, independente da participação em programa de reabilitação. Os resultados apontaram aspectos essenciais para a proposição de programa de reabilitação para esta população no contexto estudado.

Monteiro e Faro (2010) avaliaram a independência funcional de idosos com fratura na admissão, na alta, e após um mês em domicílio, verificaram, também, suas relações com as variáveis demográficas e de saúde. Foram entrevistados trinta e quatro idosos hospitalizados e submetidos à aplicação da MIF. A independência funcional diminuiu com o aumento da idade e em relação ao maior tempo de internação. Das fraturas, 67,6% foram de fêmur. Os valores da MIF motora e total aumentaram na alta; já os valores da MIF total diminuíram após um mês pós alta em domicílio.

No estudo de Machado e Scramin (2010) foram identificados elementos da CIF aplicáveis ao cuidado domiciliar de homens adultos tetraplégicos com vistas à redução de dependência da ajuda de seus pais para as atividades de vida diária (AVDs) e autocuidado. Nos resultados concluíram a importância do apoio familiar no enfrentamento das limitações e alcance da independência funcional para as AVDs e autocuidado.

Rabeh, Nogueira e Caliri (2013) em estudo realizado com adultos e idosos que sofreram Lesão de Medula Espinhal (LME) entre janeiro de 2003 a Julho 2006, utilizaram a MIF para avaliar a independência funcional considerando o nível de lesão e a ocorrência de problemas no funcionamento intestinal. Dos 22 participantes, 50,0% apresentavam dependência mínima e participavam de programa de reabilitação. Foi detectada alteração no

padrão de funcionamento intestinal pós-lesão e a literatura enfatizou a importância de instituir programas de intervenção por meio de estratégias educativas para o controle do intestino neurogênico.

Riberto et al. (2011) validou o *core set* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), para lombalgia e descreveu a funcionalidade de uma amostra de pacientes com lombalgia mecânica crônica inespecífica. Foram avaliados vinte e nove pacientes de um centro de reabilitação por meio do *core set* da CIF para lombalgia e pelo questionário de Roland-Morris (QRM) e *Medical Outcomes Studies 36-item Short -Form Health Survey* (SF-36). Todas as categorias de Estruturas do corpo do *core set* se mostraram comprometidas em ao menos 80% dos pacientes, sendo consideradas validadas. Dentre as 19 categorias de Funções do corpo, apenas quatro estavam comprometidas em menos que 80% dos pacientes, sendo consideradas não-validadas, o mesmo foi observado para cinco das 29 de Atividades e participações e cinco das 25 categorias de Fatores ambientais. Concluiu-se que as categorias selecionadas para o *core set* da CIF para lombalgia foram consideradas empiricamente validadas e em conjunto permitiram descrever a multiplicidade de repercussões dessa condição de saúde sobre a funcionalidade das pessoas. Sendo o *core set* da CIF útil para guiar a intervenção terapêutica interdisciplinar.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, prevê no âmbito do Sistema Único de Saúde a necessidade de organizar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em serviços hierarquizados, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, garantindo a integralidade do cuidado. Para atender às demandas de assistência às pessoas com deficiências, estão previstos "recursos humanos especializados para prestar assistência em reabilitação física-motora", destacando o Enfermeiro capacitado e especializado em Reabilitação (BRASIL, 2012a).

Para atender as demandas de assistência à saúde aos indivíduos com LME, é imperioso que a equipe multiprofissional busque por conhecimentos atualizados, competências e habilidades para o alcance de melhores resultados na prática clínica.

2.2 A prática baseada em evidência

A prática baseada em evidências (PBE) é uma abordagem que proporciona o desenvolvimento e/ou utilização de resultados de pesquisas na prática clínica, com o propósito de encorajar a utilização dos resultados de pesquisa em conjunto à assistência à saúde prestada em todos os níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A PBE é uma abordagem sistemática que facilita e integra as melhores evidências para a prática clínica, considerando as preferências e os valores do cliente na tomada de decisão sobre o cuidado prestado. Viabiliza a melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente, distanciando-se de práticas infundadas, incertas e sem comprovação científica (POLIT; BECK, 2011a).

A implementação dessa abordagem na enfermagem constitui processo de mudança complexo, já que é dependente da interação de fatores diversos, relacionados tanto aos profissionais, quanto às instituições prestadoras de serviços e órgãos formadores. Os protocolos clínicos baseados em evidências representam um esforço para constituir um corpo de conhecimentos aplicável. Diferentemente das revisões sistemáticas, os protocolos clínicos fornecem recomendações específicas para a tomada de decisões a partir de evidências. O desenvolvimento desses protocolos envolve o consenso de um grupo de pesquisadores, especialistas e clínicos (POLIT; BECK, 2011a).

Para o planejamento da assistência de enfermagem o enfermeiro deve utilizar conhecimentos atualizados com adoção de estratégias e princípios norteadores para orientar o plano de cuidados de modo a promover a qualidade da assistência e a segurança do paciente (DAY; SMITH, 2007).

A pesquisa em enfermagem e sua utilização são essenciais para a melhoria constante da assistência. Baseado nessa fundamentação julga-se necessário que a enfermagem adote as práticas baseadas em evidências, utilizando resultados de pesquisa para nortear suas decisões, ações e interações com os clientes, aprofundando e ampliando a prática profissional. Através da pesquisa, a enfermagem na prática, será capaz de desenvolver habilidades que abordem aspectos emergentes importantes para a profissão e seus clientes (POLIT; BECK, 2011a).

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs o novo modelo de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que foi traduzido para a língua portuguesa em 2003. Tal classificação originou-se da Classificação

Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) de 1976. O objetivo da OMS era transpor a lógica da Classificação Internacional de Doenças (CID) para o campo das lesões e da deficiência, de forma a incluir as doenças crônicas e debilitantes e sistematizar a linguagem biomédica relativa às lesões e à deficiência (DINIZ, 2007).

A CIDID traz marcos conceituais importantes no contexto da saúde, descreve a incapacidade (*disability*) como um termo abrangente para deficiências (*impairments*), limitações em atividades e restrições à participação. Este termo denota os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com um estado ou condição de saúde) e os fatores contextuais: fatores ambientais e pessoais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

A deficiência ou disfunção (*impairment*) é a expressão de uma limitação corporal do indivíduo para interagir socialmente. Faz parte da condição humana, considerada como uma complexa experiência multidimensional decorrente da perda ou anormalidade em órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo, temporária ou permanente. Pode-se incluir nessa definição, a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. É representada pela repercussão imediata de um estado patológico sobre o corpo, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão, gerando uma alteração estrutural ou funcional (AMIRALIN et al., 2000; BAMPI et al, 2013; MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006).

Incapacidade (*disability*): consequência da deficiência do ponto de vista do desempenho funcional das atividades essenciais à vida diária. A incapacidade implica em um déficit ou um dano que limite ou impeça o indivíduo de desenvolver suas atividades. É considerada a restrição, redução ou falta de capacidade de realizar uma atividade considerada normal para o ser humano, resultante de uma deficiência. Ela surge em decorrência direta ou através da resposta do indivíduo a uma deficiência sensorial, física, psicológica ou outra. Representa a projeção da deficiência e incide os distúrbios do indivíduo nos comportamentos e atividades da vida diária (AMIRALIN et al., 2000; BAMPI et al, 2013).

Desvantagem (*handicap*): adaptação do indivíduo ao meio ambiente, resultante da deficiência e incapacidade. A desvantagem apresenta uma tentativa de mudar o problema da incapacidade ou deficiência do indivíduo para o seu contexto, impedido ou limitando o desempenho dos papéis de acordo com a idade, sexo, fatores culturais e sociais. São considerados como desvantagem os limites sociais e ambientais que incidem sobre o indivíduo, caracterizando-se por uma discordância entre a capacidade de realizar determinada tarefa com as expectativas individuais ou de seu grupo social, sugerindo que a desvantagem

tem como causa principal a incapacidade e a deficiência (AMIRALIN et al., 2000; BAMPI et al, 2013).

A CIDID retratava, como sequência linear, as condições decorrentes da doença, descritas da seguinte forma:

Doença $\Rightarrow$ Deficiência $\Rightarrow$ Incapacidade $\Rightarrow$ Desvantagem

Após várias versões e numerosas revisões, em maio de 2001, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

2.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Diferentemente da CIDID, que propunha a compreensão da deficiência por meio de um modelo baseado na doença, o termo adotado do modelo da CIF é a funcionalidade, que engloba as funções, estruturas corporais, atividade e participação social; a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, assim como a limitação de suas atividades e a restrição na participação social e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores, ou barreiras, para o desempenho dessas atividades e da participação (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Os fatores pessoais, que englobam aspectos genéticos, antropométricos, hábitos e crenças, entre outros, não foram descritos e organizados na CIF, mantendo-se sem classificação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

A CIF apresenta novo enfoque, de modo a contemplar as atividades que o indivíduo com alterações da função e/ou estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social. Favorece visão mais ampliada de contextualização do indivíduo, da família e comunidade, em perspectiva mais social e menos biológica (FARO, 2006). Como parte do contexto Internacional de Classificações da OMS, a CIF deve ser usada em conjunto à Classificação Internacional de Doenças (CID), complementando assim suas informações. Enquanto a CID fornece dados de mortalidade e morbidade, a CIF dispõe de informações sobre as repercussões da doença e dos componentes de saúde que interferem sobre a sua funcionalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

A CIF fundamenta-se em um modelo de entendimento da funcionalidade humana que integra aspectos biomédicos, sociais e pessoais, além de homogeneizar a terminologia que descreve as condições incapacitantes relacionadas à saúde (RIBERTO, 2011). Uma das vantagens desse modelo é a possibilidade da padronização de conceitos e da utilização de uma linguagem uniforme que possibilita a comunicação entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e usuários em geral (BRASIL, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Esta classificação de saúde constitui em uma nova abordagem universal que pode ser usada para as pessoas em qualquer condição de saúde, onde a funcionalidade e incapacidade humana são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde, como doenças, traumas, lesões, distúrbios, e os fatores contextuais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). A CIF apresenta componentes no contexto da saúde, tais como: estados de saúde, funções do corpo, estruturas do corpo, deficiências, atividade e participação, limitações de atividade, restrições de participação e os fatores de contexto (fatores ambientais e pessoais).

Os Estados de saúde são doenças, distúrbios, lesões ou traumas e podem referir-se a outras circunstâncias como envelhecimento, estresse, anomalias congênitas ou predisposição genética. Em geral são descritos, pela Classificação Internacional de Doenças (CID), que fornece informações sobre a patogênese ou etiologia. Funções do corpo são funções fisiológicas dos sistemas do corpo, inclusive funções psicológicas. Estruturas do corpo são partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes. Deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio significativo ou uma perda. Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Participação é o envolvimento em situações da vida diária. Limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades. Restrições de participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida (RIBERTO, 2011).

Os Fatores de contexto representam aspectos essenciais para a visão global da vida de uma pessoa. Fatores ambientais compõem o ambiente físico, social e de atitudes no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida. Fatores pessoais correspondem às características individuais que particularizam os indivíduos, como histórico educacional e socioeconômico, fatores genéticos, antropometria e dinâmica de enfrentamento. Estes fatores podem incluir o sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábito, dentre outros. Como os fatores ambientais, eles podem modular a funcionalidade positiva ou

negativamente (BATTISTELLA; BRITO, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003; RIBERTO, 2011).

Os conceitos apresentados na classificação apoiam um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência, o modelo social, que reflete a ideia da deficiência como resultado da interação de habilidades, capacidades e meio ambiente. É um sistema de classificação elaborado para descrever e mensurar a saúde, além da obtenção da padronização e melhor compreensão da funcionalidade e da incapacidade humana, constituindo assim, um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social (FARIAS; BUCHALLA, 2005; JAKOB et al., 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

A CIF é uma classificação que avalia a funcionalidade das pessoas para descrever e mensurar a saúde, além de permitir a padronização e melhor compreensão da funcionalidade e da incapacidade humana (JAKOB. et al., 2007; OMS, 2008). O diferencial do seu uso é possibilitar ao profissional de saúde, a avaliação de aspectos como os fatores ambientais, não contemplados em outros instrumentos de avaliação funcional (RIBERTO, 2011).

A funcionalidade envolve a capacidade do indivíduo de cumprir as tarefas e atividades relevantes da vida diária e aquelas relativas à participação na sociedade, além de todas as funções do corpo (TOLDRÁ et al., 2010).

A incapacidade é uma consequência negativa de um estado de saúde ou de uma doença, resultante da deficiência nas funções e estruturas corporais, da interação entre a disfunção que o indivíduo apresenta, a limitação de suas atividades, a restrição de sua participação social e dos fatores ambientais que podem servir tanto como facilitadores quanto barreiras para a realização e o desempenho das atividades e participação (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Os processos de incapacidade e funcionalidade são considerados como resultantes da interação de uma condição de saúde com os fatores do contexto (TOLDRÁ et al., 2010).

A CIF apresenta uma estrutura hierárquica de classificação seguindo um esquema de ramificações, constituído por componentes da funcionalidade e incapacidade (funções e estruturas do corpo, atividade e participação) e por componentes dos fatores contextuais (fatores ambientais e fatores pessoais).

Os componentes do modelo integrador da funcionalidade estão descritos na figura 1 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Figura 1- Modelo integrador da funcionalidade humana segundo a CIF

A CIF aborda, de forma completa, a funcionalidade humana, o que a torna uma classificação extremamente abrangente e significa uma grande vantagem da classificação, porque aumenta seu poder descritivo. Com mais de 1400 categorias, este também é um dos maiores desafios ao seu uso prático, pois todas as categorias deveriam ser avaliadas em todas as pessoas, o que é impraticável (PTYUSHKIN; SELB; CIEZA, 2012; RIBERTO, 2011).

É composta por um sistema alfanumérico onde as letras **b**, **s**, **d** e **e**, correspondem as Funções do Corpo (**b**), Estruturas do Corpo (**s**), Atividades e Participação (**d**) e os Fatores Ambientais (**e**), respectivamente. Estas letras são seguidas por números que correspondem aos códigos da CIF, que começam com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos), pelo terceiro e quarto níveis (um dígito cada). Os constructos da CIF organizam-se de maneira que as categorias mais amplas são definidas de forma a incluir subcategorias mais detalhadas, completando assim a taxonomia da classificação (ARAUJO, 2008; BRASIL, 2013).

2.4 Os Core sets da CIF e suas implicações para a prática clínica

Em virtude de sua complexidade e, da grande quantidade de aspectos contemplados foi necessário desenvolver instrumentos práticos baseados na CIF. A exemplo foram criados

os *Core Sets*, que são conjuntos de categorias da CIF, as quais descrevem a funcionalidade do indivíduo com determinadas condições de saúde (RIBERTO, 2011).

A finalidade dos *Core sets* é selecionar as categorias da CIF mais relevantes para uma condição de saúde particular, grupo de condições e contexto de saúde. Na prática clínica, os *Core Sets* da CIF direcionam a avaliação e auxiliam na padronização e estruturação na descrição da funcionalidade. Desse modo permitem por meio de informação resumida, sua utilização em contexto clínico, além de agregar outros propósitos, tais como pesquisas, relatórios ou estatísticas de saúde (RAUCH; LUCKENKEMPE; CIEZA, 2012).

O termo *Core Set* é derivado da língua inglesa e pode ser traduzido como “conjunto principal” ou “itens essenciais”. Os primeiros *Core sets* da CIF foram desenvolvidos mediante a colaboração do escritório para a Família de Classificações Internacionais da OMS, no Departamento de Medicina Física e Reabilitação da Universidade Ludwig-Maximilian em Munique, e a OMS, eles fazem parte de um projeto multicêntrico internacional, o qual foi coordenado pela Universidade de Munique (RIBERTO, 2011).

Os *Core sets* da CIF é uma seleção de categorias da classificação que proporciona um instrumento facilitador ao usuário para a descrição da funcionalidade e incapacidade. Eles foram desenvolvidos para várias condições e grupos de condições de saúde, na maioria das vezes podendo adquirir quatro níveis de classificação que se diferenciam de forma progressiva dependendo da sua precisão ou especificidade. Oferece uma lista de categorias da CIF relevantes para avaliar os pacientes com determinada condição de saúde ou numa situação específica de atenção à saúde, porém, ele não impede o usuário de acrescentar categorias adicionais da CIF se elas forem consideradas necessárias para os seus propósitos. (FONTES et al., 2010).

Os *Core Sets* para lesão medular foram estabelecidos a partir de uma sistemática descrita pelo Centro Colaborador de Pesquisa da OMS, para o desenvolvimento de classificações. Foram desenvolvidos *Core sets* para a situação na qual o indivíduo está sob uma lesão aguda, subaguda em programa de reabilitação e outros para o indivíduo com lesão medular há mais tempo. Os *core sets* na fase aguda e subaguda foram elaborados para condições ou situações de saúde e não para doenças, correspondentes aos períodos de internação/atendimento (BIERING-SORENSEN et al., 2006; RIBERTO, 2011).

Na fase aguda que é o período de tempo imediatamente após uma lesão ou início de uma condição de saúde que antecede os cuidados pós-agudos precoces. Os *Core sets* da CIF para os cuidados agudos guiam os profissionais de saúde, garantindo que nenhum aspecto

crucial da funcionalidade seja negligenciado (PTYUSHKIN; SELB; CIEZA, 2012). A funcionalidade das pessoas nessas condições não inclui uma série de aspectos como vida doméstica, uso de meios de transporte e os fatores ambientais ligados a essas atividades. (RIBERTO, 2011).

O contexto de cuidados na fase subaguda de saúde refere-se a qualquer tipo de serviço de cuidados de saúde, hospital, centro de reabilitação, serviço ambulatorial, no qual é oferecida a reabilitação inicial após o evento. Na fase subaguda, todos os aspectos relevantes da funcionalidade e dos fatores ambientais devem ser considerados a fim de alcançar um nível ótimo de funcionalidade. No contexto pós-agudo, os *Core sets* da CIF oferecem uma estrutura para relatórios padronizados e facilitam a avaliação da funcionalidade a partir de uma perspectiva interdisciplinar e centrada no indivíduo (PTYUSHKIN, SELB, CIEZA, 2012).

Os *core sets* para a condição subaguda não são contextualizados para o Brasil, pois, raramente a reabilitação das pessoas na fase subaguda é realizada em regime de internação, ao contrário que ocorre em outros países (RIBERTO, 2011).

Os *core sets* para as condições crônicas de saúde refletem todos os aspectos de funcionalidade, podem ser utilizados em qualquer ambiente de atendimento à saúde, considerando a influência do ambiente, após a alta hospitalar (CIEZA et al., 2004). Além disso, nesse estágio os fatores ambientais tem um papel maior para a integração do indivíduo na comunidade. Sendo assim, os *Core sets* da CIF direcionam a atenção para essas interferências ambientais. (PTYUSHKIN; SELB; CIEZA, 2012).

A seleção do tipo do *core set* apropriado depende muito do propósito e da situação na qual ele será utilizado. Para cada condição de saúde foram estabelecidos tanto *Core sets* abrangentes como *Core sets* resumidos. Os *Core sets* abrangentes têm de 55 a 130 categorias, esse número varia de 9 a 39 nos *core sets* resumidos. Os *Core sets* abrangentes incluem categorias que refletem o espectro típico de problemas que as pessoas com uma condição de saúde, ou num determinado contexto de atenção à saúde, podem enfrentar. Devido, a grande variedade de categorias dos *Core sets* abrangentes, sua aplicação pelas equipes interdisciplinares é de uso corrente na prática clínica, apenas quando a responsabilidade para descrição pode ser distribuída entre os membros (RIBERTO, 2011).

Os *core sets* resumidos são derivados dos *Core sets* abrangentes da CIF e são compostos por categorias a serem consideradas para qualquer paciente com uma condição de saúde, ou num determinado contexto de atenção à saúde para o qual, o *Core set* foi

desenvolvido, de modo a obter a essência da funcionalidade e incapacidade da pessoa (RAUCH; LÜCKENKEMPER, CIEZA, 2012).

Um *core set* resumido da CIF inclui o menor número de categorias, mas tantos quantos forem necessários para descrever de forma completa o espectro típico de problemas na funcionalidade de pacientes com uma condição específica de saúde. Os *core sets* resumidos têm um compromisso com a praticidade na aplicação e podem ser usados em todos os pacientes incluídos num estudo clínico ou epidemiológico. A princípio, eles poderiam ser aplicados por qualquer profissional de saúde adequadamente treinado (RIBERTO, 2011).

O quadro 1 indica o número de categorias em cada um dos *core sets* da CIF para lesão medular. O *core set* resumido para situação aguda tem 25 categorias e o abrangente tem 161, enquanto para situação crônica o instrumento resumido tem 34 categorias e o abrangente tem 168.

Quadro 1 – Características dos *core sets* de lesão medular

Situação	Formato	Funções do corpo	Estruturas do corpo	Atividades e participações	Fatores ambientais
Lesão aguda	Resumido	8	3	9	5
	Abrangente	62	14	53	32
Lesão crônica	Resumido	9	5	11	9
	Abrangente	44	19	64	41

O uso dos *Core sets* da CIF na prática clínica apoia a descrição abrangente e interdisciplinar da funcionalidade ao ajudar os profissionais de saúde que cuidam de um paciente sobre como considerar todos os aspectos potencialmente relevantes da funcionalidade em todos os estágios de uma avaliação, mesmo em áreas da funcionalidade além das suas disciplinas (RAUCH; LÜCKENKEMPER, CIEZA, 2012).

Através da avaliação funcional, pode-se acompanhar a evolução dos indivíduos com LME em Programa de Reabilitação, permitindo assim, o refinamento das intervenções terapêuticas e a avaliação de ganho até se estabelecer uma diminuição da velocidade de aquisição de melhoras. No contexto específico da reabilitação, é habitual verificar a permanência de limitações residuais que nem sempre é determinante da menor participação em atividades sociais, de vida diária, lazer, religiosas ou vocacionais. Assim na avaliação da participação do indivíduo que se insere a um processo de recuperação de habilidades, deve ser considerado não somente a extensão ou gravidade da lesão apresentada, mas também o

impacto que essa lesão tem sobre a efetiva realização das atividades acima citadas (RIBERTO et al., 2005).

O enfermeiro que atua na assistência a indivíduos com deficiências e incapacidades, nos diversos níveis de atenção tem a responsabilidade de utilizar métodos e intervenções específicas (LEITE; FARO, 2005). Dada à complexidade é oportuno enfatizar a adoção da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como abordagem que pode permitir um conhecimento mais completo e detalhado da situação que envolve o indivíduo com LME, suas reais necessidades e condições de enfrentamento dos problemas (BRITO; BACHION; SOUZA, 2008).

Neves e Shimizu (2010) identificaram em estudo com pacientes neurológicos diagnósticos de enfermagem referentes a alterações respiratórias, de termorregulação, eliminação urinária e intestinal. Dentre os mais frequentes: constipação, incontinência intestinal, incontinência urinária total, termorregulação ineficaz e hipertermia. Destacaram a importância de adotar instrumentos para avaliação das necessidades individuais dos pacientes e, a partir dos diagnósticos de enfermagem proceder ao planejamento da assistência de enfermagem a pacientes em processo de reabilitação.

Considerando a vasta complexidade de problemas que o indivíduo com LME apresenta o enfermeiro que atua em reabilitação, juntamente com a equipe multiprofissional, deve conhecer as alterações neurológicas provocadas pela LME para estabelecer a partir da avaliação clínica e funcional, diagnósticos de enfermagem e planejamento da assistência com enfoque na qualidade e segurança do paciente.

O estudo empreendido faz parte de um projeto Multicêntrico Multiprofissional, para validação de conteúdo do *Core set* da CIF para lesão medular.

Para atender as demandas de cuidados de indivíduos com LME em seguimento em Serviços de Reabilitação, o presente estudo tem os seguintes propósitos:

3 OBJETIVOS

-
- 1- Construir o instrumento baseado no *Core Set* resumido da CIF para indivíduos com lesão medular aguda traumática;
 - 2- Realizar a validação de face e conteúdo do instrumento baseado no *Core Set* resumido da CIF para indivíduos com lesão medular aguda traumática.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico com abordagem de análise quantitativa.

O estudo metodológico envolve investigação de métodos de obtenção, organização e análise de dados a partir da elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. A maior parte dos estudos metodológicos é de natureza não experimental e frequentemente focada no desenvolvimento de novos instrumentos (POLIT; BECK, 2011b).

4.2 Procedimentos éticos da pesquisa

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), sob protocolo nº 157/2012 (Anexo 1).

Os dados foram coletados após aprovação do CEP do HCFMRP-USP e após o consentimento livre e esclarecido dos participantes.

4.3 Operacionalização do estudo

O estudo foi operacionalizado por meio das três etapas descritas a seguir:

4.3.1 Primeira etapa da pesquisa: Elaboração do instrumento

A elaboração do instrumento para avaliação funcional foi fundamentada no *Core Set* resumido da CIF para lesão medular aguda.

No quadro 2 estão as 25 categorias, com os respectivos códigos e os títulos que compõem o *Core Set* resumido da CIF para lesão medular aguda.

Quadro 2: *Core Set* resumido da CIF para lesão medular aguda

Categoria da CIF	Título
b730	Funções relacionadas à força muscular
b620	Funções urinárias
b525	Função da defecação
b280	Sensação de dor
b440	Função respiratória
b735	Funções relacionadas ao tônus muscular
b152	Funções emocionais
b810	Funções protetoras da pele
s120	Medula espinhal e estruturas relacionadas
s430	Estrutura do sistema respiratório
s610	Estrutura do sistema urinário
d420	Transferir a própria posição
d410	Mudar a posição básica do corpo
d445	Uso da mão e do braço
d530	Cuidados relacionados aos processos de excreção
d550	Comer
d450	Andar
d510	Lavar-se
d540	Vestir-se
d560	Beber
e310	Família imediata
e355	Profissionais de saúde
e115	Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária
e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos
e340	Cuidadores e assistentes pessoais

O instrumento foi constituído em duas partes:

Parte 1 - Caracterização do indivíduo com LME, quanto às variáveis socioeconômicas demográficas e clínicas: nome do paciente, registro do número de prontuário, data da coleta, diagnósticos secundários, data do trauma, etiologia do trauma, nível e classificação da LME (AIS), acompanhamento em serviços de reabilitação e tempo de reabilitação (Anexo 2.).

Parte 2 - *Core set* resumido da CIF para indivíduos com lesão medular aguda traumática

O instrumento foi elaborado a partir do *Core set* resumido da CIF para indivíduos com LME aguda, conforme descrito no quadro 2. Das 25 categorias presentes no *Core set*, foram selecionadas 10 categorias de funcionalidade, nas quais o enfermeiro atua com maior

autonomia. Das categorias selecionadas estão: **b620** Funções urinárias, **b525** Funções da defecação, **b810** Funções protetora da pele, **s610** Estrutura do sistema urinário, **d420** Transferir a própria posição, **d410** Mudar a posição básica do corpo, **d550** Comer, **d510** Lavar-se, **d540** Vestir-se, **d560** Beber.

O paciente com LME apresenta demandas de cuidados relacionadas a eliminação urinária e intestinal, entretanto, faz-se necessária uma avaliação criteriosa para o planejamento da assistência e intervenções terapêuticas adequadas. Sendo assim, a categoria **d530** (Cuidados relacionados aos processos de excreção), inclui o planejamento e execução da eliminação da excreção (menstruação, micção e defecação) e posterior limpeza, foi substituída devido a sua abrangência, pelas categorias **d5300** (Regulação da micção) e **d5301** (Regulação da defecação) por serem mais específicas. Estas incluem respectivamente, coordenar e gerenciar a micção e defecação, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado, manipular a roupa antes e depois das eliminações e limpar-se após. Também foi inserida a categoria **d520** (Cuidado das partes do corpo) que inclui cuidar das partes do corpo, como, pele, face, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais que requerem mais do que lavar e seca. Desse modo, o instrumento elaborado baseou-se no *Core set* resumido da CIF para Indivíduos com Lesão Medular Aguda. Apresenta treze categorias de classificação divididas em três componentes do modelo de funcionalidade e incapacidade da CIF, (b810, b620, b525) funções do corpo; (s610) estrutura do corpo e (d5300, d5301, d410, d420, d520, d510, d540, d550, d560) atividades e participação, perfazendo um total de 109 itens (Anexo 2).

Para elaboração dos itens, inicialmente foram feitas análises interpretativas dos aspectos relevantes da descrição correspondente de cada categoria da CIF, também foram realizados estudos na literatura nacional e internacional, para avaliar a estrutura do sistema urinário, funções protetoras da pele, funções urinárias, funções de defecação, regulação da micção, regulação da defecação. Para os itens que incluem, mudar de posição básica do corpo; transferir a própria posição; cuidado das partes do corpo; lavar-se; vestir-se; comer; beber, foram consultadas as escalas de funcionalidades traduzidas e validadas no Brasil, como a MIF e a *Spinal Cord Independence Measure version III* (SCIM-III).

A CIF apresenta uma escala genérica de qualificadores com definições qualitativas ou quantitativas dos problemas em cada categoria, que foram incluídos no instrumento, os quais determinam a magnitude do nível de estado de saúde ou gravidade do problema, limitações, deficiência e dos facilitadores ou barreiras das condições de saúde. Os qualificadores podem

ser representados por um ou mais números situados após o código da CIF e separados por um ponto. A utilização de qualquer código deve estar seguida de um qualificador, pois sem este o código da CIF não tem valor (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003; KUIJER. et al., 2006).

Na Tabela 1, estão representados os qualificadores da CIF.

Tabela 1: Qualificadores da CIF

Qualificadores da CIF		
xxx.0 Nenhuma deficiência	(nenhuma, ausente, escassa,...)	0-4%
xxx.1 Deficiência leve	(leve, baixa,...)	5-24%
xxx.2 Deficiência moderado	(média, regular,...)	25-49%
xxx.3 Deficiência grave	(elevada, extrema,...)	50-95%
xxx.4 Deficiência completa	(total,...)	96-100%
xxx.8 Não especificado (a informação disponível não é suficiente para quantificar a gravidade do problema)		
xxx.9 Não aplicável (por exemplo, a categoria d760 Relações familiares não é aplicável a um paciente que não tem família)		

Para as categorias b810; d410; d420; d520; d510; d540; d550; d560 (Anexo 2) os itens foram classificados de acordo com o primeiro qualificador da CIF, como código genérico para cada categoria, para indicar a magnitude ou extensão de uma deficiência. Na CIF estes qualificadores são números que variam de 0 a 4, 8 ou 9 e sua pontuação está em porcentagem (tabela 1).

Para as categorias s610, b620, d5300, b525, d5301 os itens foram pontuados de maneira uniforme de 0 até o máximo de 4 pontos (Anexo 2) e a soma da pontuação desses itens foi classificada de acordo com o primeiro qualificador da CIF, como código genérico para cada categoria, para indicar a magnitude ou extensão de uma deficiência, respeitando as amplitudes dos intervalos percentuais de cada qualificador, conforme tabela 1.

4.3.2 Segunda etapa da pesquisa: Validação de face e de conteúdo do instrumento

O instrumento foi submetido à validade aparente e de conteúdo. A validação aparente ou de face relaciona-se com o fato do instrumento parecer estar medindo o construto apropriado. Ela reporta a compreensão e aceitação dos itens do instrumento pelos próprios

pesquisadores e pelos sujeitos e refere-se ao julgamento da relevância dos itens ou questões da escala na medida do atributo (MACHIN, 2007; POLIT; BECK, 2011c; SILVA, FILHO, 2006; FAYERS).

A validade de conteúdo relaciona-se com a capacidade dos itens de representar adequadamente todas as dimensões do conteúdo a ser abordado no instrumento. Ela define a extensão na qual a medida empírica reflete um domínio específico de conteúdo, neste caso, a validade aparente. A validade de conteúdo tende a ser julgada de forma mais qualitativa que quantitativa, sendo baseada, fundamentalmente em julgamentos empíricos, uma vez que não existem métodos totalmente objetivos para garantir que um instrumento abranja adequadamente o conteúdo a ser medido (FAYERS; MACHIN, 2007; SILVA; RIBEIRO FILHO, 2006).

Para PASQUALI (1998), em seu modelo teórico, a validade de conteúdo compõe os procedimentos teóricos e é conferida por meio das análises semânticas e de pertinência dos itens realizada por um comitê de juízes especialistas, respectivamente.

A análise dos juízes, por vezes, denominada análise de conteúdo, PASQUALI (1998) considera que deveria ser chamada de análise de construto, uma vez que procura verificar a adequação, conformidade da representação comportamental dos atributos latentes.

Para realizar essa tarefa, os juízes eleitos devem ser peritos na área temática da pesquisa, pois tem a incumbência de ajuizar se os itens estão ou não relacionados ao construto e irão avaliar a clareza, a compreensão e redundância dos itens e o formato e clareza de respostas (AARONSON et al., 2002). Um número de seis juízes é suficiente para esse julgamento, devendo haver concordância de, no mínimo 80% entre eles para cada item (PASQUALI, 1998).

Não há uma padronização na literatura quanto aos critérios estabelecidos para a seleção de experts sobre um determinado tema. O uso do termo especialista na enfermagem é frequente quando são abordados aspectos relacionados à prática clínica, educação ou pesquisa, entretanto, apesar de muito utilizado tem-se diferentes aplicabilidades e, muitas vezes com a mesma finalidade (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Entende-se por enfermeiro *expert* aquele que adquire conhecimentos e habilidades, baseados na sua experiência ou prática clínica. Deste modo, espera-se que quanto maior a titulação e investimentos em pesquisas e experiência clínica em uma determinada área, mais competência o profissional terá para tomada de decisão e formação de opiniões (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Como forma de ampliar a identificação do número de profissionais com expertise no tema proposto, alguns autores elaboram critérios próprios, com ênfase no conhecimento teórico e experiência clínica (MELO et al, 2011).

4.3.2.1 Coleta de dados

Foram convidados a participar da pesquisa enfermeiros e profissionais de saúde que atuam em reabilitação, com *expertise* na temática. A amostra foi constituída daqueles que aceitaram participar e após assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) formaram o Comitê de juízes para a validação de conteúdo.

Para compor o comitê de juízes foi realizada uma busca na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Metodológico (CNPq), por meio da ferramenta “busca de currículo” em “busca avançada”, utilizando os seguintes especificadores: Classificação Internacional de Funcionalidade; Reabilitação; CIF; Doutores; Brasileiros.

Os contatos foram realizados por e-mail (Apêndice 1), e após o consentimento dos participantes, foram enviados, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), carta-convite com maior detalhamento do projeto (Apêndice 3), o questionário para a caracterização dos juízes (Apêndice 4) e o instrumento a ser validado (Anexo 2).

Os juízes foram orientados a procederem à validação do conteúdo dos componentes do instrumento quanto à clareza, pertinência, relevância, compreensão, forma de apresentação, abrangência, linguagem e representatividade (PASQUALI, 1999, 2011). O julgamento foi expresso pela classificação “1. Não pertinente; 2. Pertinente, mas precisa de revisão; e 3. Muito pertinente”.

O instrumento desenvolvido foi formatado no Latex e exportado para o *Microsoft Excel*, sendo que, os validadores preenchiam os campos à direita de cada item, quanto à pertinência, que corresponde a relevância, precisão e clareza das combinações de saberes à luz dos conceitos constitutivos propostos em cada item do instrumento (Anexo 2). Este arquivo do Excel foi enviado para cada validador proceder ao preenchimento dos campos, na sequência, os participantes retornavam o arquivo preenchido. Esse procedimento automatizado permitiu a criação do banco de dados.

Cada item do instrumento foi avaliado de acordo com os domínios da escala genérica de qualificadores da CIF (Tabela 1). O instrumento apresentou também um campo para sugestões de alterações ou adequações.

O tempo total estimado para a realização das atividades foi de aproximadamente 60 minutos e 45 dias para a devolução dos documentos preenchidos. A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2015.

4.3.3 Terceira etapa da pesquisa: Pré-teste

Trata-se de um estudo piloto que auxilia os pesquisadores a identificar problemas quando a população alvo, as condições do estudo e medidas a serem utilizadas para estudos mais amplos são similares (CHA; KIM; ERLÉN, 2007). Nessa etapa, uma amostra da população a ser estudada responde ao questionário para verificar sua compreensão e clareza. Permite também a verificação da validade de face. Beaton et al. (2000) sugerem que entre 20 a 40 pessoas deveriam participar do pré-teste, mais isso depende da população alvo do instrumento.

4.4 Análise dos dados

As informações coletadas foram codificadas em bancos de dados em planilha do *Excel*. Para o cálculo das análises descritivas dos dados foi feito o processamento estatístico de frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas, e tendências centrais (média e mediana) e variabilidade (mínimo, máximo e desvio padrão) para as variáveis quantitativas utilizando o Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21.0.

Para a análise de validade de conteúdo e de face o nível mínimo de concordância estabelecido foi de 70%. As sugestões foram analisadas e acatadas conforme pertinência e discussão realizada pelo grupo de pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Validação de conteúdo do instrumento pelo Comitê de juízes

Foram selecionados pela Plataforma *Lattes* 165 profissionais, sendo 24 médicos, 9 enfermeiros, 76 fisioterapeutas, 25 terapeutas ocupacionais, 7 psicólogos, 5 assistentes sociais, 19 fonoaudiólogos e 19 com formação em áreas diversas como: direito, sociologia, educação física dentre outras. Dessa população, foi selecionada uma amostra de 32 juízes, com graduação em enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e médicos especialistas em fisioterapia, segundo os critérios de publicação nos últimos 5 anos, na área de interesse do estudo, participação em cursos, eventos e congressos na área temática. Foram convidados também para participar da pesquisa 13 profissionais com expertise na área clínica, totalizando uma amostra de 45 juízes.

Dos 45 juízes, 10 encaminharam os documentos preenchidos dentro do prazo estabelecido de 45 dias. Durante todo esse período foram feitos contatos frequentes por e-mail com os participantes da pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o preenchimento dos documentos e o processo de validação do instrumento. Foi realizado novo contato com os juízes por e-mail, estendendo por mais 15 dias o prazo de finalização da pesquisa e encaminhamento dos documentos preenchidos, perfazendo um total de 60 dias. Todavia, participaram do estudo 16 (35,6%) juízes de conteúdo, após assinatura do TCLE.

Os resultados serão apresentados em três etapas. Sendo a primeira etapa, a apresentação dos resultados quantitativos, referentes à caracterização demográfica da amostra do comitê de juízes.

Na segunda etapa serão apresentados os resultados quantitativos referentes à validação de conteúdo do instrumento e na terceira etapa serão descritas as modificações a partir das sugestões dos validadores.

5.2 Caracterização da amostra do comitê de juízes selecionados para validação do instrumento

Dos 16 juízes, 10 (62,5%) eram do sexo feminino, a maioria eram jovens, 8 (50%) tinham idade entre 30 e 39 anos, média de $42,0 \pm 10,0$ anos. O tempo médio de atuação

profissional foi $15,1 \pm 11,0$ anos, sendo que 7 (43,8%) atuavam a mais de 10 anos na profissão.

Todos referiram participar nos últimos 2 anos, de eventos científicos na área temática da pesquisa, 10 (62,5%) realizavam estudos sobre a CIF e 11 (68,7%) à utilizavam na sua prática clínica.

Nas tabelas 2 e 3 serão apresentados os dados da caracterização demográfica dos participantes.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes (n=16) quanto à caracterização profissional e acadêmica. Ribeirão Preto, 2015.

Variável	f	%
Área de formação		
Enfermeiro	5	31,2
Fisioterapeuta	5	31,2
Médico fisiatra	4	25,0
Educador físico	1	6,2
Terapeuta ocupacional	1	6,2
Maior titulação acadêmica		
Graduação	0	0,0
Especialização	2	12,5
Mestrado	4	25,0
Doutorado	8	50,0
Pós-doutorado	2	12,5
Atuação Profissional		
Coordenador de Unidade de Saúde	1	6,2
Docente	8	50,0
Enfermeiro de reabilitação	3	18,7
Estudante de pós-graduação	2	12,5
Médico fisiatra	2	12,5
Total	16	100,0

Tabela 3 - Distribuição dos participantes (n=16) de acordo com a idade e o tempo de atuação profissional. Ribeirão Preto, 2015.

Variável	F	%	Mínimo	Mediana	Máximo	Média ± desvio- padrão
Idade (anos)			31,0	38,0	63,0	42,0 ± 10,0
30 a 39	8	50,0				
40 a 49	4	25,0				
50 ou mais	4	25,0				
Tempo de atuação profissional (anos)			2,0	12,5	40,0	15,1 ± 11,0
0 a 9	5	31,2				
10 a 19	7	43,8				
20 a 29	1	6,2				
30 ou mais	3	18,8				
Total	16	100,00				

5.3 Apresentação da frequência absoluta e relativa das respostas dos juízes de conteúdo (n=16) relacionadas às categorias e aos itens do instrumento de validação, segundo os níveis de concordância.

O instrumento de validação de conteúdo contou com um grupo de 13 categorias da CIF, um total de 109 itens divididos em 3 componentes descritores da funcionalidade e incapacidade: Funções do Corpo (*b*), Estrutura do Corpo (*s*) e Atividades e Participação (*d*). Os juízes analisaram a pertinência de cada item do instrumento quanto aos critérios clareza, compreensão, linguagem e relevância e cada seção tinha um campo para sugestões.

O gráfico 1 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria b810 (Funções protetoras da pele), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 1- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria b810 (Funções protetoras da pele). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria b810 (Funções protetoras da pele) tinha 5 itens, com um total de 80 respostas dos membros do Comitê de juízes e 0 *missing*. A maioria classificou os itens quanto aos critérios clareza, compreensão e relevância, como muito pertinentes.

Quanto ao critério de linguagem foi sugerida a substituição referente à avaliação da temperatura corporal de “morna” por “normal” com a inclusão da média de variação de temperatura entre 36°C a 38°C (POTTER; PERRY, 2013). Também apontaram a diferença

entre “pele úmida” e “pele hidratada”, ressaltaram que a umidade em excesso pode ser prejudicial à integridade da pele, sugeriram retirar a terminologia “úmida” e manter “hidratada”.

Nos itens referentes à alteração da pele foi sugerida a exclusão do termo “perda da continuidade da pele” quando relacionado com a definição da úlcera por pressão estágio I (pele intacta). E também houve modificação para definir as características da pele com a substituição de “diminuição da espessura da pele e friável” por “pele frágil com diminuição de espessura” além da inclusão do termo “cicatrizes”.

No item referente à alteração da pele houve questionamento quanto à clareza do termo “formação calosa”, junto à definição do estágio II da UPP. Foi mantido o termo no mesmo item, pois este pertence a descrição correspondente da CIF e acrescentado na integral a classificação da úlcera de pressão de acordo com as diretrizes da *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*(2009).

O gráfico 2 apresenta a distribuição da frequência de respostas dos juízes em relação a categoria b620 (Funções urinárias), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios.

Gráfico 2- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria b620 (Funções urinárias). Ribeirão Preto, 2015

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria b620 tinha 11 itens, com um total de 170 respostas dos membros do Comitê de juízes e 6 *missing* nos critérios clareza, compreensão e linguagem. No critério

relevância houve um total de 171 respostas e 5 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria em todos os critérios, como muito pertinentes.

Foi sugerida no primeiro item (Elimina urina espontaneamente) a substituição do termo “espontaneamente” por “voluntariamente” e retirar a opção de resposta “utiliza cateter vesical de demora”, foi sinalizado que não estava clara a diferença entre “utiliza cateter vesical de demora” e “não elimina urina”. Sugeriram ainda que a avaliação quanto à eliminação e frequência da urina fosse realizada separadamente.

Questionou-se também, ainda nessa categoria, no item (Com que frequência elimina urina), o valor da pontuação atribuída para as alternativas de “0 a 2 micções/dia” e “mais que 8 micções/dia”, pois tinham a mesma pontuação (1). De acordo com as sugestões, os itens foram repontuados com diferentes valores “0 a 2 micções/dia” (2) pontos e “mais que 8 micções/dia” (3) pontos, respeitando a gravidade do problema.

No item (Apresenta perda urinária) e (Com que frequência) foram sugeridos incluir as perdas, no item que avalia a frequência de urina e para melhor caracterização, as mesmas foram definidas como “não elimina urina voluntariamente”.

Ainda na categoria b620, referentes às funções urinárias foram sugeridas a inclusão das “manobras de Valsalva” e “crede”, pois auxiliam na eliminação de urina e também alteração do termo “cateterismo urinário intermitente” para “cateterismo urinário intermitente limpo”.

Em relação ao item (Qual é o volume urinário eliminado por dia) ressaltaram a dificuldade do paciente em medir o volume urinário em domicílio, sugerindo a avaliação a partir de exames complementares, quando necessário. Questionaram também a relevância do item, em que seria mais importante saber se o paciente tem controle vesical, do que investigar acerca do volume urinário ao dia. Ressalta-se ainda que houve a exclusão do item conforme sugestão dos validadores e consenso dos pesquisadores responsáveis.

Foi sugerida ainda nessa categoria, a inclusão do qualificador (9) “Não aplicável” para situações, nas quais, o indivíduo apresenta-se com cateter vesical de demora, Vesicostomina, Mitofanoff e outras derivações urinárias alternativas, que possam impossibilitar a avaliação da função urinária. Houve também a mudança do termo “Alteração” por “Deficiência” nos qualificadores da CIF.

O gráfico 3 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria b525 (Funções de defecação), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 3- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria b525 (Funções de defecação). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria b525 (Funções de defecação) tinha 10 itens, com um total de 155 respostas dos membros do Comitê de juízes e 5 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria em todos os critérios, como muito pertinentes.

Nos itens (Elimina fezes espontaneamente) e (Qual é a frequência de evacuação), foram sugeridas respectivamente a substituição do termo “espontaneamente” por “voluntariamente” e quanto à frequência de evacuação, as opções de respostas foram reformuladas, segundo os Critérios de Roma III para os distúrbios intestinais funcionais. As opções de repostas quanto à frequência de evacuação foram modificadas para “diariamente ou em dias alternados”, “a cada 3 ou 4 dias”, “a cada 5 ou 6 dias” e “a cada 7 dias ou mais”.

No item (consistência das fezes) foi apontada a substituição dos termos “dura”, “firme” e “mole” por “ressecada”, “moldada” e “pastosa” e a inclusão dos termos “cíbalas” e “fecalitos”. Ainda nesse item, ressaltaram a importância de atribuir diferentes pontuações para cada tipo de consistência das fezes, que foi repontuada sendo consistência “moldada” (0) ponto e “pastosa” (1) ponto, para essas denominações e pontuações foi consultada a escala de Bristol traduzida e validada no Brasil que descreve a consistência das fezes (MARTINEZ; AZEVEDO, 2012).

Quanto às funções de defecação foi sugerida a inclusão das manobras de reeducação intestinal como massagem abdominal, manobra de Valsalva, estímulo dígito anal e extração manual de fezes, além dos medicamentos (supositório de glicerina, mini enema, fleet enema, medicação laxante e lavagem intestinal), que auxiliam na eliminação das fezes.

Em relação ao item (Tem eliminação normal de gases intestinais) foi questionado o padrão de normalidade da frequência de eliminação dos gases intestinais. Após consultar a literatura sobre o tema, optou-se por manter no item, as opções de respostas “sim”, “não” e “excessivo”, com mudança na redação do item para “Elimina gases intestinais”.

Na categoria (Funções de defecação) foi sugerida a inclusão do qualificador (9) “Não aplicável” para condições nas quais o indivíduo apresenta derivações fecais alternativas, que possam impossibilitar avaliação da função de defecação. Houve também a mudança nos qualificadores da CIF do termo “Alteração” por “Deficiência”.

O gráfico 4 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria s610 (Estrutura do sistema urinário), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 4- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria s610 (Estrutura do sistema urinário). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria s610 (Estrutura do sistema urinário) tinha 17 itens, com um total de 248 respostas dos membros do Comitê de juízes e 24 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria em todos os critérios, como muito pertinentes.

Os itens da categoria s610, referente à estrutura do sistema urinário, em que é solicitado checar o exame de urodinâmica para tal avaliação, ressaltaram que este atenderia somente a função da bexiga e não contemplaria a parte de estrutura anatômica. A questão foi reformulada incluindo a parte de estrutura renal e morfológica da bexiga que podem ser

verificados nos exames de ultrassonografia e uretrocistografia. Houve também a mudança do termo “Alteração” por “Deficiência” nos qualificadores da CIF.

O gráfico 5 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria d410 (Mudar de posição básica do corpo), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 5- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d410 (Mudar de posição básica do corpo). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria d410 (Mudar de posição básica do corpo) tinha 5 itens, com um total de 80 respostas dos membros do Comitê de juízes e 0 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria em todos os critérios, como muito pertinentes. Nenhum item dessa categoria apresentou o conceito “Não pertinente”. Houve alteração em três itens de resposta do termo “Necessita de assistência” por “Necessita de ajuda”.

O gráfico 6 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria d420 (Transferir a própria posição), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 6- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d420 (Transferir a própria posição). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria d420 (Transferir a própria posição) tinha 5 itens, com um total de 80 respostas dos membros do Comitê de juízes e 0 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria em todos os critérios, como muito pertinentes.

Foram sugeridas modificações quanto à linguagem e redação, com substituição de termos, visando melhorar a clareza e representatividade dos itens, conforme Quadro 3.

Na categoria referente a Transferir a própria posição, foi sugerido ainda, em um item de resposta modificar o termo “necessita de contato físico” por “necessita de apoio físico”.

O gráfico 7 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria d510 (Lavar-se), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 7- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d510 (Lavar-se). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria d510 (Lavar-se) tinha 5 itens, com um total de 80 respostas dos membros do Comitê de juízes e 0 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria em todos os critérios, como muito pertinentes.

Foram sugeridas modificações quanto à linguagem e redação, com substituição de termos, visando melhorar a clareza e representatividade dos itens, conforme Quadro 3.

Na categoria (Lavar-se) foi pontuada ainda, a importância do tempo despendido na realização das atividades pelo indivíduo. Sugerido incluir em um dos itens de resposta, o termo “Leva mais tempo que o habitual para realizar as tarefas”. Houve também modificações em dois itens de respostas dos termos “necessita de assistência de terceiros” e “necessita de assistência total” por “necessita de ajuda de outra pessoa”.

O gráfico 8 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria d520 (Cuidado das partes do corpo), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 8- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d520 (Cuidado das partes do corpo). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria d520 (Cuidado das partes do corpo) tinha 5 itens, com um total de 80 respostas dos membros do Comitê de juízes e 0 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria em todos os critérios, como muito pertinentes. Nenhum item dessa categoria apresentou o conceito “Não pertinente”.

Foram sugeridas modificações quanto à linguagem e redação, com substituição de termos, visando melhorar a clareza e representatividade dos itens, conforme Quadro 3.

Ainda nessa categoria foi sugerido incluir nos itens de respostas, “cuidados com unhas e genitais”, conforme descrição correspondente da CIF. Foram incluídos nos itens da categoria (Cuidado das partes do corpo) os termos “aparar e limpar as unhas” e “inspecionar e lavar genital”. Os itens foram expandidos e reformulados a partir das atividades desempenhadas. Houve também alteração em três itens de respostas do termo “Necessita de assistência” por “Necessita de ajuda”.

O gráfico 9 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria d5300 (Regulação da micção), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 9- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d5300 (Regulação da micção). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria d5300 (Regulação da micção) tinha 11 itens, com um total de 170 respostas dos membros do Comitê de juízes e 6 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria em todos os critérios, como muito pertinentes.

Das sugestões dos validadores, o item (Sente quando a bexiga está cheia) presente na Regulação da micção foi incluído na categoria b620 (Funções urinárias), pois estaria relacionado à função urinária e não à regulação da micção. Desse modo, o item da categoria d5300, referente à regulação da micção foi reformulado para “Consegue segurar a micção até chegar ao banheiro”, ainda foi incluído neste item, a opção de resposta “às vezes”.

No item (Vai sozinho ao banheiro para urinar) foi sugerido substituir o termo “urinar” por “esvaziar a bexiga”. O item (Faz autocateterismo urinário intermitente) foi reformulado para “Realiza cateterismo intermitente limpo”, e acrescentado o termo “sozinho” na opção de resposta, para atender as sugestões quanto à clareza. Também, foi sugerido nesse item, atribuir pontuação (0) para opção de resposta “não se aplica”.

Ainda na categoria, referente à regulação da micção, no item (tira e coloca roupa íntima, fralda, absorvente sozinho (a)), foi questionada pelos validadores a utilização desses dispositivos auxiliares de drenagem para manejo de urina por indivíduos continentemente e sugerida a exclusão dos termos “fralda” e “absorvente”. No item (Limpa-se após urinar), foi sugerido incluir o termo “sozinho”, para melhor caracterizar a funcionalidade, o item foi alterado para “Limpa-se sozinho (a) após urinar”.

Na categoria (Regulação da micção), no qualificador (9) “Não aplicável (utiliza cateter vesical de demora)”, foi sugerido incluir além do cateterismo vesical de demora, outras condições nas quais o indivíduo apresenta derivações urinárias alternativas, que possam impossibilitar a avaliação da capacidade de desempenho para realizar as atividades. O item foi reformulado para “(9) Não aplicável: Cateter vesical de demora, Vesicostomia, Mitofanoff e outras derivações urinárias alternativas”. Houve também a mudança nos qualificadores da CIF do termo “Alteração” por “Deficiência”.

O gráfico 10 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria d5301 (Regulação da defecação), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 10- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d5301 (Regulação da defecação). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria d5301 (Regulação da defecação) tinha 10 itens, com um total de 155 respostas dos membros do Comitê de juízes e 5 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria em todos os critérios, como muito pertinentes. Algumas sugestões nessa categoria foram semelhantes à categoria referente à regulação da micção.

Das sugestões dos validadores, o item (Sente necessidade de evacuar) presente na Regulação da defecação foi incluído na categoria b525 (Funções de defecação), pois estaria relacionado à função de defecação e não regulação da defecação. Desse modo, o item da categoria d5301, referente à regulação da defecação foi reformulado para “Consegue segurar a evacuação até chegar ao banheiro”, ainda foi incluído neste item, a opção de resposta “às vezes”.

Na categoria (Regulação da defecação), no item (Tira e coloca roupa, fralda, absorvente sozinho (a)), foi questionada pelos validadores a utilização desses dispositivos por indivíduos continententes e sugerida a exclusão dos termos “fralda” e “absorvente”. No item (Limpa-se após evacuar), foi sugerido incluir o termo “sozinho”, para melhor caracterizar a funcionalidade, o item foi alterado para “Limpa-se sozinho (a) após evacuar”. Ainda nessa categoria, foi ressaltado incluir o item “Realiza as manobras de eliminação das fezes: massagem abdominal, manobra de Valsalva / prensa abdominal, estímulo dígito anal e extração manual de fezes” com as opções de respostas correlatas “não se aplica”, “sozinho” e “assistido”.

Também foi sugerida na categoria referente à regulação da defecação, a inclusão do qualificador (9) “Não aplicável” para condições nas quais o indivíduo apresenta derivações fecais alternativas, que possam impossibilitar avaliar a capacidade de desempenho do indivíduo para realizar as atividades. Houve também nos qualificadores da CIF, a mudança do termo “Alteração” por “Deficiência”.

O gráfico 11 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria d540 (Vestir-se), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 11- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d540 (Vestir-se). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria d540 (Vestir-se) tinha 5 itens, com um total de 80 respostas dos membros do Comitê de juízes e 0 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria nos critérios linguagem e relevância, como muito pertinentes.

Foram sugeridas modificações quanto à clareza e compreensão, com substituição de termos, visando melhorar a redação e representatividade dos itens, conforme Quadro 3.

Na categoria (Vestir) nos itens de repostas, foi sugerido substituir o termo “despe as roupas” por “tira as roupas”. Ainda, nessa categoria, no item de resposta “Veste as roupas sem botões, zíperes e calçados, mas necessita de dispositivos de adaptação ou locais adaptados ou uma leve assistência” foi sugerida a exclusão do termo “uma leve assistência” e incluir “Leva mais tempo que o habitual para realizar esta tarefa”, sendo apontada pelos validadores a importância do tempo despendido pelo indivíduo na realização da tarefa.

Houve em um dos itens de respostas, a substituição de “supervisão de terceiros” por “supervisão de outra pessoa” e “vestir e despir as roupas para as partes superiores e inferiores do corpo” por “vestir e tirar as roupas das partes superiores e inferiores do corpo” e sugerida excluir o termo “não há contato físico”. Também foi sugerida em outros dois itens de respostas, substituir os termos “grande assistência”, “auxílio de terceiros” e “assistência total” por “ajuda de outra pessoa”.

O gráfico 12 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria d550 (Comer), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 12- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d550 (Comer). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria d550 (Comer) tinha 5 itens, com um total de 80 respostas dos membros do Comitê de juízes e 0 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria no critério relevância, como muito pertinente.

Foram sugeridas modificações quanto à clareza, compreensão e linguagem, com substituição de termos, visando melhorar a redação e representatividade dos itens, conforme Quadro 3.

Na categoria (Comer) nos itens de repostas, foi sugerida a inclusão da tarefa “cortar o alimento”, sendo apontado ser de extrema importância na avaliação. Ainda nessa categoria foi sugerida a exclusão dos termos “consistência” “modifica a consistência da comida”, “mastigar” e “engolir”, assim como, “mastiga” e “deglute”, pois estariam relacionados à função da deglutição e não a definição correspondente. Vale ressaltar, que a categoria da CIF referente à função da deglutição é a b510 (Função de ingestão).

Houve em dois itens de repostas a substituição dos termos “Necessita de uma assistência máxima” e “Necessita de uma assistência total”, por “Necessita de ajuda”. Também foi sugerido em um dos itens de repostas, excluir o termo “vias alternativas de

alimentação: parenteral e sondas”, por não relacionar-se a definição da categoria. As sugestões foram acatadas e os itens de respostas da categoria foram reformulados.

O gráfico 13 apresenta a distribuição de frequência de respostas dos juízes em relação a categoria d560 (Beber), frente a análise de pertinência dos itens quanto aos critérios estabelecidos.

Gráfico 13- Análise das respostas dos juízes em relação à categoria d560 (Beber). Ribeirão Preto, 2015.

Legenda: 1: Não pertinente, 2: Pertinente, mas precisa de revisão e 3: Muito pertinente

A categoria d560 (Beber) tinha 5 itens, com um total de 80 respostas dos membros do Comitê de juízes 0 *missing*. A maioria classificou os itens da categoria nos critérios linguagem e relevância, como muito pertinentes. Algumas sugestões nessa categoria foram semelhantes à categoria (Comer).

Foram sugeridas modificações quanto à clareza e compreensão, com substituição de termos, visando melhorar a redação e representatividade dos itens, conforme Quadro 3.

Ainda na categoria (Beber) no item de resposta “Prepara/consome a bebida, leva o líquido até a boca e deglute, mistura, mexe, abre garrafas e latas de bebidas”, foi sugerido excluir o termo “deglute”, pois estaria relacionada à função da deglutição e não a definição correspondente da CIF e incluir o termo “sem adaptações”.

No item de resposta (Serve a bebida para si próprio ou bebe com ou sem adaptações), foi sugerido excluir a palavra “sem adaptações” e manter “com adaptações”.

Houve em dois itens de repostas a substituição dos termos “Necessita de assistência máxima” e “Necessita de assistência total”, por “Necessita de ajuda”. Também foi sugerido

em um dos itens de repostas, excluir o termo “vias alternativas de hidratação: parenteral e sondas”, por não relacionar-se a definição da categoria. As sugestões foram acatadas e os itens da categoria foram reformulados.

A equivalência entre as versões do **Instrumento baseado no Core set resumido da CIF para indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática** foi estabelecida mediante a concordância de pelo menos, 70% dos avaliadores do Comitê. Cada item do instrumento foi avaliado em mais de 70% pelos avaliadores, considerados aceitáveis para a validação de conteúdo. No Quadro 3 estão apresentadas a versão pré-validação e a versão com as modificações sugeridas.

Quadro 3 - Apresentação da versão pré-validação do instrumento e as modificações sugeridas pelo Comitê de juízes. Ribeirão Preto, 2015.

Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
<p>b810 Funções protetoras da pele (Funções da pele relacionadas à proteção do corpo contra ameaças físicas, químicas e biológicas)</p> <p>() 0: Pele íntegra: hidratada (úmida), textura lisa e firme, com espessura fina e uniforme, coloração homogênea, temperatura corporal morna bilateral e boa elasticidade. Não apresenta alteração na pele.</p> <p>() 1: Apresenta alteração na pele como ressecamento com ou sem descamação; alteração de pigmentação; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio I (<i>pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea</i>).</p> <p>() 2: Apresenta alteração na pele como formação calosa; diminuição da espessura da pele e friável; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio II (<i>perda parcial de espessura dérmica</i>).</p> <p>() 3: Apresenta alteração na pele como endurecimento; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio III (<i>perda de tecido em sua espessura total</i>) ou suspeita de lesão tissular profunda (<i>dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento</i>).</p> <p>() 4: Apresenta perda da continuidade da pele e/ou úlcera por pressão estágio IV (<i>perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão</i>) ou não classificada (<i>lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo e/ou escara</i>).</p>	<p>b810 Funções protetoras da pele (Funções da pele relacionadas à proteção do corpo contra ameaças físicas, químicas e biológicas)</p> <p>() 0: Pele íntegra: hidratada, textura lisa e firme, com espessura fina e uniforme, coloração homogênea, temperatura corporal bilateral com variação de 36 °C a 38 °C e boa elasticidade. Não apresenta alteração na pele.</p> <p>() 1: Apresenta alteração na pele como ressecamento com ou sem descamação; alteração de pigmentação; e/ou úlcera por pressão estágio I (<i>pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor</i>).</p> <p>() 2: Apresenta alteração na pele como formação calosa; cicatrizes; pele frágil com diminuição de espessura; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio II (<i>perda parcial de espessura dérmica, apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/rompida</i>).</p> <p>() 3: Apresenta alteração na pele como endurecimento; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio III (<i>perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível sem exposição do osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamentos e túneis</i>) ou suspeita de lesão tissular profunda (<i>dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento</i>).</p> <p>() 4: Apresenta perda da continuidade da pele e/ou úlcera por pressão estágio IV (<i>perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamentos e túneis</i>) ou não classificada (<i>lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo e/ou escara</i>).</p>

Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
s610 Estrutura do sistema urinário (Checar exame complementar como a Urodinâmica) <p>Classificação das Disfunções Vesicouretrais (Sociedade Internacional de Continência)</p> <p>a) Função vesical na fase de enchimento (cistometria)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividade do detrusor <ul style="list-style-type: none"> () Normal: <i>0 ponto</i> () Hiperativo: <i>1 ponto</i> • Sensibilidade vesical <ul style="list-style-type: none"> () Normal: <i>0 ponto</i> () Aumentada: <i>1 ponto</i> () Diminuída: <i>1 ponto</i> () Ausente: <i>2 pontos</i> • Capacidade vesical <ul style="list-style-type: none"> () Normal: <i>0 ponto</i> () Aumentada: <i>1 ponto</i> () Reduzida: <i>1 ponto</i> • Complacência <ul style="list-style-type: none"> () Normal: <i>0 ponto</i> () Reduzida: <i>1 ponto</i> <p>b) Atividade do esfíncter na fase de enchimento (cistometria)</p> <ul style="list-style-type: none"> () Normal: <i>0 ponto</i> () Incompetente: <i>1 ponto</i> <p>c) Função vesical na fase de esvaziamento (fluxometria)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividade do detrusor <ul style="list-style-type: none"> () Normal: <i>0 ponto</i> () Hipoativo: <i>1 ponto</i> () Acontrátil: <i>1 ponto</i> <p>d) Atividade do esfíncter na fase de esvaziamento (fluxometria)</p> <ul style="list-style-type: none"> () Normal: <i>0 ponto</i> () Obstrutivo: <i>1 ponto</i> () Dissinergismo vesicoesfincteriano: <i>2 pontos</i> <p>() 0: Sem alteração, 0 ou 1 ponto. () 1: Alteração leve, 2 ou 3 pontos. () 2: Alteração moderada, 4 ou 5 pontos. () 3: Alteração grave, 6 ou 7 pontos. () 4: Alteração completa, 8 ou 9 pontos. () 8: Não especificado. () 9: Não aplicável.</p>	s610 Estrutura do sistema urinário (Uretrocistografia Injetora/Miccional e Ultrassonografia – vias urinárias) <p>a) Alterações Renais (mais de uma opção pode ser assinalada, somar os pontos das opções assinaladas)</p> <ul style="list-style-type: none"> () Ausente: <i>0 ponto</i> () Presença de dilatação pielocalicinal: <i>1 ponto</i> () Presença de alterações no parênquima renal: <i>2 pontos</i> () Não se aplica: <i>0 ponto</i> <p>b) Capacidade vesical</p> <ul style="list-style-type: none"> () Normal: <i>0 ponto</i> () Reduzida: <i>1 ponto</i> () Ausente: <i>4 pontos</i> (pós-cirúrgico, Vesicostomia) – se sim, não aplicar o último item () Não se aplica: <i>0 ponto</i> <p>c) Avaliação morfológica da bexiga</p> <ul style="list-style-type: none"> () Paredes finas e lisas conteúdo anecoico: <i>0 ponto</i> () Presença de debris ecogênicos: <i>1 ponto</i> () Espessamento parietal: <i>2 pontos</i> () Presença de divertículos: <i>3 pontos</i> () Não se aplica: <i>0 ponto</i> <p>O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 7):</p> <p>() 0: Sem deficiência, 0 ponto. () 1: Deficiência leves, 1 ou 2 pontos. () 2: Deficiência moderadas, 3 ou 4 pontos. () 3: Deficiência graves, 5 ou 6 pontos. () 4: Deficiência completa, 7 pontos. () 8: Não especificado. () 9: Não aplicável.</p>

Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
b620 Funções urinárias (Funções de eliminação da urina da bexiga urinária) <p>a) Elimina urina espontaneamente? Com que frequência?</p> <ul style="list-style-type: none"> () utiliza cateter vesical de demora: <i>4 pontos</i> () não elimina urina: <i>2 pontos</i> () 3 a 7 micções/dia: <i>0 ponto</i> () 0 a 2 micções/dia: <i>1 ponto</i> () 8 ou mais micções/dia: <i>1 ponto</i> <p>b) Apresenta perda urinária? Com que frequência?</p> <ul style="list-style-type: none"> () utiliza cateter vesical de demora: <i>4 pontos</i> () não apresenta perda: <i>0 ponto</i> () intervalos curtos: <i>3 pontos</i> () semanal: <i>1 ponto</i> () intervalos longos: <i>3 pontos</i> () diária: <i>2 pontos</i> () contínua: <i>4 pontos</i> <p>c) Qual é o volume urinário eliminado por dia?</p> <ul style="list-style-type: none"> () menos de 1500 ml: <i>2 pontos</i> () mais de 2500 ml: <i>2 pontos</i> () de 1500 a 2500 ml: <i>0 ponto</i> () não sabe informar <p>d) Esvazia a bexiga totalmente?</p> <ul style="list-style-type: none"> () utiliza cateter vesical de demora: <i>4 pontos</i> () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>2 pontos</i> <p>e) Utiliza dispositivo de drenagem externa da urina (coletor urinário, fralda descartável)?</p> <ul style="list-style-type: none"> () não: <i>0 ponto</i> () sim: <i>2 pontos</i> <p>f) Utiliza o cateterismo urinário intermitente (CUI)? Com que frequência?</p> <ul style="list-style-type: none"> () não utiliza: <i>0 ponto</i> () 1 a 4 vezes/dia: <i>1 ponto</i> () 5 ou mais vezes/dia: <i>2 pontos</i> <p>() 0: Sem alteração, de 0 a 2 pontos. () 1: Alteração leve, de 3 a 5 pontos. () 2: Alteração moderada, de 6 a 8 pontos. () 3: Alteração grave, de 9 a 11 pontos. () 4: Alteração completa, de 12 a 14 pontos.</p>	b620 Funções urinárias (Funções de eliminação da urina da bexiga urinária) <p>a) Elimina urina voluntariamente?</p> <ul style="list-style-type: none"> () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>3 pontos</i> <p>b) Qual a frequência das micções voluntárias?</p> <ul style="list-style-type: none"> () 3 a 7 micções/dia: <i>0 ponto</i> () 0 a 2 micções/dia: <i>1 ponto</i> () 8 ou mais micções/dia: <i>2 pontos</i> () não elimina urina voluntariamente (perdas): <i>3 pontos</i> <p>c) Sente quando a bexiga está cheia?</p> <ul style="list-style-type: none"> () sim: <i>0 ponto</i> () às vezes: <i>1 ponto</i> () não: <i>3 pontos</i> <p>d) Utiliza manobras para eliminar a urina? (mais de uma opção pode ser assinalada, utilizar a maior pontuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> [] não utiliza: <i>0 ponto</i> [] manobra de valsalva/prensa abdominal: <i>1 ponto</i> [] crede: <i>2 pontos</i> [] cateterismo urinário intermitente limpo (CUIL): <i>3 pontos</i> <p>e) Utiliza dispositivo auxiliares externos de drenagem para manejo de perda urinária (coletor urinário, fralda descartável)?</p> <ul style="list-style-type: none"> () não: <i>0 ponto</i> () sim: <i>3 pontos</i> <p>O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 15):</p> <p>() 0: Sem deficiência, de 0 a 2 pontos. () 1: Deficiência leve, de 3 a 5 pontos. () 2: Deficiência moderada, de 6 a 8 pontos. () 3: Deficiência grave, de 9 a 12 pontos. () 4: Deficiência completa, de 13 a 15 pontos. () 9: Não aplicável (Cateter vesical de demora, Vesicostomia, Mitofanoff e outras derivações urinárias alternativas).</p>

Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
<p>d5300 Regulação da micção (Coordenar e gerenciar a micção, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para urinar, manipular a roupa antes e após urinar e limpar-se após urinar)</p> <p>a) Sente quando a bexiga está cheia? () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i></p> <p>b) Vai sozinho ao banheiro para urinar no vaso sanitário? () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i></p> <p>c) Faz autocateterismo urinário intermitente? () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i> () não se aplica</p> <p>d) Tira e coloca roupa íntima, fralda, absorvente sozinho(a)? () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i></p> <p>e) Limpa-se após urinar? () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i></p> <p>() 0: Sem alteração, 0 ponto. () 1: Alteração leve, 1 ponto. () 2: Alteração moderada, 2 ou 3 pontos. () 3: Alteração grave, 4 pontos. () 4: Alteração completa, 5 pontos. () 9: Não aplicável (utiliza cateter vesical de demora).</p>	<p>d5300 Regulação da micção (Coordenar e gerenciar a micção, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para urinar, manipular a roupa antes e após urinar e limpar-se após urinar)</p> <p>a) Consegue segurar a micção até chegar ao banheiro? () sim: <i>0 ponto</i> () às vezes: <i>1 ponto</i> () não: <i>2 pontos</i></p> <p>b) Vai sozinho ao banheiro para esvaziar a bexiga no vaso sanitário? () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>2 pontos</i></p> <p>c) Realiza o cateterismo urinário intermitente limpo? () não se aplica: <i>0 ponto</i> () sozinho (autocateterismo): <i>1 ponto</i> () assistido: <i>2 pontos</i></p> <p>d) Tira e coloca roupa íntima sozinho(a)? () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>2 pontos</i></p> <p>e) Limpa-se sozinho (a) após esvaziar a bexiga? () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>2 pontos</i></p> <p>O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 10):</p> <p>() 0: Sem deficiência, 0 ou 1 ponto. () 1: Deficiência leve, 2 ou 3 pontos. () 2: Deficiência moderada, 4 ou 5 pontos. () 3: Deficiência grave, de 6 a 8 pontos. () 4: Deficiência completa, 9 ou 10 pontos. () 9: Não aplicável (Cateter vesical de demora, Vesicostomia, Mitofanoff e outras derivações urinárias alternativas).</p>
Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
<p>b525 Funções de defecação (Funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos como fezes e funções relacionadas)</p> <p>a) Elimina fezes espontaneamente? () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>2 pontos</i></p> <p>b) Controla eliminação das fezes? () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>2 pontos</i></p> <p>c) Qual é a consistência das fezes? () dura: <i>2 pontos</i> () mole: <i>0 ponto</i> () firme: <i>0 ponto</i> () líquida: <i>1 ponto</i></p> <p>d) Qual é a frequência de evacuação? () 1 vez ao dia: <i>0 ponto</i> () a cada 4 dias ou mais: <i>2 pontos</i> () a cada 2 ou 3 dias: <i>1 ponto</i></p> <p>e) Tem eliminação normal de gases intestinais? () sim: <i>0 ponto</i> () não, é excessiva ou ausente: <i>2 pontos</i></p> <p>() 0: Sem alteração, 0 ou 1 ponto. () 1: Alteração leve, 2 ou 3 pontos. () 2: Alteração moderada, de 4 a 6 pontos. () 3: Alteração grave, 7 ou 8 pontos. () 4: Alteração completa, 9 ou 10 pontos.</p>	<p>b525 Funções de defecação (Funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos como fezes e funções relacionadas)</p> <p>a) Elimina fezes voluntariamente? () sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>5 pontos</i></p> <p>b) Qual é a frequência de evacuação? () diariamente ou em dias alternados: <i>0 ponto</i> () a cada 3 ou 4 dias: <i>1 ponto</i> () a cada 5 ou 6 dias: <i>2 pontos</i> () a cada 7 dias ou mais: <i>5 pontos</i></p> <p>c) Sente vontade de evacuar? () sim: <i>0 ponto</i> () às vezes: <i>2 pontos</i> () não: <i>5 pontos</i></p> <p>d) Qual é a consistência das fezes? () moldada: <i>0 ponto</i> () pastosa: <i>1 ponto</i> () líquida: <i>2 pontos</i> () ressecada: <i>3 pontos</i> () cfbalas ou fecalitos: <i>5 pontos</i></p> <p>e) Elimina gases intestinais? () sim: <i>0 ponto</i> () excessivo: <i>2 pontos</i> () não: <i>5 pontos</i></p> <p>f) Utiliza manobras para auxiliar na eliminação das fezes? (mais de uma opção pode ser assinalada, utilizar a maior pontuação) () não utiliza: <i>0 ponto</i> () massagem abdominal: <i>1 ponto</i> () manobra de Valsalva/prensa abdominal: <i>2 pontos</i> () estímulo dígito anal: <i>3 pontos</i> () extração manual de fezes: <i>5 pontos</i></p> <p>g) Utiliza medicamentos para auxiliar na eliminação das fezes? () não: <i>0 ponto</i> () supositório de glicerina: <i>1 ponto</i> () mini enema: <i>2 pontos</i> () fleet enema: <i>3 pontos</i> () medicação laxante: <i>4 pontos</i> () lavagem intestinal: <i>5 pontos</i></p> <p>O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 35):</p> <p>() 0: Sem deficiência, de 0 a 6 pontos. () 1: Deficiência leve, de 7 a 13 pontos. () 2: Deficiência moderada, de 14 a 20 pontos. () 3: Deficiência grave, de 21 a 28 pontos. () 4: Deficiência completa, de 29 a 35 pontos. () 9: Não aplicável (Malone, colostomia e outras derivações fecais alternativas).</p>

Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
<p>d5301 Regulação da defecação (Coordenar e gerenciar a defecação, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para defecar, manipular a roupa antes e após defecar e limpar-se após defecar)</p> <p>a) Sente necessidade de evacuar? ☐ sim: 0 ponto ☐ não: 1 ponto</p> <p>b) Controla o horário da evacuação? ☐ sim: 0 ponto ☐ não: 1 ponto</p> <p>c) Vai sozinho ao banheiro para evacuar no vaso sanitário? ☐ sim: 0 ponto ☐ não: 1 ponto</p> <p>d) Tira e coloca roupa, fralda, absorvente sozinho(a)? ☐ sim: 0 ponto ☐ não: 1 ponto</p> <p>e) Limpa-se após evacuar? ☐ sim: 0 ponto ☐ não: 1 ponto</p> <p>☐ 0: Sem alteração, 0 ponto. ☐ 1: Alteração leve, 1 ponto. ☐ 2: Alteração moderada, 2 ou 3 pontos. ☐ 3: Alteração grave, 4 pontos. ☐ 4: Alteração completa, 5 pontos.</p>	<p>d5301 Regulação da defecação (Coordenar e gerenciar a defecação, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para defecar, manipular a roupa antes e após defecar e limpar-se após defecar)</p> <p>a) Consegue segurar a evacuação até chegar ao banheiro? ☐ sim: 0 ponto ☐ às vezes: 1 ponto ☐ não: 2 pontos</p> <p>b) Tem horário regular para evacuação? ☐ sim: 0 ponto ☐ não: 2 pontos</p> <p>c) Vai sozinho ao banheiro para evacuar no vaso sanitário? ☐ sim: 0 ponto ☐ não: 2 pontos</p> <p>d) Realiza as manobras de eliminação das fezes (massagem abdominal, manobra de Valsalva/prensa abdominal, estímulo dígito anal e extração manual de fezes)? ☐ não se aplica: 0 ponto ☐ sozinho: 1 ponto ☐ assistido: 2 pontos</p> <p>e) Tira e coloca roupa íntima sozinho(a)? ☐ sim: 0 ponto ☐ não: 2 pontos</p> <p>f) Limpa-se sozinho(a) após evacuar? ☐ sim: 0 ponto ☐ não: 2 pontos</p> <p>O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 12): ☐ 0: Sem deficiência, 0 ou 1 ponto. ☐ 1: Deficiência leve, de 2 a 4 pontos. ☐ 2: Deficiência moderada, de 5 a 7 pontos. ☐ 3: Deficiência grave, de 8 a 10 pontos. ☐ 4: Deficiência completa, 11 ou 12 pontos. ☐ 9: Não aplicável (Malone, colostomia e outras derivações fecais alternativas).</p>
Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
<p>d410 Mudar de posição básica do corpo (Adotar e abandonar uma posição corporal e mover-se de um lado para outro, como levantar-se de uma cadeira para deitar-se na cama, e adotar e abandonar posições como ajoelhado e agachado)</p> <p>☐ 0: Realiza todas as atividades. ☐ 1: Realiza as atividades, mas precisa de apoios físicos como barras, móveis ou incentivo, ou orientação e supervisão de outra pessoa. ☐ 2: Necessita de assistência de outra pessoa para 1 tarefa. ☐ 3: Necessita de assistência de outra pessoa para 2 ou 3 tarefas. ☐ 4: Necessita de assistência para todas as tarefas.</p>	<p>d410 Mudar de posição básica do corpo (Adotar e abandonar uma posição corporal e mover-se de um lado para outro, como levantar-se de uma cadeira para deitar-se na cama, e adotar e abandonar posições como ajoelhado e agachado)</p> <p>☐ 0: Realiza todas as tarefas. ☐ 1: Realiza as atividades com ajuda de apoios físicos como barras e móveis ou incentivo, orientação e supervisão de outra pessoa. ☐ 2: Necessita de ajuda de outra pessoa para 1 tarefa. ☐ 3: Necessita de ajuda de outra pessoa para 2 ou 3 tarefas. ☐ 4: Necessita de ajuda para todas as tarefas.</p>
Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
<p>d420 Transferir a própria posição (Mover-se de uma superfície para outra, como escorregar em um banco ou mover-se da cama para cadeira de rodas, sem mudar a posição do corpo)</p> <p>☐ 0: Move-se de uma posição sentada ou deitada para outra no mesmo nível ou em nível diferente, transfere-se da cama para a cadeira ou de uma cama para outra com segurança. Em cadeira de rodas: aproxima-se da cama ou cadeira, aciona o freio, ajusta os pedais e remove o apoio dos braços caso seja necessário; transfere-se (realizando deslizamento) e retorna com segurança. ☐ 1: Necessita de dispositivos tecnológicos (prótese, órtese, barra de transferência, tábua de segurança, andador, muletas, trapézio) para transferir-se da cama ou da cadeira. Utiliza um tempo maior que o razoável para realizar a transferência ou não faz a autotransferência com segurança total. Não precisa de outra pessoa. ☐ 2: Requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão), preparação (posicionando os equipamentos móveis, tábuas para transferência, órtese, ajustando os pedais da cadeira de rodas) para realizar as transferências. Precisa de ajuda para operar equipamentos mecanizados para a transferência (elevador de pacientes). ☐ 3: Necessita de contato físico de uma pessoa para conseguir transferir-se de uma superfície para outra. ☐ 4: Necessita de auxílio total para transferência.</p>	<p>d420 Transferir a própria posição (Mover-se de uma superfície para outra, como escorregar em um banco ou mover-se da cama para cadeira de rodas, sem mudar a posição do corpo)</p> <p>☐ 0: Mover-se de uma posição sentada ou deitada para outra no mesmo nível ou em nível diferente, transfere-se da cama para a cadeira ou de uma cama para outra com segurança. Em cadeira de rodas: aproxima-se da cama ou cadeira, aciona o freio, ajusta os pedais e remove o apoio de braços, se necessário; transfere-se (realizando deslizamento) e retorna com segurança. ☐ 1: Transferir-se da cama ou da cadeira com o uso de dispositivos tecnológicos (prótese, órtese, barra de transferência, prancha de transferência, andador, muletas, trapézio). Utiliza um tempo maior que o razoável para realizar a transferência. Não precisa da ajuda de outra pessoa. ☐ 2: Requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão), preparação (posicionando os equipamentos móveis, tábuas para transferência, órtese, ajustando os pedais da cadeira de rodas) para realizar as transferências. Precisa de ajuda para operar equipamentos mecanizados para a transferência (elevador de pacientes). ☐ 3: Necessita de apoio físico de uma pessoa para conseguir transferir-se de uma superfície para outra. ☐ 4: Necessita de auxílio total para transferência.</p>

Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
<p>d520 Cuidado das partes do corpo (Cuidar das partes do corpo como pele, face, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar ou secar)</p> <p>() 0: Realiza atividades como lavar as mãos e rosto, escovar os dentes, pentear o cabelo, fazer a barba, maquiarse sem o uso de dispositivos de adaptação.</p> <p>() 1: Realiza atividades como lavar as mãos e rosto, escovar os dentes, pentear o cabelo, fazer a barba, maquiarse com o uso de dispositivos de adaptação ou com supervisão. Leva mais tempo que o habitual para realizar esta tarefa.</p> <p>() 2: Necessita de assistência de outra pessoa para 1 ou 2 tarefas.</p> <p>() 3: Necessita de assistência de outra pessoa para 3 ou 4 tarefas.</p> <p>() 4: Necessita de assistência para todas as tarefas.</p>	<p>d520 Cuidado das partes do corpo (Cuidar das partes do corpo como pele, face, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar ou secar)</p> <p>() 0: Realiza atividades sem o uso de dispositivos de adaptação, como lavar as mãos e rosto, maquiarse, escovar os dentes, passar hidratante na pele, pentear o cabelo, aparar e limpar as unhas, inspecionar e lavar genital.</p> <p>() 1: Realiza atividades como lavar as mãos e rosto, maquiarse, escovar os dentes, passar hidratante na pele, pentear o cabelo, aparar e limpar as unhas, inspecionar e lavar genital com o uso de dispositivos de adaptação ou com supervisão. Leva mais tempo que o habitual para realizar as tarefas. Necessita de ajuda de outra pessoa para 1 tarefa.</p> <p>() 2: Necessita de ajuda de outra pessoa para 2 ou 3 tarefas.</p> <p>() 3: Necessita de ajuda de outra pessoa para 4 ou 5 tarefas.</p> <p>() 4: Necessita de ajuda para todas as tarefas.</p>
Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
<p>d510 Lavar-se (Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e materiais ou métodos de limpeza e secagem apropriadas, como tomar banho em banheira e chuveiro, lavar mãos e pés, face e cabelo; e secar-se com uma toalha)</p> <p>() 0: Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outras pessoas e sem adaptações.</p> <p>() 1: Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outras pessoas, podendo fazer uso de dispositivos de adaptação ou em locais adaptados (por exemplo, piso antiderrapante, com barras, na cadeira, prótese e órtese).</p> <p>() 2: Lava-se com supervisão, necessita de equipamento especializado (cadeiras, barras, adaptadores, órteses e próteses) e necessita de assistência de terceiros para lavar/secar pernas e pés.</p> <p>() 3: Necessita de ajuda de outra pessoa para lavar/secar além das pernas e pés.</p> <p>() 4: Necessita de assistência total para lavar e secar todo o corpo.</p>	<p>d510 Lavar-se (Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e materiais ou métodos de limpeza e secagem apropriadas, como tomar banho em banheira e chuveiro, lavar mãos e pés, face e cabelo; e secar-se com uma toalha)</p> <p>() 0: Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outra pessoa e sem adaptações.</p> <p>() 1: Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outra pessoa, podendo fazer uso de adaptações ou em locais adaptados (piso antiderrapante, com barras, na cadeira, prótese e órtese). Leva mais tempo que o habitual para realizar as tarefas.</p> <p>() 2: Lava-se com supervisão, necessita de equipamento especializado (cadeiras, barras, adaptadores, órteses e próteses) e necessita de ajuda de outra pessoa para lavar/secar pernas e pés.</p> <p>() 3: Necessita de ajuda de outra pessoa para lavar/secar além das pernas e pés.</p> <p>() 4: Necessita de ajuda de outra pessoa para lavar e secar todo o corpo.</p>
Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
<p>d540 Vestir-se (Realizar as ações coordenadas e tarefas de vestir e tirar as roupas e os sapatos em sequência e de acordo com as condições climáticas e sociais, como vestir, ajustar e tirar camisas, blusas, calças, roupas íntimas, sáris, quimonos, meias, luvas, casacos, botas, sandálias e chinelos)</p> <p>() 0: Veste e despe as roupas, sem adaptações ou locais adaptados, com segurança.</p> <p>() 1: Veste as roupas sem botões, zíperes e calçados, mas necessita de dispositivos de adaptação ou locais adaptados ou uma leve assistência.</p> <p>() 2: Necessita de supervisão de terceiros para vestir e despir as roupas para as partes superiores e inferiores do corpo; não há contato físico. Usa dispositivos de adaptação para botões, zíperes e calçados.</p> <p>() 3: Necessita de grande assistência ou dispositivos de adaptação ou locais adaptados para vestir as roupas. Necessita de auxílio de terceiros para conseguir vestir os membros superiores e inferiores, com contato físico.</p> <p>() 4: Necessita de assistência total para vestir e tirar roupas.</p>	<p>d540 Vestir-se (Realizar as ações coordenadas e tarefas de vestir e tirar as roupas e os sapatos em sequência e de acordo com as condições climáticas e sociais, como vestir, ajustar e tirar camisas, blusas, calças, roupas íntimas, sáris, quimonos, meias, luvas, casacos, botas, sandálias e chinelos)</p> <p>() 0: Veste e tira as roupas, sem adaptações ou locais adaptados, com segurança.</p> <p>() 1: Veste as roupas sem botões, zíperes e calçados, mas necessita de dispositivos de adaptações ou locais adaptados. Leva mais tempo que o habitual para realizar esta tarefa.</p> <p>() 2: Necessita de supervisão de outra pessoa para vestir e tirar as roupas das partes superiores e inferiores do corpo. Usa dispositivos de adaptação para botões, zíperes e calçados.</p> <p>() 3: Necessita de ajuda de outra pessoa, para vestir e tirar as roupas da parte inferior do corpo, dispositivos de adaptação e locais adaptados</p> <p>() 4: Necessita de ajuda de outra pessoa para vestir e tirar as roupas.</p>

Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
<p>d550 Comer (Executar as tarefas e ações coordenadas de comer o alimento servido, levá-lo à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir o alimento em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios, atividades relacionadas com refeições, banquetes e jantares)</p> <p>() 0: Come alimento de qualquer consistência, usa garfo ou colher para levar o alimento até a boca, consegue mastigar e engolir.</p> <p>() 1: Necessita de dispositivo de adaptação (talheres adaptados, uso de órteses) para levar o alimento à boca, mastiga e deglute. Utiliza um tempo acima do razoável. Modifica a consistência da comida.</p> <p>() 2: Come com supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo) ou com a aplicação de órtese por outra pessoa; ou é necessária a ajuda de alguém para abrir as embalagens, cortar carne, passar manteiga no pão ou despejar líquidos, sem contato físico, ou seja, o indivíduos que ajuda não leva o alimento até a boca.</p> <p>() 3: Necessita de uma assistência máxima. Precisa de ajuda para levar qualquer quantidade de alimento até a boca e para manusear talheres, copos e outros utensílios.</p> <p>() 4: Necessita de uma assistência total ou a alimentação é feita apenas por vias alternativas (parenteral, sondas).</p>	<p>d550 Comer (Executar as tarefas e ações coordenadas de comer o alimento servido, levá-lo à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir o alimento em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios, atividades relacionadas com refeições, banquetes e jantares)</p> <p>() 0: Come o alimento, usa garfo ou colher para levar o alimento até a boca, abre as embalagens e corta o alimento sem adaptações.</p> <p>() 1: Utiliza dispositivo de adaptação (talheres adaptados, uso de órteses) para cortar e levar o alimento à boca. Utiliza um tempo acima do razoável.</p> <p>() 2: Necessita de supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo) ou aplicação de órtese por outra pessoa; ou ajuda para abrir embalagens e cortar o alimento. Leva o alimento até a boca sem ajuda.</p> <p>() 3: Necessita de ajuda para abrir embalagens, cortar o alimento e manusear talheres, copos e outros utensílios. Leva o alimento até a boca com ajuda.</p> <p>() 4: Necessita de ajuda para abrir embalagens, cortar o alimento e manusear talheres, copos e outros utensílios. Não leva o alimento até a boca.</p>

Versão pré-validação (Anexo 2)	Modificações Sugeridas
<p>d560 Beber (Pegar a bebida, levar à boca e consumir de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e verter líquidos para beber, abrir garrafas e latas, beber através de um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; amamentar)</p> <p>() 0: Prepara/consome a bebida, leva o líquido até a boca e deglute, mistura, mexe, abre garrafas e latas de bebidas.</p> <p>() 1: Serve a bebida para si próprio ou bebe com ou sem adaptações. Necessita de algum tipo de dispositivo de adaptação (como uso de canudos longos, copos adaptados, uso de órtese). Consome a bebida, mas utiliza um tempo acima do razoável.</p> <p>() 2: Serve a bebida para si próprio ou bebe com supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo), ou com a aplicação de órtese por outra pessoa; sem contato físico, ou seja, o supervisor não leva o líquido até a boca. É necessária ajuda de alguém para abrir as garrafas e latas de bebidas.</p> <p>() 3: Necessita de assistência máxima. Precisa de ajuda para levar qualquer quantidade de líquido até a boca e para manusear copos, canudinhos e outros utensílios para beber.</p> <p>() 4: Necessita de assistência total ou a hidratação é feita apenas por vias alternativas (parenteral, sondas).</p>	<p>d560 Beber (Pegar a bebida, levar à boca e consumir de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e verter líquidos para beber, abrir garrafas e latas, beber através de um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; amamentar)</p> <p>() 0: Prepara/consome a bebida, leva o líquido até a boca, mistura, mexe, abre garrafas e latas de bebidas sem adaptações.</p> <p>() 1: Serve a bebida para si próprio ou bebe com adaptações. Necessita de algum tipo de dispositivo de adaptação (como uso de canudos longos, copos adaptados, uso de órtese). Consome a bebida, mas utiliza um tempo acima do razoável.</p> <p>() 2: Serve a bebida para si próprio ou bebe com supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo), ou com a aplicação de órtese por outra pessoa. É necessária ajuda de alguém para abrir as garrafas e latas de bebidas. Leva o líquido até a boca sem ajuda.</p> <p>() 3: Necessita de ajuda para abrir garrafas, latas de bebidas e manusear copos, canudos e outros utensílios. Leva o líquido até a boca com ajuda.</p> <p>() 4: Necessita de ajuda para abrir garrafas, latas de bebidas e manusear copos, canudos e outros utensílios. Não leva o líquido até a boca.</p>

Depois de realizada as modificações sugeridas pelo Comitê, o instrumento foi reestruturado conforme a estrutura hierárquica da CIF, constituído por uma sequência de componentes da funcionalidade e incapacidade: funções e estruturas do corpo, atividade e participação (Anexo 3), para posterior aplicação do pré-teste.

Para as categorias s610, b620, d5300, b525, d5301 após as modificações sugeridas, os itens foram repontuados de maneira uniforme de 0 até o máximo de 5 pontos (Anexo 3) e a soma da pontuação desses itens foi classificada de acordo com o primeiro qualificador da CIF, respeitando as amplitudes dos intervalos percentuais de cada qualificador, conforme tabela 1.

5.4 Pré-teste

Esta etapa foi realizada no Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP em outubro de 2015, com a seleção aleatória de 10 indivíduos com diagnóstico de Lesão Medular Aguda Traumática, com até 6 meses lesão. Os participantes foram convidados e esclarecidos sobre o propósito da pesquisa. Após o aceite assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Apêndice 5). O instrumento foi aplicado em sua versão consensual (Anexo 3), para avaliação da clareza e compreensão dos itens.

A coleta de dados ocorreu durante a consulta de enfermagem, no período de 26 de outubro a 6 de novembro de 2015. Foi utilizado um instrumento elaborado e validado pela pesquisadora, a qual solicitou aos participantes que respondessem à alternativa que melhor representasse sua opinião e se necessário, fizessem sugestões quanto a mudanças na redação e na apresentação para melhor entendimento do público alvo da pesquisa. A duração média de aplicação do instrumento foi de 30 minutos.

A amostra foi constituída de 10 indivíduos, sendo a principal etiologia do trauma os acidentes automobilísticos (50%), quedas (40%) e ferimento por arma de fogo (10%), a maioria eram do sexo masculino, jovens com média de idade de 43 anos. Quanto ao nível da lesão, a maior incidência foi lesão cervical (50%), seguida da torácica (40%) e lombar (10%), sendo lesões completas (50%). Em relação à formação educacional, verificou-se que 70% dos participantes tinham ensino fundamental, completo ou incompleto, 20% possuíam ensino médio e apenas um deles (10%) referiu ser analfabeto. Ressalta-se que nesta amostra nenhum indivíduo tinha ensino superior.

Nesta etapa, foram identificadas algumas dificuldades quanto à linguagem do instrumento pelos participantes.

Nas categorias **b620** (Funções urinárias) nos itens “Elimina urina voluntariamente”, “Qual a frequência das micções voluntárias” apresentaram dificuldades de compreensão dos termos “voluntariamente” e “micções voluntárias” e na categoria **b525** (Funções de defecação) no item “Elimina fezes voluntariamente” ocorreu a mesma dificuldade quanto ao termo “voluntariamente”. Os itens das categorias foram reformulados para “Controla a eliminação da urina”, “Qual é a frequência de eliminação da urina” e “Controla a eliminação de fezes”.

Na categoria referente à regulação da micção, no item “Consegue segurar a micção até chegar ao banheiro”, foi substituído “segurar a micção” por “segurar a urina”.

Houve substituição de alguns termos técnicos para melhor compreensão pelo público alvo. Mediante a análise entre os pesquisadores e após consenso das modificações sugeridas pelos especialistas e o público alvo, foi elaborada a versão final do instrumento (Anexo 4).

6 DISCUSSÃO

As lesões medulares traumáticas são comumente geradoras de deficiências e levam a limitações na execução de atividades, como também à restrição de participação deste indivíduo em situações concretas de vida. Após sofrer lesão medular, o indivíduo necessita (re) aprender desde as coisas mais simples como vestir-se, alimentar-se e banhar-se, até as mais complexas, tais como subir e descer escadas e, relacionar-se. Conhecer os indivíduos com LTME em termos de independência funcional permite aos serviços de reabilitação estruturar-se para atenderem às demandas dessa população de forma mais eficiente (RIBERTO et al., 2005; SILVA et al., 2012).

As intervenções de reabilitação tem como premissa a aplicação de métodos padronizados e reproduzíveis de mensuração do estado funcional do indivíduo em um período razoável de tempo. Quando se propõem programas terapêuticos em reabilitação, a identificação de problemas específicos a serem abordados, bem como a quantificação dos progressos dos pacientes e o estabelecimento de novas prioridades, exigem a documentação da funcionalidade de forma compreensível e reproduzível (KARAMEHMETOĞLU et al., 1997; RIBERTO et al., 2005).

Um componente essencial da avaliação da efetividade de um programa de reabilitação é a coleta sistematizada de dados de acompanhamento de desempenho funcional dos pacientes. A equipe multiprofissional utiliza o estado clínico funcional para avaliar as necessidades de reabilitação, traçar objetivos e analisar resultados. Em razão desta condição, torna-se essencial a busca de mecanismos para mensurar as respostas terapêuticas com instrumentos funcionais específicos e validados (LANNES et al., 2006; RIBERTO et al., 2001).

A intenção com este estudo é contribuir com a equipe multiprofissional para uma assistência de qualidade, visando maior efetividade e eficiência das atividades de enfermagem, através da utilização de instrumentos específicos na consulta de enfermagem, para descrever a capacidade funcional do indivíduo com LTME, monitorar e avaliar os resultados da reabilitação, e desta forma adotar medidas padronizadas para o atendimento das necessidades referentes às atividades da vida diária.

Uma série de medidas de avaliação funcional tem sido utilizada para avaliar o grau de comprometimento do estado funcional de pacientes com alterações neurológicas. A MIF é aplicada para avaliar as capacidades motoras e cognitivas; a escala expandida de incapacidade (EDSS) avalia a incapacidade do paciente; a escala de incapacidade motora de Osame trabalha com questões da disfunção motora em relação às alterações da marcha e o SF-36 é

um instrumento para avaliar a qualidade de vida dos pacientes em geral (SHUBLAQ; ORSINI; PUCCIONI-SOLHER, 2011).

Dentre os instrumentos para a avaliação da funcionalidade em indivíduos com LTME, destacam-se, *ASIA Impairment Scale* (AIS) considerado modelo de excelência na avaliação destes pacientes, Medida de Independência Funcional (MIF), *Spinal Cord Independence Measure version III* (SCIM III), *Walking Index for Spinal Cord Injury* (WISCI), *Medical Outcomes Studies 36-item Short Form Health Survey* (SF-36), *Quadriplegia Index of Function* (Test QIF), *Ferrans and Powers Quality of Life Index* (QLI), *Reintegration to Normal Living Index* (RNL), Índice de Barthel, *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL-BREF), *Walking Index for Spinal Cord Injury* (WISCI-II) (CATZ et al., 2007; CIEZA; STUCKI, 2005; DITUNNO; DITTUNO JUNIOR, 2001; CARLO et al., 2007; CICONELLI et al., 1999; MAYNARD et al., 1997; NEVES et al., 2007; RABEH; CALIRI, 2010; RIBERTO et al., 2004; RIBERTO et al., 2014; SCHIVOLETTO et al., 2014; SILVA, 2011; SILVA et al., 2012; VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006).

O *Spinal Cord Independence Measure* (SCIM) foi desenvolvido especificamente para indivíduos com LME, e mede a capacidade para realização das atividades de vida diária. O SCIM foi criado por Amiran Catz e Malka Itzkovitch em 1994, tendo a primeira versão publicada em 1997 e foi desenvolvido no Departamento de Reabilitação da Coluna do Hospital de Lowenstein (CATZ et al., 1997; DANTAS et al., 2012). O *Spinal Cord Independence Measure version III* (SCIM III) foi traduzido e validado no Brasil por Riberto et al (2014).

Na área de reabilitação, instrumentos padronizados de avaliação podem ser usados para avaliar os problemas do indivíduo, para estabelecer metas e avaliar os efeitos da intervenção. A escolha de um instrumento de avaliação depende do conceito a ser medido e das propriedades de medida (MOKKINK et al., 2006; STUCKI; EWERT; CIEZA, 2002).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) aparece no cenário da reabilitação, como uma ferramenta promissora e com grande potencial de adesão e aplicabilidade. Proporciona uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições relacionadas, podendo ser utilizada para nortear a criação e utilização de medidas de desfecho em reabilitação (BRASILEIRO; MOREIRA; BUCHALLA, 2013; CARDOSO et al., 2012; LOHMAN et al, 2011; RENTSCH et al, 2003; RIBERTO, 2011; VERHOEF et al, 2007).

Brasileiro, Moreira e Buchalla (2013) apontaram em um estudo de revisão integrativa, ao analisar 17 estudos sobre o uso da CIF no Brasil, que boa parte dos estudos analisados foi desenvolvida nas regiões sul e sudeste do país, com predomínio de abordagem quantitativa e transversal. Disfunções como lesão medular, paralisia cerebral, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio encefálico, e Parkinson, assim como lombalgia crônica, fibromialgia, diabetes mellitus, AIDS e incontinência urinária, têm sido classificadas por meio da CIF.

Estudos revelam que a CIF é de grande relevância com importantes implicações nos diagnósticos e práticas de enfermagem em indivíduos com LME. Um estudo realizado em Brasília (Brasil) identificou em mais de 50% dos pacientes com lesão medular os diagnósticos de enfermagem: alteração da vida diária – mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado para banho/ higiene, para vestir-se/arrumar-se e para higiene íntima; alteração na eliminação – constipação, incontinência intestinal e incontinência urinária total; alteração na percepção sensorial – dor aguda e percepção sensorial perturbada: tátil e risco para disreflexia (MACHADO; SCRAMIN, 2010; NEVES, 2003).

Para aumentar a aplicabilidade e o uso na prática clínica, ferramentas embasadas na CIF podem ser desenvolvidas. Os *Cores sets* constituem-se em estratégias que descrevem de forma típica a funcionalidade das pessoas com determinadas condições de saúde (BRASILEIRO; MOREIRA; BUCHALLA, 2013; FERREIRA; CASTRO; BUCHALLA, 2014; RIBERTO, 2011).

Os *core sets* são instrumentos que estão em desenvolvimento e definem “o que” deve ser avaliado nos pacientes e não a forma de “como” avaliar cada uma das categorias selecionadas. São usados para a descrição qualitativa da funcionalidade, mas há a intenção de usá-los na avaliação quantitativa da funcionalidade (RIBERTO, 2011).

Vale ressaltar conforme descrito na metodologia que a elaboração do instrumento ocorreu a partir do *Core set* resumido da CIF para lesão medular aguda composto por 25 categorias de classificação da funcionalidade. Foram selecionadas 10 categorias do *Core set* resumido para LME aguda, uma das categorias de segundo nível foi substituída por duas de terceiro nível para maior detalhamento da funcionalidade e foi incluída a categoria (b520) referente aos cuidados das partes do corpo.

O *Core set* da CIF oferece uma lista das categorias da CIF mais relevantes para avaliar os pacientes com condições de saúde específicas. Todavia, é permitido adicionar ou substituir categorias da CIF de segundo nível, para uma ou mais de terceiro nível, quando pretendemos obter uma descrição mais detalhada e específica do domínio de funcionalidade e então

adicioná-las ao *Core set* resumido da CIF. O resultado pode ser chamado de “*Core set* resumido da CIF ampliado”. Desta forma, podemos avaliar mais especificamente determinada condição de saúde (RAUCH; LUCKENKEMPE; CIEZA, 2012).

Em um estudo multicêntrico realizado na Alemanha, buscou validar o conteúdo do *Core set* resumido para indivíduos com lesões nas mãos, a partir do *core set* abrangente. Das 23 categorias do *Core set* resumido, 12 foram identificadas e validadas para o problema específico. As análises revelaram ainda, que as categorias b134 (Funções do sono), s830 (Estruturas das áreas da pele), e225 (Clima), bem como as categorias que se referem as “e4 Atitudes” também foram consideradas (KUS; OBERHAUSER; CIEZA, 2012).

Rogers et. al. (2010) também desenvolveram um instrumento baseado no *Core Set* resumido da CIF para câncer de cabeça e pescoço. Para certos domínios, necessitou-se de mais detalhamento ou uma adaptação para facilitar a compreensão dos indivíduos. Os domínios de segundo nível de estrutura de boca, funções de ingestão e funções da voz foram expandidas para o terceiro nível para medir em maior profundidade sobre os problemas com estrutura e funcionamento. Os domínios foram associados aos qualificadores da CIF mediante o grau dos problemas apresentados, como nenhum, leve (em um nível que você pode tolerar, ocorre raramente), moderado (às vezes interfere com o seu dia-a-dia, acontece ocasionalmente), grave (em parte perturba o seu dia-a-dia, ocorre com frequência) ou completo (interrompe totalmente a sua vida, afeta você todos os dias).

Ainda acerca do processo de elaboração do instrumento, este foi composto na sua versão final com um total de 13 categorias que integraram os componentes da CIF: funções do corpo (3), estrutura do corpo (1), atividades e participação (9). Os componentes dos fatores contextuais (fatores ambientais e fatores pessoais) não foram incluídos. Os itens do instrumento foram fundamentados no referencial teórico da CIF e em estudos da literatura nacional e internacional. Estes foram associados a códigos relevantes das categorias selecionadas com uso de qualificadores, que demonstram a magnitude da deficiência, limitação, restrição, barreiras ou facilitadores das condições de saúde.

A exemplo, no componente atividade e participação, na categoria (**d410**) que se refere a adotar e abandonar uma posição corporal e mover-se de um lado para outro, como levantar-se de uma cadeira para deitar-se na cama, e adotar e abandonar posições como ajoelhado e agachado. Os itens da categoria foram associados aos qualificadores da CIF e classificados em: **0: Nenhuma deficiência** (realiza todas as tarefas), **1: Deficiência leve** (realiza as atividades com ajuda de apoios físicos, orientação e supervisão de outra pessoa),

2:Deficiência moderada (necessita de ajuda de outra pessoa para 1 tarefa), **3:Deficiência grave** (necessita de ajuda de outra pessoa para 2 ou 3 tarefas) e **4: Deficiência completa** (necessita de ajuda para todas as tarefas), respeitando as amplitudes dos intervalos percentuais de cada qualificador.

Na literatura nacional tem sido demonstrado o modo como os componentes da CIF estão sendo aplicados. Em uma revisão integrativa da literatura, foi apresentado um estudo que integrou funções, estruturas do corpo e atividades e participação. Ainda em outros estudos, a CIF foi aplicada em um só componente, sendo o componente atividade e participação o mais utilizado. Quanto às formas de aplicação, os estudos utilizaram os componentes da CIF associados a códigos relevantes com uso de qualificadores (BRASILEIRO; MOREIRA; BUCHALLA, 2013).

No estudo Grill et. al., em 2007 tiveram como objetivo a operacionalização da escala dos qualificadores da CIF. Para tal utilizaram somente o código para “levantar e carregar objetos” (**d430**) do domínio da Atividade e Participação, para avaliar indivíduos com doenças neurológicas, condições músculo-esqueléticas e cardiopulmonares. Os qualificadores foram definidos como 0 (o indivíduo é capaz de levantar e transportar objetos pesados), 1 (o indivíduo é capaz de levantar um objeto pesado), 2 (o indivíduo é capaz de levantar e transportar um objeto, por exemplo, uma garrafa), 3 (o indivíduo é capaz de levantar um objeto), e 4 (o indivíduo não está capaz de levantar ou carregar um objeto).

A importância da reabilitação pós-trauma é evidenciada pelas pesquisas que demonstram preocupação com a recuperação funcional e emocional e a inserção destes indivíduos na comunidade. Predomina a visão de que as deficiências de origem traumática culminam com a restrição das atividades e da participação social, com perda da qualidade de vida. Assim, consideram importante enfatizar que a reabilitação bem-sucedida deverá restaurar tanto o funcionamento físico e psicológico, quanto promover a vida ocupacional e a participação social (CARLO et al., 2007).

A LME acarreta ao indivíduo uma série de alterações relacionadas às “estruturas e funções corporais”, tais como alterações das funções mentais, sensoriais e dor, funções do aparelho cardiovascular e respiratório, funções do aparelho digestivo e endócrino, funções geniturinárias e reprodutivas e também funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento. Estas alterações fisiológicas originam “limitações de atividade” e “restrições de participação”, com consequente perda de autonomia e impacto negativo na qualidade de vida (STEVEN et al., 2002).

No estudo de Vall et al. (2011), em que avaliaram a funcionalidade de 109 pacientes com lesão medular no Brasil, com a aplicação da CIF, identificaram que as categorias mais comprometidas no componente funções do corpo, foram: intestino e bexiga, sexualidade, energia, sono, emoção e o peso corporal. As lesões cutâneas não foram apontadas, com destaque para o tempo pós-lesão, que era de um e cinco anos. No componente atividade e participação, houve maior dificuldade para o desempenho de tarefas tais como, banho, uso do banheiro, autocuidado e lazer. Nos fatores ambientais, as categorias classificadas como facilitadores foram: medicamentos, órteses e cadeira de rodas, a atitude dos serviços da família, transporte, previdência social e de saúde. As categorias classificadas como barreiras foram: atitude das autoridades, atitudes sociais, educação e trabalho. a maioria dos paciente eram do sexo masculino, jovens adultos crônicos e com lesão medular causada por tiro ou acidente automobilístico.

No individuo com LME, a CIF avalia a partir das funções do corpo, as formas de realização das atividades da vida diária e fatores ambientais envolvidos, o que a diferencia de outros instrumentos (VALL et al., 2011).

Para a validação de conteúdo do instrumento vale destacar que o Comitê de Juízes, procedeu à avaliação quanto à clareza, compreensão, linguagem e relevância, a fim de verificar a dimensão e representatividade dos domínios conforme a unidade temática pretendida, facilidade de compreensão para o público-alvo, forma de apresentação e abrangência, englobando elementos conceituais de pertinência propostos de cada item (PASQUALI, 2011).

Considerando-se as características sócio-demográficas dos validadores, houve predominância do sexo feminino, com idade média de $42,0 \pm 10,0$ anos. Quanto à área de formação, a amostra foi composta por enfermeiros, fisioterapeutas, médico fisiatra, terapeuta ocupacional e educador físico.

Destaca-se ainda, a titulação acadêmica dos profissionais, a maioria tinha doutorado, seguido de mestrado, especialização e pós-doutorado. Vale ressaltar que todos referiram participar nos últimos 2 anos, de eventos científicos na área temática da pesquisa e a maioria realizavam estudos sobre a CIF e à utilizavam na sua prática clínica.

Os itens avaliados em cada seção do instrumento tiveram um maior número de sugestões nas categorias **b620** (Funções urinárias), **b525** (Funções de defecação), **s610** (Estrutura do sistema urinário). No componente referente à atividade e participação, merecem destaques as categorias **d5301** (Regulação da defecação), **d550** (Comer) e **d560** (Beber).

Das sugestões, os aspectos mais recorrentes foram quanto à clareza e linguagem. Na maioria dos itens os juízes fizeram sugestões que visavam a modificação de termos, para serem substituídos ou reformulados, a partir do conceito apreendido, para que a estrutura e a propriedade do instrumento não fossem alteradas de modo significativo. Foram sugestões pertinentes que favoreceram a adequação do instrumento, a fim de facilitar a compreensão dos itens propostos pelo público alvo.

As sugestões foram analisadas e acatadas mediante consenso entre os pesquisadores envolvido. As reformulações dos itens foram realizadas a partir da literatura a fim de embasar as propostas sugeridas.

Na categoria **b620** (Funções urinárias) importante ressaltar no item “Frequência de micções urinárias”, que o número de micções diárias permite avaliar a capacidade vesical funcional, sendo que, uma frequência miccional aumentada em indivíduos com lesão medular indica uma capacidade vesical diminuída (BARACHO, 2007).

Na categoria **b525**(Funções de defecação) no item “Frequência de evacuação” as opção de respostas foram reformulados a partir dos critérios de Roma III. Os Critérios de Roma foram criados em 1988, em um encontro mundial de gastroenterologistas, na cidade de Roma, a fim de uniformizar a linguagem, os conhecimentos e a classificação dos distúrbios funcionais do aparelho digestivo (DROSSMAN et al., 2006; THOMPSON et al., 1999; WGO, 2010).

Nessa categoria, foram incluídas as manobras de reeducação intestinal que auxiliam na função de evacuação. As diretrizes internacionais das manobras de reeducação intestinal estão descritas no Guia “*Neurogenic Bowel: What You Should Know – A Guide for People with Spinal Cord Injury* (1999)” editado pelo *Consortium for Spinal Cord Medicine (CSCM)*, com o suporte administrativo e financeiro do *Paralyzed Veterans of América*, traduzido por Furlan, Caliri e Defino (2005), na versão “*Intestino Neurogênico: Guia para Pessoas com Lesão Medular*”.

Ainda na categoria referente à função de defecação, quanto ao item “Eliminação normal de gases intestinais”, houve um questionamento sobre o padrão de normalidade, em um estudo internacional de Barúa e Berendson-Seminario (2009), sobre a definição e sintomas principais da síndrome da flatulência, foi determinado uma média de 600ml/dia, com uma frequência de 13,6 e desvio padrão de 6,0 expulsões de gases pelo reto ao dia em indivíduos normais. No instrumento não foi utilizado esses parâmetros para avaliar a

quantidade de gases ejetado pelo reto, tendo em vista que essas medições científicas são logicamente inatingíveis na prática clínica, conforme destaca os autores do referido estudo.

Na categoria **s610** (Estrutura do sistema urinário) quanto aos exames complementares foi apontada dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde que atendem em serviços de reabilitação em ter acesso às informações e avaliar tal estrutura nesta perspectiva.

Para uma assistência integrada e a continuidade dos cuidados, as informações contidas no prontuário do paciente precisam ser compartilhadas entre os sistemas de informação da Rede de Saúde. Ressalta-se ainda, a importância nesse sentido, de projetos em desenvolvimento oriundos dos prontuários eletrônicos.

O Sistema de Saúde visa oferecer uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, para atender os indivíduos com demandas decorrentes de deficiências (BRASIL, 2012b).

Nas categorias referentes ao componente atividade e participação da CIF: **d410** (Mudar a posição básica do corpo), **d420** (Transferir a própria posição), **d510** (Lavar-se), **d520** (Cuidado das partes do corpo), **d540** (Vestir-se), **d550** (Comer) e **d560** (Beber), foi sugerido, a inclusão dos qualificadores da CIF (8) “Não especificado” e (9) “Não aplicável”, sendo apontado que o indivíduo pode apresentar a capacidade para desempenhar as atividades e o ambiente estar limitando a realização da tarefa. Após ampla discussão com os pesquisadores a sugestão não foi acatada, pois o potencial de desempenho do indivíduo para realizar as atividades deve ser avaliado em seu ambiente real.

Existem algumas dificuldades para implementação da CIF na prática clínica, uma vez que essa classificação não indica os instrumentos necessários para a avaliação da incapacidade e da funcionalidade. O uso apropriado do instrumento depende do usuário e do propósito, e sempre haverá muitas opções de medição, sendo necessários ainda refinamentos e modificações na classificação. Nesse sentido, ressalta-se que a CIF não apresenta características psicométricas com objetivos definidos, comprometendo assim suas propriedades de confiabilidade e validade (GRILL et al., 2007; CASTANEDA; BERGMANN; BAHIA, 2014).

No estudo de Yang et al (2014) elaboram e validaram um questionário baseado no *Core Set* resumido da CIF para câncer de mama, em que as categorias relevantes foram selecionadas e associadas aos códigos da CIF. Para identificar os níveis de comprometimento, limitação ou restrição para cada categoria, estes foram qualificados numa escala de cinco pontos, variando de 0 a 4 (nenhuma, leve, moderada, grave ou completa). As opções de

resposta 8 (não especificado) e 9 (não aplicável) também estavam disponíveis. O questionário foi confirmado válido e confiável, possibilitando ser um constructo de medidas unidimensional em pacientes com câncer de mama.

Em outro estudo multicêntrico, onde foi realizada a validação empírica através da aplicação dos *Core sets* abrangentes da CIF em pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), a categoria mais afetada na amostra foi a b770 (funções padrão de marcha). Em relação à estrutura do corpo: a estrutura do cérebro (s110) foi a mais frequentemente prejudicada. Dentre as categorias de Atividade e Participação, as relacionadas com a mobilidade ou trabalho doméstico foram os mais afetados. Nos fatores ambientais, a categoria mais qualificada como "facilitador" foi a e110 (produtos ou substâncias para consumo pessoal) e como "barreiras" foram às categorias e210 (geografia física) e e250 (som). O estudo conclui que os *core sets* abrangentes da CIF para o AVC podem ser usados por equipes multidisciplinares, embora os esforços para capacitar e aprimorar a reprodutibilidade são necessários para justificar seu uso confiável (RIBERTO et al. 2013).

Após a validação do instrumento, em sua versão final, o mesmo ficou com as seguintes categorias: **(b810)** Funções protetoras da pele, **(b620)** Funções urinárias e **(b525)** Funções da defecação, **(s610)** Estrutura do sistema urinário, **(d410)** Mudar de posição básica do corpo, **(d420)** Transferir a própria posição, **(d510)** Lavar-se, **(d5300)** Regulação da micção, **(d5301)** Regulação da defecação, **(d520)** Cuidado das partes do corpo, **(d540)** Vestir-se, **(d550)** Comer e **(d560)** Beber. Destaca-se que o instrumento possibilitará aos profissionais de saúde, a coleta sistemática de dados da avaliação funcional do indivíduo com LTME, o qual norteará as condutas e intervenções multiprofissionais de reabilitação.

Depois de realizada as modificações sugeridas no instrumento pelo Consenso de especialistas, o mesmo foi submetido a um pré-teste, com o objetivo de identificar a clareza e compreensão dos itens pela população alvo do estudo. Participaram da pesquisa 10 indivíduos com LTME, com idade média de 42 anos, em acompanhamento no Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP. A maioria das sugestões foi em relação à linguagem do instrumento, com substituição de termos técnicos para melhor compreensão pelo público alvo. O conteúdo do instrumento foi considerado relevante pela população em estudo e o tempo de aplicação adequado.

Outra sugestão bastante pertinente pelo Comitê e pelos participantes do pré-teste foi quanto à importância da abordagem da sexualidade na população em estudo. A literatura retrata que a lesão na medula espinhal ocasiona um grande impacto na função sexual humana.

Os distúrbios dependerão do nível e da extensão da lesão. Em virtude da maioria dos indivíduos com LME, serem adultos jovens e em idade reprodutiva, a sexualidade reflete um aspecto importante na personalidade. Sendo assim, uma atenção especial precisa ser dada a este tema durante a reabilitação (BAASCH, 2008; REITZ; BURGDÖRFER; SCHURCH, 2004).

Desse modo, ressalta-se que será analisada pelos pesquisadores em estudo posterior a inclusão da categoria **(b640)** referente às funções sexuais no instrumento e a realização dos procedimentos de validação.

A importância dessa etapa se deve ao fato de que o público-alvo, ou seja, os indivíduos com LTME, podem não compreender os termos técnicos utilizados pelos profissionais de saúde, necessitando de uma linguagem de fácil compreensão para atingir o propósito de medida do instrumento. Vale destacar, a oportunidade de identificar nesse processo a relevância do conteúdo do instrumento na população em estudo.

A utilização da CIF, como um recurso sistemático de codificação das informações sobre funcionalidade, incapacidade e deficiência, apresenta diversas vantagens, tais como: padronização da terminologia; melhora da comunicação entre os profissionais de saúde; aprimoramento de dados permitindo compartilhar informações entre países, disciplinas e serviços ao longo do tempo. Além disso, a aplicação da CIF em contextos de reabilitação melhora a qualidade do processo de trabalho interdisciplinar e contribui para o estabelecimento de metas e indicadores de resultados (GAIDHANE et al., 2008; LOHMANN et al., 2011; VERHOEF et al., 2007).

As modificações que ocorreram no instrumento, se deram em conformidade com o processo de validade de conteúdo, referencial adotado e aplicação do pré-teste. O instrumento poderá ser utilizado como uma ferramenta inovadora na avaliação da funcionalidade e contribuirá no planejamento das intervenções de reabilitação pela equipe multidisciplinar nos protocolos dos indivíduos com LTME, com vistas à definição de metas e planejamento da assistência com foco na qualidade e segurança do paciente.

7 CONCLUSÃO

O processo de elaboração do instrumento demandou tempo, conhecimentos específicos sobre o tema, colaboração e experiências de pesquisadores e especialistas na área. Importante apresentar algumas limitações do estudo, especialmente quanto ao tempo destinado para sua elaboração, que envolveu um saber a ser construído, a partir de novos domínios.

O processo de validação de face e conteúdo nesse estudo foi conduzido de acordo com a literatura científica. O pré-teste evidenciou boa aceitação pelos participantes. Desse modo, destaca-se que novos estudos poderão ser realizados posteriormente para avaliação de propriedades psicométricas adicionais. Ter o conhecimento que este instrumento é reproduzível nos indivíduos com LTME, fornece um dado importante para a prática clínica, pois poderá contribuir positivamente para melhor avaliação e acompanhamento do público alvo.

Implicações do estudo para a prática clínica

Na prática clínica, a assistência prestada pelos profissionais que atuam na reabilitação, deve avançar os limites da prática ritualística e rotineira, de modo a construir um modelo que privilegie a necessidade real do cliente, enquanto agente participante do seu processo de cuidado.

A utilização de instrumentos de medidas de funcionalidade pela equipe multiprofissional é de extrema importância para o planejamento de metas e intervenções de reabilitação.

Outrossim, a adoção de instrumentos testados e validados para uma população específica, nesse caso a utilização da CIF para pacientes com LTME, apresenta potencial para auxiliar efetivamente o enfermeiro na atividade inerente a sua prática profissional. Durante a consulta de enfermagem, especificamente na coleta dos dados, o profissional poderá usar o instrumento, produto desse estudo, a fim de planejar o alcance dos resultados da assistência, em consonância com as metas da equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

AARONSON, N. et al. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Quality of Life Research**, v. 11, n. 3, p. 193-205, 2002.

AMITALIN, M. L. et al. Conceituando deficiência. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n.1, p. 97-103, 2000.

ANCONA, C. A.; NETTO JUNIOR, N. R. **Aplicações clínicas da urodinâmica**. São Paulo: Atheneu, 2001.

ANDRADE, L. et al. Papel da enfermagem na reabilitação física. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1056-60, 2010.

ANDRADE, L.; CHIANCA, T. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 688-93, 2013.

ARAUJO, E. S. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em fisioterapia: uma revisão bibliográfica**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ARES, M. J. J.; CRISTANTE, A. R. L. Lesão Medular. In: AACD - **Medicina e Reabilitação**. 1ed. São Paulo: Artes Médicas, cap. 11, p.189-205, 2007.

ASH, D. Substaining safe and acceptable bowel care in spinal cord injured patients. **Nurs Stand**, v. 20, n.8, p.55-64, 2005.

ASSIS, G. M.; FARO, A. C. M. Autocateterismo vesical intermitente na lesão medular. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 289-93, 2011.

BAASCH, A. K. M. **Sexualidade na Lesão Medular**. 2008. 267f. Dissertação (Mestrado) Centro de Ciência e da Saúde e do Esporte, Universidade do Estado de Santa Catarina, 2008.

BAMPI, L. N. S.; SAMPAIO, M. A.; MENEGUESSI, G. M.; ANTUNES, C. M. T. B. Atuação do enfermeiro no cuidado as pessoas com lesão medular. TEIXEIRA, E.; BRESCIANI, H. R.; MARTINE, J. G. **PROENF - Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do idoso**. ABEN- Associação Brasileira de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, v. 3, ciclo 8, p. 41-148, 2013.

BARACHO, E. Incontinência Urinária. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4 edição, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, cap. 26, p. 280-290, 2007.

BARÚA, R. L.; BERENDSON-SEMINARIO, R. Grandes Síndromes Gastrointestinales: Flatulencia. **Revista de Gastroenterologia Del Perú**, v. 29, n. 2, p. 171-173, 2009.

BATTISTELLA, L. R., BRITO, C. M. M. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) tendências e reflexões. **Acta Fisiátrica**, v. 9, n. 2, p. 98-101, 2002.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, Philadelphia, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BIERING-SORENSEN, F. et al. Developing core sets for people with spinal cord injuries based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. **Spinal Cord**, v. 44, n. 9, p. 541-6, 2006.

BLANES, L.; LOURENÇO, L.; CARMAGNANI, M. I. S.; FERREIRA, L. M. Características clínicas e sócio demográficas de pessoas com paraplegia traumática na cidade de São Paulo. **Arquivo Neuro-Psiquiátrico**, v. 67, n. 2b, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 53.979, 28 de janeiro de 2009. Dispõe sobre a integralidade da Rede de Reabilitação Lucy Montoro ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, Cap. 1, 28 janeiro 2009. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2009/decreto-53979-28.01.2009.html>. Acesso em: 10 junho 2015.

_____. Portaria nº 793, 24 de abril de 2012. Dispõe sobre a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, Cap. 1, 24 abril 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 16 julho 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Brasília, 2012a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Brasília, 2013.

_____. Secretária dos Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa Com Deficiência. **Viver sem Limites**. Brasília, 2014.

BRASILEIRO, I. C.; MOREIRA, T. M. M.; BUCHALLA, C. M. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e seu uso no Brasil. **Acta Fisiátrica**, v. 20, n. 1, p. 37-41, 2013.

BRITO, M. A. G. M.; BACHION, M. M.; SOUZA, J. T. Diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência em pessoas com lesão medular no contexto do atendimento ambulatorial mediante abordagem baseada no modelo de Orem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 13-28, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/v10n1a02.htm. Acesso em: 04 jun. 2013.

CAFER, C. R. **Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenção para pacientes com lesão da medula espinhal**. 2003. Dissertação (Mestrado)- Escola de Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2003.

CAFER, C. R. et al. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 347-353, 2005.

CALIRI, M. H. L.; FURLAN, M. L. S.; DEFINO, H. L. A. Tratamento do intestino neurogênico em adultos com lesão da medula espinhal. Diretrizes para uma prática baseada em evidências. **Coluna/Columna**, v. 4, n. 2, p. 102-05, 2005.

CARDENAS, D. D.; HOFFMAN, I. M.; KIRSHBLUM, S.; MCKINLEY, W. Etiology and incidence of rehospitalization after traumatic spinal cord injury: a multicenter analysis. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 85, p. 1757-63, 2004.

CARDOSO, A. A.; MAGALHÃES, L. C.; LACERDA, T. T. B.; ANDRADE, P. M. O. Relação entre a Avaliação da Coordenação e Destreza Motora (Acoordem) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 1, p. 31-45, 2012.

CARLO, M. M. R. P. et al. Trauma, reabilitação e qualidade de vida. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 40, n. 3, p. 335-44, 2007.

CASTANEDA, L.; BERGMANN, A.; BAHIA, L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo v. 17, n. 2, p. 437-451, 2014.

CATZ, A. et al. A multicenter international study on the Spinal Cord Independence Measure, version III: Rasch psychometric validation. **Spinal Cord**, London, v. 45, n. 4, p. 275-291, 2007.

CATZ, A. et al. SCIM-Spinal Cord Independence Measure: A new disability scale for patients with spinal cord lesions. **Spinal Cord**, London, v. 35, n. 12, p. 850-856, 1997.

CHA, E. S.; KIM, K. H.; ERLÉN, J. A. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 58, n. 4, p. 386-395, 2007.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 144-50, 1999.

CIEZA, A. et al. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Sweden, v. 36, p. 9-11, 2004. Supplement 44.

CIEZA, A.; STUCKI, G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). **Quality of Life Research**, v. 14, n. 5, p. 1225-37, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº358/2009: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, 15 de outubro de 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 23 de julho de 2014.

CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE (CSCM). Early acute management in adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals. **Journal of Spinal Cord Medicine**, v. 31, n. 4, p. 403-479, 2008.

CONSORTIUM FOR SPINAL CORD MEDICINE (CSCM). **Neurologic bowel: what you know: a guide for people with spinal cord injury**. Washington, D. C.: Paralyzed Veterans of America, 1999.

CUSTÓDIO, N. R. O. et al. Lesão medular no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER- GO). **Coluna/Columna**, v.8, n.3, p. 265-268, 2009.

DANTAS, D. et al. Avaliação da recuperação funcional em Lesionados Medulares aplicando a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM) - Contributo para a Validação da Versão Portuguesa. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação**, Gaia, v. 22, n. 2, p. 20-27, 2012.

DAY, L.; SMITH, E. L. Integrating quality and safety content into clinical teaching in the acute care setting. **Nursing Outlook**, v. 55, n. 3, p.138-143, 2007.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007. 89 p.

DITUNNO, P. L.; DITTUNO JÚNIOR, J. F. Walking index for spinal cord injury (WISCI II): scale revision. **Spinal Cord**, v. 39, n. 12, p. 654-56, 2001.

DROSSMAN, D.A. et al. **Rome III: the functional gastrointestinal disorders**. 3th ed. McLean, VA: Degnon Associates, 2006.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcer: quick reference guide**. Washington: NPUAP, 2009.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2013

FARO, A. C. M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 128-133, 2006.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes**. 2 edição. Chichester: England John Wiley & Sons, p. 3-30, 2007.

FERREIRA, L. T. D.; CASTRO, S. S.; BUCHALLA, C. M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: progress and opportunities. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 469-74, 2014.

FINCH, L. E.; HIGGINS, J.; WOOD-DAUPHINEE, S.; MAYO, N.E. A measure of early physical functioning (EPF) post-stroke. **Jornal of Rehabilitation Medicine**, v. 40, n. 7, p. 508–517, 2008.

FONTES, A. P.; FERNANDES, A. A.; BOTELHO, M. A. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 171-178, 2010.

FURLAN, M. L. S.; CALIRI, M. H. L.; DEFINO, H. L. Intestino neurogênico Guia prático para pessoas com lesão medular – Parte I. **Coluna/Columna**, v. 4, n. 3, p. 113-168, 2005.

GAIDHANE, A. M. et al. Assessing self-care component of activities and participation domain of the international classification of functioning, disability and health (ICF) among people living with HIV/AIDS. **AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 20, n. 9, p. 1098-104, 2008.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, cuidado e saúde**. Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2006.

GONÇALVES, L. N. R. et al. Aspectos epidemiológicos da lesão medular traumática na área de referência do Hospital Estadual Mário Covas. **Arquivos Médicos**, v. 32, n. 2, p. 64-66, 2007.

GREVE, J. M. D. A.; CASALIS, M. E. P.; BARROS, F. T. E. P. **Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinhal**. São Paulo: Roca, 2001.

GRILL, E.; MANSMANN, U.; CIEZA, A.; STUCKI, G. Assessing observer agreement when describing and classifying functioning with the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Journal Rehabilitation Medicine**, v. 39, n. 1, p. 71-6, 2007.

HICKEY, J. V. Vertebral and spinal cord injuries. In: _____ **The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing**. 5edição, Texas: Lippincot, p. 407-50, 2003.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HCFMRP-USP). **Relatório de Atividades**, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000:** Características gerais da população: Resultados da amostra. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.pdf. Acesso em: 04 jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010:** Características gerais da população: Resultados da amostra. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/notas_resultados_preliminares_amostra.pdf. Acesso em: 04 jun. 2013.

JAKOB, R.; USTÜN, B.; MADDEN, R. et al. The WHO Family of International Classifications. **Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz**, v. 50, n. 7, p. 924-31, 2007.

KARAMEHMETOĞLU, S. S. et al. The functional independence measure in spinal cord injured patients: comparison of questioning with observational rating. **Spinal Cord**, v. 35, p. 22-25, 1997.

KIRSHBLUM, S.C. et al. International Standards for neurological classification of spinal Cord injury. **Journal Spinal Cord Medicine**, v. 34, n. 6, p. 535-46, 2011.

KRASSIOUKOV, A; ENG J. J.; CLAXTON, G.; SAKAKIBARA, B. M.; SHUM, S. Neurogenic bowel management after spinal cord injury: A systematic review of the evidence. **Spinal Cord**, v. 48, n.10, p. 718-33, 2010.

KUIJER, W. et al. Work status and chronic low back pain: exploring the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Disability and Rehabilitation**, v. 28, n.6, p. 379-88, 2006.

KUS, S.; OBERHAUSER, C.; CIEZA, A. Validation of the Brief International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Set for Hand Conditions. **Journal of Hand Therapy**, v. 25, n. 3, p. 274-87, 2012.

LANNES, P. et al. Paraparesia Espástica Tropical: Mielopatia Associada ao HTLV - 1: Posíveis Estratégias cinesioterapêuticas para melhora dos padrões de marcha em portadores sintomáticos. **Revista de Neurociências**, v.14, n.3, p.153-60, 2006.

LASPRILLA, J. C. A.; PLAZA, S. L. O.; DREW, A. et al. Family needs and psychosocial functioning of carigivers of individuals with spinal cord injury from Colombia, South America. **Neuro Reabilitation**, n. 37, v.1, p. 83-93, 2010.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n.1, p.92-6, 2005.

LIANZA, S. A lesão medular. In:_____. **Medicina de Reabilitação**. 4 edição, Rio de Janeiro, Guanabara: Koogan, cap.22, p. 322-45, 2007.

LIDAL, I. B.; VEENSTRA, M.; HJELTNES, N.; BIERING-SORENSEN, F. Health-related quality of life in persons with long-standing spinal cord injury. **Spinal Cord**, v. 46, n. 11, p. 710-715, 2008.

LOHMANN, S. et al. The ICF forms a useful framework for classifying individual patient goals in postacute rehabilitation. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Sweden, v. 43, n. 2, p. 151-155, 2011.

MACHADO, W. C.; SCRAMIN, A. P.(In) dependência funcional na dependente relação dos homens tetraplégicos com seus (In) substituíveis pais/cuidadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 53-60, 2010.

MAIA, C.; PADULA, M. P. C. Caracterização dos pacientes lesados medulares que frequentaram um centro de reabilitação público na cidade de São Paulo. **Revista Medicina de Reabilitação**, v. 27, n. 1, p. 24-28, 2008.

MARINO, R. et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury. **Journal of Spinal Cord Medicine**, v. 26, p. 50–56, 2003. Suplemento 1.

MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 1-7, 2012.

MAYNARD, F. M. et al. International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. **Spinal Cord**, v. 35, n. 5, p. 266 -74, 1997.

MEDREIROS, M.; DINIZ, D.; SQUINCA, F. **Estudo do programa brasileiro de transferências de renda para a população com deficiência e suas famílias no Brasil: uma análise do benefício de prestação continuada**. Brasília: IPEA, 2006.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MIRANDA, F.L. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem identificados em pacientes com lesão medular: revisão sistemática de literatura. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**, v. 4, n. 3, p. 1101-109, 2010.

MOKKINK, B. et al. Protocol of the COSMIN study: CONsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments. **BMC Medical Research Methodology**, v. 6, n. 2, p. 1-7, 2006.

MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n.3, p.719-24, 2010.

NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER (NSCISC). Spinal Cord Injury Facts and Figures at a Glance. **The Journal of Spinal Cord Medicine**. Birmingham, Alabama, v. 36, n. 1, p. 1-2, 2013. Disponível em: https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/fact_figures_docs/Facts%202013.pdf. Acesso em: 16 julho 2014.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 222-9, 2010.

NEVES, M. A. O.; MELLO, M. P.; ANTONIOLI, R. S.; FREITAS, M. R. G. Escalas clínicas e funcionais no gerenciamento de indivíduos com Lesões Traumáticas da Medula Espinhal. **Revista Neurociências**, v. 15, n. 3, p. 234-39, 2007.

NEVES, R. S. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes lesados medulares segundo o modelo conceitual de Horta e a taxonomia II da NANDA**. 2003. 170 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2003.

NOGUEIRA, P. C. **Sobrecarga do cuidado e qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera de pressão no lesado medular. Experiência da equipe de enfermagem do HCFMRP-USP. **Medicina**, v. 35, n. 1, p. 14-23, 2002.

OBALUM, D. C.; GIWA, S. O.; ADEKOYA-COLE, T. O.; ENWELUZO, G. O. Profile of spinal injuries in Lagos, Nigeria. **Spinal Cord**, v. 47, n. 2, p.134-137, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003.

_____. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

_____. **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. Tradução: Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDEPcD, 2012. Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf. Acesso em: 10 junho 2015.

PADULA, M. P. C.; SOUZA, M. F. Identificação dos requisitos universais de autocuidado e seus déficits no lesado medular. **Saúde coletiva**, v. 4, n. 19, p. 18-24, 2008.

PAQUALI, L. Princípios de laboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-13, 1998.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM / IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 4ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Medições e qualidade dos dados. In:_____. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed., Porto Alegre: Artmed, cap. 14, p.406-26, 2011c.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Prática de enfermagem baseada em evidências: fundamentos. In:_____. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed., Porto Alegre: Artmed, cap. 2, p. 53-82, 2011a.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Tipos específicos de pesquisa. In:_____. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – avaliação de evidências para a prática da enfermagem.**

7 ed., Porto Alegre: Artmed, cap. 11, p.316-38, 2011b.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** Tradução de Fundamentos of nursing, 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PTYUSHKIN, P.; SELB, M.; CIEZA, A. Core Sets da CIF. In: JEROME, B.; CIEZA, A.; RAUCH, A.; STUCKI, G. **Manual for clinical practice.** Hoegrefe, Gottingen, Germany, 2012. cap. 3

RABEH, S. A. N. **Condições de saúde e cuidado domiciliar de indivíduos com lesão de medula espinhal.** Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

RABEH, S. A. N.; CALIRI, M. H. L. Capacidade funcional em indivíduos com lesão de medula espinhal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.3, p.321-7, 2010.

RABEH, S. A. N.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Prevalência de úlcera por pressão em indivíduos com lesão de medula espinhal e a relação com a capacidade funcional pós-trauma. **Acta Fisiátrica**, v. 16, n.4, p. 321-27, 2010.

RABEH, S. A. N.; NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L. Funcionamento intestinal e a relação com a independência funcional de indivíduos com lesão medular. **Coluna/Columna**, v. 12, n.2, p.153-6, 2013.

RAUCH, A.; LUCKENKEMPE, M.; CIEZA, A. O uso dos Core Sets da CIF na prática clínica. In: JEROME, B.; CIEZA, A.; RAUCH, A.; STUCKI, G. **Manual for clinical practice.** Hoegrefe, Gottingen, Germany, 2012. cap. 4.

REITZ, A.; BURGDÖRFER, H.; SCHURCH, B. The impact of spinal cord injury on sexuality and reproduction. **Urologe A**, v. 43, n. 1, p. 52-63, 2004.

RENTSCH, H. P. et al. The implementation of the ‘International Classification of Functioning, Disability and Health’ (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at Kantonsspital of Lucerne, Swizerland. **Disability and Rehabilitation**, v.25, n.8, p.411-421, 2003.

RIBERTO, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 938-46, 2011.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M. et al. The Brazilian experience with the International Classification of Functioning, Disability and Health core set for low back pain. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 10, n. 2, p.124-9, 2011.

RIBERTO, M. et al. The use of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health core set for stroke for chronic outpatients in three Brazilian rehabilitation facilities. **Disability&Rehabilitation**, v. 35, n. 5, p. 367-74, 2013.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RIBERTO, M. et al. Validation of the Brazilian version of the Spinal Cord Independence Measure III. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 72, n. 6, p. 439-44, 2014.

RIBERTO, M.; PINTO, P. P. N.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. Independência funcional de pacientes com lesão medular. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 61-66, 2005.

ROCHA, F. T.; SAMOMOUR, Z. M.; GOMES, C. M. Bexiga neurogênica. In: REIS, R. B.; ZEQUI, S. C.; ZERATI, F. M. **Urologia Moderna**. Sociedade Brasileira de Urologia, São Paulo: Lemar, cap. 74, p. 643-45, 2013.

ROGERS, S. N. et al. Development of the International Classification of Functioning, Disability and Health as a brief head and neck cancer patient questionnaire. **International Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, v. 39, n. 10, p. 975-82, 2010.

SCHIVOLETTO, G. et al. Walking Index for spinal cord injury version II in acute spinal cord injury: reliability and reproducibility. **Spinal Cord**, v. 52, n. 1, p. 65-69, 2014.

SCHOELLER, S. D.; BITENCOURT, R. N.; LEOPARDI, M. T.; PIRES, D. P., ZANINI, M. T. B. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.1, p.95-103, 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a11.pdf. Acesso em: 04 jun. 2013.

SHUBLAQ, M.; ORSINI, M.; PUCCIONI-SOLHER, M. Implications of HAM/TSP functional incapacity in the quality of life. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 69, n. 2-A, p. 208-11, 2011.

SILVA, G. A. et al. Avaliação Funcional de pessoas com lesão medular: utilização da Escala de Independência Funcional (MIF). **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 929-36, 2012.

SILVA, J. A.; RIBEIRO FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração da dor: pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006.

SILVA, R. A. **Condições de funcionalidade de pessoas com lesão medular fundamentadas no índice de barthel: proposta de intervenção de enfermagem**. 2011. 103f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade federal do Ceará, 2011.

SISCÃO, M.P. et al. Trauma Raquimedular: Caracterização em Hospital Público. **Revista Arquivo de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 3, p. 145-7, 2007.

SIVAN, M. et al. Systematic review of outcome measures used in the evaluation of robot-assisted upper limb exercise in stroke. **Jornal of Rehabilitation Medicine**, v. 43, n. 3, p. 181-189, 2011.

STEVEN, A. et al. Spinal Cord Injury Medicine. 4. Optimal Participation in Life After Spinal Cord Injury: Physical, Psychosocial, and Economic Reintegration into the Environment. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 83, S. 90-8, 2002. Supplement 1.

STUCKI, G.; EWERT, T.; CIEZA, A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. **Disability and Rehabilitation**, Oxford, v. 24, n. 17, p. 932-938, 2002.

THOMPSON, W. G. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. **Gut**, v. 45, p. 43-47, 1999.

TOLDRÁ, R. C.; DALDON, M. T.; SANTOS, M. C.; LANCMAN, S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010.

UMPHRED, D. A. **Reabilitação Neurológica**. Tradução de Eloisa Galluzzi dos Santos. 2 ed. Barueri: Manole, 2004.

VALL, J. et al. Application of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in individuals with spinal cord injury. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 69, n. 3, p. 513-518, 2011.

VALL, J.; BATISTA-BRAGA, V. A.; ALMEIDA, P. C. Central neuropathic pain and its relation to the quality of life of a person with a traumatic spinal cord injury. **Revista de Neurologia**, Barcelona, v. 42, n. 9, p. 525-259, 2006.

VASCONCELOS, E. C. L. M.; RIBERTO, M. Caracterização clínica e das situações de fratura da coluna vertebral no município de ribeirão preto, propostas para um programa de prevenção do trauma raquimedular. **Coluna/Columna**, v. 10, n. 1, p.40-3, 2011.

VERHOEF, J. et al. Effectiveness of the introduction of an International Classification of Functioning, Disability and Health based rehabilitation tool in multidisciplinary team care in patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis and Rheumatology**, Atlanta, v. 57, n. 2, p. 240-248, 2007.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION (WGO). **Practice Guidelines**. Constipação: uma perspectiva mundial, 2010.

YANG, E. J.; SHIN, EUN-KYOUNG; SHIN, HYUNG-IK; LIM, JAE-YOUNG. Psychometric properties of scale constructed from the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for breast câncer based on Rasch analysis. **Support Care Cancer**, v. 22, n. 10, p. 2839–2849, 2014.

APÊNDICES

Apêndice 1- Convite Pesquisa

Ribeirão Preto, 30 de março de 2015.

Prezado Senhor (a),

Meu nome é Patricia Carla Vianna, sou enfermeira e trabalho no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Atualmente sou mestranda do Programa de Pós-Graduação Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Estou desenvolvendo um estudo intitulado “**Validação do Instrumento baseado no Core set resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para Indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática**”, sob orientação da Prof^aDr^a Soraia Assad NasbineRabeh e coorientação do Prof. Dr. Marcelo Riberto.

O estudo tem como objetivos: 1-Construir e validar o conteúdo do instrumento baseado no *Core Set* da CIF para indivíduos com lesão medular aguda traumática; 2-Testar a aplicabilidade em estudo piloto com pacientes com lesão medular aguda traumática.

Gostaríamos de convidá-la a participar como validador do instrumento. Reiteramos que sua participação e experiência profissional muito contribuirão para o alcance dos objetivos propostos. Na eminência de sua concordância, queira por gentileza responder este e-mail.

Em anexo a carta convite com maior detalhamento sobre o projeto e os documentos a serem avaliados com as devidas orientações.

Cientes de sua valiosa contribuição, agradecemos antecipadamente pela participação. Colocamo-nos à disposição para maiores e eventuais esclarecimentos que se façam necessários. Ressaltamos que haverá emissão de certificados de participação após a entrega das validações.

Patricia Carla Vianna

Pesquisadora

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP

Fones: (16) 99787-0290/ (16) 3602-5169

patycvnn30@gmail.com

Prof^aDr^a Soraia Assad NasbineRabeh

Orientadora

Docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

soraia@eerp.usp.br

Prof. Dr. Marcelo Riberto

Coorientador

Docente do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

mriberto@usp.br

Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (juízes)

Meu nome é Patricia Carla Vianna, sou enfermeira, mestranda do Programa de Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP-USP) e estou realizando um estudo com orientação da Prof^a Dr^a Soraia Assad Nasbine Rabeh da EERP-USP com o título: “Validação de instrumento baseado no *Core set* da Classificação Internacional de Funcionalidade para indivíduos com lesão medular aguda”.

Os objetivos do estudo: 1- Realizar a validação semântica do instrumento construído a partir do *Core Set* da CIF para indivíduos com lesão medular aguda traumática; 2-Testar a aplicabilidade do instrumento em estudo piloto com pacientes com lesão medular aguda traumática.

Sendo assim, gostaria de convidar o(a) senhor(a) a participar deste estudo respondendo a um roteiro de perguntas que foi desenvolvido no Brasil, a partir de um questionário internacional: “*Core set* da Classificação Internacional de Funcionalidade para indivíduos com lesão medular aguda”.

Sua participação será de forma voluntária, esclarecemos que será mantido o seu anonimato e as informações fornecidas serão trabalhadas de forma sigilosa. A pesquisa não trará prejuízo psicológico, financeiro ou físico ao senhor (a), ou a outras pessoas; eventualmente poderá ocorrer algum desconforto ao responder ao questionário, quanto ao tempo despendido. Assegura-se a garantia de indenização na ocorrência de danos relacionados à pesquisa.

A sua aceitação ou recusa em participar da pesquisa não lhe trará nenhum prejuízo pessoal e os benefícios serão para melhorar a assistência de enfermagem oferecida a indivíduos com lesão medular, por meio da produção dos vídeos educativos.

O (a) senhor (a) tem o direito de se recusar a participar em qualquer momento, se assim o desejar. Vale enfatizar que não terá nenhum custo e tampouco não receberá nenhum valor financeiro para participar do estudo.

Cabe ressaltar também, que os resultados desta pesquisa, serão divulgados em forma de artigo em revistas e em eventos científicos afins. A pesquisadora coloca-se à disposição para quaisquer esclarecimentos ou dúvidas que surgirem.

Após ter recebido estas informações e os esclarecimentos que julgar necessário em relação à pesquisa, se o (a) senhor(a) concordar, solicitamos que assine este termo.

Recebi as informações acima e ciente dos meus direitos, CONCORDO em participar do estudo e declaro que recebi uma via do termo de consentimento livre e esclarecido assinada pela pesquisadora.

Nome: _____

RG n°: _____

Data: _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Agradecemos sua colaboração.

Ribeirão Preto, __ de _____ de 2015.

Patricia Carla Vianna

Pesquisadora

Tel: (16)99787-0290

E-mail: patycvnn30@gmail.com

Soraia Assad Nasbine Rabeh

Orientadora

Tel: (16)3602-0710

(segunda à sexta das 8h às 17h).

E-mail: soraia@eerp.usp.br

Endereço: USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEGE - Departamento de Enfermagem Geral e Especializada – Sala 63
Av. dos Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto, SP – Brasil
Comitê de Ética EERP-USP: 36023386 (segunda a sexta, das 8h às 17h).

Apêndice 3 - Carta convite aos juízes

Ribeirão Preto, 31 de março de 2015.

Prezado (a),

O projeto “**Validação do Instrumento baseado no *Core set* resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para Indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática**” tem como foco utilizar o sistema de classificação no processo de reabilitação. O instrumento foi desenvolvido a partir do *Core set* resumido da CIF para indivíduos com lesão medular aguda.

A CIF é um modelo de entendimento da funcionalidade humana que integra aspectos biomédicos, sociais e pessoais, para descrever as condições incapacitantes relacionadas à saúde (RIBERTO, 2011).

Os *Core Sets* foram criados a partir do consenso entre especialistas de diversas nacionalidades e formação profissional com a finalidade do uso na prática clínica e incorporação dos conceitos de incapacidade e funcionalidade (CIEZA et al, 2004; ÜSTÜN; CHATTERJI; KONSTANISEK, 2004).

Na prática clínica, os *Core Sets* da CIF direcionam a avaliação e auxiliam na padronização e estruturação na descrição da funcionalidade. Desse modo, permitem por meio de informação resumida, sua utilização em contexto clínico, além de agregar outros propósitos, tais como pesquisas, relatórios ou estatísticas de saúde (RAUCH; LUCKENKEMPE; CIEZA, 2012b).

No processo de desenvolvimento do instrumento é necessário primeiramente realizar a validação aparente e de conteúdo das categorias domínios definidos para aplicabilidade (PAQUALI, 2010).

Assim, considerando sua experiência profissional, reiteramos o convite para a sua participação como validador do instrumento.

O tempo total estimado para a realização das atividades será de aproximadamente 60 minutos. Para atender o cronograma da pesquisa solicitamos gentilmente, a devolução dos documentos em 30/05/2015.

Salientamos que sua participação neste processo de validação é imprescindível para o sucesso do instrumento elaborado. Além disso, é um passo fundamental para futuros estudos no contexto da reabilitação enfatizando a avaliação de pacientes com deficiências e incapacidades e o uso de instrumentos validados.

Agradecemos imensamente a atenção dispensada, e, caso aceite em participar da pesquisa, após a conclusão das atividades, queira por gentileza nos encaminhar por e-mail, os documentos preenchidos: **termo de consentimento livre e esclarecido assinado, questionário para a caracterização dos juízes e o instrumento avaliado.**

Colocamo-nos à disposição para maiores e eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Patricia Carla Vianna
Pesquisadora

Prof.ª Dr.ª Soraia Assad Nasbine Rabeh
Orientadora

Prof. Dr. Marcelo Riberto
Coorientador

Apêndice 4- Questionário para caracterização dos juízes**Questionário para a Caracterização dos Juízes**

- 1) Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
- 2) Idade: anos
- 3) Atuação profissional atual:
Tempo de atuação: anos
- 4) Em qual(is) área(s) já atuou profissionalmente?
a. ____	Quanto tempo? ____ anos
b. ____	Quanto tempo? ____ anos
c. ____	Quanto tempo? ____ anos
- 5) Maior titulação acadêmica:
- ☐ Graduação
☐ Especialização
☐ Mestrado
☐ Doutorado
☐ Pós Doutorado
- Área:
- 6) Participou de algum evento científico, cursos, ou estudos nos últimos 2 anos relacionados a área temática da pesquisa: reabilitação; paciente com lesão medular; sistema de classificação para avaliar a funcionalidade?
- ☐ Sim ☐ Não
- 7) Conhece a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF)?
- ☐ Sim ☐ Não
- 8) Participa de estudos sobre a CIF?
- ☐ Sim ☐ Não
- 9) Utiliza a CIF na sua prática clínica?
- ☐ Sim ☐ Não

Apêndice 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pacientes)**I - Dados de identificação do sujeito da pesquisa ou responsável legal**

1. Nome do paciente: _____

Documento de identidade (nº): _____ Sexo : () M () F

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Nº: _____ Apto: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: (_____) _____

2. Responsável legal: _____

Natureza (grau de parentesco, tutor, curador etc.): _____

Documento de identidade (nº): _____ Sexo : () M () F

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Nº: _____ Apto: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: (_____) _____

II - Dados sobre a pesquisa e registro das explicações do pesquisador ao sujeito da pesquisa ou seu representante legal:

Projeto de pesquisa intitulada: **Validação do Instrumento baseado no *Core set* resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para Indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática**, a ser desenvolvido pela pesquisadora, Patricia Carla Vianna sob orientação da Prof^a. Dr^a. Soraia Assad Nasbine Rabeh.

A pesquisa será realizada no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP): Departamento de biomecânica, medicina e reabilitação do aparelho locomotor e terá duração de 2 anos.

Este é um convite para que o senhor(a), ou a pessoa que está sob a sua responsabilidade participe de um estudo que vai ajudar a desenvolver uma forma mais completa de avaliar vários aspectos da vida da pessoa com lesão medular aguda traumática.

Nós vamos usar um roteiro de perguntas que foi desenvolvido no Brasil, a partir de um questionário internacional. Essas perguntas vão verificar como está o seu corpo, as atividades que você consegue fazer ou não, e ainda, quais são as coisas no meio ambiente que ajudam ou atrapalham no seu dia-a-dia.

Você precisará responder algumas perguntas que serão feitas por profissionais do Centro de Reabilitação e após será realizada uma consulta para avaliação do seu estado clínico. Não haverá nenhuma modificação na forma como você será atendido no Centro de Reabilitação, o que vai mudar é a forma como os profissionais anotam as respostas e observações a seu respeito.

Este estudo não vai trazer risco algum para a sua saúde (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo). Por outro lado, esta pesquisa pode ajudar no seu tratamento e de outras pessoas com problemas de saúde parecidos com o seu. A realização do estudo permitirá identificar o que incomoda na sua vida a partir da lesão medular, e melhor contribuir para a sua assistência.

III - Esclarecimentos oferecidos pelo pesquisador ao sujeito da pesquisa:

A qualquer momento você pode pedir para ver as respostas que você deu e, se não estiver satisfeito, pode pedir para sair do estudo. Se você quiser sair do estudo, isso não vai atrapalhar o seu tratamento. As suas respostas serão mantidas em segredo.

IV - Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa, para contato em caso de dúvidas

A responsável por esta pesquisa é a Patricia Carla Vianna que pode ser encontrada no Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP, na Avenida Bandeirantes, 3.900, Cidade Universitária, Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil ou pelos telefones (16)3602-1800 / (16)9787-0290, e-mail: patyvcvnn@hcrp.usp.br.

V - Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do paciente/responsável legal

Pesquisadora: Patricia Carla Vianna
Orientadora: Profª. Drª. Soraia Assad Nasbine Rabe

ANEXOS

Anexo 1- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 09 de maio de 2012

Ofício nº 1722/2012
CEP/RCC

PROCESSO HCRP nº 157/2012

Prezado Pesquisador,

O trabalho intitulado **"OPERACIONALIZAÇÃO E VALIDAÇÃO DOS CORE SETS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE PARA LESÃO MEDULAR - UM ESTUDO MULTICÊNTRICO"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 345ª Reunião Ordinária realizada em 07/05/2012, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido CORE SET da CIF para LM - Versão 2.**

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa. De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Atenciosamente,

PROF. DR. RICARDO DE CARVALHO CAVALLI
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor
PROF. DR. MARCELO RIBERTO
Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP

Anexo 2- Versão do instrumento a ser validado pelo Comitê de juízes

Orientações aos juízes para validação de conteúdo

Prezado(a) senhor(a), para melhor compreensão, apresentamos algumas considerações sobre o projeto: **Validação do Instrumento baseado no *Core set* resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para Indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática.** O instrumento a ser validado foi elaborado a partir do *Core set* resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Consta de 13 categorias de classificação (códigos e domínios) e 112 itens, com um ou mais qualificadores, cuja pontuação varia de 0 a 4, 8 ou 9, conforme descrição abaixo, os quais determinam a magnitude do nível de estado de saúde ou gravidade do problema (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Qualificadores da CIF		
0: Nenhum problema	(nada, ausente, negligenciável...)	0 a 4%
1: Leve	(pouco, pequeno...)	5 a 24%
2: Moderado	(médio, razoável...)	25 a 49%
3: Grave	(alto, extremo...)	50 a 95%
4: Completo	(total...)	96 a 100%
8: Não especificado	(a informação disponível não é suficiente para quantificar a gravidade do problema).	
9: Não aplicável	(por exemplo, a categoria d760 Relações familiares não é aplicável a um paciente que não tem família).	

A validação de conteúdo tem o objetivo de avaliar se os itens compostos no instrumento são suficientes para medir adequadamente o conteúdo principal.

Neste sentido, solicitamos que avalie cada item, quanto aos critérios: clareza, compreensão, linguagem e relevância, a fim de verificar a dimensão e a representatividade dos domínios no instrumento (Pasquali, 2010). Após, queira por gentileza preencher os campos à direita de cada item, quanto à pertinência, que corresponde à relevância, precisão e clareza das combinações de saberes à luz dos conceitos constitutivos propostos de cada item, assim classificado como:

1. Não pertinente;
2. Pertinente, mas precisa de revisão; e
3. Muito pertinente.

Há também um espaço para sugestão.

Em caso de dúvida no preenchimento do instrumento me coloco à disposição para esclarecimentos necessários.

Obrigada.

Nome do paciente: _____

Registro: _____ Data da coleta: ____/____/____

Diagnósticos secundários: _____

Data do trauma: ____/____/____ Etiologia do trauma: _____

Nível da lesão: _____ () completa () incompleta Classificação (AIS): _____

Faz acompanhamento em programa de reabilitação? () sim () não

Há quanto tempo? _____

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
bs10 Funções protetoras da pele (Funções da pele relacionadas à proteção do corpo contra ameaças físicas, químicas e biológicas)					
() 0: Pele íntegra: hidratada (úmida), textura lisa e firme, com espessura fina e uniforme, coloração homogênea, temperatura corporal morna bilateral e boa elasticidade. Não apresenta alteração na pele.					
() 1: Apresenta alteração na pele como ressecamento com ou sem descamação; alteração de pigmentação; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio I (<i>pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea</i>).					
() 2: Apresenta alteração na pele como formação calosa; diminuição da espessura da pele e friável; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio II (<i>perda parcial de espessura dérmica</i>).					
() 3: Apresenta alteração na pele como endurecimento; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio III (<i>perda de tecido em sua espessura total</i>) ou suspeita de lesão tissular profunda (<i>dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento</i>).					
() 4: Apresenta perda da continuidade da pele e/ou úlcera por pressão estágio IV (<i>perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão</i>) ou não classificada (<i>lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo e/ou escara</i>).					

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
sb10 Estrutura do sistema urinário (Checar exame complementar como a Urodinâmica)					
Classificação das Disfunções Vesicouretrais (Sociedade Internacional de Continência)					
a) Função vesical na fase de enchimento (cistometria)					
• Atividade do detrusor					
() Normal: 0 ponto () Hiperativo: 1 ponto					
• Sensibilidade vesical					
() Normal: 0 ponto () Aumentada: 1 ponto					
() Diminuída: 1 ponto () Ausente: 2 pontos					
• Capacidade vesical					
() Normal: 0 ponto () Aumentada: 1 ponto					
() Reduzida: 1 ponto					
• Complacência					
() Normal: 0 ponto () Reduzida: 1 ponto					
b) Atividade do esfíncter na fase de enchimento (cistometria)					
() Normal: 0 ponto () Incompetente: 1 ponto					
c) Função vesical na fase de esvaziamento (fluxometria)					
• Atividade do detrusor					
() Normal: 0 ponto () Hipoativo: 1 ponto					
() Aconrático: 1 ponto					
d) Atividade do esfíncter na fase de esvaziamento (fluxometria)					
() Normal: 0 ponto					
() Obstrutivo: 1 ponto					
() Dissinergismo vésicoesfincteriano: 2 pontos					
() 0: Sem alteração, 0 ou 1 ponto.					
() 1: Alteração leve, 2 ou 3 pontos.					
() 2: Alteração moderada, 4 ou 5 pontos.					
() 3: Alteração grave, 6 ou 7 pontos.					
() 4: Alteração completa, 8 ou 9 pontos.					
() 8: Não especificado.					
() 9: Não aplicável.					

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
b620 Funções urinárias (Funções de eliminação da urina da bexiga urinária)	☐	☐	☐	☐	
a) Elimina urina espontaneamente? Com que frequência?	☐	☐	☐	☐	
() utiliza cateter vesical de demora: <i>4 pontos</i>					
() não elimina urina: <i>2 pontos</i> () 3 a 7 micções/dia: <i>0 ponto</i>					
() 0 a 2 micções/dia: <i>1 ponto</i> () 8 ou mais micções/dia: <i>1 ponto</i>					
b) Apresenta perda urinária? Com que frequência?	☐	☐	☐	☐	
() utiliza cateter vesical de demora: <i>4 pontos</i>					
() não apresenta perda: <i>0 ponto</i> () intervalos curtos: <i>3 pontos</i>					
() semanal: <i>1 ponto</i> () intervalos longos: <i>3 pontos</i>					
() diária: <i>2 pontos</i> () contínua: <i>4 pontos</i>					
c) Qual é o volume urinário eliminado por dia?	☐	☐	☐	☐	
() menos de 1500 ml: <i>2 pontos</i> () mais de 2500 ml: <i>2 pontos</i>					
() de 1500 a 2500 ml: <i>0 ponto</i> () não sabe informar					
d) Esvazia a bexiga totalmente?	☐	☐	☐	☐	
() utiliza cateter vesical de demora: <i>4 pontos</i>					
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>2 pontos</i>					
e) Utiliza dispositivo de drenagem externa da urina (coletor urinário, fralda descartável)?	☐	☐	☐	☐	
() não: <i>0 ponto</i> () sim: <i>2 pontos</i>					
f) Utiliza o cateterismo urinário intermitente (CUI)? Com que frequência?	☐	☐	☐	☐	
() não utiliza: <i>0 ponto</i> () 1 a 4 vezes/dia: <i>1 ponto</i>					
() 5 ou mais vezes/dia: <i>2 pontos</i>					
() 0: Sem alteração, de 0 a 2 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 1: Alteração leve, de 3 a 5 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 2: Alteração moderada, de 6 a 8 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 3: Alteração grave, de 9 a 11 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 4: Alteração completa, de 12 a 14 pontos.	☐	☐	☐	☐	

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
d5300 Regulação da micção (Coordenar e gerenciar a micção, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para urinar, manipular a roupa antes e após urinar e limpar-se após urinar)	☐	☐	☐	☐	
a) Sente quando a bexiga está cheia?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i>					
b) Vai sozinho ao banheiro para urinar no vaso sanitário?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i>					
c) Faz o autocateterismo urinário intermitente?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i> () não se aplica					
d) Tira e coloca roupa íntima, fralda, absorvente sozinho(a)?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i>					
e) Limpa-se após urinar?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i>					
() 0: Sem alteração, 0 ponto.	☐	☐	☐	☐	
() 1: Alteração leve, 1 ponto.	☐	☐	☐	☐	
() 2: Alteração moderada, 2 ou 3 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 3: Alteração grave, de 4 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 4: Alteração completa, 5 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 9: Não aplicável (utiliza cateter vesical de demora).	☐	☐	☐	☐	

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
b525 Funções de defecação (Funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos como fezes e funções relacionadas)	☐	☐	☐	☐	
a) Elimina fezes espontaneamente?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>2 pontos</i>					
b) Controla a eliminação das fezes?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>2 pontos</i>					
c) Qual é a consistência das fezes?	☐	☐	☐	☐	
() dura: <i>2 pontos</i> () mole: <i>0 ponto</i>					
() firme: <i>0 ponto</i> () líquida: <i>1 ponto</i>					
d) Qual é a frequência de evacuação?	☐	☐	☐	☐	
() 1 vez ao dia: <i>0 ponto</i> () a cada 4 dias ou mais: <i>2 pontos</i>					
() a cada 2 ou 3 dias: <i>1 ponto</i>					
e) Tem eliminação normal de gases intestinais?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não, é excessiva ou ausente: <i>2 pontos</i>					
() 0: Sem alteração, 0 ou 1 ponto.	☐	☐	☐	☐	
() 1: Alteração leve, 2 ou 3 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 2: Alteração moderada, de 4 a 6 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 3: Alteração grave, 7 ou 8 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 4: Alteração completa, 9 a 10 pontos.	☐	☐	☐	☐	

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
d5301 Regulação da defecação (Coordenar e gerenciar a defecação, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para defecar, manipular a roupa antes e após defecar e limpar-se após defecar)	☐	☐	☐	☐	
a) Sente necessidade de evacuar?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i>					
b) Controla o horário da evacuação?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i>					
c) Vai sozinho ao banheiro para evacuar no vaso sanitário?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i>					
d) Tira e coloca roupa, fralda, absorvente sozinho(a)?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i>					
e) Limpa-se após evacuar?	☐	☐	☐	☐	
() sim: <i>0 ponto</i> () não: <i>1 ponto</i>					
() 0: Sem alteração, 0 ponto.	☐	☐	☐	☐	
() 1: Alteração leve, 1 ponto.	☐	☐	☐	☐	
() 2: Alteração moderada, 2 ou 3 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 3: Alteração grave, de 4 pontos.	☐	☐	☐	☐	
() 4: Alteração completa, 5 pontos.	☐	☐	☐	☐	

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
d410 Mudar de posição básica do corpo (Adotar e abandonar uma posição corporal e mover-se de um lado para o outro, como levantar-se de uma cadeira para deitar-se na cama, e adotar e abandonar posições como ajoelhado e agachado)	☐	☐	☐	☐	
() 0: Realiza todas as atividades.	☐	☐	☐	☐	
() 1: Realiza as atividades, mas precisa de apoios físicos como barras, móveis ou incentivo, ou orientação e supervisão de outra pessoa.	☐	☐	☐	☐	
() 2: Necessita de assistência de outra pessoa para 1 tarefa.	☐	☐	☐	☐	
() 3: Necessita de assistência de outra pessoa para 2 ou 3 tarefas.	☐	☐	☐	☐	
() 4: Necessita de assistência para todas as tarefas.	☐	☐	☐	☐	

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
d420 Transferir a própria posição (Mover-se de uma superfície para outra, como escorregar em um banco ou mover-se da cama para cadeira de rodas, sem mudar a posição do corpo)	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 0: Move-se de uma posição sentada ou deitada para outra no mesmo nível ou em nível diferente, transfere-se da cama para a cadeira ou de uma cama para outra com segurança. Em cadeira de rodas: aproxima-se da cama ou cadeira, aciona o freio, ajusta os pedais e remove o apoio dos braços caso necessário; transfere-se (realizando deslizamento) e retorna com segurança.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 1: Necessita de dispositivos tecnológicos (prótese, órtese, barra de transferência, tábua de segurança, andador, muletas, trapézio) para transferir-se da cama ou da cadeira. Utiliza um tempo maior que o razoável para realizar a transferência ou não faz a autotransferência com segurança total. Não precisa de outra pessoa.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 2: Requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão), preparação (posicionando os equipamentos móveis, tábuas para transferência, órtese, ajustando os pedais da cadeira de rodas) para realizar as transferências. Precisa da ajuda para operar equipamentos mecanizados para a transferência (elevador de pacientes).	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 3: Necessita do contato físico de uma pessoa para conseguir transferir-se de uma superfície para outra.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 4: Necessita de auxílio total para transferência.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
d520 Cuidado das partes do corpo (Cuidar das partes do corpo como pele, face, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar ou secar)	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 0: Realiza atividades como lavar as mãos e rosto, escovar os dentes, pentear o cabelo, fazer a barba, maquiagem sem o uso de dispositivos de adaptação.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 1: Realiza atividades como lavar as mãos e rosto, escovar os dentes, pentear o cabelo, fazer a barba, maquiagem com uso de dispositivo de adaptação ou com supervisão. Leva mais tempo que o habitual para realizar esta tarefa.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 2: Necessita de assistência de outra pessoa para 1 ou 2 tarefas.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 3: Necessita de assistência de outra pessoa para 3 ou 4 tarefas.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 4: Necessita de assistência para todas as tarefas.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
d510 Lavar-se (Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e materiais ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como tomar banho em banheira e chuveiro, lavar mãos e pés, face e cabelo; e secar-se com uma toalha)	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 0: Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outras pessoas e sem adaptações.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 1: Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outras pessoas, podendo fazer uso de dispositivos de adaptação ou em locais adaptados (por exemplo, piso antiderrapante, com barras, na cadeira, prótese e órtese).	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 2: Lava-se com supervisão, necessita de equipamento especializado (cadeiras, barras, adaptadores, órteses e próteses) e necessita de assistência de terceiros para lavar/secar pernas e pés.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 3: Necessita de ajuda de outra pessoa para lavar/secar além das pernas e pés.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 4: Necessita de assistência total para lavar e secar todo o corpo.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
d540 Vestir-se (Realizar as ações coordenadas e tarefas de vestir e tirar as roupas e os sapatos em sequência e de acordo com as condições climáticas e sociais, como vestir, ajustar e tirar camisas, blusas, calças, roupas íntimas, sárís, quimonos, meias, luvas, casacos, botas, sandálias e chinelos)	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 0: Veste e despe as roupas, sem adaptações ou locais adaptados, com segurança.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 1: Veste as roupas sem botões, zíperes e calçados, mas necessita de dispositivos de adaptação ou locais adaptados ou uma leve assistência.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 2: Necessita de supervisão de terceiros para vestir e despir as roupas para as partes superiores e inferiores do corpo; não há contato físico. Usa dispositivos de adaptação para botões, zíperes e calçados.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 3: Necessita de grande assistência ou dispositivos de adaptação ou locais adaptado em para vestir as roupas. Necessita de auxílio de terceiros para conseguir vestir os membros superiores e inferiores, com contato físico.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 4: Necessita de assistência total para vestir e tirar roupas.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
d550 Comer (Executar as tarefas e ações coordenadas de comer o alimento servido, levá-lo a boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir o alimento em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios, atividades relacionadas com refeições, banquetes e jantares)	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 0: Come alimento de qualquer consistência, usa garfo ou colher para levar o alimento até a boca, consegue mastigar e engolir.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 1: Necessita de dispositivo de adaptação (talheres adaptados, uso de órteses) para levar o alimento à boca, mastiga e deglute. Utiliza um tempo acima do razoável. Modifica a consistência da comida.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 2: Come com supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo) ou com a aplicação de órtese por outra pessoa; ou é necessária a ajuda de alguém para abrir as embalagens, cortar carne, passar manteiga no pão ou despejar líquidos, sem contato físico, ou seja, o indivíduo que ajuda não leva o alimento até a boca.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 3: Necessita de uma assistência máxima. Precisa de ajuda para levar qualquer quantidade de alimento até a boca e para manusear talheres, copos e outros utensílios.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 4: Necessita de uma assistência total ou a alimentação é feita apenas por vias alternativas (parenteral, sondas).	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>

	Clareza	Compreensão	Linguagem	Relevância	Sugestões
d560 Beber (Pegar a bebida, levar a boca e consumir de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e verter líquidos para beber, abrir garrafas e latas, beber através de um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; amamentar)	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 0: Prepara/consume a bebida, leva o líquido até a boca e deglute, mistura, mexe, abre garrafas e latas de bebidas.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 1: Serve a bebida para si próprio ou bebe com ou sem adaptações. Necessita de algum tipo de dispositivo de adaptação (como uso de canudos longo, copos adaptados, uso de órtese). Consume a bebida, mas utiliza um tempo acima do razoável.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 2: Serve a bebida para si próprio ou bebe com supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo), ou com a aplicação de órtese por outra pessoa; sem contato físico, ou seja, o supervisor não leva o líquido até a boca. É necessária ajuda de alguém para abrir as garrafas e latas de bebidas.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 3: Necessita de assistência máxima. Precisa de ajuda para levar qualquer quantidade de líquido até a boca e para manusear copos, canudinhos ou outros utensílios para beber.	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>
() 4: Necessita de assistência total ou a hidratação é feita apenas por vias alternativas (parenteral, sondas).	☐	☐	☐	☐	<input type="text"/>

BIBLIOGRAFIA

- BARACHO, E. Incontinência Urinária. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007. cap.26, p.280-290.
- COGGRAVE, M.; MCCREATH, A. Bowel Management Following Spinal Cord Injury. **National Spinal Injuries Centre**. Aylesbury, 2007. Disponível em: <http://www.buckshealthcare.nhs.uk/Downloads/PatientleafletsNSIC/Bowel>
- D'ARCONA, C.A; JÚNIOR, N.R.N. **Aplicações Clínicas da Urologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcer**: quick reference guide.Washington: NPUAP, 2009.
- FONTE, N. Cuidado Urológico do Paciente com Lesão Medular Espinhal. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, v.35, n.3, p. 323-31, 2008.
- FURLAN, M.L.S.; CALIRI, M.H. Complicações do Funcionamento Intestinal e Práticas de Autocuidado com Lesão de Medula Espinhal. Diretrizes para uma Prática Baseada em Evidências. **Coluna/Columna**, v.4, n.2, p.102-5, 2005.
- GÉO, M. S. et al. Bexiga Hiperativa. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007. cap.31, p.361-388.
- JARVIS, C. Pele, Pelos e Unhas. In: _____. **Exame Físico e Avaliação de Saúde para Enfermagem**. 6ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. cap.12, p.203-250.
- NAISH, W. Intermittent Self-catheterisation for Managing Urinary Problems. **Professional Nurse**, v.18, n.10, p. 585-7, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Tradução do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003.
- RABEH, S.A.; CALIRI, M.H.; HAAS, V.J. Prevalência de Úlcera por Pressão em Indivíduos com Lesão Medular Espinhal e a Relação com a Capacidade Funcional Pós-Trauma. **Acta Fisiátrica**, v.16, n.4, p.173-8, 2009.
- RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.11, n.2, p.72-76, 2004.
- RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência da Medula Espinhal III. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.72, n.6, p.439-44, 2014.
- ROCHA, F.E; GOMES, C. M. Bexiga Neurogênica. In: FILHO, M.Z.; NARDOZZA, A.J.; REIS, R.B. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. p.240-9.

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Bexiga Urinária**: cateterismo Intermitente. Brasília, 10 de Novembro de 2008. Disponível em: http://www.projeto-diretrizes.org.br/8_volume/12-Bexiga.pdf. Acesso em: 16 março de 2015.
- SPINAL CORD INJURY CENTERS OF THE UNITED KINGDOM AND IRELAND. **Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury**. London: coloplast, 2009. Disponível em: https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0019/253036/CV453N_full_doc.pdf. Acesso em: 17 de março de 2015.
- VAHR, S. et al. **Evidence-Based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care**. Catheterisation: urethral intermittent in adults. European Association of Urology Nurses, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/IRLM/Downloads/2013_EAUN_Guideline_Milan_2013Lr_DEF%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/IRLM/Downloads/2013_EAUN_Guideline_Milan_2013Lr_DEF%20(8).pdf). Acesso em: 17 de março de 2015.
- WYNDAELE, J.J. Practical Management of Neurogenic Bladder in the Spinal Patients. **Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, suppl. 51, p.1-7, 2005.

Anexo 3- Versão do instrumento após o Consenso do Comitê

Instrumento baseado no Core set resumido da CIF para indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática	
Nome do paciente: _____	
Registro: _____	Data da coleta: ____/____/____
Diagnósticos secundários: _____	
Data do trauma: ____/____/____	Etiologia do trauma: _____
Nível da lesão: _____ () completa () incompleta	Classificação (AIS): _____
Faz acompanhamento em programa de reabilitação? () sim () não	
Há quanto tempo? _____	

b810 Funções protetoras da pele (Funções da pele relacionadas à proteção do corpo contra ameaças físicas, químicas e biológicas)

- () **0:** Pele íntegra: hidratada, textura lisa e firme, com espessura fina e uniforme, coloração homogênea, temperatura corporal bilateral com variação de 36 °C a 38 °C e boa elasticidade. Não apresenta alteração na pele.
- () **1:** Apresenta alteração na pele como ressecamento com ou sem descamação; alteração de pigmentação; e/ou úlcera por pressão estágio I (*pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor*).
- () **2:** Apresenta alteração na pele como formação calosa; cicatrizes; pele frágil com diminuição de espessura; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio II (*perda parcial de espessura dérmica, apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/rompida*).
- () **3:** Apresenta alteração na pele como endurecimento; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio III (*perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível sem exposição do osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamentos e túneis*) ou suspeita de lesão tissular profunda (*dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento*).
- () **4:** Apresenta perda da continuidade da pele e/ou úlcera por pressão estágio IV (*perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamentos e túneis*) ou não classificada (*lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo e/ou escara*).

b620 Funções urinárias (Funções de eliminação da urina da bexiga urinária)

- a) Elimina urina voluntariamente?
 - () sim: 0 ponto () não: 3 pontos
 - b) Qual a frequência das micções voluntárias?
 - () 0 a 2 micções/dia: 1 ponto () 3 a 7 micções/dia: 0 ponto
 - () 8 ou mais micções/dia: 2 pontos () não elimina urina voluntariamente (perdas): 3 pontos
 - c) Sente quando a bexiga está cheia?
 - () sim: 0 ponto () às vezes: 1 ponto () não: 3 pontos
 - d) Utiliza manobras para eliminar a urina? (mais de uma opção pode ser assinalada, utilizar a maior pontuação)
 - [] não utiliza: 0 ponto [] manobra de valsalva / prensa abdominal: 1 ponto
 - [] crede: 2 pontos [] cateterismo urinário intermitente limpo (CUIL): 3 pontos
 - e) Utiliza dispositivo auxiliares externos de drenagem para manejo de perda urinária (coletor urinário, fralda descartável)?
 - () não utiliza: 0 ponto () sim: 3 pontos
- O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 15):
- () **0:** Sem deficiência, de 0 a 2 pontos.
 - () **1:** Deficiência leve, de 3 a 5 pontos.
 - () **2:** Deficiência moderada, de 6 a 8 pontos.
 - () **3:** Deficiência grave, de 9 a 12 pontos.
 - () **4:** Deficiência completa, de 13 a 15 pontos.
 - () **9:** Não aplicável (Cateter vesical de demora, Vesicostomia, Mitofanoff e outras derivações urinárias alternativas).

b525 Funções de defecação (Funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos como fezes e funções relacionadas)

- a) Elimina fezes voluntariamente?
☐ sim: *0 ponto* ☐ não: *5 pontos*
- b) Qual é a frequência de evacuação?
☐ diariamente ou em dias alternados: *0 ponto* ☐ a cada 3 ou 4 dias: *1 ponto*
☐ a cada 5 ou 6 dias: *2 pontos* ☐ a cada 7 dias ou mais: *5 pontos*
- c) Sente vontade de evacuar?
☐ sim: *0 ponto* ☐ às vezes: *2 pontos* ☐ não: *5 pontos*
- d) Qual é a consistência das fezes?
☐ moldada: *0 ponto* ☐ pastosa: *1 ponto* ☐ líquida: *2 pontos*
☐ ressecada: *3 pontos* ☐ cíbalas ou fecalitos: *5 pontos*
- e) Elimina gases intestinais?
☐ sim: *0 ponto* ☐ excessivo: *2 pontos* ☐ não: *5 pontos*
- f) Utiliza manobras para auxiliar na eliminação das fezes? (mais de uma opção pode ser assinalada, utilizar a maior pontuação)
☐ não utiliza: *0 ponto* ☐ massagem abdominal: *1 ponto*
☐ manobra de Valsalva/prensa abdominal: *2 pontos* ☐ estímulo dígito anal: *3 pontos*
☐ extração manual de fezes: *5 pontos*
- g) Utiliza medicamentos para auxiliar na eliminação das fezes?
☐ não: *0 ponto* ☐ supositório de glicerina: *1 ponto* ☐ mini enema: *2 pontos*
☐ fleet enema: *3 pontos* ☐ medicação laxante: *4 pontos* ☐ lavagem intestinal: *5 pontos*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 35):

- ☐ **0:** Sem deficiência, de 0 a 6 pontos.
☐ **1:** Deficiência leve, de 7 a 13 pontos.
☐ **2:** Deficiência moderada, de 14 a 20 pontos.
☐ **3:** Deficiência grave, de 21 a 28 pontos.
☐ **4:** Deficiência completa, de 29 a 35 pontos.
☐ **9:** Não aplicável (Malone, colostomia e outras derivações fecais alternativas).

s610 Estrutura do sistema urinário (Uretrocistografia Injetora/Miccional e Ultrassonografia – vias urinárias)

- a) Alterações Renais (mais de uma opção pode ser assinalada, somar os pontos das opções assinaladas)
☐ ausente: *0 ponto*
☐ presença de dilatação pielocalicinal: *1 ponto*
☐ presença de alterações no parênquima renal: *2 pontos*
☐ não se aplica: *0 ponto*
- b) Capacidade vesical
☐ normal: *0 ponto*
☐ reduzida: *1 ponto*
☐ ausente: *4 pontos* (pós-cirúrgico, vesicostomia) – se sim, não aplicar o último item
☐ não se aplica: *0 ponto*
- c) Avaliação morfológica da bexiga
☐ paredes finas e lisas conteúdo anecoico: *0 ponto* ☐ presença de debris ecogênicos: *1 ponto*
☐ espessamento parietal: *2 pontos* ☐ presença de divertículos: *3 pontos*
☐ não se aplica: *0 ponto*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 7):

- ☐ **0:** Sem deficiência, 0 ponto.
☐ **1:** Deficiência leve, 1 ou 2 pontos.
☐ **2:** Deficiência moderada, de 3 ou 4 pontos.
☐ **3:** Deficiência grave, de 5 ou 6 pontos.
☐ **4:** Deficiência completa, 7 pontos.
☐ **9:** Não especificado.
☐ **9:** Não aplicável.

d410 Mudar de posição básica do corpo (Adotar e abandonar uma posição corporal e mover-se de um lado para outro, como levantar-se de uma cadeira para deitar-se na cama, e adotar e abandonar posições como ajoelhado e agachado)

- () 0: Realiza todas as tarefas.
- () 1: Realiza as atividades com ajuda de apoios físicos como barras e móveis ou incentivo, orientação e supervisão de outra pessoa.
- () 2: Necessita de ajuda de outra pessoa para 1 tarefa.
- () 3: Necessita de ajuda de outra pessoa para 2 ou 3 tarefas.
- () 4: Necessita de ajuda para todas as tarefas.

d420 Transferir a própria posição (Mover-se de uma superfície para outra, como escorregar em um banco ou mover-se da cama para cadeira de rodas, sem mudar a posição do corpo)

- () 0: Mover-se de uma posição sentada ou deitada para outra no mesmo nível ou em nível diferente, transfere-se da cama para a cadeira ou de uma cama para outra com segurança. Em cadeira de rodas: aproxima-se da cama ou cadeira, aciona o freio, ajusta os pedais e remove o apoio de braços, se necessário; transfere-se (realizando deslizamento) e retorna com segurança.
- () 1: Transferir-se da cama ou da cadeira com o uso de dispositivos tecnológicos (prótese, órtese, barra de transferência, prancha de transferência, andador, muletas, trapézio). Utiliza um tempo maior que o razoável para realizar a transferência. Não precisa da ajuda de outra pessoa.
- () 2: Requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão), preparação (posicionando os equipamentos móveis, tábuas para transferência, órtese, ajustando os pedais da cadeira de rodas) para realizar as transferências. Precisa de ajuda para operar equipamentos mecanizados para a transferência (elevador de pacientes).
- () 3: Necessita de apoio físico de uma pessoa para conseguir transferir-se de uma superfície para outra.
- () 4: Necessita de auxílio total para transferência.

d510 Lavar-se (Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e materiais ou métodos de limpeza e secagem apropriadas, como tomar banho em banheira e chuveiro, lavar mãos e pés, face e cabelo; e secar-se com uma toalha)

- () 0: Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outra pessoa e sem adaptações.
- () 1: Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outra pessoa, podendo fazer uso de adaptações ou em locais adaptados (piso antiderrapante, com barras, na cadeira, prótese e órtese). Leva mais tempo que o habitual para realizar as tarefas.
- () 2: Lava-se com supervisão, necessita de equipamento especializado (cadeiras, barras, adaptadores, órteses e próteses) e necessita de ajuda de outra pessoa para lavar/secar pernas e pés.
- () 3: Necessita de ajuda de outra pessoa para lavar/secar além das pernas e pés.
- () 4: Necessita de ajuda de outra pessoa para lavar e secar todo o corpo.

d520 Cuidado das partes do corpo (Cuidar das partes do corpo como pele, face, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar ou secar)

- () 0: Realiza atividades sem o uso de dispositivos de adaptação, como lavar as mãos e rosto, maquiar-se, escovar os dentes, passar hidratante na pele, pentear o cabelo, aparar e limpar as unhas, inspecionar e lavar genital.
- () 1: Realiza atividades como lavar as mãos e rosto, maquiar-se, escovar os dentes, passar hidratante na pele, pentear o cabelo, aparar e limpar as unhas, inspecionar e lavar genital com o uso de dispositivos de adaptação ou com supervisão. Leva mais tempo que o habitual para realizar as tarefas. Necessita de ajuda de outra pessoa para 1 tarefa.
- () 2: Necessita de ajuda de outra pessoa para 2 ou 3 tarefas.
- () 3: Necessita de ajuda de outra pessoa para 4 ou 5 tarefas.
- () 4: Necessita de ajuda para todas as tarefas.

d5300 Regulação da micção (Coordenar e gerenciar a micção, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para urinar, manipular a roupa antes e após urinar e limpar-se após urinar)

- a) Consegue segurar a micção até chegar ao banheiro?
() sim: *0 ponto* () às vezes: *1 ponto* () não: *2 pontos*
- b) Vai sozinho ao banheiro para esvaziar a bexiga no vaso sanitário?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*
- c) Realiza o cateterismo urinário intermitente limpo?
() não se aplica: *0 ponto* () sozinho (autocateterismo): *1 ponto* () assistido: *2 pontos*
- d) Tira e coloca roupa íntima sozinho(a)?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*
- e) Limpa-se sozinho(a) após esvaziar a bexiga?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 10):

- () **0:** Sem deficiência, 0 ou 1 ponto.
() **1:** Deficiência leve, 2 ou 3 pontos.
() **2:** Deficiência moderada, 4 ou 5 pontos.
() **3:** Deficiência grave, de 6 a 8 pontos.
() **4:** Deficiência completa, 9 ou 10 pontos.
() **9:** Não aplicável (Cateter vesical de demora, Vesicostomia, Mitofanoff e outras derivações urinárias alternativas).

d5301 Regulação da defecação (Coordenar e gerenciar a defecação, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para defecar, manipular a roupa antes e após defecar e limpar-se após defecar)

- a) Consegue segurar a evacuação até chegar ao banheiro?
() sim: *0 ponto* () às vezes: *1 ponto* () não: *2 pontos*
- b) Tem horário regular para evacuação?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*
- c) Vai sozinho ao banheiro para evacuar no vaso sanitário?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*
- d) Realiza as manobras de eliminação das fezes (massagem abdominal, manobra de Valsalva/prensa abdominal, estímulo dígito anal e extração manual de fezes)?
() não se aplica: *0 ponto* () sozinho: *1 ponto* () assistido: *2 pontos*
- e) Tira e coloca roupa íntima sozinho(a)?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*
- f) Limpa-se sozinho(a) após evacuar?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 12):

- () **0:** Sem deficiência, 0 ou 1 ponto.
() **1:** Deficiência leve, de 2 a 4 pontos.
() **2:** Deficiência moderada, de 5 a 7 pontos.
() **3:** Deficiência grave, de 8 a 10 pontos.
() **4:** Deficiência completa, 11 ou 12 pontos.
() **9:** Não aplicável (Malone, colostomia e outras derivações fecais alternativas).

d540 Vestir-se (Realizar as ações coordenadas e tarefas de vestir e tirar as roupas e os sapatos em sequência e de acordo com as condições climáticas e sociais, como vestir, ajustar e tirar camisas, blusas, calças, roupas íntimas, sáris, quimonos, meias, luvas, casacos, botas, sandálias e chinelos)

- () **0:** Veste e tira as roupas, sem adaptações ou locais adaptados, com segurança.
- () **1:** Veste as roupas sem botões, zíperes e calçados, mas necessita de dispositivos de adaptações ou locais adaptados. Leva mais tempo que o habitual para realizar esta tarefa.
- () **2:** Necessita de supervisão de outra pessoa para vestir e tirar as roupas das partes superiores e inferiores do corpo. Usa dispositivos de adaptação para botões, zíperes e calçados.
- () **3:** Necessita de ajuda de outra pessoa, para vestir e tirar as roupas da parte inferior do corpo, dispositivos de adaptação e locais adaptados.
- () **4:** Necessita de ajuda de outra pessoa para vestir e tirar as roupas.

d550 Comer (Executar as tarefas e ações coordenadas de comer o alimento servido, levá-lo à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir o alimento em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios, atividades relacionadas com refeições, banquetes e jantares)

- () **0:** Come o alimento, usa garfo ou colher para levar o alimento até a boca, abre as embalagens e corta o alimento sem adaptações.
- () **1:** Utiliza dispositivo de adaptação (talheres adaptados, uso de órteses) para cortar e levar o alimento à boca. Utiliza um tempo acima do razoável.
- () **2:** Necessita de supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo) ou aplicação de órtese por outra pessoa; ou ajuda para abrir embalagens e cortar o alimento. Leva o alimento até a boca sem ajuda.
- () **3:** Necessita de ajuda para abrir embalagens, cortar o alimento e manusear talheres, copos e outros utensílios. Leva o alimento até a boca com ajuda.
- () **4:** Necessita de ajuda para abrir embalagens, cortar o alimento e manusear talheres, copos e outros utensílios. Não leva o alimento até a boca.

d560 Beber (Pegar a bebida, levar à boca e consumir de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e verter líquidos para beber, abrir garrafas e latas, beber através de um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; amamentar)

- () **0:** Prepara/consome a bebida, leva o líquido até a boca, mistura, mexe, abre garrafas e latas de bebidas sem adaptações.
- () **1:** Serve a bebida para si próprio ou bebe com adaptações. Necessita de algum tipo de dispositivo de adaptação (como uso de canudos longos, copos adaptados, uso de órtese). Consome a bebida, mas utiliza um tempo acima do razoável.
- () **2:** Serve a bebida para si próprio ou bebe com supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo), ou com a aplicação de órtese por outra pessoa. É necessária ajuda de alguém para abrir as garrafas e latas de bebidas. Leva o líquido até a boca sem ajuda.
- () **3:** Necessita de ajuda para abrir garrafas, latas de bebidas e manusear copos, canudos e outros utensílios. Leva o líquido até a boca com ajuda.
- () **4:** Necessita de ajuda para abrir garrafas, latas de bebidas e manusear copos, canudos e outros utensílios. Não leva o líquido até a boca.

BIBLIOGRAFIA

BARACHO, E. Incontinência Urinária. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4 edição, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007. cap. 26, p. 280-290.

BARÚA, R.L.; BERENDSON-SEMINARIO, R. Grandes Síndromes Gastrointestinales: Flatulencia. **Revista de Gastroenterologia del Perú**, v. 29, n. 2, p. 171-173, 2009.

COGGRAVE, M.; MCCREATH, A. Bowel Management Following Spinal Cord Injury. **National Spinal Injuries Centre**. Aylesbury, 2007. Disponível em: <http://www.buckshealthcare.nhs.uk/Downloads/PatientleafletsNSIC/Bowel%20management%20following%20spinal%20cord%20injury.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2015.

D'ARCONA, C.A.; JÚNIOR, N.R.N. **Aplicações Clínicas da Urologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.

DROSSMAN, D.A. et al. **Rome III: the functional gastrointestinal disorders**. 3th ed. McLean, VA: Degnon Associates, 2006.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcer: quick reference guide**. Washington: NPUAP, 2009.

FONTE, N. Cuidado Urológico do Paciente com Lesão Medular Espinhal. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, v. 35, n. 3, p. 323-31, 2008.

FURLAN, M.L.S.; CALIRI, M.H. Complicações do Funcionamento Intestinal e Práticas de Autocuidado com Lesão de Medula Espinhal. Diretrizes para uma Prática Baseada em Evidências. **Coluna/Columna**, v. 4, n. 2, p. 102-5, 2005.

GÉO, M. S. et al. Bexiga Hiperativa. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4 edição, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007. cap. 31, p. 361-388.

JARVIS, C. Pele, Pelos e Unhas. In: _____. **Exame Físico e Avaliação de Saúde para Enfermagem**. 6 edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. cap. 12, p. 203-250.

NAISH, W. Intermittent Self-catheterisation for Managing Urinary Problems. **Professional Nurse**, v. 18, n. 10, p. 585-7, 2003.

MARTINEZ, A.P.; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 1-7, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Tradução de Fundamentos of nursing., 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RABEH, S.A.; CALIRI, M.H.; HAAS, V.J. Prevalência de Úlcera por Pressão em Indivíduos com Lesão Medular Espinhal e a Relação com a Capacidade Funcional Pós-Trauma. **Acta Fisiátrica**, v. 16, n. 4, p. 173-8, 2009.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência da Medula Espinhal III. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 72, n. 6, p. 439-44, 2014.

ROCHA, F. E; GOMES, C. M. Bexiga Neurogênica. In: FILHO, M. Z.; NARDOZZA, A. J.; REIS, R. B. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. p. 240-9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Bexiga Urinária**: cateterismo Intermitente. Brasília, 10 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/8-volume/12-Bexiga.pdf>. Acesso em: 16 março de 2015.

SPINAL CORD INJURY CENTERS OF THE UNITED KINGDOM AND IRELAND. **Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury**. London: coloplast, 2009. Disponível em: https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0019/253036/CV453N_full_doc.pdf. Acesso em: 17 de março de 2015.

THOMPSON, W. G. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. **Gut**, v. 45, p. 43-47, 1999.

VAHR, S. et al. **Evidence-Based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care**. Catheterisation: urethral intermittent in adults. European Association of Urology Nurses, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/IRLM/Downloads/2013-EAUN_Guideline_Milan_2013Lr_DEF%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/IRLM/Downloads/2013-EAUN_Guideline_Milan_2013Lr_DEF%20(8).pdf). Acesso em: 17 de março de 2015.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION. **Practice Guidelines**. Constipação: uma perspectiva mundial, 2010.

WYNDAELE, J. J. Practical Management of Neurogenic Bladder in the Spinal Patients. **Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, suppl. 51, p. 1-7, 2005.

Anexo 4- Versão final do instrumento

Instrumento baseado no Core set resumido da CIF para indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática	
Nome do paciente: _____	
Registro: _____	Data da coleta: ____/____/____
Diagnósticos secundários: _____	
Data do trauma: ____/____/____	Etiologia do trauma: _____
Nível da lesão: _____ () completa () incompleta	Classificação (AIS): _____
Faz acompanhamento em programa de reabilitação? () sim () não	
Há quanto tempo? _____	

b810 Funções protetoras da pele (Funções da pele relacionadas à proteção do corpo contra ameaças físicas, químicas e biológicas)

- () **0:** Pele íntegra: hidratada, textura lisa e firme, com espessura fina e uniforme, coloração homogênea, temperatura corporal bilateral com variação de 36 °C a 38 °C e boa elasticidade. Não apresenta alteração na pele.
- () **1:** Apresenta alteração na pele como ressecamento com ou sem descamação; alteração de pigmentação; e/ou úlcera por pressão estágio I (*pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor*).
- () **2:** Apresenta alteração na pele como formação calosa; cicatrizes; pele frágil com diminuição de espessura; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio II (*perda parcial de espessura dérmica, apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/rompida*).
- () **3:** Apresenta alteração na pele como endurecimento; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio III (*perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível sem exposição do osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamentos e túneis*) ou suspeita de lesão tissular profunda (*dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento*).
- () **4:** Apresenta perda da continuidade da pele e/ou úlcera por pressão estágio IV (*perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamentos e túneis*) ou não classificada (*lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo e/ou escara*).

b620 Funções urinárias (Funções de eliminação da urina da bexiga urinária)

- a) Elimina urina voluntariamente?
 - () sim: 0 ponto () não: 3 pontos
 - b) Qual a frequência das micções voluntárias?
 - () 0 a 2 micções/dia: 1 ponto () 3 a 7 micções/dia: 0 ponto
 - () 8 ou mais micções/dia: 2 pontos () não elimina urina voluntariamente (perdas): 3 pontos
 - c) Sente quando a bexiga está cheia?
 - () sim: 0 ponto () às vezes: 1 ponto () não: 3 pontos
 - d) Utiliza manobras para eliminar a urina? (mais de uma opção pode ser assinalada, utilizar a maior pontuação)
 - [] não utiliza: 0 ponto [] manobra de valsalva / prensa abdominal: 1 ponto
 - [] crede: 2 pontos [] cateterismo urinário intermitente limpo (CUIL): 3 pontos
 - e) Utiliza dispositivo auxiliares externos de drenagem para manejo de perda urinária (coletor urinário, fralda descartável)?
 - () não utiliza: 0 ponto () sim: 3 pontos
- O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 15):
- () **0:** Sem deficiência, de 0 a 2 pontos.
 - () **1:** Deficiência leve, de 3 a 5 pontos.
 - () **2:** Deficiência moderada, de 6 a 8 pontos.
 - () **3:** Deficiência grave, de 9 a 12 pontos.
 - () **4:** Deficiência completa, de 13 a 15 pontos.
 - () **9:** Não aplicável (Cateter vesical de demora, Vesicostomia, Mitofanoff e outras derivações urinárias alternativas).

b525 Funções de defecação (Funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos como fezes e funções relacionadas)

- a) Controla a eliminação das fezes?
☐ sim: *0 ponto* ☐ não: *5 pontos*
- b) Qual é a frequência de evacuação?
☐ diariamente ou em dias alternados: *0 ponto* ☐ a cada 3 ou 4 dias: *1 ponto*
☐ a cada 5 ou 6 dias: *2 pontos* ☐ a cada 7 dias ou mais: *5 pontos*
- c) Sente vontade de evacuar?
☐ sim: *0 ponto* ☐ às vezes: *2 pontos* ☐ não: *5 pontos*
- d) Qual é a consistência das fezes?
☐ moldada: *0 ponto* ☐ pastosa: *1 ponto* ☐ líquida: *2 pontos*
☐ ressecada: *3 pontos* ☐ cíbalas ou fecalitos: *5 pontos*
- e) Elimina gases intestinais?
☐ sim: *0 ponto* ☐ excessivo: *2 pontos* ☐ não: *5 pontos*
- f) Utiliza manobras para auxiliar na eliminação das fezes? (mais de uma opção pode ser assinalada, utilizar a maior pontuação)
☐ não utiliza: *0 ponto* ☐ massagem abdominal: *1 ponto*
☐ manobra de Valsalva/prensa abdominal: *2 pontos* ☐ estímulo dígito anal: *3 pontos*
☐ extração manual de fezes: *5 pontos*
- g) Utiliza medicamentos para auxiliar na eliminação das fezes?
☐ não: *0 ponto* ☐ supositório de glicerina: *1 ponto* ☐ mini enema: *2 pontos*
☐ fleet enema: *3 pontos* ☐ medicação laxante: *4 pontos* ☐ lavagem intestinal: *5 pontos*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 35):

- ☐ **0:** Sem deficiência, de 0 a 6 pontos.
☐ **1:** Deficiência leve, de 7 a 13 pontos.
☐ **2:** Deficiência moderada, de 14 a 20 pontos.
☐ **3:** Deficiência grave, de 21 a 28 pontos.
☐ **4:** Deficiência completa, de 29 a 35 pontos.
☐ **9:** Não aplicável (Malone, colostomia e outras derivações fecais alternativas).

s610 Estrutura do sistema urinário (Uretrocistografia Injetora/Miccional e Ultrassonografia – vias urinárias)

- a) Alterações Renais (mais de uma opção pode ser assinalada, somar os pontos das opções assinaladas)
☐ ausente: *0 ponto*
☐ presença de dilatação pielocalicinal: *1 ponto*
☐ presença de alterações no parênquima renal: *2 pontos*
☐ não se aplica: *0 ponto*
- b) Capacidade vesical
☐ normal: *0 ponto*
☐ reduzida: *1 ponto*
☐ ausente: *4 pontos* (pós-cirúrgico, vesicostomia) – se sim, não aplicar o último item
☐ não se aplica: *0 ponto*
- c) Avaliação morfológica da bexiga
☐ paredes finas e lisas conteúdo anecoico: *0 ponto* ☐ presença de debris ecogênicos: *1 ponto*
☐ espessamento parietal: *2 pontos* ☐ presença de divertículos: *3 pontos*
☐ não se aplica: *0 ponto*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 7):

- ☐ **0:** Sem deficiência, 0 ponto.
☐ **1:** Deficiência leve, 1 ou 2 pontos.
☐ **2:** Deficiência moderada, de 3 ou 4 pontos.
☐ **3:** Deficiência grave, de 5 ou 6 pontos.
☐ **4:** Deficiência completa, 7 pontos.
☐ **9:** Não especificado.
☐ **9:** Não aplicável.

d410 Mudar de posição básica do corpo (Adotar e abandonar uma posição corporal e mover-se de um lado para outro, como levantar-se de uma cadeira para deitar-se na cama, e adotar e abandonar posições como ajoelhado e agachado)

- () 0: Realiza todas as tarefas.
- () 1: Realiza as atividades com ajuda de apoios físicos como barras e móveis ou incentivo, orientação e supervisão de outra pessoa.
- () 2: Necessita de ajuda de outra pessoa para 1 tarefa.
- () 3: Necessita de ajuda de outra pessoa para 2 ou 3 tarefas.
- () 4: Necessita de ajuda para todas as tarefas.

d420 Transferir a própria posição (Mover-se de uma superfície para outra, como escorregar em um banco ou mover-se da cama para cadeira de rodas, sem mudar a posição do corpo)

- () 0: Mover-se de uma posição sentada ou deitada para outra no mesmo nível ou em nível diferente, transfere-se da cama para a cadeira ou de uma cama para outra com segurança. Em cadeira de rodas: aproxima-se da cama ou cadeira, aciona o freio, ajusta os pedais e remove o apoio de braços, se necessário; transfere-se (realizando deslizamento) e retorna com segurança.
- () 1: Transferir-se da cama ou da cadeira com o uso de dispositivos tecnológicos (prótese, órtese, barra de transferência, prancha de transferência, andador, muletas, trapézio). Utiliza um tempo maior que o razoável para realizar a transferência. Não precisa da ajuda de outra pessoa.
- () 2: Requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão), preparação (posicionando os equipamentos móveis, tábuas para transferência, órtese, ajustando os pedais da cadeira de rodas) para realizar as transferências. Precisa de ajuda para operar equipamentos mecanizados para a transferência (elevador de pacientes).
- () 3: Necessita de apoio físico de uma pessoa para conseguir transferir-se de uma superfície para outra.
- () 4: Necessita de auxílio total para transferência.

d510 Lavar-se (Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e materiais ou métodos de limpeza e secagem apropriadas, como tomar banho em banheira e chuveiro, lavar mãos e pés, face e cabelo; e secar-se com uma toalha)

- () 0: Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outra pessoa e sem adaptações.
- () 1: Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outra pessoa, podendo fazer uso de adaptações ou em locais adaptados (piso antiderrapante, com barras, na cadeira, prótese e órtese). Leva mais tempo que o habitual para realizar as tarefas.
- () 2: Lava-se com supervisão, necessita de equipamento especializado (cadeiras, barras, adaptadores, órteses e próteses) e necessita de ajuda de outra pessoa para lavar/secar pernas e pés.
- () 3: Necessita de ajuda de outra pessoa para lavar/secar além das pernas e pés.
- () 4: Necessita de ajuda de outra pessoa para lavar e secar todo o corpo.

d520 Cuidado das partes do corpo (Cuidar das partes do corpo como pele, face, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar ou secar)

- () 0: Realiza atividades sem o uso de dispositivos de adaptação, como lavar as mãos e rosto, maquiar-se, escovar os dentes, passar hidratante na pele, pentear o cabelo, aparar e limpar as unhas, inspecionar e lavar genital.
- () 1: Realiza atividades como lavar as mãos e rosto, maquiar-se, escovar os dentes, passar hidratante na pele, pentear o cabelo, aparar e limpar as unhas, inspecionar e lavar genital com o uso de dispositivos de adaptação ou com supervisão. Leva mais tempo que o habitual para realizar as tarefas. Necessita de ajuda de outra pessoa para 1 tarefa.
- () 2: Necessita de ajuda de outra pessoa para 2 ou 3 tarefas.
- () 3: Necessita de ajuda de outra pessoa para 4 ou 5 tarefas.
- () 4: Necessita de ajuda para todas as tarefas.

d5300 Regulação da micção (Coordenar e gerenciar a micção, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para urinar, manipular a roupa antes e após urinar e limpar-se após urinar)

- a) Consegue segurar a urina até chegar ao banheiro?
() sim: *0 ponto* () às vezes: *1 ponto* () não: *2 pontos*
- b) Vai sozinho ao banheiro para esvaziar a bexiga no vaso sanitário?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*
- c) Realiza o cateterismo urinário intermitente limpo?
() não se aplica: *0 ponto* () sozinho (autocateterismo): *1 ponto* () assistido: *2 pontos*
- d) Tira e coloca roupa íntima sozinho(a)?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*
- e) Limpa-se sozinho(a) após esvaziar a bexiga?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 10):

- () **0:** Sem deficiência, 0 ou 1 ponto.
() **1:** Deficiência leve, 2 ou 3 pontos.
() **2:** Deficiência moderada, 4 ou 5 pontos.
() **3:** Deficiência grave, de 6 a 8 pontos.
() **4:** Deficiência completa, 9 ou 10 pontos.
() **9:** Não aplicável (Cateter vesical de demora, Vesicostomia, Mitofanoff e outras derivações urinárias alternativas).

d5301 Regulação da defecação (Coordenar e gerenciar a defecação, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para defecar, manipular a roupa antes e após defecar e limpar-se após defecar)

- a) Consegue segurar a evacuação até chegar ao banheiro?
() sim: *0 ponto* () às vezes: *1 ponto* () não: *2 pontos*
- b) Tem horário regular para evacuação?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*
- c) Vai sozinho ao banheiro para evacuar no vaso sanitário?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*
- d) Realiza as manobras de eliminação das fezes (massagem abdominal, manobra de Valsalva/prensa abdominal, estímulo dígito anal e extração manual de fezes)?
() não se aplica: *0 ponto* () sozinho: *1 ponto* () assistido: *2 pontos*
- e) Tira e coloca roupa íntima sozinho(a)?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*
- f) Limpa-se sozinho(a) após evacuar?
() sim: *0 ponto* () não: *2 pontos*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (0 a 12):

- () **0:** Sem deficiência, 0 ou 1 ponto.
() **1:** Deficiência leve, de 2 a 4 pontos.
() **2:** Deficiência moderada, de 5 a 7 pontos.
() **3:** Deficiência grave, de 8 a 10 pontos.
() **4:** Deficiência completa, 11 ou 12 pontos.
() **9:** Não aplicável (Malone, colostomia e outras derivações fecais alternativas).

d540 Vestir-se (Realizar as ações coordenadas e tarefas de vestir e tirar as roupas e os sapatos em sequência e de acordo com as condições climáticas e sociais, como vestir, ajustar e tirar camisas, blusas, calças, roupas íntimas, sáris, quimonos, meias, luvas, casacos, botas, sandálias e chinelos)

- () **0:** Veste e tira as roupas, sem adaptações ou locais adaptados, com segurança.
- () **1:** Veste as roupas sem botões, zíperes e calçados, mas necessita de dispositivos de adaptações ou locais adaptados. Leva mais tempo que o habitual para realizar esta tarefa.
- () **2:** Necessita de supervisão de outra pessoa para vestir e tirar as roupas das partes superiores e inferiores do corpo. Usa dispositivos de adaptação para botões, zíperes e calçados.
- () **3:** Necessita de ajuda de outra pessoa, para vestir e tirar as roupas da parte inferior do corpo, dispositivos de adaptação e locais adaptados.
- () **4:** Necessita de ajuda de outra pessoa para vestir e tirar as roupas.

d550 Comer (Executar as tarefas e ações coordenadas de comer o alimento servido, levá-lo à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir o alimento em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios, atividades relacionadas com refeições, banquetes e jantares)

- () **0:** Come o alimento, usa garfo ou colher para levar o alimento até a boca, abre as embalagens e corta o alimento sem adaptações.
- () **1:** Utiliza dispositivo de adaptação (talheres adaptados, uso de órteses) para cortar e levar o alimento à boca. Utiliza um tempo acima do razoável.
- () **2:** Necessita de supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo) ou aplicação de órtese por outra pessoa; ou ajuda para abrir embalagens e cortar o alimento. Leva o alimento até a boca sem ajuda.
- () **3:** Necessita de ajuda para abrir embalagens, cortar o alimento e manusear talheres, copos e outros utensílios. Leva o alimento até a boca com ajuda.
- () **4:** Necessita de ajuda para abrir embalagens, cortar o alimento e manusear talheres, copos e outros utensílios. Não leva o alimento até a boca.

d560 Beber (Pegar a bebida, levar à boca e consumir de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e verter líquidos para beber, abrir garrafas e latas, beber através de um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; amamentar)

- () **0:** Prepara/consume a bebida, leva o líquido até a boca, mistura, mexe, abre garrafas e latas de bebidas sem adaptações.
- () **1:** Serve a bebida para si próprio ou bebe com adaptações. Necessita de algum tipo de dispositivo de adaptação (como uso de canudos longos, copos adaptados, uso de órtese). Consume a bebida, mas utiliza um tempo acima do razoável.
- () **2:** Serve a bebida para si próprio ou bebe com supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo), ou com a aplicação de órtese por outra pessoa. É necessária ajuda de alguém para abrir as garrafas e latas de bebidas. Leva o líquido até a boca sem ajuda.
- () **3:** Necessita de ajuda para abrir garrafas, latas de bebidas e manusear copos, canudos e outros utensílios. Leva o líquido até a boca com ajuda.
- () **4:** Necessita de ajuda para abrir garrafas, latas de bebidas e manusear copos, canudos e outros utensílios. Não leva o líquido até a boca.

BIBLIOGRAFIA

BARACHO, E. Incontinência Urinária. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4 edição, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007. cap. 26, p. 280-290.

BARÚA, R.L.; BERENDSON-SEMINARIO, R. Grandes Síndromes Gastrointestinales: Flatulencia. **Revista de Gastroenterologia del Perú**, v. 29, n. 2, p. 171-173, 2009.

COGGRAVE, M.; MCCREATH, A. Bowel Management Following Spinal Cord Injury. **National Spinal Injuries Centre**. Aylesbury, 2007. Disponível em: <http://www.buckshealthcare.nhs.uk/Downloads/PatientleafletsNSIC/Bowel%20management%20following%20spinal%20cord%20injury.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2015.

D'ARCONA, C.A.; JÚNIOR, N.R.N. **Aplicações Clínicas da Urologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.

DROSSMAN, D.A. et al. **Rome III: the functional gastrointestinal disorders**. 3th ed. McLean, VA: Degnon Associates, 2006.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcer: quick reference guide**. Washington: NPUAP, 2009.

FONTE, N. Cuidado Urológico do Paciente com Lesão Medular Espinhal. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, v. 35, n. 3, p. 323-31, 2008.

FURLAN, M.L.S.; CALIRI, M.H. Complicações do Funcionamento Intestinal e Práticas de Autocuidado com Lesão de Medula Espinhal. Diretrizes para uma Prática Baseada em Evidências. **Coluna/Columna**, v. 4, n. 2, p. 102-5, 2005.

GÉO, M. S. et al. Bexiga Hiperativa. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4 edição, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007. cap. 31, p. 361-388.

JARVIS, C. Pele, Pelos e Unhas. In: _____. **Exame Físico e Avaliação de Saúde para Enfermagem**. 6 edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. cap. 12, p. 203-250.

NAISH, W. Intermittent Self-catheterisation for Managing Urinary Problems. **Professional Nurse**, v. 18, n. 10, p. 585-7, 2003.

MARTINEZ, A.P.; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 1-7, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Tradução de Fundamentos of nursing., 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RABEH, S.A.; CALIRI, M.H.; HAAS, V.J. Prevalência de Úlcera por Pressão em Indivíduos com Lesão Medular Espinhal e a Relação com a Capacidade Funcional Pós-Trauma. **Acta Fisiátrica**, v. 16, n. 4, p. 173-8, 2009.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência da Medula Espinhal III. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 72, n. 6, p. 439-44, 2014.

ROCHA, F. E; GOMES, C. M. Bexiga Neurogênica. In: FILHO, M. Z.; NARDOZZA, A. J.; REIS, R. B. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. p. 240-9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Bexiga Urinária: cateterismo Intermitente**. Brasília, 10 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/8-volume/12-Bexiga.pdf>. Acesso em: 16 março de 2015.

SPINAL CORD INJURY CENTERS OF THE UNITED KINGDOM AND IRELAND. **Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury**. London: coloplast, 2009. Disponível em: https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0019/253036/CV453N_full_doc.pdf. Acesso em: 17 de março de 2015.

THOMPSON, W. G. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. **Gut**, v. 45, p. 43-47, 1999.

VAHR, S. et al. **Evidence-Based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care**. Catheterisation: urethral intermittent in adults. European Association of Urology Nurses, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/IRLM/Downloads/2013-EAUN_Guideline_Milan_2013Lr_DEF%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/IRLM/Downloads/2013-EAUN_Guideline_Milan_2013Lr_DEF%20(8).pdf). Acesso em: 17 de março de 2015.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION. **Practice Guidelines**. Constipação: uma perspectiva mundial, 2010.

WYNDAELE, J. J. Practical Management of Neurogenic Bladder in the Spinal Patients. **Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, suppl. 51, p. 1-7, 2005.