VITOR EDUARDO POLITZER TELLES

Comparação entre a Medida de Independência Funcional (MIF), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a teoria da motivação humana de Maslow na avaliação da pessoa com deficiência

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências Médicas
Área de Concentração: Educação e Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Linamara Rizzo Battistella

SÃO PAULO

2015

VITOR EDUARDO POLITZER TELLES

Comparação entre a Medida de Independência Funcional (MIF), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a teoria da motivação humana de Maslow na avaliação da pessoa com deficiência

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências Médicas
Área de Concentração: Educação e Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Linamara Rizzo Battistella

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

SÃO PAULO

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Telles, Vitor Eduardo Politzer

Comparação entre a Medida de Independência Funcional (MIF), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a teoria da motivação humana de Maslow na avaliação da pessoa com deficiência / Vitor Eduardo Politzer Telles. -- São Paulo, 2015.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Ciências Médicas. Área de Concentração: Educação e Saúde.

Orientador: Linamara Rizzo Battistella.

Descritores: 1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde 2.Reabilitação 3.Pessoas com deficiências 4.Motivação 5.Teorias psicológicas 6.Determinação de necessidades de cuidados de saúde 7.Avaliação da deficiência

USP/FM/DBD-376/15

VITOR EDUARDO POLITZER TELLES

Comparação entre a Medida de Independência Funcional (MIF), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a teoria da motivação humana de Maslow na avaliação da pessoa com deficiência

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências Médicas
Área de Concentração: Educação e Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Linamara Rizzo Battistella

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

SÃO PAULO

2015

Dedico a minha amada esposa Inara e
minha querida filha Bianca. Esta
dissertação também é de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Profa. Dra. Linamara Rizzo Battistella, minha orientadora nesta empreitada que me deu todo apoio necessário e com quem pude discutir abertamente minhas ideias, que confiou plenamente em minha capacidade e me auxiliou nos momentos que precisei.

Agradeço a Vera Lucia Barbosa, Moisés da Cunha Lima e Anderson Nakama por revisarem o manuscrito original e por fornecerem preciosas dicas e orientações para melhoria deste trabalho.

Agradeço a todos os professores e mentores que tive em minha carreira acadêmica, sem os quais certamente não estaria aqui.

Agradeço a meus amigos e colegas de profissão pelos momentos compartilhados e conhecimentos trocados, que muito me ajudaram em meu crescimento profissional e pessoal.

Agradeço a minha família pelo apoio e incentivo em todos os momentos.

Agradeço a minha esposa Inara, que sempre confiou em mim e sempre me estimulou a perseguir meus sonhos, sendo uma grande parceira nesta jornada.

Agradeço a minha filha Bianca, que veio ao mundo para nos alegrar e trazer felicidade.

Agradeço a todos os pacientes que me permitiram aprender a arte e a ciência da Medicina e confiaram suas vidas em minhas mãos.

Agradeço a todas as pessoas com deficiência com quem tive contato e que serviram de inspiração para que este trabalho pudesse ser realizado.

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO

1.1 Conceituando deficiência.....	01
1.2 A Medida de Independência Funcional (MIF).....	02
1.3 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	03
1.4 A teoria da motivação humana de Maslow.....	07
1.5 Objetivo.....	11
2. METODOLOGIA.....	12
3. RESULTADOS.....	15
3.1 Comparando a Medida de Independência Funcional (MIF) com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	16
3.2 Comparando a Medida de Independência Funcional (MIF) com a hierarquia das necessidades de Maslow.....	19
3.3 Comparando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) com a hierarquia das necessidades de Maslow.....	22
4. DISCUSSÃO.....	28
5. CONCLUSÕES.....	36
6. LIMITAÇÕES.....	37
ANEXOS.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

LISTA DE SIGLAS

AVE -	Acidente Vascular Encefálico
CID -	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF -	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIF-CJ -	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens
FIM -	Functional Independence Measure
ICF -	International Classification of Functioning, Disability and Health
MIF -	Medida de Independência Funcional
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
TCE -	Traumatismo Crânio-Encefálico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Integrador da Funcionalidade Humana. Fonte: Manual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	04
Figura 2 - Hierarquia das necessidades segundo a teoria da motivação humana de Maslow.....	09
Figura 3 - Diagrama da seleção de artigos para revisão.....	14
Figura 4 - Modelo para identificar as necessidades atendidas durante o processo de reabilitação.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Correlação entre escore da MIF e qualificador da CIF.....	16
Tabela 2 - Correlação entre a MIF e a CIF (em todos os campos da MIF devem ser avaliados os itens e310, e315, e320, e325, e340 e e355); para maiores detalhes dos códigos da CIF utilizados, verificar Anexo A.....	18
Tabela 3 - Correlação entre a teoria da motivação humana de Maslow e a MIF.....	21
Tabela 4 - Correlação entre a teoria da motivação humana de Maslow e a CIF; para maiores detalhes dos códigos da CIF utilizados, verificar Anexo A.....	25

RESUMO

TELLES, VEP. **Comparação entre a Medida de Independência Funcional (MIF), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a teoria da motivação humana de Maslow na avaliação da pessoa com deficiência.** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

O conceito de deficiência caracteriza-se por limitações às atividades e restrições à participação das pessoas na sociedade sob influências contextuais. Compreende assim uma interação dinâmica entre deficiência, funcionalidade e fatores contextuais, com impacto variado sobre a qualidade de vida, o que por sua vez pode acarretar diferentes percepções sobre as necessidades humanas a serem supridas. Entre os instrumentos usados para avaliar o grau de incapacidade da pessoa podemos citar a Medida de Independência Funcional (MIF) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Por sua vez, a teoria da motivação humana de Maslow é amplamente conhecida por tentar explicar as necessidades humanas através de um modelo hierarquizado. O objetivo desta dissertação é identificar se as necessidades humanas, como explicadas pela teoria de Maslow, das pessoas com deficiência estão sendo adequadamente avaliadas pelos instrumentos comumente utilizados como a MIF e a CIF. Uma revisão da literatura foi realizada e então a metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados foi aplicada para comparar a MIF, a CIF e a teoria de Maslow. Como resultado, a grande maioria dos domínios da MIF corresponde à habilidade de executar atividades demandadas pelas necessidades fisiológicas, de segurança e em alguns aspectos sociais, porém nenhuma delas pode ser correlacionada aos campos de estima e autorrealização. Por outro lado, a CIF provê elementos específicos de todos os domínios exceto na autorrealização, cujos elementos são mais subjetivos e variáveis. Portanto, a CIF avalia de uma forma melhor se as necessidades humanas das pessoas com deficiência estão sendo atendidas e, por isso, pode ser usada para monitorar a evolução necessária para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência.

Descritores: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Reabilitação. Pessoas com deficiência. Motivação. Teoria Psicológica. Determinação de necessidades de cuidados de saúde. Avaliação da deficiência.

ABSTRACT

TELLES, VEP. **Comparison between Functional Independence Measure (FIM), International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and Maslow's theory of human motivation in the evaluation of people with disability.** [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2015.

The concept of disability is characterized by limitations on activities and restrictions on participation in society of people under contextual influences. Thus it comprises a dynamic interaction between disability itself, functionality and contextual factors, causing impact on quality of life in different levels, which in turn can lead to different perceptions of human needs to be met. Among the instruments used to assess the degree of incapacity of the person we can mention the Functional Independence Measure (FIM) and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In turn, the theory of Maslow's human motivation is widely known for trying to explain human needs according to a hierarchical model. The aim of this dissertation is to identify whether human needs, as explained by Maslow's theory, of people with disability are been properly evaluated by the commonly used measure instruments like FIM and ICF. A review of literature was performed and the Ground Theory Method was then applied to compare FIM, ICF and Maslow's theory of human motivation. As results, the vast majority of FIM domains correspond to the ability to execute activities demanded by physiological, safety and some aspects of belongingness and love needs but none of them can be correlated to the fields of esteem and self-actualization. On the other hand, the ICF provides specific elements for all the domains but self-actualization, where the elements are more subjective and variable. So, we can conclude that the ICF can evaluate in a better way whether the human needs of people with disability are been fulfilled and thus can be used for monitoring the evolution necessary to meet specific needs of people with disability.

Descriptors: International Classification of Functioning, Disability and Health. Rehabilitation. Disabled Persons. Motivation. Psychological Theory. Needs Assessment. Disability Evaluation.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Conceituando deficiência

A deficiência é um conceito em evolução constante que atualmente caracteriza-se por uma interação de aspectos médicos e sociais, onde a pessoa apresenta limitações para realizar atividades e possui restrições à participação plena na sociedade resultantes de uma interação desvantajosa entre deficiência e barreiras atitudinais e ambientais que influem sobre a deficiência (UNITED NATIONS, 2006, p. 1; SEDPcD, 2012, p. 3-14 passim). O enfoque então deixou de ser sobre a deficiência e funcionalidade, como antigamente, e passa a ser sobre uma interação desvantajosa entre indivíduo e ambiente (MASALA e PETRETTO, 2008). Esta interação dinâmica desvantajosa tem implicações diretas sobre as questões de direitos humanos. As pessoas com deficiência apresentam desigualdades de acesso a serviços de saúde, emprego, educação e participação política, sofrem violações de sua dignidade e podem perder sua autonomia (UNITED NATIONS, 2006, p.1-3). Movsas et al. (2003) apontam, por exemplo, que muitos pacientes oncológicos têm necessidades de reabilitação já no momento da admissão hospitalar, porém apenas uma pequena parcela é identificada e referenciada para serviços especializados.

Uma das grandes dificuldades de se compreender plenamente a deficiência consiste em ter dados mundiais confiáveis sobre sua prevalência e seu real impacto na sociedade. As estimativas variam de 1% a mais de 30% da população entre diferentes países. Mundialmente, estima-se 15,6% de pessoas com alguma deficiência e 2,2% de prevalência de deficiências significativas, o que representa 1 bilhão e 115 milhões de pessoas e 157 milhões de pessoas respectivamente (SEDPcD, 2012, p. 25-29). No Brasil, o censo realizado em 2010 aponta que 23,91% da população brasileira - ou seja, 45.606.048 pessoas - tenha algum tipo de deficiência (IBGE, 2010).

Os dados extraídos de pesquisas adotando um conceito de deficiência simplesmente como perda de estrutura ou função geralmente não demonstram toda a extensão que a deficiência pode ter. Deixa de fora grupos de pessoas que podem apresentar prejuízo funcional porém não se autointitulam como deficientes, como no

caso da população idosa, que muitas vezes apresenta limitações nas atividades e restrições nas participações como por exemplo dificuldade em subir escadas, redução de convívio social, etc. Além disso, homogeneizam pessoas que têm a mesma deficiência mas podem apresentar diferentes níveis de participação devido a fatores pessoais e ambientais.

Ainda, o método escolhido para coleta de dados também pode impactar diferenças estatísticas sobre prevalência de deficiência. Os censos, por cobrir de forma extensiva a população, tende a apresentar dados mais superficiais sobre a deficiência e uma menor prevalência. Já pesquisas específicas sobre a deficiência, apesar de abordar uma amostra da população, oferece usualmente mais detalhes por aprofundar o tema em questão e usualmente apresenta prevalências mais altas (SEDPcD, 2012, p. 22-24).

Buscando padronizar as perguntas a serem feitas e os dados coletados mundialmente, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) apresenta-se como alternativa viável na escolha dos parâmetros mais significativos. Com esse instrumento é possível caracterizar a deficiência como um *continuum* que vai desde nenhum impacto até impacto extremo sobre a funcionalidade e participação da pessoa, sob o escopo da deficiência, de fatores pessoais e de fatores ambientais. Além disso, pode-se inferir sobre as necessidades humanas iminentes a serem supridas em determinado momento.

1.2 A Medida de Independência Funcional (MIF)

A Medida de Independência Funcional (MIF) é uma escala multidimensional validada para a língua portuguesa que aborda o nível de independência em diversos domínios na execução de atividades motoras e cognitivas de vida diária por uma pessoa (RIBERTO et al., 2001).

Os domínios abordados pela MIF são: A - alimentação, B - higiene pessoal: cuidado de apresentação e aparência, C - banho - limpeza do corpo, D - vestir a metade superior do corpo, E - vestir a metade inferior do corpo, F - uso do vaso sanitário, G - controle da urina, H - controle das fezes, I - transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas, J - transferência: vaso sanitário, K - transferências: banheira ou chuveiros, L -

locomoção, M - locomoção: escadas, N - compreensão, O - expressão, P - interação social, Q - resolução de problemas, R - memória.

Sua forma de pontuação é a seguinte: 7 para independência completa, 6 para independência modificada (com adaptação ou lentidão ou risco à segurança), 5 para dependência moderada com supervisão ou preparação (100% do esforço realizado pela pessoa mas com supervisão ou ajuda na preparação), 4 para dependência moderada com assistência com contato mínimo (99-75% do esforço realizado pela pessoa), 3 para dependência moderada com assistência moderada (74-50% do esforço realizado pela pessoa), 2 para dependência completa com assistência máxima (49-25% do esforço realizado pela pessoa) e 1 para dependência completa com assistência total (24-0% do esforço realizado pela pessoa).

Assim, a pontuação da MIF pode variar entre 18 e 126, sendo que 18 caracteriza dependência completa, e 126 independência total.

De forma geral, a confiabilidade no uso da MIF é boa, conforme demonstrado pela concordância moderada a substancial inter e intraavaliadores na aplicação da MIF (KOHLER et al., 2013).

Em trabalho de Oczkowski e Barreca (1993), os autores conseguiram correlacionar a MIF com o prognóstico de pacientes vítimas de acidente vascular encefálico (AVE). Aqueles que apresentavam escore menor que 36 tinham necessidade de cuidados intensivos e permaneciam institucionalizados. Os pacientes com escore entre 37 e 96 necessitavam de cuidados moderados e podiam tanto permanecer institucionalizados como receber alta para domicílio. Já os paciente com escore acima de 97 tinham pouca demanda por cuidados e sempre podiam ser dispensados para casa. Ainda, os grupos que tinham maior escore na admissão hospitalar apresentaram maiores ganhos durante a reabilitação.

A MIF portanto pode ser útil para auxiliar na avaliação da pessoa com deficiência, definir estratégias de intervenção (reabilitação) e estimar prognóstico da incapacidade. Entretanto, sabidamente a MIF apresenta efeito-teto, o que pode subestimar a funcionalidade da pessoa com deficiência a longo prazo (ANDELIC et al., 2010).

1.3 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Em 2001, após diversos anos de trabalho, a Organização Mundial de Saúde (OMS) implementou de forma definitiva a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que veio compor o rol de classificações da OMS, denominada "famílias" de classificações, da qual faz parte a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) que classifica condições de saúde. A CIF surgiu para suprir uma lacuna na avaliação do impacto das condições de saúde sobre a funcionalidade do ser e descrever sua consequente restrição funcional. Assim, o uso integrado da CID e da CIF permite um conhecimento mais abrangente sobre o estado de saúde de determinada pessoa (BATTISTELLA e BRITO, 2002). Para suprir uma especificidade do grupo pediátrico, posteriormente foi desenvolvida uma versão adaptada da CIF para crianças e jovens, chamada de CIF-CJ.

Trata-se de uma ferramenta prática, reprodutível e comparável ao longo do tempo e em diferentes localidades ou culturas, exercendo aplicabilidade na área clínica, em políticas sociais, em pesquisa científica, em epidemiologia e na área pedagógica.

A CIF baseia-se no modelo de funcionalidade mais aceito atualmente, uma dinâmica interação entre condição de saúde, funções e estruturas corporais, atividades, participação, fatores ambientais e fatores pessoais (figura 1).

Figura 1 - Modelo Integrador da Funcionalidade Humana. Fonte: Manual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Em decorrência deste modelo, a CIF subdivide-se nos seguintes domínios: funções do corpo (b), estruturas do corpo (s), atividades e participação (d) e fatores ambientais (e)*.

Cada domínio possui um leque de opções de códigos numéricos descritivos possíveis, variando de um a quatro níveis. Quanto mais números usados, maior a especificidade da classificação. O total de códigos possíveis para a CIF é de 34 no primeiro nível, 362 em seu segundo nível e de 1424 em seu nível mais detalhado.

Em seguida é adicionado um primeiro qualificador para identificar a extensão do problema ou desempenho: xxx.0 - não há problema (0-4%), xxx.1 - problema leve (5-24%), xxx.2 - problema moderado (25-49%), xxx.3 - problema grave (50-95%), xxx.4 - problema completo (96-100%), xxx.8 - não especificado e xxx.9 - não aplicável. Nos fatores ambientais, o sinal "+" representa um facilitador, enquanto que o sinal "." representa um barreira, assim os códigos ficariam por exemplo xxx+3 para um grande facilitador e xxx.2 para uma barreira leve. Ressalta-se que os fatores ambientais representam importantes condicionantes da funcionalidade da pessoa com deficiência e seu consequente nível de independência (SVESTKOVA et al., 2010).

Em seguida pode ser adicionado um qualificador de segundo nível para os domínios "estruturas do corpo" e "atividades e participação", indicativo respectivamente de natureza da mudança e capacidade sem ajuda, e um terceiro qualificador para definir localização da deficiência e capacidade com ajuda. Finalmente um quarto qualificador pode ser usado para "atividades e participação" para definir desempenho sem auxílio.

Com o objetivo de simplificar a aplicabilidade deste instrumento, grupos de trabalho foram criados para definir alguns descritores dispostos sob a forma de domínios da CIF mais comumente utilizados em determinadas patologias. Esse conjunto de descritores passou a ser conhecido como *core sets* de determinada patologia ou situação (por exemplo, *core sets* de lesão medular, *core sets* para reabilitação vocacional, *core sets* para situações agudas, entre outros). Os *core sets* portanto apontam o que medir dentro das diversas categorias e domínios da classificação completa para uma determinada condição de saúde ou situação (CIEZA et al., 2005). Outra estratégia visando simplificar a aplicabilidade da CIF foi o desenvolvimento da *checklist* da CIF, que engloba alguns dos principais itens da CIF e informações sobre

* a letra entre parênteses representa a abreviatura de cada domínio e é utilizada na codificação da funcionalidade

condição de saúde a partir de registros escritos, entrevista direta com a pessoa, entrevista com outras pessoas (parentes, profissionais de saúde, cuidadores, etc.) e/ou observação direta.

Apesar destas tentativas de simplificação, estudos apontam baixa confiabilidade interavaliador e intraavaliador no uso da CIF (BATTAGLIA et al., 2004; GOLJAR et al., 2011; KOHLER et al., 2013).

Com adaptações propostas nos qualificadores, Kohler et al. (2013) conseguiram uma maior concordância inter e intraavaliador. Neste estudo, apenas categorias de atividade de vida diárias da CIF, que foram selecionadas por sua equivalência com a MIF, foram avaliadas. O maior índice de concordância interavaliadores estava relacionado aos seguintes domínios da CIF: comer, cuidar das partes do corpo, banhar-se, vestir-se, fazer higiene pessoal, mudança básica de postura do corpo e andar. A menor concordância interavaliadores estava nos domínios da CIF de linguagem, solução de problemas, função urinária e interação interpessoal. Já a confiabilidade intraavaliador foi maior nos domínios comer, vestir-se e subir escadas, seguida de beber, cuidar das partes do corpo, banhar-se, fazer higiene pessoal, mudança básica de postura do corpo, andar e se locomover usando equipamento. A menor confiabilidade intraavaliador ficou em soluções de problemas, funções urinárias, linguagem e interação interpessoal (KOHLER et al., 2013). Já Battaglia et al. (2004) apontaram excelente confiabilidade intraavaliador na avaliação de crianças com deficiência apenas no domínio atividade e participação, com resultados inconclusivos ou ruins nos demais domínios da CIF.

A CIF (e sua variante CIF-CJ) torna congruente a relação entre intervenções propostas e a mensuração dos resultados obtidos com a intervenção escolhida. Facilita a seleção da ferramenta mais apropriada de mensuração a partir do objetivo pretendido, o que permite por sua vez a padronização de linguagem e a comparabilidade entre os diversos instrumentos de medição disponíveis para as mais variadas condições de saúde de um indivíduo. Com isso, sugere-se o uso da CIF (ou seus *core sets* ou a *checklist* da CIF) como uma ferramenta para identificação de problemas de determinado indivíduo e a partir disto a utilização de outro instrumento mais específico - ou a criação de um instrumento, caso seja necessário - para melhor avaliação dos problemas selecionados (CIEZA et al., 2005; GRILL et al., 2006; FARIN et al., 2007; SCHEPERS et al., 2007; MÜLLER et al., 2011; GOLJAR et al., 2011; LAXE et al., 2012; PETERSSON et al., 2013).

A CIF contribui no seguimento de pessoas com deficiência por meio da identificação de fatores contextuais que impactam sua funcionalidade e suas necessidades a longo prazo (SUMATHIPALA et al., 2012). Ainda, facilita a identificação das metas referidas pelos pacientes e sua estruturação em uma linguagem/codificação comum e, com isso, viabiliza o estabelecimento das necessidades de reabilitação (MÜLLER et al., 2011). A CIF-CJ é útil para categorizar as necessidades, problemas e metas terapêuticas para crianças com paralisia cerebral (NIJHUIS et al., 2008).

A MIF mede predominantemente o grau de dependência da pessoa com deficiência, seu impacto para o cuidador. Enquanto isso a CIF serve como referência para definir as consequências da deficiência, com uma perspectiva mais ampla (GRILL et al., 2006).

1.4 A teoria da motivação humana de Maslow

O comportamento do ser humano é direcionado pela motivação para consecução de objetivos específicos. Entende-se por comportamento uma série de atividades que uma pessoa executa. Motivação por sua vez refere-se a vontade, necessidade, desejo ou impulso dirigido a um objetivo. Este desejo pode ser consciente ou, como acontece na maioria das vezes, inconsciente (MASLOW, 1943, p. 370). Assim, os motivos orientam o comportamento das pessoas, ou seja, justificam a razão do comportamento de determinada pessoa. Segundo Hersey e Blanchard (1986), os objetivos, também denominados de incentivos - que podem se referir a compensações financeiras tangíveis e/ou a recompensas intangíveis -, encontram-se fora da pessoa e são os motivos do direcionamento dos esforços e atividades. Por exemplo, uma pessoa que deseja jantar fora de casa (motivação) apresenta um impulso para se vestir, chegar ao restaurante e comer (objetivos) e executa uma série de atividades motoras para conseguir completar a tarefa (comportamento).

Simultaneamente podemos apresentar diversas necessidades competindo pelo comportamento e geralmente este é determinado por essa múltipla interferência. Porém, aquela que se apresentar em maior intensidade em determinado momento será a

principal responsável pelo direcionamento efetivo de uma ação. Uma vez satisfeita, determinada necessidade perde sua intensidade e deixa de justificar o comportamento, surgindo em seguida outra necessidade com maior intensidade que a partir de então será a responsável por direcionar o comportamento da pessoa.

Ainda, se a satisfação desta necessidade encontrar-se bloqueada por qualquer motivo, a tendência também será uma redução de sua intensidade (por exemplo, na impossibilidade de se atingir determinado objetivo, que ocasionará certa frustração).

Algumas necessidades têm características cíclicas, ou seja, tendem a aumentar e reduzir de intensidade de tempos em tempos. Isto corre por exemplo com a sede: inicialmente a intensidade da necessidade será alta, mas uma vez satisfeita a sede esta necessidade se extingue e ressurgirá novamente mais tarde de forma intensa.

Segundo Hersey e Blanchard (1986), é possível subdividir os tipos de atividades dirigidas para a necessidade. A primeira refere-se à atividade dirigida para o objetivo e consiste no processo para conseguir o que se quer (como procurar água). A segunda é a atividade no objetivo, que nada mais é que o usufruto do objetivo (beber água). A primeira tende a aumentar até que se consiga o objetivo ou haja algum bloqueio. A segunda suprime a necessidade, ao menos temporariamente.

A teoria da motivação humana foi desenvolvida por Abraham Maslow justamente para tentar explicar as necessidades humanas segundo um modelo hierárquico (MASLOW, 1943, 1987). Os seguintes domínios pertencem ao modelo: necessidade fisiológica, necessidade de segurança, necessidade social ou de participação, necessidade de estima e por fim necessidade de autorrealização (figura 2).

Figura 2 - Hierarquia das necessidades segundo a teoria da motivação humana de Maslow

A necessidade fisiológica diz respeito às demandas básicas para subsistência, tais como respiração, fome, sede, sexo, sono, vestuário, homeostase e excreção. Trata-se da necessidade mais poderosa entre todas, ou seja, o indivíduo que tiver perdido tudo em sua vida certamente terá seu comportamento motivado exclusivamente por necessidades fisiológicas. Capacidades inúteis para satisfazer este propósito permanecerão dormentes ou ficarão ocultas até que esta necessidade esteja suprida (MASLOW, 1943, p. 373).

A necessidade de segurança significa estar livre de perigos, representando um senso de autopreservação, estabilidade e ordem social, seja no emprego, na área de saúde ou na propriedade. A busca por segurança pode ser demonstrada na preferência que temos por algo familiar e conhecido em detrimento de algo pouco familiar e desconhecido. Esta motivação se torna geralmente o mais intenso mobilizador em situações de emergências como em desastres naturais, guerras e acometimento por doenças crônicas e incapacitantes (MASLOW, 1943, p. 379).

Especificamente, a dor pode estar relacionada tanto à uma necessidade fisiológica como de segurança. Sua presença altera condições de homeostase reforçando a necessidade fisiológica e, ao mesmo tempo, provoca sensação de instabilidade do mundo reforçando o desejo de segurança.

A necessidade social ou de participação consiste no relacionamento social com

outras pessoas e inserção em grupos sociais específicos (por exemplo grupo da academia, grupo da escola de inglês, etc.).

Após a necessidade social, encontra-se a necessidade de estima que implica no reconhecimento por parte do grupo a que pertence determinada pessoa e da autoestima, englobando aspectos como confiança e respeito (valorização do indivíduo). A satisfação desta necessidade leva ao sentimento de autoconfiança, valia, força, capacidade e adequação (MASLOW, 1987). Vale ressaltar aquilo apontado por Hersey e Blanchard (1986):

... nem sempre as pessoas conseguem reconhecimento por meio de um comportamento maduro ou de adaptação. Às vezes isso é obtido por um comportamento perturbador ou por ações irresponsáveis. (p. 35)

Finalmente temos a necessidade de autorrealização, que é "a necessidade que as pessoas sentem de maximizar seu próprio potencial, seja ele qual for" (HERSEY e BLANCHARD, 1986, p. 35). Ou segundo o próprio Maslow: "o que um homem pode ser, deve sê-lo" (MASLOW, 1943, p. 382). Nesta etapa as diferenças individuais são maiores e variam enormemente de uma pessoa para outra a depender de sua área de interesse (MASLOW, 1943, p. 383).

Essa hierarquia acima descrita não se aplica a todos os casos, conforme frisado pelo próprio Maslow. Ainda, não existe a obrigatoriedade de suprir totalmente uma necessidade antes de se iniciar outra. As necessidades apresentam-se simultaneamente em graus variados de menor ou maior intensidade a depender da situação contextual e, justamente por isso, podem ser encontradas diferentes necessidades ao mesmo tempo em uma mesma pessoa. O que determinará provavelmente seu comportamento é justamente a necessidade que apresentar maior intensidade em determinado momento. Uma necessidade superior dominando as ações de uma pessoa poderá conduzir à privação de uma necessidade inferior básica por um tempo determinado, até que a pessoa reavalie conscientemente sua situação e mude sua forma de comportamento para suprir essa outra necessidade anteriormente negligenciada (MASLOW, 1987, p. 26-27), como nos casos em que a pessoa para conseguir melhores condições de trabalho (necessidade de segurança) opta por realizar greve de fome (supressão de necessidade fisiológica) e por fim volta a se alimentar pois a fome tornou-se o maior motivador de seu comportamento após certo tempo.

Deve ser levada em consideração também a influência de fatores ambientais sobre o comportamento da pessoa, porém raramente este é motivado exclusivamente por fatores ambientais, conforme observado por Maslow (1943):

A situação ou o campo em que o organismo reage deve ser levado em consideração, mas o campo sozinho raramente pode servir de explicação exclusiva ao comportamento. (p. 371)

Finalmente, a principal utilidade da teoria de Maslow é ser um instrumento para auxiliar na previsão do comportamento humano com maior ou menor probabilidade em determinada situação, conforme salientaram Hersey e Blanchard (1986). Vários outros determinantes além de seus desejos e necessidades podem influenciar o comportamento da pessoa - como ideais, valores, tolerância a frustrações, influências culturais e fatores situacionais -, mas a hierarquia das necessidades serve como um excelente guia de nossas motivações primordiais, na maioria das vezes inconscientes.

1.5 Objetivo

O objetivo desta dissertação é identificar se as necessidades humanas, como explicadas pela teoria de Maslow, das pessoas com deficiência estão sendo adequadamente avaliadas pelos instrumentos comumente utilizados como a MIF e a CIF.

2 METODOLOGIA

A metodologia aplicada no presente estudo foi a pesquisa qualitativa pelo uso da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory Method*). Na metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados inicialmente é feita a coleta de informações do meio, através de diversas fontes; os dados coletados são revisados buscando identificar padrões, que podem ser repetições de ideias, conceitos e elementos. A partir da identificação de padrões, é possível codificá-los e, então, agrupá-los em categorias. Por fim, estas categorias formarão a base de uma nova teoria. Trata-se de um processo dinâmico, circular, indutivo e dedutivo, onde conforme os dados são coletados, a teoria vai sendo formulada, revisada ou alterada. Não se busca desta forma aceitar ou rejeitar uma teoria, mas sim elaborar a base conceitual de uma teoria a partir da observação e coleta de dados existentes no meio.

Em nosso estudo, usamos esta metodologia para elaboração dos conceitos e hipóteses e, quando possível, os achados foram correlacionados com observações publicadas por outros autores. Para isso foi realizada uma revisão da literatura com a pesquisa de referencial teórico em diversas fontes, entre as quais constam revistas especializadas, livros técnicos e artigos publicados sobre o assunto, seja em língua inglesa ou portuguesa.

O PubMed foi selecionado como a principal fonte de pesquisa adotando-se as seguintes palavras-chave e mecanismo de busca:

- 1) ("Functional Independence Measure" OR "FIM") AND ("International Classification of Functioning, Disability and Health" OR "ICF");
- 2) ("Functional Independence Measure" OR "FIM") AND ("Maslow" OR "Hierarchy of Needs" OR "Theory of Human Motivation") e
- 3) ("International Classification of Functioning, Disability and Health" OR "ICF") AND ("Maslow" OR "Hierarchy of Needs" OR "Theory of Human Motivation").

Os critérios de seleção utilizados foram: artigos em língua portuguesa ou inglesa, relevância do resumo ("abstract") e relevância do artigo em relação ao tema da dissertação, isto é, estudos comparativos entre MIF, CIF e a teoria de Maslow. Não houve restrição de período na pesquisa, ou seja, foram pesquisados todos os artigos disponibilizados no Pubmed até a data de 07 de abril de 2014.

Até 07 de abril de 2014, foram encontrados: 29 artigos referentes ao item 1 (um) - dos quais foram selecionados 13 artigos após leitura dos resumos ("abstracts"), sendo que 12 artigos foram incluídos no texto final -; 28 artigos referentes ao item 2 (dois) - dos quais foram selecionados 8 artigos após leitura dos resumos ("abstracts"), sendo que 3 artigos foram incluídos no texto final -; e 163 artigos referentes ao item 3 (três) - dos quais foram selecionados 11 artigos após leitura dos resumos ("abstracts"), sendo que 8 foram incluídos no texto final. Três artigos selecionados na pesquisa do segundo item já estavam incluídos na pesquisa do primeiro item e, por isso, não foram contabilizados. Um artigo selecionado na pesquisa do terceiro item não foi incluído no texto final pois o artigo ainda estava em processo de publicação e portanto estava inacessível. Logo, no total foram incluídas 23 publicações em nossa revisão.

Em seguida foram selecionadas outras publicações com as quais o autor teve contato e que serviram de fundamentação teórica para as definições e conceituações dos tópicos. Neste grupo encontram-se: o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012) e a Convenção da ONU sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006) como embasamento teórico para questões pertinentes à deficiência; artigos e publicações da Medida de Independência Funcional (MIF) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que fundamentaram os respectivos capítulos sobre MIF e CIF; o artigo original escrito por Maslow (1943) e o livro publicado pelo mesmo autor (MASLOW, 1987) onde são elucidados os princípios da teoria da motivação humana; e o livro de Hersey e Blanchard (1986) onde são reforçados alguns conceitos da psicologia a respeito da teoria de Maslow.

Resumindo, um total de 37 publicações foram incluídas em nossa revisão para gerar os conceitos e hipóteses expostos abaixo (Figura 3).

A partir da revisão da literatura e utilizando-se do conceito das regras de ligação da CIF elaborado por Cieza et al. (2005) e do conceito das motivações do ser humano elaborados por Maslow (1943, p. 370-396 passim), os autores realizaram uma comparação própria entre a Medida de Independência Funcional (MIF), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a teoria da motivação humana de Maslow. Primeiramente comparou-se a pontuação da MIF com o qualificador da CIF. Então os códigos da CIF que correspondiam aos domínios da MIF foram identificados. E por fim, os domínios da MIF e os códigos da CIF foram correlacionados com as necessidades humanas de acordo com a teoria da motivação

humana de Maslow.

Figura 3 - Diagrama da seleção de artigos para revisão

3 RESULTADOS

Alguns trabalhos conseguiram com sucesso apresentar correlações entre a MIF e a CIF, demonstrando haver algumas regiões de intersecção entre ambos os instrumentos de avaliação. O local em que houve a maior equivalência entre os campos da CIF e itens da MIF foi no domínio de atividades e participação da CIF. Em segundo lugar está o domínio de funções do corpo. Em seguida temos fatores ambientais. Finalmente, temos estruturas do corpo sem correspondentes na MIF, ou seja, a MIF não contempla esses itens que aparecem na CIF (BATTAGLIA et al., 2004; GRILL et al., 2006; SCHEPERS et al., 2007; GOLJAR et al., 2011; LAXE et al., 2012; KOHLER et al., 2013). Todos os itens pertencentes à MIF têm equivalentes códigos na CIF; por outro lado nem todos os itens da CIF são contemplados na MIF, de onde se pode constatar a maior abrangência da CIF como instrumento de avaliação.

Durante o processo de reabilitação dos pacientes, Goljar et al. (2011) demonstraram que os domínios que tiveram maiores incrementos de códigos e/ou pontuação, representando melhorias da funcionalidade, em ordem decrescente foram: "atividades e participação" e "funções do corpo". O domínio "estruturas do corpo" não teve incremento algum. Já "fatores ambientais" apresentou acréscimo de dois itens facilitadores a saber: e115 (produtos e tecnologias para uso pessoal) e e355 (profissionais da saúde). Correlacionando com a MIF, os autores sugerem que a CIF é mais abrangente e permite uma maior uniformidade de linguagem entre diferentes profissionais de saúde - semelhante ao apontado por Laxe et al. (2012) -, porém exige um treinamento mais extensivo, possui maior dificuldade de aplicação e menor reprodutibilidade entre avaliadores diferentes.

Segundo Kohler et al. (2013), a confiabilidade interavaliador da MIF e das categorias relacionados às atividade de vida diárias da CIF são comparáveis. Já a confiabilidade intraavaliador mostrou-se maior na MIF quando comparado à CIF.

A teoria da motivação humana de Maslow por sua vez já foi usada para explicar o comportamento de pacientes em diversas condições de saúde distintas (MAJERCSIK, 2005; ZALENSKI e RASPA, 2006; SCHÖLZEL-DORENBOS et al., 2010; BAYOUMI, 2012). Porém não há relatos de seu uso em pessoas com deficiência.

Ainda, nenhum trabalho correlacionou a MIF ou a CIF com a teoria da motivação humana de Maslow.

Em um estudo qualitativo através *Focus Group* com pessoas com lesão medular ficou evidenciado que a maior parte das necessidades expressas pelos participantes podiam ser relacionadas com uma ou mais codificações da CIF. Na maior parte das vezes estas necessidades variavam de acordo com a cronicidade da deficiência, porém alguns problemas persistiam tanto na fase pós-aguda como na fase crônica, como funções do temperamento e da personalidade, funções emocionais, sensação de dor, funções de defecação, funções urinárias, funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários, manter a posição do corpo, deslocar-se e vestir-se (DUNN et al., 2009). Entretanto estas necessidades não representam aquelas descritas por Maslow.

3.1 Comparando a Medida de Independência Funcional (MIF) com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Avaliando-se o grau de comprometimento da independência, é possível traçar um comparativo entre os escores das duas ferramentas de avaliação (tabela 1). O escore 1 da MIF é equivalente ao qualificador xxx.4 da CIF, o escore 2 ao xxx.3, o escore 3 ao xxx.2, o escore 4 e 5 ao xxx.1, o escore 6 pode estar relacionado ao xxx.1 ou xxx.0 e, finalmente, o escore 7 é equivalente ao qualificador xxx.0. Exemplificando, pessoas que apresentem alguma incapacidade classificada como "problema completo" (xxx.4) pela CIF necessitarão de "assistência total" (escore 1) pela MIF neste mesmo domínio, assim como pessoas com "independência completa" (escore 7) pela MIF não devem apresentar problemas funcionais (xxx.0) no respectivo escopo de avaliação da CIF.

Tabela 1 - Correlação entre escore da MIF e qualificador da CIF

Escore da MIF	Qualificador da CIF
7	0
6	0 ou 1
5	1

(continua)

Tabela 1 - Correlação entre escore da MIF e qualificador da CIF

(conclusão)

Escore da MIF	Qualificador da CIF
4	1
3	2
2	3
1	4

Em nossa análise, observamos dados condizentes com os levantados pela literatura em relação à proporcionalidade dos domínios da CIF com maior correlação com a MIF. No total, foram identificados 14 códigos diferentes da CIF no domínio "funções do corpo", 36 no domínio "atividades e participação" e 9 no domínio "fatores ambientais". Conforme esperado, não foram identificados itens no domínio "estruturas do corpo" da CIF que apresentassem correlação com a MIF.

Salienta-se a maior quantidade de itens no domínio "fatores ambientais" que não haviam sido observados anteriormente por outros autores e que implicam em alteração no escore da MIF, permitindo às pessoas com deficiência apresentarem independência modificada, ou seja, escore 6 da MIF. Tais itens são: e1151 - produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária; e1201 - produtos e tecnologia de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos; e e1251 - produtos e tecnologia de assistência para comunicação. A mera utilização de algum equipamento auxiliar - e alheio ao paciente - para executar determinada atividade implica obrigatoriamente em um escore máximo de 6 pela MIF, ou seja, "independência modificada". Por implicarem em alterações do escore da MIF, tais itens foram incluídos em nossa análise. Ainda, itens como família imediata (e310), família ampliada (e315), amigos (e320), conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade (e325), cuidadores e assistentes pessoais (e340) e profissionais da saúde (e355) podem modificar o escore de independência e, portanto, se aplicam a todos os itens da MIF.

Outro código que optamos por acrescentar em quase todos os itens da MIF foi o b176 da CIF, que representa funções mentais de sequenciamento de movimentos complexos. Apraxias ideacionais, ideomotoras, oculomotora, da fala e do vestir representam problemas neste domínio e podem afetar sobremaneira a funcionalidade e os níveis de independência das pessoas.

Na tabela abaixo (tabela 2) há um resumo comparativo dos códigos

correspondentes da CIF aos itens pertencentes a MIF.

Tabela 2 - Correlação entre a MIF e a CIF (em todos os campos da MIF devem ser avaliados os itens e310, e315, e320, e325, e340 e e355); para maiores detalhes dos códigos da CIF utilizados, verificar

Anexo A

MIF	CIF	
A - alimentação	b176	d550
	b510	d560
B - higiene pessoal: cuidado de apresentação e aparência	b176	d520
	d5100	
C - banho - limpeza do corpo	b176	d510
D - vestir a metade superior do corpo	b176	d540
E - vestir a metade inferior do corpo	b176	d540
F - uso do vaso sanitário	b176	d530
G - controle da urina	b176	d5300
	b620	e1151
H - controle das fezes	b176	d5301
	b525	e1151
I - transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas	b176	d420
	d410	e1201
J - transferência: vaso sanitário	b176	d420
	d410	e1201
K - transferências: banheira ou chuveiros	b176	d420
	d410	e1201
L - locomoção	b176	d465
	d450	e1201
M - locomoção: escadas	b176	e1201
	d4551	
N - compreensão	b164	d310
	b1670	d315
	b1672	d320
	d115	d325
	d120	e1251

(continua)

Tabela 2 - Correlação entre a MIF e a CIF (em todos os campos da MIF devem ser avaliados os itens e310, e315, e320, e325, e340 e e355); para maiores detalhes dos códigos da CIF utilizados, verificar Anexo A

		(conclusão)	
MIF		CIF	
O - expressão		d166	
		b164	d330
		b1671	d335
		b1672	d340
		b176	d345
P - interação social		d170	e1251
		b122	d350
		b126	d355
		b147	d710
		b152	d720
Q - resolução de problemas		d240	
		b160	d177
		b164	d210
		b176	d220
		d175	d230
R - memória		b144	

3.2 Comparando a Medida de Independência Funcional (MIF) com a hierarquia das necessidades de Maslow

Por ser uma escala de execução de atividade e não de necessidade, a MIF representa mais o mecanismo de comportamento do que a medida motivacional. Os níveis das necessidades de Maslow portanto é que irão influenciar a forma de agir da pessoa. Logo, a MIF assume a característica de avaliar se a pessoa consegue executar a atividade (comportamento) direcionada para o objetivo específico. Por outro lado, o fato de se conseguir realizar determinada atividade, irá suprir uma demanda da pessoa e suprimir, ao menos temporariamente, sua necessidade.

Para que consiga suprir suas necessidades fisiológicas, uma pessoa deve ser

capaz de executar as seguintes atividades de acordo com a MIF: A - alimentação, B - higiene pessoal: cuidado de apresentação e aparência, C - banho - limpeza do corpo, D - vestir a metade superior do corpo, E - vestir a metade inferior do corpo, F - uso do vaso sanitário, G - controle da urina, H - controle das fezes.

Em relação as necessidades de segurança, temos os seguintes domínios da MIF como pré-requisitos: I - transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas, J - transferência: vaso sanitário, K - transferências: banheira ou chuveiros, L - locomoção, M - locomoção: escadas.

Nas áreas fisiológicas e de segurança a satisfação das motivações pode ser atingida tanto pela própria pessoa com deficiência (independência funcional) como por terceiros (dependência funcional); de uma forma ou de outra, a necessidade será suprida.

O fato de depender de auxílio de terceiros ou de dispositivos auxiliares quando existe incapacidade de executar determinada tarefa representa uma forte necessidade de segurança, exteriorizada pela busca de um protetor por parte do indivíduo com incapacidade. Em outras palavras, pontuações iniciais da MIF com escore 6 ou menos representam risco a segurança e uma necessidade parcial de segurança por parte da pessoa com deficiência; uma vez providenciado um dispositivo auxiliar, um cuidador ou um assistente pessoal, esta necessidade reduz de intensidade.

O quesito social tem alguns componentes que independem da funcionalidade do indivíduo propriamente dita e sofrem interação forte com fatores pessoais e ambientais. Os domínios cognitivos da MIF representam a condição básica porém não suficiente para suprir essa demanda, englobando os itens N - compreensão, O - expressão, P - interação social e Q - resolução de problemas.

Não existem itens específicos da MIF relacionados ao suprimento das necessidades de estima e autorrealização de uma pessoa. Portanto, estes campos são totalmente independentes de ações específicas pontuadas na MIF.

O quesito memória da MIF não se caracteriza como comportamento direcionado e motivado para um objetivo. A memória é uma característica cognitiva da pessoa que exerce influência direta nos demais domínios da MIF, e justamente por isso não é possível enquadrá-lo como esforço direcionado para suprir uma das necessidades humanas descritas por Maslow.

Por fim, a incapacidade funcional da pessoa com deficiência traz à tona diversas

necessidades humanas geralmente de forma simultânea, e a MIF representa os pré-requisitos funcionais para a execução das ações necessárias para suprir as necessidades de nível fisiológico, de segurança e parcialmente a social, entretanto a MIF não é capaz de monitorar o progresso em todas as necessidades, principalmente em alguns aspectos da área social e nas áreas de estima e de autorrealização.

Resumindo as observações feitas, temos 8 aspectos da MIF que correspondem à capacidade de execução das atividades demandadas pelas necessidades fisiológicas de Maslow, 5 aspectos da MIF que correspondem à capacidade de execução das atividades demandadas pelas necessidades de segurança de Maslow, 4 aspectos da MIF que correspondem à capacidade de execução das atividades demandadas pelas necessidades sociais de Maslow e nenhuma nos campos de estima e autorrealização. A tabela 3 fornece um panorama comparativo do exposto acima.

Tabela 3 - Correlação entre a teoria da motivação humana de Maslow e a MIF

MASLOW	MIF
Necessidades fisiológicas	A - alimentação B - higiene pessoal: cuidado de apresentação e aparência C - banho - limpeza do corpo D - vestir a metade superior do corpo E - vestir a metade inferior do corpo F - uso do vaso sanitário G - controle da urina H - controle das fezes
Necessidades de segurança	I - transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas J - transferência: vaso sanitário K - transferências: banheira ou chuveiros L - locomoção M - locomoção: escadas
Necessidades sociais	N - compreensão O - expressão P - interação social

(continua)

Tabela 3 - Correlação entre a teoria da motivação humana de Maslow e a MIF (conclusão)

MASLOW	MIF
	Q - resolução de problemas
Não se aplica	R - memória
Necessidades de estima	Não tem equivalente
Necessidade de autorrealização	Não tem equivalente

3.3 Comparando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) com a hierarquia das necessidades de Maslow

Uma vez identificadas as limitações da Medida de Independência Funcional (MIF) em avaliar se as necessidades humanas da pessoa com deficiência estão sendo supridas, torna-se necessário outro instrumento com este propósito. A CIF surge, neste contexto, como uma ferramenta alternativa para preencher esta lacuna. Ela aborda justamente aspectos não enfatizados pela MIF dentro das necessidades sociais, de estima e de autorrealização.

Sendo uma ferramenta de avaliação de função, atividade e participação dentro de um contexto pessoal e ambiental (conforme o modelo integrador da figura 1), a CIF permite identificar a capacidade do indivíduo em executar determinada atividade motivada pela necessidade a que se refere Maslow, explorar a influência de fatores pessoais e ambientais na consecução de tais objetivos e inferir quais necessidades estão mais exacerbadas em determinado momento e por conseguinte estariam motivando o comportamento da pessoa.

Interessante notar que existe uma codificação específica da CIF que diz respeito justamente à motivação para satisfazer as necessidades: b130 - funções de energia e de impulsos. Ao agir para suprir uma necessidade fisiológica de sede, por exemplo, um indivíduo estaria recorrendo a função b130 (função de energia e de impulsos) e suas subdivisões da CIF com o intuito de executar a atividade d560 (beber) da CIF, ou dito de outra forma, estaria utilizando a função de energia e de impulsos para direcionar seu comportamento para suprir uma necessidade de sede através da atividade de beber. Uma vez devidamente executada esta atividade (d560), sua necessidade (b130) diminui e por

consequente seu comportamento direcionado para ela também diminui.

Os domínios "atividades e participação" e "fatores ambientais" constituem-se no grande diferencial da CIF para a avaliação das necessidades atendidas ou não atendidas. Consequentemente, é de se esperar que as maiores correlações da CIF e da hierarquia das necessidades de Maslow se encontrem neste domínios. Em nossa análise identificamos a presença de 25 itens no domínio "funções do corpo", 54 no domínio "atividades e participação" e 41 no domínio "fatores ambientais". Conforme esperado, não foram identificados itens no domínio "estruturas do corpo" que impliquem em modificações das necessidades da pessoa, pelo menos não diretamente, mas é provável que por intermédio de mecanismos indiretos isto ocorra, seja através da alteração da função, atividade ou participação, seja devido a fatores ambientais ou pessoais.

Para suprir suas necessidades fisiológicas, além das atividades mencionadas na MIF e seus equivalentes da CIF (vide tabela 2 e 3), a pessoa deve também cumprir outras funções. De forma genérica, as funções de respiração, homeostase, sono, sexo e sensação de dor não são avaliadas e mensuradas pela MIF, porém são itens importantes das necessidades fisiológicas na hierarquia de Maslow.

Em relação às necessidades de segurança, além das atividades mencionadas na MIF e seus equivalentes da CIF (vide tabela 2 e 3), a pessoa deve cumprir funções e atividades que assegurem sua segurança na propriedade, no emprego e na saúde. A dor, como mencionado anteriormente, também pode acarretar insegurança. Ainda, devem ser englobados fatores ambientais que possam interferir na securidade da pessoa, como exposição a perigos ou desordens sociais.

Importante lembrar, conforme exposto previamente, que nas áreas fisiológicas e de segurança a satisfação das motivações pode ser suprida por terceiros e, com isso, a necessidade será reduzida ou eliminada. Por este motivo, os códigos da CIF e310, e315, e320, e325, e340 e e355 foram inseridos na avaliação destas áreas pois podem interferir diretamente na satisfação dessas necessidades, seja como facilitador seja como barreira. Neste sentido, é indiferente quem realiza a função, contanto que a motivação (necessidade) esteja satisfeita.

Itens concernentes à acessibilidade podem impactar de forma significativa a segurança do indivíduo e sua participação social. Neste caso, merecem destaques os seguintes itens da CIF: e150 - produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público; e155 - produtos e tecnologia usados em

projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso privado; e515 - serviços, sistemas e políticas de arquitetura e construção; e e520 - serviços, sistemas de políticas de planejamento de espaços abertos.

O código e350 também foi contemplado na necessidade de segurança e social pois pessoas com deficiência (sobretudo visual) podem utilizar animais domésticos como auxiliares para sua locomoção e consequente interação social.

Quanto às necessidades sociais, além das atividades mencionadas na MIF e seus equivalentes da CIF (vide tabela 2 e 3), a pessoa deve cumprir funções e atividades que garantam sua inserção e participação em grupos sociais de forma integral, como participar e interagir em aspectos da vida social (familiar e não familiar), comunitária, recreativa, religiosa, cívica e profissional. Ainda, uma rede de apoio e relacionamento e as atitudes das pessoas que compõem esta rede podem servir como facilitadores ou barreiras na meta almejada de participação social, contribuindo de forma decisiva na efetiva reintegração social da pessoa com deficiência. Por fim, conforme salientado previamente, qualquer deficiência pode resultar em isolamento social e prejuízo da interação e participação em grupos sociais, aumentando a necessidade social e reduzindo as demais necessidades consequentemente.

Para suprir as necessidades de estima é necessária a valorização do indivíduo por terceiros. Com base neste conceito, a necessidade de estima é uma extensão da necessidade social: não basta a pessoa participar de grupos sociais, é necessário ser reconhecida e valorizada pelos membros deste grupo. Neste contexto, os itens do capítulo 4 da CIF ("atitudes"), pertencentes ao domínio "fatores ambientais", exercem sobremaneira influência sobre as necessidades de estima. O *feedback* externo é primordial para suprir esta necessidade. Não existem entretanto elementos da CIF que diferenciem claramente a necessidade social da necessidade de estima, tornando esta avaliação mais subjetiva. Ainda, existe embutido no conceito de estima de Maslow outro conceito que é o da autoestima, que seria o autorreconhecimento e autovalorização de suas qualidades e potencialidades pelo próprio indivíduo com deficiência. Esta questão não é abordada pela CIF. Por fim, atitudes facilitadoras não necessariamente implicam em reconhecimento, mas barreiras atitudinais certamente implicam em falta de reconhecimento e barreira para suprir as necessidades de estima da pessoa com deficiência.

Não existe um código ou item específico da CIF que consiga englobar a ampla visão do que é autorrealização, o que torna este quesito mais subjetivo a interpretações pela própria pessoa com deficiência. Entretanto os itens dos capítulos 8 (áreas principais da vida) e 9 (vida comunitária, social e cívica) dentro da categoria "atividades e participação" da CIF podem ilustrar áreas onde a autorrealização da pessoa com deficiência são possíveis. Desta forma, é possível inferir a autorrealização através da superação das limitações representadas pelos códigos dos capítulos 8 e 9 de "atividades e participação" da CIF. Destaca-se também o item d940 da CIF, Direitos Humanos - com o enfoque ao direito a autodeterminação ou autonomia e o direito de controlar o próprio destino - como item primordial para a autorrealização.

Relembrando o que foi dito anteriormente, fatores ambientais podem influenciar o comportamento da pessoa, porém raramente este é motivado exclusivamente por fatores ambientais (MASLOW, 1943). Isto é particularmente válido quando observada a necessidade de autorrealização de Maslow. Aqui, o ambiente exerce pouco ou nenhuma influência sobre o comportamento, fato comprovado pela ausência de códigos da CIF no domínio "fatores ambientais" nesta área.

Na tabela abaixo (tabela 4) encontra-se um quadro completo dos códigos da CIF relacionados à teoria da motivação humana de Maslow.

Tabela 4 - Correlação entre a teoria da motivação humana de Maslow e a CIF; para maiores detalhes dos códigos da CIF utilizados, verificar Anexo A

MASLOW		CIF	
Necessidades de autorrealização	d810	d840	d920
	d815	d845	d930
	d820	d850	d940
	d825	d855	d950
	d830	d910	
Necessidades de estima	e310	e355	e440
	e315	e360	e445
	e320	e410	e450
	e325	e415	e455
	e330	e420	e460
	e335	e425	e465

(continua)

Tabela 4 - Correlação entre a teoria da motivação humana de Maslow e a CIF; para maiores detalhes dos códigos da CIF utilizados, verificar Anexo A

(continuação)

MASLOW	CIF		
Necessidades sociais	e340	e430	
	e345	e435	
	b122	d320	e310
	b126	d325	e315
	b147	d330	e320
	b152	d335	e325
	b160	d340	e330
	b164	d345	e335
	b1670	d350	e340
	b1671	d355	e345
	b1672	d710	e350
	b176	d720	e410
	d115	d730	e415
	d120	d740	e420
	d166	d750	e425
	d170	d760	e430
	d175	d770	e435
	d177	d910	e440
	d210	d920	e460
	d220	d930	e465
	d230	d950	e515
	d240	e1251	e520
	d310	e150	e555
	d315	e155	
Necessidades de segurança	b176	e1201	e355
	b280	e135	e515
	d240	e150	e520
	d410	e155	e525
	d420	e230	e530

(continua)

Tabela 4 - Correlação entre a teoria da motivação humana de Maslow e a CIF; para maiores detalhes dos códigos da CIF utilizados, verificar Anexo A

		(conclusão)	
MASLOW		CIF	
Necessidades fisiológicas	d450	e235	e545
	d4551	e310	e570
	d465	e315	e575
	d570	e320	e580
	d610	e325	e590
	d845	e340	
	d870	e350	
	b134	b540	d560
	b176	b545	d770
	b280	b550	e1151
	b410	b620	e310
	b415	b640	e315
	b420	b830	e320
	b430	d510	e325
	b440	d530	e340
	b510	d540	e355
	b525	d550	

4 DISCUSSÃO

Nenhum outro trabalho publicado previamente realizou esta comparação relacionando a Medida de Independência Funcional (MIF), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a teoria da motivação humana de Maslow.

Sumathipala et al. (2012) relatam em seu estudo que a maioria dos participantes com sequela crônica de acidente vascular encefálico (AVE) não esperavam ganhos adicionais de funcionalidade no longo prazo e aceitavam a recuperação funcional que tiveram; porém eles demandavam recursos psicossociais contínuos para ajudá-los no ajustamento da vida após o AVE, enfatizando a importância do contexto social como facilitador ou como barreira para a funcionalidade e a percepção das necessidades. As principais necessidades no longo prazo identificadas em pessoas com sequela de acidente vascular encefálico (AVE) foram relacionadas às atividades de vida diária, participação social, meios auxiliares para mobilidade, adaptações em casa, acomodação, acesso a apoio financeiro e benefícios, reabilitação, informação e transporte. A maneira como os diversos fatores contextuais/ambientais interagem moldou tanto a funcionalidade como a maneira como as necessidades eram percebidas pelos respondedores. Os maiores fatores facilitadores neste caso foram: apoio social, adaptações em casa, auxílio para mobilidade, acomodação e transporte. Já as barreiras ambientais identificadas foram: redução no apoio social, auxiliares de mobilidade inadequados, acomodações, atitudes negativas de outros, transporte, informação sobre benefícios e serviços comunitários, acesso a apoio financeiro.

Um indivíduo que apresenta alguma incapacidade funcional pode apresentar tendência para o isolamento social, prejudicando ainda mais sua interação com grupos de pessoas - no ambiente familiar, com amigos ou no ambiente de trabalho - e reforçando a necessidade social como a mais prevalente em determinado momento e consequentemente reduzindo as demais necessidades. O apoio de familiares imediatos (e310), família ampliada (e315) e/ou amigos (e320) foram identificados como os itens facilitadores mais significativos para pessoas com sequela de acidente vascular encefálico e de traumatismo crânio-encefálico (GOLJAR et al., 2010; SVESTKOVA et al., 2010; SUMATHIPALA et al., 2012) e como fatores correlacionados positivamente com uma melhor qualidade de vida em jovens com condições crônicas (MCDUGALL

et al., 2014). Este apoio social pode minimizar o impacto das incapacidades e mediar as necessidades no longo prazo.

Um aumento significativo da necessidade de estima pode ser proveniente da presença da deficiência - e por conseguinte da incapacidade - gerando sentimentos de inferioridade e de menos-valia na pessoa. A necessidade de estima pode ser suprida através do autorreconhecimento, quando a pessoa com deficiência toma consciência de sua incapacidade e consegue atingir seu potencial funcional, ou através do reconhecimento alheio, quando pessoas de seu convívio social - seja amigos, seja familiares - reconhecem o empenho realizado por ela e passam a respeitá-la. Neste sentido, a necessidade de estima é uma extensão da necessidade social: não basta fazer parte do grupo; tem que ser reconhecido e valorizado pelos seus membros. Uma maneira de se atingir reconhecimento é através do atingimento de metas realistas porém moderadamente difíceis. Vanetzian (1997) identifica a tendência para se atingir os objetivos estabelecidos como sendo o produto da motivação (necessidade interna), percepção da probabilidade de sucesso (expectativa de resultado) e incentivo para o sucesso (atratividade do sucesso), sendo que quanto maior a probabilidade de se atingir o sucesso menor será a sua atratividade e vice-versa. Assim, metas com níveis muito altos de dificuldade terão alta atratividade mas provavelmente causarão frustração pela baixa probabilidade de sucesso. Por outro lado metas com níveis muito baixos de dificuldade não serão atrativas, mesmo apresentando alta probabilidade de sucesso. Geralmente há necessidade de auxílio de terceiros na escolha das metas e de *feedback* externo em relação ao desempenho realizado.

Os jovens com condições crônicas de saúde mantêm o desejo de se desenvolver pessoalmente e de obter conquistas e são determinados a atingir objetivos orientados, o que reforça a importância de estabelecer metas em casa e na escola para jovens que estão em processo de reabilitação (MCDUGALL et al., 2014). Petersson et al. (2013) também recomendam que sejam definidas as prioridades e metas conjuntamente entre crianças e profissionais da saúde, com o viés do ponto de vista do paciente e suas necessidades, usando para isso instrumentos de autoavaliação de qualidade de vida. Ainda, o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012) reforça a necessidade de ativamente envolver pessoas com deficiência em decisões concernentes a política, legislação e serviços.

Entretanto as necessidades e desejos dos pacientes e familiares tendem a ser negligenciados e não são transpostos para os planos terapêuticos. Nijhuis et al. (2008a, 2008b) apontam a falta de concordância entre as necessidades (sob o ponto de vista da criança e dos pais) e os problemas (sob o ponto de vista da equipe terapêutica), e a falta de relação de ambos com as metas terapêuticas na reabilitação de crianças com paralisia cerebral; destes, a perspectiva da equipe terapêutica foi a que esteve mais integrada com as metas de reabilitação (em 46% dos casos). Corroboram para este achado aquilo observado por Jeglinsky et al. (2014). Neste estudo os autores apontaram que os planos terapêuticos de pacientes com paralisia cerebral abordavam apenas o status funcional da criança, e não as necessidades e desejos dos pacientes e familiares. Ainda, esta descrição funcional limitava-se a capacidade da criança em um ambiente artificial - ambiente hospitalar - e não em seu desempenho real no ambiente natural e cotidiano. Em relação à definição das metas, elas foram vagamente estabelecida ou descrita e na maior parte das vezes não estavam ligadas às dificuldades e necessidades das crianças. Por fim, a participação dos pais ou familiares nas reuniões de equipe multidisciplinar para discussão do plano de reabilitação foi ínfima. Sugere-se então o uso da CIF-CJ (versão adaptada da CIF para crianças e jovens) como um sistema auxiliar para identificação das necessidades da criança pelos familiares e profissionais de saúde, sendo que para que isto seja eficaz a criança precisa ser ouvida, os pais envolvidos no plano de reabilitação e as necessidades identificadas em colaboração. Após a identificação das necessidades da criança e da família, os pais e profissionais devem conjuntamente discutir e formular as metas direcionadas de reabilitação.

Em referência à autorrealização, vale lembrar o que Maslow disse: "o que um homem pode ser, deve sê-lo" (MASLOW, 1943, p. 382). Nesta fase a dependência de *feedback* externo e de reconhecimento alheio diminui e a pessoa não necessita que outros auxiliem na elaboração de metas e na avaliação de desempenho. O indivíduo é automotivado, é guiado por desafios próprios em áreas de seu interesse e se retroalimenta em relação ao seu desempenho. O indivíduo busca se desenvolver em áreas de seu próprio interesse dentro dos campos pessoal, social, laboral, cultural, esportivo, etc. Não basta participar das atividades relacionadas a vida profissional, comunitária, social e cívica, é necessário que o indivíduo se autorrealize nestas atividades e desenvolva sua plena capacidade. Este item, conforme salientado previamente, é extremamente subjetivo e aleatório, existindo diferenças gritantes das

necessidades de indivíduo para indivíduo. Alguns termos utilizados por outros autores na avaliação da autorrealização em diferentes condições de saúde são: transcendência, o crescimento dentro da doença e incapacidade, a jornada pessoal, liberdade e espiritualidade, aceitação da vida, viver de forma plena, aproveitar ao máximo as oportunidades, ser útil e significativo (ZALENSKI e RASPA, 2006; SCHÖLZEL-DORENBOS et al., 2010; BAYOUMI, 2012). Estes termos sintetizam bem a experiência da autorrealização para a pessoa com deficiência também.

Satisfazendo suas necessidades, espera-se que as pessoas apresentem uma melhor qualidade de vida. Em estudo com jovens com condições de saúde crônicas, aspectos funcionais, pessoais e ambientais foram todos significativamente relacionados à qualidade de vida do jovem. Foram identificados como fatores positivos para uma melhor qualidade de vida a produtividade escolar, a espiritualidade, o apoio social da família, a sensação de pertencer a escola, a sensação de segurança na escola e a dinâmica familiar - onde os membros são aceitos pelo que são e são aptos para tomar decisões para resolver problemas. Por outro lado, foram identificados como fatores correlacionados com pior qualidade de vida a presença de dor e/ou outros sintomas físicos - cefaléia, tontura, desconforto -, presença de sintomas emocionais, ansiedade social do jovem expressa pelo medo de preconceito e barreiras no ambiente domiciliar e comunitário (MCDUGALL et al., 2014).

Andelic et al. (2010) identificaram em pessoas com sequela de traumatismo crânio-encefálico (TCE) que quanto maior a restrição de participação em atividades da vida, maior foi o impacto sobre a qualidade de vida. No grupo estudado muitos apresentavam restrições à participação, sendo que quase metade relatava saúde física ruim e 1/3 (um terço) relatava saúde mental ruim. Os itens mais relevantes identificados pelas próprias pessoas com sequela de TCE para uma maior satisfação com a vida foram: melhor funcionamento físico, compreensão da saúde mental, participação no trabalho e apoio em atividades sociais e de lazer. Um dado interessante foi que a pior condição de saúde foi mais frequentemente relatada por pacientes com lesões mais leves, provavelmente devido a melhor percepção da condição de saúde e melhor memória para se lembrar dos problemas. Além disso, esses pacientes tendem a receber menos suporte dos serviços de reabilitação.

O Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012) frisa que pessoas com deficiência tem necessidades ordinárias e recomenda que estas necessidades sejam

atendidas através de programas e serviços regulares. Durante muitos anos o enfoque dos programas de reabilitação se concentraram em aspectos de mobilidade e funções corporais, negligenciando outros aspectos significativos para os pacientes como trabalho, recreação e relacionamentos. Este fato é demonstrado pela existência de diversos instrumentos de mensuração que contemplam áreas da mobilidade e funções corporais e poucos instrumentos de avaliação das demais áreas (SCHEPERS et al., 2007). Com a evolução dos conceitos de deficiência e incapacidade, a tendência é deslocar o enfoque da deficiência e funcionalidade - enfoque centrado na pessoa - para a influência de barreiras e facilitadores sobre a participação da pessoa com deficiência na sociedade - enfoque centrado na interação indivíduo-ambiente (SCHEPERS et al., 2007; MASALA e PETRETTO, 2008). Logo, a maneira como as pessoas com deficiência percebem suas necessidades varia dependendo do contexto e dos fatores ambientais (SUMATHIPALA et al., 2012).

Portanto, em um programa de reabilitação ideal, o planejamento terapêutico precisa ser feito de maneira holística levando-se em consideração tanto as necessidades e desejos dos pacientes e seus familiares como a avaliação da equipe multidisciplinar, com formulação de objetivos de reabilitação que sejam específicos, mensuráveis, realísticos, relevantes, atingíveis e planejados para acontecer em um intervalo de tempo pré-determinado, seja para a fase aguda seja para a fase crônica do tratamento (VANETZIAN, 1997; TURNER-STOKES et al., 2009; GOLJAR et al., 2010; SVESTKOVA et al., 2010; ANDELIC et al., 2010; JEGLINSKY et al., 2014).

Müller et al. (2011) descrevem que as metas de reabilitação mais comumente manifestadas por pacientes internados em hospital de doenças agudas, utilizando a CIF como embasamento, foram: andar (d450); sensação de dor (b280); serviços, sistemas e políticas de saúde (e580); recreação e lazer (d920); lavar-se (d510); cuidar dos objetos da casa (d650); e sensações associadas às funções cardiovasculares e respiratórias (b460). Cerca de 57% das metas gerais relatadas foram atingidas na alta hospitalar e houve uma correlação positiva entre o cumprimento das metas e a melhora funcional dos pacientes, ilustrando o que foi apresentado nos parágrafos anteriores.

Comparando nossos achados com os de Andelic et al. (2010), mencionados anteriormente, podemos esperar que quanto mais graves forem as incapacidades, menores serão as demandas por necessidades destas pessoas, ficando estas restritas muitas vezes às necessidades fisiológicas e de segurança. Estas pessoas raramente irão

atingir níveis de demandas superiores segundo a hierarquia das necessidades humanas. Por outro lado, quanto menos grave for a incapacidade, maiores serão as demandas por necessidades superiores e o não atingimento destes objetivos pode gerar sentimento de frustração e menor qualidade de vida. Nestes níveis superiores estão concentrados a maior parte dos itens relativos à atividade e participação e fatores ambientais.

Tendo sempre em mente a hierarquia das necessidades de Maslow, uma abordagem específica em cada etapa da reabilitação da pessoa com deficiência é necessária para que a pessoa consiga suprir suas necessidades básicas e transcender suas necessidades fisiológicas e de segurança rumo às necessidades sociais, de estima e de autorrealização.

Parece lógico que, durante o processo de planejamento da reabilitação, primeiramente se dê ênfase às necessidades fisiológicas da pessoa com deficiência, seguindo para necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidades de estima e por fim necessidades de autorrealização. Supridas as necessidades anteriores de forma adequada, pode-se progredir na pirâmide em busca de atender às necessidades mais elevadas. Qualquer fator que motive uma piora clínica ou funcional da pessoa deve ser seguida de uma reavaliação das necessidades atuais. Estes fatores podem estar relacionados a uma nova doença, uma recidiva de uma doença já tratada, uma progressão da doença atual, mudança no contexto ambiental, mudança nas políticas públicas, mudança de cuidadores, entre outros.

A equipe de reabilitação, a pessoa com deficiência, a família, os cuidadores e os assistentes pessoais devem trabalhar em conjunto almejando suprir as necessidades vigentes, reconhecendo que nem todos apresentarão as mesmas metas e necessidades, que as necessidades têm componentes cíclicos e que o comportamento humano habitualmente será motivado por sua necessidade consciente ou inconsciente e pela situação em que se encontra.

A MIF e a CIF são meios de avaliação que atendem as necessidades e angústias da equipe de reabilitação ao avaliar pessoas com deficiência, mas não representam na totalidade quais são as necessidades das pessoas com deficiência. Entretanto a MIF e a CIF podem auxiliar na avaliação desde que elas sejam usadas adequadamente e com plena ciência de suas restrições e limitações.

Para facilitar a aplicação dos conceitos apresentados neste estudo, propõe-se a utilização do modelo abaixo (figura 4) para identificação das necessidades atendidas

durante o planejamento de reabilitação, com enfoque principalmente nas necessidades dos pacientes e não nas necessidades da equipe de reabilitação. O objetivo é se deslocar da esquerda para a direita com o objetivo de atingir independência, ou seja, migrar de necessidades providas por terceiros para necessidades atendidas pela própria pessoa com deficiência; e se deslocar de cima para baixo, ou seja, das necessidades básicas para as necessidades mais complexas. Dentro de cada lacuna de necessidade, é possível colocar todos os códigos da CIF e MIF apresentados neste trabalho e apagá-los conforme forem sendo atingidos (método completo). Ou podemos simplesmente assinalar com um "X" o campo cuja necessidade foi atendida (método simples).

Necessidade	Atendida por terceiros	Atendida pela própria pessoa
Fisiológica		
Segurança		
Social		
Estima		
Autorrealização	Não se aplica	

Figura 4 - Modelo para identificar as necessidades atendidas durante o processo de reabilitação

A Medida de Independência Funcional (MIF) mostrou ser uma ferramenta eficaz para avaliação da capacidade de suprir as necessidades fisiológicas e de segurança, moderadamente eficaz para as necessidades sociais e ineficaz para as necessidades de estima e autorrealização.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), por outro lado, mostrou ser uma ferramenta mais abrangente e eficaz na avaliação da capacidade de suprir as diversas necessidades dos indivíduos com deficiência, apresentando com isso uma boa correlação com a hierarquia das necessidades de Maslow. Interessante notar a alta prevalência de itens da CIF no domínio "fatores ambientais" correlacionados às necessidades de Maslow, o que comprova e valida o modelo integrador da funcionalidade humana (figura 1).

Apesar das vantagens observadas, a CIF exige um maior empenho de esforço e tempo para adequadamente se avaliar as necessidades da pessoa com deficiência, tendo em vista sua complexidade e abrangência. Além disso, manteve-se a subjetividade principalmente na avaliação da necessidade mais elevada de autorrealização e, em

menor grau, da necessidade de estima.

Desta forma, a CIF consegue avaliar de forma mais integral se as necessidades humanas da pessoa com deficiência podem e estão sendo supridas e, por isso, pode ser utilizada para monitorar a evolução da capacidade de atender às necessidades da pessoa com deficiência, traçar metas de reabilitação para suprir essas necessidades e fomentar intervenções ambientais e pessoais que possam interferir positivamente nas necessidades. Ou seja, recomenda-se o uso da CIF para avaliação das necessidades das pessoas com deficiência com foco na hierarquia das necessidades descritas por Maslow.

5 CONCLUSÕES

Certamente o processo de reabilitação será bem sucedido se tentarmos entender quais são as necessidades da pessoa com deficiência, aquelas explícitas e também as subconscientes, e traçarmos planos e metas de reabilitação consistentes com elas. Se o sucesso não for alcançado, é necessário rever se as necessidades foram bem avaliadas e correspondiam à realidade e se o plano de reabilitação estava adequado. Se necessário, deve-se realizar as alterações pertinentes, seja na avaliação, seja na confecção e execução do plano de reabilitação. Tudo para atingir o objetivo primordial da reabilitação: satisfazer as demandas e necessidades de nossos pacientes.

Nesta dissertação apresentamos os meios de aprimorar a percepção das necessidades das pessoas com deficiência. Através da utilização de ferramentas já existentes, como a MIF e a CIF, e dessa nova abordagem proposta no presente estudo, poderemos atender melhor às necessidades das pessoas com deficiência a depender do nível em que ela se encontra.

6 LIMITAÇÕES

O objetivo deste estudo foi elaborar um novo modelo conceitual de avaliação das necessidades da pessoa com deficiência a partir de instrumentos familiares, a saber MIF, CIF e teoria da motivação humana de Maslow. Por ser um estudo conceitual, fundamentado na opinião de especialistas e na revisão da literatura, ele buscou apresentar possibilidades, alternativas e limitações do uso da MIF e da CIF na avaliação mais abrangente das necessidades das pessoas com deficiência. Ainda, fundamentou-se na inferência de que uma vez que a pessoa consiga realizar determinada atividade (avaliada pela MIF e CIF), isto irá suprir uma demanda dela e suprimir, ao menos temporariamente, sua necessidade. Toda a metodologia foi baseada na Teoria Fundamentada nos Dados. Não foram levados em consideração aspectos como confiabilidade interavaliador e confiabilidade intraavaliador nas comparações realizadas pelos autores. Também não foi realizada aplicação dos conceitos aqui expostos em voluntários. A aplicação em pacientes poderá refinar nossa análise e permitir a exclusão ou inclusão de novos itens da MIF e/ou da CIF em cada necessidade humana de Maslow.

ANEXO A - Códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) citados no texto

b122 - Funções psicossociais globais
b126 - Funções do temperamento e da personalidade
b134 - Funções do sono
b144 - Funções da memória
b147 - Funções psicomotoras
b152 - Funções emocionais
b160 - Funções do pensamento
b164 - Funções cognitivas superiores
b1670 - Recepção da linguagem
b1671 - Expressão da linguagem
b1672 - Funções integradoras da linguagem
b176 - Funções mentais de sequenciamento de movimentos complexos
b280 - Sensação de dor
b410 - Funções do coração
b415 - Funções dos vasos sanguíneos
b420 - Funções da pressão sanguínea
b430 - Funções do sistema hematológico
b440 - Funções respiratórias
b510 - Funções de ingestão
b525 - Funções de defecação
b540 - Funções metabólicas gerais
b545 - Funções de equilíbrio hídrico, mineral e eletrolítico
b550 - Funções termorreguladoras
b620 - Funções urinárias
b640 - Funções sexuais
b830 - Outras funções da pele
d110 - Observar
d115 - Ouvir
d120 - Outras percepções sensoriais intencionais
d130 - Imitar
d135 - Ensaiar
d140 - Aprender a ler
d145 - Aprender a escrever
d150 - Aprender a calcular
d155 - Aquisição de habilidades

d160 - Concentrar a atenção

d163 - Pensar

d166 - Ler

d170 - Escrever

d172 - Calcular

d175 - Resolver problemas

d177 - Tomar decisões

d210 - Realizar uma única tarefa

d220 - Realizar tarefas múltiplas

d230 - Realizar a rotina diária

d240 - Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas

d310 - Comunicação - recepção de mensagens orais

d315 - Comunicação - recepção de mensagens não verbais

d320 - Comunicação - recepção de mensagens na linguagem de sinais convencionais

d325 - Comunicação - recepção de mensagens escritas

d330 - Fala

d335 - Produção de mensagens não verbais

d340 - Produção de mensagens na linguagem formal dos sinais

d345 - Escrever mensagens

d350 - Conversação

d355 - Discussão

d360 - Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação

d410 - Mudar a posição básica do corpo

d415 - Manter a posição do corpo

d420 - Transferir a própria posição

d430 - Levantar e carregar objetos

d435 - Mover objetos com as extremidades inferiores

d440 - Uso fino da mão

d445 - Uso da mão e do braço

d450 - Andar

d455 - Deslocar-se

d4551 - Subir

d460 - Deslocar-se por diferentes locais

d465 - Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento

d470 - Utilização de transporte

d475 - Dirigir

d480 - Montar animais para transporte

d510 - Lavar-se

d5100 - Lavar partes do corpo

d520 - Cuidado das partes do corpo

d530 - Cuidados relacionados aos processos de excreção
d5300 - Regulação da micção
d5301 - Regulação da defecação
d540 - Vestir-se
d550 - Comer
d560 - Beber
d570 - Cuidar da própria saúde
d610 - Aquisição de um lugar para morar
d620 - Aquisição de bens e serviços
d630 - Preparação de refeições
d640 - Realização das tarefas domésticas
d650 - Cuidar dos objetos da casa
d660 - Ajudar os outros
d710 - Interações interpessoais básicas
d720 - Interações interpessoais complexas
d730 - Relações com estranhos
d740 - Relações formais
d750 - Relações sociais informais
d760 - Relações familiares
d770 - Relações íntimas
d810 - Educação informal
d815 - Educação infantil
d820 - Educação escolar
d825 - Educação profissional
d830 - Educação superior
d840 - Estágio (preparação para o trabalho)
d845 - Conseguir, manter e sair de um emprego
d850 - Trabalho remunerado
d855 - Trabalho não remunerado
d860 - Transações econômicas básicas
d865 - Transações econômicas complexas
d870 - Auto-suficiência econômica
d910 - Vida comunitária
d920 - Recreação e lazer
d930 - Religião e espiritualidade
d940 - Direitos Humanos
d950 - Vida política e cidadania
e1151 - Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos
e1201 - Produtos e tecnologia de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos

e1251 - Produtos e tecnologia de assistência para comunicação

e135 - Produtos e tecnologia para o trabalho

e150 - Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público

e155 - Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios de uso privado

e230 - Desastres naturais

e235 - Desastres causados pelo homem

e310 - Família imediata

e315 - Família ampliada

e320 - Amigos

e325 - Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade

e330 - Pessoas em posição de autoridade

e335 - Pessoas em posição subordinada

e340 - Cuidadores e assistentes pessoais

e345 - Estranhos

e350 - Animais domésticos

e355 - Profissionais da saúde

e360 - Outros profissionais

e410 - Atitudes individuais de membros da família imediata

e415 - Atitudes individuais de membros da família ampliada

e420 - Atitudes individuais dos amigos

e425 - Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade

e430 - Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade

e435 - Atitudes individuais das pessoas em posições subordinadas

e440 - Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais

e445 - Atitudes individuais de estranhos

e450 - Atitudes individuais dos profissionais da saúde

e455 - Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde

e460 - Atitudes sociais

e465 - Normas, práticas e ideologias sociais

e515 - Serviços, sistemas e políticas de arquitetura e construção

e520 - Serviços, sistemas e políticas de planejamento de espaços abertos

e525 - Serviços, sistemas e políticas de habitação

e530 - Serviços, sistemas e políticas dos serviços públicos

e545 - Serviços, sistemas e políticas de transporte

e555 - Serviços, sistemas e políticas de associações e organizações

e570 - Serviços, sistemas e políticas da previdência social

e575 - Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral

e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde

e590 - Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andelic N, Sigurdardottir S, Schanke AK, Sandvik L, Sveen U, Roe C. Disability, physical health and mental health 1 year after traumatic brain injury. *Disabil Rehabil*. 2010; 32(13):1122-31. Erratum in: *Disabil Rehabil* 2010; 32(13):1131.
- Battaglia M, Russo E, Bolla A, Chiusso A, Bertelli S, Pellegri A, Borri G, Martinuzzi A. International Classification of Functioning, Disability and Health in a cohort of children with cognitive, motor, and complex disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2004; 46(2):98-106.
- Battistella LR, Brito CNM. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica*. 2002; 9(2):98-101.
- Bayoumi M. Identification of the needs of haemodialysis patients using the concept of Maslow's hierarchy of needs. *Journal of Renal Care*. 2012; 38(1):43-49.
- Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2003.
- Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanisek N, Üstün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*. 2005; 37:212-218.
- Dunn J, Sinnott KA, Nunnerley J, Scheuringer M. Utilisation of patient perspective to validate clinical measures of outcome following spinal cord injury. *Disabil Rehabil*. 2009; 31(12):967-75.
- Farin E, Fleitz A, Frey C. Psychometric properties of an International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)-oriented, adaptative questionnaire for the assessment of mobility, self-care and domestic life. *J Rehabil Med*. 2007; 39:537-546.
- Goljar N, Burger H, Vidmar G, Leonardi M, Marincek C. Measuring patterns of disability using the International Classification of Functioning, Disability and Health in the post-acute stroke rehabilitation setting. *J Rehabil Med*. 2011;43: 590-601.
- Goljar N, Burger H, Vidmar G, Marincek C, Krizaj J, Chatterji S, Raggi A, Leonardi M, Bickenbach JE. Functioning and disability in stroke. *Disabil Rehabil*. 2010; 32 Suppl 1:S50-8.
- Grill E, Stucki G, Scheuringer M, Melvin J. Validation of International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Sets for early postacute rehabilitation facilities: comparisons with three other functional measures. *Am J Phys Med Rehabil*. 2006; 85(8):640-9.
- Hersey P, Blanchard KH. *Psicologia para Administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. 4a Edição. 14a reimpressão. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda. (E.P.U.). 1986.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico - 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 24 de fevereiro de 2013.
- Jeglinsky I, Carlberg E B, Autti-Rämö I. How are actual needs recognized in the content and goals of written rehabilitation plans? *Disabil Rehabil*. 2014; 36(6):441-51.
- Kohler F, Connolly C, Sakaria A, Stendara K, Buhagiar M, Mojaddidi M. Can the ICF be used as a rehabilitation outcome measure? A study looking at the inter- and intra-rater reliability of ICF categories derived from an ADL assessment tool. *J Rehabil Med*. 2013; 45(9):881-7.
- Laxe S, Tschiesner U, Zasler N, López-Blazquez R, Tormos JM, Bernabeu M. What domains of the International Classification of Functioning, Disability and Health are covered by the most commonly

used measurement instruments in traumatic brain injury research? *Clin Neurol Neurosurg.* 2012; 114(6):645-50.

Majercsik E. Hierarchy of Needs of Geriatric Patients. *Gerontology.* 2005; 51:170–173.

Masala C, Petretto DR. From disablement to enablement: conceptual models of disability in the 20th century. *Disabil Rehabil.* 2008; 30(17):1233-44.

Maslow AH. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review.* 1943; 50:370-396.

Maslow AH. *Motivation and Personality.* 3a Edição. Editora Harper & Row Publishers Inc. 1987.

McDougall J, Wright V, Dewit D, Miller L. ICF-based functional components and contextual factors as correlates of perceived quality of life for youth with chronic conditions. *Disabil Rehabil.* 2014. [Epub ahead of print]

Movsas SB, Chang VT, Tunkel RS, Shah VV, Ryan LS, Millis SR. Rehabilitation needs of an inpatient medical oncology unit. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003; 84(11):1642-6.

Müller M, Strobl R, Grill E. Goals of patients with rehabilitation needs in acute hospitals: goal achievement is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med.* 2011; 43(2):145-50.

Nijhuis BJ, Reinders-Messelink HA, de Blécourt AC, Boonstra AM, Calamé EH, Groothoff JW, Nakken H, Postema K. Goal setting in Dutch paediatric rehabilitation. Are the needs and principal problems of children with cerebral palsy integrated into their rehabilitation goals? *Clin Rehabil.* 2008; 22(4):348-63.

Nijhuis BJ, Reinders-Messelink HA, de Blécourt AC, Ties JG, Boonstra AM, Groothoff JW, Nakken H, Postema K. Needs, problems and rehabilitation goals of young children with cerebral palsy as formulated in the rehabilitation activities profile for children. *J Rehabil Med.* 2008; 40(5):347-54.

Oczkowski WJ, Barreca S. The functional independence measure: its use to identify rehabilitation needs in stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil.* 1993; 74(12):1291-4.

Petersson C, Simeonsson RJ, Enskar K, Huus K. Comparing children's self-report instruments for health-related quality of life using the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). *Health Qual Life Outcomes.* 2013; 11:75.

Riberto M, Myazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica.* 2001; 8(1):45-52.

Schepers VP, Ketelaar M, van de Port IG, Visser-Meily JM, Lindeman E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil.* 2007; 29(3):221-30.

Schölzel-Dorenbos CJM, Meeuwse EJ, Rikkert MGMO. Integrating unmet needs into dementia health-related quality of life research and care: Introduction of the Hierarchy Model of Needs in Dementia. *Aging & Mental Health.* 2010; 14(1):113-119.

SEDPcD. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPcD. 2012.

Sumathipala K, Radcliffe E, Sadler E, Wolfe CD, McKevitt C. Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Chronic Illn.* 2012; 8(1):31-44.

Svestkova O, Angerova Y, Sladkova P, Bickenbach JE, Raggi A. Functioning and disability in traumatic brain injury. *Disabil Rehabil.* 2010; 32 Suppl 1:S68-77.

Turner-Stokes L, Williams H, Johnson J. Goal attainment scaling: does it provide added value as a person-centred measure for evaluation of outcome in neurorehabilitation following acquired brain injury? *J Rehabil Med*. 2009; 41(7):528-35.

United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva: United Nations. 2006.

Vanetzian E. Learning readiness for patient teaching in stroke rehabilitation. *J Adv Nurs*. 1997; 26(3):589-94.

Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. *Journal of Palliative Medicine*. 2006; 9(5):1120-1127.