**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**A Classificação Internacional de Funcionalidade,
Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma
revisão bibliográfica**

Eduardo Santana de Araujo

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.**

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientação: Prof^a Dr^a Cássia M. Buchalla.

**São Paulo
2008**

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica

Eduardo Santana de Araujo

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.**

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientação: Prof^a Dr^a Cássia M. Buchalla.

**São Paulo
2008**

A reprodução total ou parcial deste documento é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Dissertação dedicada à minha esposa, Tatiana, ao meu filho, Alex, aos meus próximos filhos e à minha mãe, Benildes.

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos pelo acolhimento, incentivo, atenção e orientação da Prof^a. Dr^a. Cássia M. Buchalla.

Agradeço pela paciência, incentivo, colaboração, opiniões, sugestões, leitura e luz de minha esposa, Tatiana.

Sinceros agradecimentos à minha mãe, Benildes, e ao meu filho, Alex, pelos exemplos, reflexões e contribuições para este trabalho.

RESUMO

Araujo, ES. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica.** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

Introdução: Verifica a utilização da CIF em Fisioterapia. **Objetivo.** Realizar uma revisão dos trabalhos publicados sobre as formas de uso da CIF em Fisioterapia.

Método. Revisão sistemática de artigos publicados em revistas indexadas que tratam sobre o panorama atual da utilização da CIF na prática da Fisioterapia. Entre os artigos selecionados, a CIF é objeto de estudo e sua aplicabilidade em Fisioterapia é testada pelos pesquisadores. **Resultados.** 155 artigos foram levantados nas bases de dados pesquisadas. Destes, 13,5% preenchiam os critérios de inclusão. Dentre os excluídos, 80,6% eram artigos informativos sobre a CIF, 14,9% eram sobre aplicação em outras áreas e em 4,5%, a CIF não era objeto de estudo. 18 artigos foram selecionados, 1 estudo de corte seccional, 4 estudos de caso, 5 revisões bibliográficas e 8 consensos para criação de regras de relacionamento entre as medidas funcionais existentes e a CIF.

Conclusões. A análise dos artigos permitiu mostrar a tendência de uso parcial da classificação. Apesar da dificuldade que os profissionais encontram em utilizá-la, a CIF é vista como uma saída para a resolução de um problema em Fisioterapia: a unificação da linguagem. A CIF, como classificação ou como modelo, tende a servir de base para a estruturação dos serviços de Fisioterapia tanto como guia para a prática do processo de reabilitação como para formação de um sistema de informação.

Descritores: CIF, fisioterapia (especialidade), reabilitação, funcionalidade, incapacidade.

ABSTRACT

Araujo, ES. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica.** /The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical Therapy: a literature review [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.

Introduction. Verify Physical Therapy uses of ICF. **Objective.** The main objective of this paper is to make a literature review about ICF use in Physical Therapy practice and to show how the ICF has been used by the physical therapists. **Method.** Literature review of published index journals papers about using of the ICF in Physical Therapy practice. Among the selected papers, ICF is the study object and its use is tested by researchers. **Results.** 155 papers were found at data basis. Among these, 13,5% got the inclusion criterious. Among the excluded, 80,6% were informative papers about ICF, 14,9% were about ICF applications in others professionals areas and at 4,5%, the ICF was not the studied object. 18 papers were selected, 1 seccional cut, 4 cases studies, 5 literatures reviews and 8 consensus to create linking rules for functioning measures to ICF. **Conclusions.** The selected group of papers shows there is a tendence for parcial use of ICF with summary lists of codes. Although ICF is complex and difficult to use, it is a useful tool for a common language to physical therapists. The ICF, as a classification or as a model, seems to become the base for Physical Therapy services like a way to indicate clinical decisions and to compose an information data system.

Descriptors: ICF, Physical Therapy (Specialty), rehabilitation, functioning, disability.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	09
1.1	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF	09
1.2	FISIOTERAPIA: SEU DESENVOLVIMENTO NO BRASIL E A APLICABILIDADE DA CIF NA ÁREA DE ATUAÇÃO	20
1.3	INFLUÊNCIA DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO DESENVOLVIMENTO DA FISIOTERAPIA E NA CRIAÇÃO DA CIF	24
2	OBJETIVOS	30
2.1	OBJETIVO GERAL	30
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3	MÉTODOS	31
3.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	33
3.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	34
3.3	BASES DE DADOS	34
3.4	RECRUTAMENTO DE ARTIGOS E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	35
4	RESULTADOS	36
5	DISCUSSÃO	74
5.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
6	CONCLUSÕES	90
7	REFERÊNCIAS	91
ANEXOS		
	Anexo 1 – Edição nº 127 de 05/07/2005 do Ministério da Saúde	95
	Anexo 2 – Diretrizes Curriculares do Curso Superior de Fisioterapia	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF. OMS (2001)	11
Figura 2 – Número de artigos publicados no mundo, segundo ano de publicação	38
Figura 3 – Interação entre os componentes da CIF. OMS (2001), adaptado pelo autor	82

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Distribuição dos artigos selecionados segundo metodologia nos grupos CIF-F e CIF-R	37
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceituações e terminologias dos componentes da CIF	13
Quadro 2 – Estudos selecionados para esta revisão segundo autor, título, local da pesquisa, objetivos, metodologia, resultados e conclusão do autor - Grupo CIF-F	40
Quadro 3 – Estudos selecionados para esta revisão segundo autor, título, local da pesquisa, objetivos, metodologia, resultados e conclusão do autor - Grupo CIF-R	47
Quadro 4 – Estudos excluídos	58
Quadro 5 – Perdas	73

1- INTRODUÇÃO

1.1 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE - CIF

Ao longo dos últimos anos, alguns modelos de classificação de incapacidades foram propostos a fim de nortear as discussões e as pesquisas sobre funcionalidade e incapacidade. Foi baseada no modelo de Saad Nagi que a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, para fins de pesquisa, a primeira classificação, chamada *International Classification of Impairments, Disabilities and Handcaps (ICIDH)* em 1976 (SAMPAIO²⁹, 2005).

A *ICIDH* foi traduzida em Portugal e ficou conhecida no Brasil como “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID)”, que propunha uma sequência em que as alterações funcionais ocorriam devido a uma determinada doença, ou seja, um modelo de causalidade linear.

A palavra “deficiência” foi conceituada como anormalidade de órgãos, sistemas ou estruturas do corpo. O termo “incapacidade” foi definido como resultado da deficiência no desempenho funcional. “Desvantagem” referia-se à adaptação do indivíduo ao meio, considerando suas deficiências e incapacidades.

Em 1993, a *ICIDH* sofreu uma revisão, sendo lançada a *ICIDH-2* (BUCHALLA³, 2003). Após alguns anos, a OMS usou a experiência e as dificuldades dos locais que vinham aplicando a *ICIDH-2* para elaborar duas versões para novos testes: a *ICIDH-2* alfa, e depois, a *ICIDH-2* beta. Estas foram testadas em dezenas de países e os resultados foram apresentados em

novembro de 2000, em Madrid, Espanha.

Antes da versão beta, alguns pontos negativos foram apontados, como a falta de abordagem dos aspectos sociais e ambientais e a falta de relação entre as dimensões da classificação. Um indivíduo pode ter alguma incapacidade, mesmo que esta não seja decorrente de doença alguma, além de que o ambiente pode influenciar positiva ou negativamente na função corporal, na participação social e nas atividades cotidianas.

No total, desde os primeiros estudos, foram 25 anos de pesquisa e, após todos os testes, a Assembléia Mundial de Saúde aprovou a atual “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)”, no ano de 2001. O modelo que anteriormente descrevia, como uma seqüência linear, as condições decorrentes das doenças, proposto pela *ICIDH*, foi alterado para um modelo multidirecional. A Figura 1 apresenta o esquema onde as condições funcionais do indivíduo dependem não só da doença, mas também do meio ambiente físico e social, das diferentes percepções

culturais e atitudes em relação à deficiência, da disponibilidade de serviços e da legislação (FARIAS¹², 2005).

A 54ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde foi em maio de 2001, quando houve a aprovação deste novo modelo. O uso da nova versão da classificação foi recomendado para os países membros através da resolução WHA54.21.

Após sua aprovação na Assembléia Mundial de Saúde, a CIF passou a fazer parte da chamada família de classificações internacionais da Organização Mundial de Saúde. A OMS também avalia e seleciona classificações de outras organizações que as submetem para fazer parte da família. A CIF, na direção inversa, foi construída pela própria OMS e submetida à avaliação e aprovação pelos países membros.

Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF.

Adaptação: OMS (2001).

As classificações das áreas da saúde facilitam o levantamento, a consolidação, a análise e interpretação de dados, a formação de bases nacionais consistentes e permitem

a comparação de informações de saúde sobre populações ao longo do tempo entre regiões e países (FARIAS¹², 2005).

Uma das principais diferenças entre a *ICIDH*, que não fazia parte da família de classificações, e a CIF, é a inserção do novo modelo, reflexo de uma abordagem que prioriza a funcionalidade como componente da saúde e considera o ambiente como um facilitador ou como uma barreira para o desempenho das funções e tarefas. Este modelo propõe outro paradigma, que consiste em uma abordagem mais ampla, biopsicossocial, onde a funcionalidade é vista como um componente da saúde. O ponto mais importante é o fato de considerar a incapacidade como resultado de um conjunto de situações e condições que incluem o ambiente, as condições de vida e as condições pessoais. Assim, o modelo de classificação de funcionalidade e incapacidade deixa de ver o indivíduo como uma pessoa com certa deficiência, mesmo que temporária, e dá ênfase a todos os componentes que favorecem e dificultam a execução das suas funções, tanto biológicas quanto sociais. Isto reflete a mudança da visão baseada na doença para a visão baseada na funcionalidade como componente essencial da saúde (NORDENFELT²⁰, 2003).

Dentro deste contexto, a saúde é vista como um recurso para a vida, enfatizando os recursos sociais, pessoais e a capacidade física. Esta é a multidirecionalidade do modelo da CIF, em que os fatores ambientais, sociais e pessoais não são menos importantes que a presença de doença na determinação da função, da atividade e da participação. Com isso, a CIF e seu modelo ganham grande importância epidemiológica, já que o fator social é determinante para o nível de saúde de uma população. Além da

área da saúde, outras áreas podem se beneficiar com seu uso, como assistência social e advocacia.

Na CIF, o termo “funcionalidade” é explorado em seu aspecto positivo, embora a classificação permita que se avaliem os graus de perda funcional. Tendo em vista as funções dos órgãos e sistemas, as estruturas do corpo, as limitações da atividade e de participação e as condições ambientais, a CIF identifica o que um indivíduo consegue fazer em sua vida cotidiana. Outro dos principais objetivos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é fornecer uma linguagem comum e padronizada para descrição da saúde e dos estados relacionados. Este sistema codificado pode permitir a comparação de dados entre serviços, setores de atenção à saúde, acompanhamento da evolução, diferenças entre estados, regiões, países e continentes.

Conforme a estrutura da CIF, a “incapacidade” é resultante da interação de vários fatores, entre eles: a disfunção, a limitação das atividades, a limitação da participação social e dos fatores ambientais.

As definições dos termos usados da CIF podem ser visualizadas no quadro 1.

Quadro 1 – Conceituações e terminologias dos componentes da CIF.

COMPONENTE	FUNÇÕES DO	ATIVIDADES	PARTICIPAÇÃO	FATORES
	CORPO /			AMBIENTAIS
	ESTRUTURAS DO			
	CORPO.			

DEFINIÇÃO O	São as funções fisiológicas dos sistemas do corpo / São as partes anatômicas do corpo.	Execução de tarefas realizadas no dia-a-dia de um indivíduo	É o envolvimento numa situação da vida social.	Compreende os fatores externos do meio ambiente onde a pessoa vive.
ASPECTO POSITIVO (funcionalidade)	Integridade funcional e estrutural	Atividade.	Participação.	Facilitadores.
ASPECTO NEGATIVO (incapacidade)	Deficiência.	Limitação da atividade	Restrição da participação.	Barreiras.

Fonte: adaptada de: (1) WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health– ICF. Geneva, 2002 e (2) OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP, 2003.

A CIF assume uma posição neutra em relação à etiologia, diferente da CID-10, de modo que os usuários podem desenvolver inferências causais utilizando métodos e técnicas adequados (OMS²², 2003). De qualquer modo, a funcionalidade e a incapacidade podem estar associadas às doenças ou também serem decorrentes delas. Portanto, apesar de ser totalmente possível o uso das classificações independentemente, a CIF e a CID-10 são complementares (OMS²², 2003). O uso das duas classificações

pode refletir em informações mais detalhadas e completas sobre o estado de saúde da população.

A estrutura da CIF é organizada em duas partes. A primeira parte é formada pelos códigos referentes a Funções, Estruturas e Atividades e Participação. A segunda parte é formada pelos códigos que representam os Fatores Ambientais:

1. Funções:

- Mentais;
- Sensoriais e dor;
- Voz e fala;
- Sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório;
- Sistema digestivo, metabólico e endócrino;
- Genito-urinário e reprodutor;
- Músculo-esquelético e de movimento;
- Pele e estruturas relacionadas.

2. Estruturas:

- Sistema nervoso;
- Olho, ouvido e estruturas relacionadas;
- Voz e fala;
- Sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório;
- Sistemas digestivo, metabólico e endócrino;
- Genito-urinário e reprodutor;
- Músculo-esquelético e de movimento;

- Pele e estruturas relacionadas.

3. Atividades e Participação:

- Aprendizado e aplicação do conhecimento;
- Tarefas e demandas gerais;
- Comunicação;
- Mobilidade;
- Cuidados pessoais;
- Vida doméstica;
- Interações e relações interpessoais;
- Principais áreas da vida;
- Vida comunitária, social e cívica.

4. Fatores ambientais:

- Produtos e tecnologia (comida, roupa, educação, comunicação, indústrias, recreativos, espirituais, arquitetura, etc);
- Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano (geografia, clima, luz, som, etc);
- Apoio e relacionamento (família, amigos, profissionais, etc);
- Atitudes;
- Serviços, sistemas e políticas.

A CIF é uma classificação hierarquizada e utiliza um sistema alfanumérico no qual as letras **b**, **s**, **d** e **e** são utilizadas para indicar, respectivamente, funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais. Estas letras são seguidas por um código que começa com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos), pelo terceiro nível (um dígito) e pelo quarto nível (um dígito). Estes níveis existem porque categorias mais amplas podem ter subcategorias mais detalhadas. Por exemplo, a categoria *Mobilidade*, que está dentro de “Atividades e Participação”, tem subcategorias como: andar, sentar-se e transportar objetos. A um indivíduo podem ser atribuídos códigos de diferentes níveis, que podem ser independentes ou estarem inter-relacionados.

Os códigos só estão completos com a presença do “qualificador”, que indica a magnitude do nível de saúde (por exemplo, gravidade do problema). Os qualificadores são representados por um ou mais números, colocados após o código e separados por um ponto. A utilização de qualquer código deve estar acompanhada de um qualificador. Sem ele, os códigos não têm significado. (OMS²², 2003).

Exemplo:

b7302.1 – Deficiência leve da força dos músculos de um lado do corpo.

No exemplo acima, a letra **b** representa o componente de funções do corpo, o número **7 (primeiro nível)** representa o capítulo 7 da parte de funções do corpo: “funções neuro-músculo-esqueléticas e relacionadas com o movimento”. O número **30 (segundo nível)** representa “funções da força muscular”, o número **2 (terceiro nível)**

representa “força dos músculos de um lado do corpo” e o número 1, que vem após o ponto, é o qualificador, que neste caso significa “deficiência leve”.

O qualificador dá sentido ao código, indicando por exemplo, o grau de perda funcional, estrutural ou o grau de perda da capacidade. Os qualificadores também permitem que se classifiquem as barreiras e os facilitadores, mostrando o impacto dos fatores ambientais e sociais na função, quando o indivíduo tem alguma alteração do estado de saúde (SCHEIDERT³³, 2003). Diferentemente da classificação com a CID-10, que é uma classificação de doenças na qual, em geral, cada diagnóstico tem apenas um código, na CIF, uma alteração funcional poderá ter vários códigos de cada parte da classificação.

Contudo, do ponto de vista epidemiológico, a CIF constitui um instrumento mais adequado do que a CID-10, uma vez que permite que se conheçam os determinantes da incapacidade, fatores ambientais e fatores sociais (OMS²², 2003). Isto pode favorecer e facilitar a elaboração de medidas preventivas mais amplas e efetivas. Assim como, pode nortear os profissionais que trabalham com o processo de reabilitação na determinação de condutas terapêuticas e na determinação dos critérios de alta. A CIF e seu modelo tornam-se importantes ferramentas epidemiológicas e clínicas direcionando o trabalho na prática da Fisioterapia e de outras especialidades envolvidas nos processos de reabilitação.

Atualmente, os contextos sociais, psicológicos e ambientais são considerados de essencial importância para a saúde e qualidade de vida. Os profissionais de saúde devem basear-se no modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e

Saúde para um completo entendimento dos processos de saúde. (SAMPAIO²⁹, 2005). A funcionalidade tornou-se o ponto central para avaliação e determinação de condutas, inclusive em pacientes com condições crônicas (BROCKOW⁴, 2004).

A adoção de um modelo único para expressão dos resultados de uma avaliação de funcionalidade e incapacidade permitirá ao fisioterapeuta e aos outros profissionais que trabalham com processos de reabilitação considerarem um perfil funcional específico para cada indivíduo, tendo maiores artifícios para a construção de um programa de tratamento centrado nas necessidades de cada um.

Historicamente, os primeiros usos de medidas de função e incapacidade foram em reabilitação, especialmente, em Fisioterapia. Diversos modelos de avaliação foram criados para se determinar o grau de função e de capacidade de indivíduos que estejam passando por um processo de recuperação funcional. Estes modelos são prioritariamente subjetivos e servem para determinar o estado funcional no início de um programa de recuperação da função e da capacidade, assim como, para acompanhar a evolução durante este processo.

Um exemplo deste tipo de medida é a escala de “Mensuração de Independência Funcional (MIF)”, largamente utilizada. Trata-se de uma medida de função física, psicológica e social. Tem como objetivo mensurar a funcionalidade do paciente por meio da observação direta do profissional. Em Fisioterapia, usa-se a chamada “MIF motora” que exclui os itens relacionados à comunicação e os itens sobre cognição social, porém, inclui todos os outros itens de atividades e cuidados pessoais, controle esfinteriano, mudanças de posição corporal e locomoção (RIBERTO²⁷, 2004)

Vários outros exemplos podem ser citados como medidas subjetivas e objetivas de avaliação da função, como o Índice de Barthel, o Teste Manual de Função Muscular, o Teste de Caminhada de 6 minutos, entre outros. Ainda, com o atual desenvolvimento tecnológico, outras formas de avaliação funcional foram criadas para uso em Fisioterapia, como a dinamometria isocinética, que avalia força, resistência e potência musculares, a fotogoniometria, que avalia amplitude de movimento, a eletromiografia de superfície que avalia, indiretamente, funções musculares, a avaliação sensório-motora virtual, entre outras.

Esta multiplicação de medidas subjetivas, muitas vezes, avalia de forma diferente a mesma função. Por exemplo, o Índice de Barthel e a Escala MIF avaliam independência funcional, a Dinamometria Isocinética e o Teste Manual de Força Muscular avaliam força muscular, a Fotogoniometria e a Goniometria Convencional avaliam amplitude de movimento, e assim por diante. A seleção de cada instrumento depende da preferência de cada serviço. A utilização destas diferentes formas por cada grupo de profissionais, de cada clínica, de cada hospital, em cada região e em cada país, torna impossível a coleta de dados estruturados para que se obtenha informações epidemiológicas sobre funcionalidade, incapacidade e qualidade de vida das populações. É clara, portanto, a necessidade de uma padronização de linguagem.

Falar e registrar de uma forma padrão propicia a melhora da comunicação entre os profissionais da área de saúde, profissionais de outras áreas e usuários, gerando a possibilidade da criação de uma base para alimentar sistemas de informação nos serviços

de saúde, entre estes serviços, entre as esferas de atenção, entre regiões de um mesmo país, entre países e entre continentes.

A utilização de um sistema codificado pode, ainda, auxiliar os fisioterapeutas e os outros profissionais que atuam em reabilitação na organização das informações e no estabelecimento de uma linguagem comum para a descrição dos estados relacionados à função, já que, atualmente, diversos métodos expressam o grau de função e capacidade do paciente.

A comunidade científica e os profissionais de saúde têm se mobilizado para a utilização da classificação porque a consideram eficaz, porém, reconhecem o alto nível de complexidade nela contido. Mais informações sob a CIF podem ser encontradas no site: www.who.int/classifications/icf.

Este trabalho é uma revisão sistemática das pesquisas existentes até o momento sobre a CIF em Fisioterapia. Pretende contribuir para o conhecimento detalhado sobre a utilização desta classificação, abrindo caminhos para o aprimoramento da mesma e contribuindo para que ela possa ser divulgada e efetivamente empregada. A revisão fornecerá uma apresentação destes conhecimentos de forma organizada e, como resultado, este trabalho busca contribuir para que os profissionais da área tenham uma noção mais ampla do que é a CIF e das várias possibilidades de uso deste instrumento.

1.2 – FISIOTERAPIA: SEU DESENVOLVIMENTO NO BRASIL E A APLICABILIDADE DA CIF NA ÁREA DE ATUAÇÃO

Dentre as áreas da saúde, uma das que mais tem relação com a funcionalidade e incapacidade é a Fisioterapia. A função e o movimento são os objetos de estudo do fisioterapeuta. Portanto, estes profissionais que trabalham com recuperação funcional, prevenção de incapacidades e com qualidade de vida, historicamente, são os que mais tendem a ter contato com a CIF. Antes de detalhar o envolvimento existente entre a CIF e a Fisioterapia, será necessária uma revisão sobre o desenvolvimento da profissão enquanto campo do conhecimento.

A Fisioterapia só surgiu no Brasil no século XIX. Os primeiros serviços organizados se desenvolveram após a chegada da família real portuguesa, em 1808. Com os monarcas, vieram os nobres e o que havia de recursos humanos de várias áreas para servir à elite portuguesa. Dentre todas as contribuições do reinado, o surgimento das primeiras escolas de ensino médico destacaram-se como a grandiosa obra dos portugueses no país, em particular os avanços obtidos na cidade do Rio de Janeiro. No século XIX, os recursos fisioterápicos faziam parte da terapêutica médica e, assim, há registros da criação, no período compreendido entre 1879 e 1883, do serviço de eletricidade médica e também do serviço de hidroterapia no Rio de Janeiro, existente até os dias de hoje, sob denominação de "Casa das Duchas". O médico Arthur Silva, em 1884, participou intensamente da criação do primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul, organizado enquanto tal, mais precisamente no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro (NOVAES²¹, 2000).

Essa visão ampla de compromisso com os indivíduos que sofriam algum agravo à saúde, engajando-se num tratamento mais eficaz que promovesse sua reabilitação, uma

vez que as incapacidades físicas por vezes excluía-m-no socialmente, levou aqueles médicos a serem denominados médicos de reabilitação. Então, o termo “reabilitação” começou a ser utilizado como sinônimo de recuperação funcional e diminuição (ou prevenção) de incapacidades.

Um acontecimento importante para a aceleração do desenvolvimento da Fisioterapia foi a 2ª Grande Guerra. Os reflexos desta estão no desenvolvimento da Fisioterapia enquanto prática recuperadora de seqüelas físicas. Houve uma modernização dos serviços de Fisioterapia no Rio de Janeiro e em São Paulo, e a criação de novos serviços em outras capitais do país (NOVAES²¹, 2000).

Assim, em 1951 foi inaugurado em São Paulo, na USP, o primeiro curso no Brasil para a formação de técnicos em Fisioterapia. Com o passar dos anos, se tornou uma profissão de nível superior, acompanhada do desenvolvimento tecnológico e da legislação.

Atualmente, o Brasil tem uma das legislações mais avançadas sobre Fisioterapia. A profissão foi definida como a ciência da saúde voltada ao estudo, prevenção e tratamento dos distúrbios cinético-funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas ou por doenças adquiridas. O fisioterapeuta fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patológica de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais. O fisioterapeuta é um profissional de saúde

habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinético-funcionais, chamado “diagnóstico cinesiológico-funcional”, à prescrição das condutas fisioterapêuticas, à sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e das condições para alta (BATALHA¹, 2002).

Por muitas vezes o termo “reabilitação” ainda é usado como sinônimo de Fisioterapia, ou faz referência à prática profissional do fisioterapeuta. O Ministério da Saúde (MS) não define reabilitação como uma especialidade ou como uma área de conhecimento. Reabilitação é reconhecida como um processo de desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários que facilitem a independência e a participação social das pessoas frente à diversidade de condições e às necessidades presentes no cotidiano (**Anexo 1**).

Dentro deste contexto, Fisioterapia e reabilitação não são sinônimos. Reabilitação é um processo pelo qual um indivíduo passa para retornar às suas atividades habituais de vida, não é área do conhecimento, nem especialidade da saúde. O fisioterapeuta é, apenas, um dos profissionais que se envolve com os processos de reabilitação. Portanto, reabilitação não é só Fisioterapia, muito menos, Fisioterapia só reabilitação.

As atuais diretrizes curriculares do curso de Fisioterapia foram publicadas em 2002, na Resolução CNE/CES 4 (**Anexo 2**).

Com esta evolução, e considerando a transição epidemiológica no mundo, a Fisioterapia passou a ser uma das atividades profissionais mais importantes para identificação de alterações funcionais e prevenção de incapacidades. Com a publicação

da CIF, a identificação padronizada da funcionalidade passou a ser possível. Daí a importância dos fisioterapeutas conhecerem e utilizarem a classificação, pois são gerados dados que podem ser transformados em importantes informações epidemiológicas sobre qualidade de vida, já que o aumento da expectativa de vida não é, em geral, acompanhado da ausência de incapacidade (LAURENTI¹⁹, 2003).

1.3 – INFLUÊNCIA DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO DESENVOLVIMENTO DA FISIOTERAPIA E NA CRIAÇÃO DA CIF

Observando-se a história, é possível identificar que existe uma correlação direta entre os processos de transição epidemiológica e demográfica (CHAIMOWICZ⁵, 1997). Em geral, as transformações demográficas, sociais e econômicas ocorrem em conjunto com mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez, que caracterizam uma população específica. É a chamada transição epidemiológica (OMRAM⁴², 1971). Este processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (SCHRAMM et al³¹, 2004).

Mesmo se considerando as diferenças de um país para o outro, com o passar do tempo e com a evolução das ciências da saúde, nas últimas décadas, em todo mundo, houve um aumento da expectativa de vida ao nascer. Em todas as regiões do mundo, mais cedo ou mais tarde, mais rapidamente ou mais lentamente, os níveis de mortalidade e de fecundidade estão caindo.

O acréscimo quantitativo na idade média da população não vem, necessariamente, acompanhado de uma satisfatória capacidade funcional, pois, a presença de doenças crônicas e de outros fatores que acompanham o avanço da idade, influencia na funcionalidade e nas atividades dos indivíduos. Este processo gerou uma nova necessidade e um novo

**desafio para as ciências da saúde:
promover o aumento da expectativa de
vida livre de incapacidades. (ROSA et
al²⁸, 2007).**

O aumento da prevalência de doenças crônicas fez com que o diagnóstico funcional e das incapacidades ganhassem muita importância, pois, a qualidade de vida tende a ser um dos focos principais para se determinar o estado de saúde de uma população. Apenas com a utilização da CID-10 não é possível se obter informações sobre isso. A intenção da Organização Mundial de Saúde é que o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde possa, em conjunto com as outras classificações da família, favorecer melhor entendimento sobre a saúde da população, de acordo com as necessidades atuais.

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por vizinhos latino-americanos, como o Chile, Cuba e Costa-Rica. Há uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a re-introdução de doenças como dengue e cólera ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não-unidirecional denominada contra-transição; o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbi-mortalidade persiste elevada para ambos os padrões, caracterizando uma transição

prolongada; as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes (FRENK et al¹⁴, 1991).

Além disso, o envelhecimento rápido da população brasileira a partir da década de 1960 faz com que a sociedade se depare com um tipo de demanda por serviços de saúde e sociais outrora restrita aos países industrializados. O Estado, ainda às voltas em estabelecer o controle das doenças transmissíveis e a redução da mortalidade infantil, não foi capaz de desenvolver e aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, levando a uma perda de autonomia e qualidade de vida (CHAIMOWICZ⁵, 1997). Com o passar dos anos e a continuar neste ritmo, a qualidade de vida aqui passará a ser um dos fortes determinantes do estado de saúde da população.

No entanto, o processo linear que colocava a doença como o único ponto de partida para a incapacidade e para a desvantagem não é mais tido como verdadeiro. A doença é vista apenas como um dos fatores influenciadores da saúde e divide espaço com os fatores ambientais, fatores pessoais e, principalmente, com os fatores sociais. Estes fatores sociais, aos quais aqui se faz referência, são: acesso aos serviços de saúde, a medicamentos, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade, entre outros. A principal debilidade do esquema teórico da transição epidemiológica seria a de enfatizar a tecnologia médica como principal alternativa interveniente no curso da transição, desconsiderando o papel que as variáveis econômicas e sociais desempenham neste processo (BARRETO e CARMO², 1995).

Como a CIF é uma classificação específica de funcionalidade e incapacidade. As condições que passaram a existir devido à transição epidemiológica, estando elas diretamente relacionadas com a presença de doença ou não, podem ser identificadas e monitoradas. A Fisioterapia e as outras profissões da área de saúde funcional ganham grande importância no diagnóstico dos distúrbios funcionais e prevenção das incapacidades.

Paralelamente, pode-se considerar que os fatores sociais, como determinantes da saúde, também influenciam a capacidade e a funcionalidade. Por sua vez, a CIF também é um instrumento capaz de identificar e monitorar estes fatores, por codificar a acessibilidade a serviços, por exemplo.

O que se considera “estado de saúde” de uma população é, atualmente, avaliado sob os aspectos de morbidade e mortalidade. Porém, a necessidade de se avaliar a qualidade de vida é iminente.

As estatísticas mundiais que permitem comparações entre países e continentes são baseadas em informações sobre mortalidade. Praticamente, todos os países usam as informações de morbidade para pagamento dos serviços de saúde prestados. Estatísticas de morbidade permitem que se conheça melhor o que acontece na população que tem um agravamento à saúde que não leve à morte. No entanto, os recursos utilizados no presente para classificação de morbidades são limitados, pois, a partir de um diagnóstico inicial, ainda que o indivíduo viva mais da metade de sua vida com o mesmo diagnóstico, não é possível acompanhar o que acontece com a pessoa durante a evolução da doença. Para tanto, deve-se utilizar uma classificação capaz de permitir esse acompanhamento.

Estudos realizados pela Organização das Nações Unidas (ONU), no início da década de 80, revelaram muitas estatísticas nacionais sobre pessoas com deficiência que poderiam ajudar significativamente os planejadores e formuladores de políticas governamentais em sua preparação de programas voltados à deficiência. Até então, os dados disponíveis em vários países haviam sido sub-utilizados como um meio para se desenvolver programas para pessoas com deficiência. De acordo com os peritos que examinaram a disponibilidade dos dados, dois importantes problemas pareciam ser a falta de coordenação entre coletadores de dados e planejadores e a falta de treinamento para analisar os dados existentes (SWANSON et al³⁶, 2003).

Há, então, muitas diferenças em como se expressar as deficiências nos diversos países, o que torna impossível a comparação de dados. Uma classificação que consiga padronizar a linguagem seria essencial para permitir que se consiga este tipo de informação.

Apesar de ter um modelo moderno, capaz de contemplar as necessidades dos usuários, a aplicação prática da CIF é complexa, e a forma de utilização tem merecido especial atenção dos pesquisadores das áreas da saúde que mais a utilizam. Mesmo sendo uma classificação nova, alguns grupos a estão estudando de maneira mais aprofundada. Na verdade, as pesquisas direcionadas à classificação funcional foram iniciadas no início da década de 80, no momento do lançamento da então *ICIDH*, que foi exatamente criada para fins de pesquisa.

Por ser ampla e complexa, os grupos que estudam a CIF têm feito a sua aplicação da maneira que conseguem. Ou seja, não há um caminho padrão para utilização desta classificação, nem regras pré-estabelecidas.

Uma das tentativas de padronização do uso da CIF foi a criação dos *Core Sets*, que são listas resumidas da CIF, baseadas em determinada condição de saúde (doença ou transtorno) para uso multidisciplinar. Estes serão amplamente discutidos no presente trabalho.

Mas, os *core sets* não são o único caminho atual para utilização da CIF. Outros pesquisadores têm lançado mão de formas de utilização diferentes.

Assim, com a finalidade de conhecer o que estão fazendo os fisioterapeutas, como e com qual finalidade têm utilizado a CIF, é que esta pesquisa foi desenhada.

A revisão sistemática foi escolhida como metodologia de pesquisa por agregar os conhecimentos e os testes que estão sendo feitos em todo mundo na busca de caminhos para os benefícios do uso da CIF.

2 - OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL

O objetivo principal é realizar uma revisão dos trabalhos que têm sido publicados sobre as formas de utilização da CIF em Fisioterapia.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Levantar, nos trabalhos selecionados pela revisão sistemática:

- métodos de pesquisa utilizados nos estudos;
- se há instrumentos para a aplicação da classificação (existentes e criados com essa finalidade);
- quais são as formas atuais de utilização da CIF;
- porque os profissionais de fisioterapia estão buscando utilizar a CIF;
- as dificuldades que os profissionais encontram na aplicação da CIF;
- como a CIF pode favorecer a prática da Fisioterapia;
- se os fisioterapeutas entendem a CIF como um instrumento epidemiológico;

Propor, após a finalização:

- caminhos para a adoção da CIF e do seu modelo.

3 – MÉTODOS

Esta é uma revisão sistemática de artigos que tratam sobre o panorama atual da utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na prática da Fisioterapia, publicados em revistas indexadas nas bases de dados relacionadas adiante.

Para a presente pesquisa, três unitermos (ou, descritores) principais foram utilizados na procura dos artigos que são os sujeitos de pesquisa desta revisão sistemática: “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”, “Fisioterapia” e “Reabilitação”. Estes três descritores foram escolhidos a fim de encontrar artigos que relacionem o uso da CIF na área de atuação proposta pela presente pesquisa. Antes de serem utilizados, os descritores foram adequados segundo a padronização do sistema DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), porém, a maioria dos artigos foi encontrada nas bases de dados sem esta padronização.

Os artigos (ou, sujeitos de pesquisa) encontrados foram separados em dois grupos como forma de facilitar e organizar a análise. Estes dois grupos foram chamados de CIF-F e CIF-R referindo-se, respectivamente, a grupo de artigos sobre a utilização da CIF em Fisioterapia e grupo de artigos referindo-se ao uso da CIF em reabilitação.

Mesmo considerando que a intenção era procurar artigos sobre o uso da CIF em Fisioterapia, o termo “reabilitação” também teve que ser incluso na busca. Apesar de a reabilitação ser um processo no qual diversos profissionais estão inseridos, o unitermo “reabilitação”, por vezes, é utilizado para identificar artigos da área de Fisioterapia. Ainda, em algumas ocasiões, os artigos publicados têm enfoque multidisciplinar, incluindo vários profissionais da área de recuperação funcional, além do fisioterapeuta. Por isso, neste processo de busca, foram necessários estes dois grupos de pesquisa. Os artigos que continham o unitermo “reabilitação” e o unitermo “CIF” seriam excluídos caso não tratassem do uso da classificação na área de Fisioterapia. Os dois grupos foram criados, unicamente, para facilitar e organizar a revisão. Não se tratam de grupos

distintos, passíveis de comparação ou concorrência. Portanto, apenas de maneira didática, a pesquisa em bases de dados e a separação dos artigos foram direcionadas em duas etapas.

Principais descritores do Grupo CIF-F, segundo o DeCS:

- *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF* para CIF;
- *Physical Therapy (Specialty)* para Fisioterapia.

Principais descritores do Grupo CIF-R, segundo o DeCS:

- *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF* para CIF
- *Rehabilitation* para Reabilitação.

Com a utilização dos unitermos padronizados “*International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF*”, “*Physical Therapy (Specialty)*” e “*Rehabilitation*”, escritos exatamente desta forma, não foi possível encontrar todos os artigos publicados. Portanto, foi necessária a procura com variações destes descritores para “*ICF*” apenas, “*International Classification of Functioning, Disability and Health*” apenas, “*International Classifications of Functioning*” apenas, com “*Physical Therapy*” apenas (excluindo “*Specialty*”). O unitermo “*Rehabilitation*” é bastante usual, havendo regularidade na sua forma. Após a procura inicial por descritores, foi optado pela procura das palavras em qualquer parte do texto.

3.1 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos artigos publicados em inglês, espanhol ou português, com os unitermos relacionados acima além de outros, tais como, deficiência, incapacidade, classificação, funcionalidade, avaliação, diagnóstico, sistema de informação, dados epidemiológicos e qualidade de vida.

Os artigos selecionados tratam sobre formas de utilização da classificação ou de teste da mesma em áreas de atuação de Fisioterapia de forma individual ou interdisciplinar.

A data de publicação foi a partir de março de 2001, ou seja, após o lançamento da CIF pela Organização Mundial de Saúde. A pesquisa em base de dados se deu entre julho e dezembro de 2007.

Os tipos de estudo das pesquisas selecionadas nos dois grupos poderiam ser:

- revisões bibliográficas;
- pesquisas qualitativas;
- estudos transversais;
- estudos longitudinais;
- metanálises;
- estudos de intervenção;
- estudos de caso.

3.2 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa os artigos informativos, artigos que tratassem do uso da CIF em outras áreas sem haver qualquer relação com a prática da Fisioterapia, artigos em que a classificação é usada, mas não é o objeto de estudo do autor.

3.3 - BASES DE DADOS

As bases de dados pesquisadas foram:

- *LILACS*;
- *MEDLINE*;
- *COCHRANE*;
- *SciELO*;
- *ADOLEC*;
- *PeDro* (apenas no Grupo CIF-F);
- *CIRRIE* (apenas no Grupo CIF-R);
- *PubMed*.
- Lista de referência dos estudos encontrados;

Além destas, serviram como fonte para elaboração do presente estudo, a comunicação via correio eletrônico com autores e outros pesquisadores.

3.4 - RECRUTAMENTO DE ARTIGOS E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os artigos foram selecionados e lidos para verificar se preenchiam os critérios de inclusão. Aqueles que preenchiam foram lidos novamente, analisados e classificados segundo tipo de estudo, ano de publicação e local de publicação.

Os artigos que não preencheram os critérios de inclusão ou não puderam ser obtidos foram listados entre os excluídos e perdas.

Não houve a intenção de avaliar os artigos no sentido de determinar a qualidade dos estudos realizados. A busca foi por variáveis que pudessem trazer informações, essencialmente, sobre os objetivos específicos (página 30) do presente trabalho.

A coleta de dados foi feita em um manuscrito separado. As anotações relevantes e os comentários foram feitos no verso das impressões dos próprios artigos e analisados um a um, para o desenvolvimento da discussão.

Quadros, tabela, gráfico e a forma discursiva foram recursos utilizados para expressar os resultados de maneira organizada.

4 – RESULTADOS

Não foi possível encontrar todos os artigos com os descritores padronizados segundo o DeCS. Isto ocorreu porque o DeCS precisa de atualizações e porque os descritores precisam se adequar às regras desta padronização.

Um total de 134 artigos foi, inicialmente, levantado nas bases de dados pesquisadas. Destes, 15,7% preenchiam os critérios de inclusão. Os estudos foram divididos entre os grupos:

- 07: Grupo CIF-F.
- 11: Grupo CIF-R.
- 03 perdas.

O quadro 2 (página 40) apresenta os artigos incluídos no Grupo CIF-F e o quadro 3 (página 47), os artigos do Grupo CIF-R. Os excluídos são apresentados em seguida, nos quadros 4 e 5 (páginas 58 e 73), com o respectivo motivo de exclusão.

Dentro dos estudos selecionados do Grupo CIF-F, o mais antigo é o titulado “*Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine*”, que foi publicado em novembro de 2002, e o mais recente é “*Validation of the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for Rheumatoid Arthritis: The Perspective of Physical Therapists*”, de abril de 2007, como mostra o Quadro 2. No Grupo CIF-R o artigo “*Linking Health-Status Measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health*”, publicado em junho de 2002, é o mais antigo, enquanto que os artigos “*ICF*

linking rules: an update based on lessons learned”, “*Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF)*” e “*ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in early post-acute rehabilitation facilities*” são os mais recentes, publicados em 2005, como mostra o quadro 3.

Praticamente, todos os artigos incluídos foram de pesquisas realizadas em universidades. Diferentes tipos de estudo foram selecionados pelos autores para pesquisar a CIF. A Tabela 1, apresentada a seguir, mostra a frequência dos tipos de estudos incluídos.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos selecionados segundo tipo de metodologia nos grupos CIF-F e CIF-R.

Tipos de Estudos	Frequência
Criação ou atualização de listas resumidas e regras de relacionamento através de consensos ou testes de concordância	08
Estudos de caso	04
Estudos de corte transversal	01
Revisões bibliográficas	05
TOTAL	18

Outros tipos de estudo, tais como, estudos longitudinais, metanálises e estudos de intervenção não foram encontrados contendo os critérios de inclusão.

Ao se observar as datas das publicações, nota-se que houve um pico no ano de 2004 de artigos que preenchem os critérios de inclusão da presente pesquisa, seguido de uma grande queda. Os países que mais pesquisam sobre a utilização da CIF na prática de Fisioterapia são Alemanha e Suíça, com 12 publicações, e representam 70,59% de todos os artigos incluídos. O Brasil tem uma publicação, de 2005, que preencheu os critérios de inclusão da presente pesquisa.

A Figura 2, graficamente, apresenta o número de publicações segundo ano, incluindo os artigos dos dois grupos.

Os profissionais da área de Fisioterapia vêm aplicando a CIF em forma de testes e através da criação de listas resumidas da classificação. Nenhum pesquisador tentou usar a CIF em sua forma completa. Para aplicar as listas resumidas, a maioria dos

autores considerou importante a criação de regras de ligação, que pudessem fazer com que os resultados obtidos a partir das medidas já utilizadas fossem codificados e apresentados por meio da CIF.

Nos artigos pesquisados, não foi possível identificar a intenção do uso de programas de computador ou outras tecnologias digitais para a aplicação da CIF.

Nos dois próximos quadros, são apresentados resumos dos artigos incluídos no Grupo CIF-F e CIF-R, com os respectivos autores, títulos, locais de pesquisa, objetivos, metodologias, resultados e conclusão.

Quadro 2 – Estudos selecionados para esta revisão segundo autor, título, local da pesquisa, objetivos, metodologia, resultados e conclusão do autor – Grupo CIF-F.

Autor e Local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
1 Sampaio RF et al. Brasil. 2005.	Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidad e, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta.	Analisar a aplicabilidade clínica do modelo da CIF e a sua importância para o fisioterapeuta brasileiro	Avaliação de 3 pacientes com lombalgia crônica no contexto da CIF	Foi possível avaliar o grau de dor, atividades de vida diária, participação social e satisfação com a vida.	A mesma doença, diagnosticada em 3 pacientes diferentes não causa as mesmas repercussões funcionais. Há necessidade de os profissionais centrarem suas intervenções baseadas no modelo da CIF.

Autor e Local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>2</p> <p>Finger ME et al. Suíça. 2006.</p>	<p><i>Identification of intervention categories for Physical Therapy, based on International Classification of Functioning, Disability and Health: a Delphi exercise.</i></p>	<p>Identificar as categories da CIF que descrevam a maioria e os mais relevantes problemas dos pacientes tratados por fisioterapeutas, na fase aguda, na reabilitação e situações de cuidados de saúde da comunidade separados em 3 grandes grupos de condições de saúde: músculo-esquelético, neurológico, internação.</p>	<p>Construção de um consenso entre fisioterapeutas líderes de serviços de fisioterapia ou indicados pela associação de fisioterapeutas da Suíça em 3 “rounds”, por email. Foram 9 grupos de fisioterapeutas conduzidos com a técnica estatística Delphi.</p>	<p>263 fisioterapeutas pelo menos de um “round” do exercício Delphi. Consenso de 80% ou mais em todas as partes da CIF.</p>	<p>Este estudo foi um primeiro passo para definir as categorias relevantes para a fisioterapia. A CIF também é um instrumento de trabalho que ajuda muito à definir “core competence” para a profissão de fisioterapeuta.</p>

Autor e Local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>3</p> <p>Herold CJ. Inglaterra. 2006</p>	<p><i>A systematic review of outcomes assessed in randomized controlled trials of surgical interventions for carpal tunnel syndrome using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference tool.</i></p>	<p>Identificar os resultados dos ensaios clínicos e compara-los aos conceitos contidos na CIF.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura. Os resultados foram identificados, classificados e ligados aos diferentes domínios da CIF.</p>	<p>28 estudos preencheram os critérios de inclusão e foram revisados. Os resultados mais frequentemente encontrados foram a percepção do paciente quanto à melhora dos seus sintomas, força de preensão palmar e retorno ao trabalho. A maioria das mensurações empregadas se refere à função corporal e estrutura do corpo. Poucas mensuram atividade e participação.</p>	<p>A CIF é uma ferramenta apropriada para identificar os conceitos contidos nas mensurações utilizadas nos ensaios de intervenção cirúrgica para síndrome do túnel do carpo e pode ajudar na seleção dos domínios mais apropriados, especialmente onde os estudos são desenhados para se conhecer o impacto da intervenção individual e social. A comparação de resultados de diferentes estudos e metanálises pode ser facilitada pelo uso de uma lista resumida de códigos da CIF. Mais trabalhos para se desenvolver listas resumidas da CIF são necessários.</p>

Autor e Local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>4</p> <p>Goldstein DN et al. Boston. 2004</p>	<p><i>Enhancing participation for children with disabilities: application of the ICF enablement framework to pediatric physical therapist practice.</i></p>	<p>Este trabalho visa mostrar como os fisioterapeutas que trabalham em Pediatria podem utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.</p>	<p>Estudo de caso de uma criança com diplegia espástica.</p>	<p>Foi possível evoluir, com clareza, de maneira organizada e codificada, itens como a função escolar, comportamento e independência e performance.</p>	<p>A adoção do modelo pode ajudar os fisioterapeutas que trabalham em Pediatria a focar suas evoluções e intervenções na promoção da participação da criança tanto quanto às funções e atividades específicas.</p>

Autor e Local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>5</p> <p>Kirchberger et al. 2007.</p> <p>Alemanha</p>	<p><i>Validation of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for Rheumatoid Arthritis: the perspective of physical therapists.</i></p>	<p>Validar a lista resumida na perspectiva de fisioterapeutas.</p>	<p>Fisioterapeutas foram questionados sobre o objetivo da sua intervenção em três etapas de pesquisa “Delphi”. Os objetivos de intervenção foram compilados e os fisioterapeutas foram questionados se consideravam as classes de objetivos como relevantes. As classes de objetivos, então, foram ligados a CIF.</p>	<p>Um total de 82 fisioterapeutas, em 12 países, nomearam 562 objetivos de intervenção. Um total de 45 classes, copiando todos os componentes da CIF, foram identificadas. As classes de objetivos sobre tônus muscular, coordenação e equilíbrio e fatores psicológicos não foram representados pela lista resumida da CIF para Artrite Reumatóide.</p>	<p>A validação da lista resumida da CIF para artrite Reumatóide foi largamente fundamentada. No entanto, algumas categorias que não foram incluídas vão precisar ser mais estudadas.</p>

Autor e Local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>6</p> <p>Steiner WA et al. 2002. Suíça.</p>	<p><i>Use of the ICF Model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine.</i></p>	<p>Apresentar uma construção teórica da criada RPS-Form (Rehabilitation Problem-Solving Form) e defender seu uso em Reabilitação.</p>	<p>Estudo de caso.</p>	<p>A RPS-Form, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, tem sido usada em várias condições de saúde no Instituto de Medicina Física do Hospital Universitário de Zurich.</p>	<p>Esta é uma ferramenta de fácil uso, esclarece as necessidades pessoais dos pacientes, permite a utilização indireta da CIF e ajuda na unificação da linguagem da equipe multidisciplinar baseada no modelo da CIF.</p>

Autor e Local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>7</p> <p>Palisano RJ. 2006. EUA.</p>	<p><i>A collaborative model of service delivery for children with movement disorders: a framework for evidence-based decision making.</i></p>	<p>Mostrar como a CIF pode basear um serviço de atendimento domiciliar de forma que as decisões sejam baseadas em evidências.</p>	<p>Estudo de caso.</p>	<p>A CIF é aplicada para identificar as relações entre os componentes de funcionalidade e atividades, participação e fatores pessoais da criança e de sua família.</p>	<p>A CIF e seu modelo são importantes ferramentas para definição de tomada de decisão, pois, além dos aspectos funcionais, há uma relação destes com os outros fatores que influenciam na capacidade (como os fatores pessoais e ambientais). Assim, no ambiente em que a criança vive, isso é passível de identificação, classificação e intervenção.</p>

Quadro 3 – Estudos selecionados para esta revisão segundo autor, título, local da pesquisa, objetivos, metodologia, resultados e conclusão do autor - Grupo CIF-R.

Autor e local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>1</p> <p>Cieza A et al.</p> <p>Alemanha.</p> <p>2002</p>	<p><i>Linking health-status measurement to the international classification of functioning, disability and health.</i></p>	<p>Promover uma abordagem sistemática entre mensurações do estado de saúde com a CIF. Os objetivos específicos são desenvolver regras de relacionamento para depois testá-las com profissionais de saúde treinados na aplicação da CIF para ilustrar estas regras como exemplos.</p>	<p>As regras de ligação foram desenvolvidas por um grupo de especialistas em mensuração da qualidade de vida e em CIF.</p>	<p>Um alto nível de concordância entre os profissionais de saúde reflete que as regras de ligação estabelecidas neste estudo são adequadas para traduzir os resultados das mensurações utilizadas para a CIF.</p>	<p>É possível se estabelecer regras de relacionamento entre as mensurações existentes e a CIF, de maneira a possibilitar a utilização da classificação e a unificação da linguagem.</p>

Autor e local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>2</p> <p><i>Cieza A et al.</i> Alemanha. 2005.</p>	<p><i>ICF linking rules: an update based on lessons learned.</i></p>	<p>Promover uma atualização das regras de ligação publicadas em 2002 e mostrar como estas regras são aplicadas para ligar mensurações clínicas e técnicas, mensurações de estado de saúde e intervenções com a CIF.</p>	<p>Oito regras de ligação foram desenvolvidas para uso com diferentes mensurações (qualidade de vida, mensurações técnicas e clínicas). A criação foi baseada na experiência anterior.</p>	<p>Foi possível revisar e melhorar regras de ligação com mensuração de qualidade de vida (SF-36) e outras mensurações técnicas e clínicas</p>	<p>A nova versão das regras de ligação vão basear pesquisadores para ligar e comparar conceitos. O instrumento será de intensa colaboração para pesquisas</p>

Autor e local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>3</p> <p>Weigl M et al. Alemanha. 2004.</p>	<p><i>Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise.</i></p>	<p>Identificar as categorias da CIF mais relevantes para pacientes com dor lombar, osteoporose, artrite reumatóide, fibromialgia, AVE, depressão, obesidade, doença isquêmica do coração, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e câncer de mama.</p>	<p>Pesquisa internacional com especialistas conduzida com a técnica Delphi. Os dados foram coletados em 3 etapas. As respostas foram ligadas à CIF e analisadas pelo grau de consenso.</p>	<p>Em todas as condições de saúde citadas nos objetivos, com exceção da depressão, havia categorias na CIF que foram consideradas de relevância por mais de 80% dos entrevistados. Houve algumas condições de relevância em comum entre estas condições de saúde.</p>	<p>Listas de categorias específicas da CIF, que são consideradas de relevância para estas condições de saúde por especialistas internacionais, poderiam ser criadas. Este foi um importante passo para a criação dos “core sets” para doenças crônicas.</p>

Autor e local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">Cieza A et al. Alemanha. 2004</p>	<p><i>Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions.</i></p>	<p>Desenvolver uma lista resumida da CIF de acordo com algumas condições de saúde</p>	<p>Processo de consenso por estudos preliminares e opinião de especialistas.</p>	<p>Desenvolvimento de listas resumidas da CIF para 12 condições de saúde: fibromialgia, dor lombar, osteoartrose, osteoporose, artrite reumatóide, doença isquêmica do coração, diabetes mellitus, obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de mama, depressão e AVE.</p>	<p>Ambos, o BRIEF Core sets e comprehensive ICF Cores set são preliminares e precisam ser testados no próximo ano. Os resultados finais serão válidos e globalmente aceitos para uso clínico, em pesquisa e estatísticas de saúde.</p>

Autor e local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>5</p> <p>Cieza A e Stucki G. Alemanha. 2005.</p>	<p><i>Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF).</i></p>	<p>Examinar a relação entre seis instrumentos HRQOL (o SF-36, o NHP, o QL-I, o WHOQOL-BREF, o WHODASII e o EQ-5D) e a CIF.</p>	<p>Todos estes instrumentos foram ligados à CIF separadamente por 2 profissionais de saúde treinados de acordo com 10 regras de ligação estabelecidas especificamente para este propósito. O grau de concordância entre os profissionais de saúde foi calculado pelo método kappa.</p>	<p>Os instrumentos podem ser ligados à CIF, pois existe um alto nível de concordância entre os profissionais.</p>	<p>A CIF pode ser de utilização por profissionais e pesquisadores</p>

Autor e local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>6</p> <p>Ewert T et al. Suíça. 2004</p>	<p><i>Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF Checklist.</i></p>	<p>Identificar os problemas mais comuns de pacientes com 12 condições de saúde distintas usando a lista resumida da CIF.</p>	<p>Estudo de corte seccional multicêntrico com grupos de pacientes que receberam diagnóstico de uma das 12 condições de saúde incluídas no estudo. Para descrever a população de estudo, a idade, gênero e resultados do SF-36 foram considerados. Foram colhidos dados de 917 pacientes de 33 Centros de Reabilitação diferentes.</p>	<p>Maioria das categorias foram comuns em pelo menos uma condição de saúde. A dor foi presente em todas as condições. Pacientes com dor lombar crônica, artrite reumatóide e diabetes mellitus não apresentaram os problemas descritos na lista resumida da CIF.</p>	<p>O principal achado foi que não é necessário avaliar todas as categorias para se saber sobre funcionalidade e saúde de pacientes com condições crônicas.</p>
Autor e local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão

<p>7</p> <p>Brockow T et al. Alemanha. 2004.</p>	<p><i>Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on musculoskeletal disorders and chronic widespread pain using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference.</i></p>	<p>Identificar e comparar o conteúdo das mensurações usuais de ensaios clínicos das seguintes condições de saúde: fibromialgia, osteoartrose, osteoporose e artrite reumatóide; usando a CIF como referência.</p>	<p>Ensaios clínicos publicados entre os anos de 1991 até 2000 foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão. As mensurações utilizadas foram extraídas e ligadas à CIF.</p>	<p>129 ensaios clínicos de dor lombar crônica, 42 de fibromialgia, 176 de osteoartrose, 107 de osteoporose e 382 de artrite reumatóide foram incluídos. 59 questionários de qualidade de vida foram extraídos de dor lombar crônica, 29 em fibromialgia, 3 em osteoporose e 48 em artrite reumatóide. Destes, pelo menos, 77% podem ser ligados à CIF. A categoria mais citada entre as condições de saúde foi a “sensação de dor”, exceto no caso da osteoporose.</p>	<p>A CIF é uma referência que pode ser utilizada para identificar e quantificar os conceitos contidos na maioria dos ensaios clínicos.</p>
Autor e local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão

<p>8</p> <p><i>Scheuringer M et al. Suíça. 2005.</i></p>	<p><i>ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in early post-acute rehabilitation facilities.</i></p>	<p>Definir uma primeira versão de uma lista resumida da CIF para pacientes com condições músculo-esqueléticas na reabilitação precoce em casos sub-agudos.</p>	<p>O desenvolvimento da lista envolveu um processo de consenso integrando evidências de estudos preliminares, uma revisão sistemática da literatura e coleta de dados empíricos de pacientes.</p>	<p>15 especialistas selecionaram 70 categorias de segundo nível da CIF. O maior número de categorias foi selecionado da parte de Funções do Corpo (23, ou 33%). 7 das categorias foram selecionadas da parte de Estruturas do Corpo (10%). 22 (ou 31%) de Atividades e Participação. 18 (ou 26%) de Fatores Ambientais</p>	<p>A lista criada é uma ferramenta para entender e avaliar pacientes em condições músculo-esqueléticas sub-agudas, principalmente, para uma abordagem interdisciplinar. Esta lista que foi criada será testada na Alemanha e internacionalmente.</p>
---	--	--	---	--	--

Autor e local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>9</p> <p>Heerkens Y et al. Holanda. 2003.</p>	<p><i>Past and future use of the ICF (former ICIDH) by nursing and allied health professionals</i></p>	<p>Este estudo descreve o uso da CIDID por profissionais de saúde e profissionais de enfermagem que trabalham em conjunto. Este é um exemplo para mostrar como a aplicação da CIDID vem se desenvolvendo nos últimos anos entre os profissionais da Holanda. Os dados dos pacientes foram documentados conforme a classificação e são apresentados neste artigo.</p>	<p>O estudo contém uma visão global da aplicação da CIDID e uma descrição sistemática possível da CIDID e sua sucessora, CIF.</p>	<p>A forma de aplicação e apresentação é válida. O nível de detalhe precisou de uma descrição mais rica sobre funcionalidade que nem a CIDID nem a CIF puderam dar.</p>	<p>A inovação do processo da CIF precisa se desenvolver para um modelo interdisciplinar, adotado internacionalmente.</p>

Autor e local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
<p>10</p> <p><i>Peremboom RJM e Chorus AMJ. Holanda. 2003.</i></p>	<p><i>Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).</i></p>	<p>Identificar cada instrumento de mensuração da participação existente de acordo com a CIF.</p>	<p>Pesquisa na literatura para encontrar instrumentos de mensuração de participação. Numa segunda fase, os que foram validados para língua inglesa foram escolhidos. Itens sobre participação foram avaliados conforme a CIF.</p>	<p>11 instrumentos foram identificados, dos quais 9 avaliavam participação. Todos estes instrumentos mensuravam alguma forma de participação. Dos 9, apenas 2 instrumentos puderam ser ligados diretamente à CIF.</p>	<p>Maior discussão se faz necessária para se distinguir atividade de participação.</p>
Autor e local	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão

<p>11</p> <p>Schneidert M et al. Suíça. 2003.</p>	<p><i>The role of Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).</i></p>	<p>Criar um instrumento para entendimento do impacto dos fatores ambientais na funcionalidade de um indivíduo que tenha uma condição de saúde (doença).</p>	<p>Revisão da literatura para mostrar uma perspectiva histórica da influência dos fatores ambientais na incapacidade. Em seguida, uma revisão sobre a CIF, especialmente na parte de Fatores Ambientais. Na terceira parte, uma revisão da interação do indivíduo com uma condição de saúde e o ambiente em que ela vive e a geração da incapacidade</p>	<p>Percepção, por meio dos estudos pesquisados, do aumento da preocupação sobre as influências dos fatores ambientais na funcionalidade.</p>	<p>A CIF é uma classificação que traz informações sobre os fatores ambientais, incluindo-os como facilitadores ou barreiras. A incapacidade não é algo que ocorre de forma individual, mas depende muito do ambiente em que o indivíduo vive.</p>
--	--	---	--	--	---

Conforme mostram os quadros 2 e 3 (páginas 40 e 47), a maioria dos estudos incluídos consideram a forma parcial de utilização da classificação. Nenhum dos autores, exceto STEINER et al (2002), optou por apontar a necessidade do uso da CIF na sua integralidade. Esta parece ser a maior dificuldade da aplicação e padronização. Por outro lado, a unificação da linguagem é o principal ponto que estimula os profissionais a utilizarem a CIF. Não há comentários relevantes destes pesquisadores sobre a aplicação epidemiológica da aplicação.

Quadro 4 – Estudos excluídos

Artigos informativos:
001. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia. Naomar de Almeida Filho. 2000.
002. Conceituando deficiência. Maria L. T. Amiralian e outros. 2000.
003. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). M. T. Jimenez Bunuales. 2001.
004. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. World Health Organization. 2001.
005. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF short version. World Health Organization. 2001.
006. The implementation of the ICF in daily practice of neurorehabilitation. Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, Wolf C, et al. 2001.

007. International Classification of Functioning, disability and health (ICF) by WHO - Short summary. Schuntermann MF. 2001.
008. World Health Organization's international classification of functioning, disability and health - ICF. Stephens D. 2001.
009. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. Stucki G, Cieza A, Ewert T. 2001.
010. The basic information about international classification of WHO, "International Classification of Functioning, Disability and Health". Svestkova O, Pfeiffer J. 2001.
011. International classification of functioning, disability and health: ICF short version. Organization WH. 2001.
012. International classification of functioning, disability and health: ICF Organization WH. (2001).
013. Current and future long-term care needs: an analysis based on the 1990 WHO study, The Global Burden of Disease and the International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization. 2002.
014. International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research Dahl TH. 2002.
015. International classification of functioning, disability and health (ICF) 2001. Jimenez Bunuales MT, Gonzalez Diego P, Martin Moreno JM. 2002.

016. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. Stucki G, Ewert T, Cieza A. 2002.
017. The new WHO classification: International classification of functioning, disability and health. Chapiereau F. 2002.
018. Prevention, physical medicine and implications of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Gutenbrunner C. 2002.
019. The long way from International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH to the International Classifications of Functioning, Disability and Health (ICF). Marijke W. de Kleijn-De Vrankrijker. 2003.
020. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. Gerold Stucki, Thomas Ewert and Alarcos Cieza. 2003.
021. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for. S. Ueda and Y. Okawa. 2003.
022. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. T. B. Ustun, S. Chatterji, J. Bickenbach, N. Kostanjsek and M. Schneider. 2003.
023. Kinesiologic diagnosis. Sergio Enríquez. 2003.
024. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Cássia Maria Buchalla. 2003.

025. Outcome evaluation of the hand and wrist according to the International Classification of Functioning, Disability, and Health. Barbier O, Penta M, Thonnard JL. 2003.
026. The ICF: Applications of the WHO model of functioning, disability and health to brain injury rehabilitation. Bilbao A, Kennedy C, Chatterji S, Ustun B, et al. 2003.
027. The long way from the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Kleijn-de Vrankrijker MW. 2003.
028. 032. The ICF: a proposed framework for comprehensive rehabilitation of individuals who use alaryngeal speech. Eadie TL. 2003.
029. The International Disability Rights Movement and the ICF. Hurst R. 2003.
030. Are the ICF Activity and Participation dimensions distinct? Jette AM, Haley SM, Kooyoomjian JT. 2003.
031. Deafblindness: a challenge for assessment--is the ICF a useful tool? Moller K. 2003.
032. Action theory, disability and ICF. Nordenfelt L. 2003.
033. Terrorism and the international classification of functioning, disability and health: a speculative case study based on the terrorist attacks on New York and Washington. Seltser R, Dicowden MA, Hendershot GE. 2003.

034. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability. Simeonsson RJ, Leonardi M, Lollar D, Bjorck-Akesson E, et al. 2003.
035. Comparing disability survey questions in five countries: a study using ICF to guide comparisons. Swanson G, Carrothers L, Mulhorn KA. 2003.
036. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, et al. 2003.
037. WHO's ICF and functional status information in health records. Ustun TB, Chatterji S, Kostansjek N, Bickenbach J. 2003.
038. ICF in rehabilitation. Ewert T, Cieza A, Stucki G. 2003.
039. Physical medicine and the re-adaptation of the International Classification of Handicaps to the International Classification of Functioning. Andre JM. 2003.
040. Measuring chronic health condition and disability as distinct concepts in national surveys of school-aged children in Canada: A comprehensive review with recommendations based on the ICD-10 and ICF. McDougall J, Miller LT. 2003.
041. The ICF as a framework for national data: the introduction of ICF into Australian data dictionaries. Madden R, Choi C, Sykes C. 2003.
042. Concepts in occupational therapy in relation to the ICF. Haglund L, Henriksson C. 2003.
043. Rehabilitation Law in the Czech Republic: (Using International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF WHO). Svestkova O. 2003.

044. Concepts in occupational therapy in relation to the ICF. Haglund L, Henriksson C. 2003.
045. On the application of the ICIDH and ICF in developing countries: evidence from the United Nations Disability Statistics Database (DISTAT). Mbogoni M. 2003.
046. New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. Wade DT, Halligan P. 2003.
047. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF): part II. Organización Mundial de la Salud. 2003.
048. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine special supplement on ICF core sets. B. Ustun, S. Chatterji and N. Kostanjsek. 2004.
049. Applying the ICF in Medicine. Gerold Stucki and Gunna Grimby. 2004.
050. Coding notes. A framework for human functioning -- the ICF in Australia. Fortune N. 2004.
051. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on breast cancer using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. Brockow T, Duddeck K, Geyh S, Schwarzkopf SR, et al. 2004.
052. Commentary on supplement 44: G. ICF Core Sets for chronic conditions. Newman S. 2004.

053. The International Classification of Functioning, Disability and Health and action theory. Nordenfelt L. 2004.
054. A framework for human functioning -- the ICF in Australia. Fortune N. 2004.
055. Where is the person in the ICF? Duchan JF. 2004.
056. The international classification of functioning, disability and health and action theory. Lennart Nordenfelt. 2004.
057. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. Kearney PM, Pryor J. 2004.
058. The use of the ICF to describe work related factors influencing the health of employees. Heerkens Y, Engels J, Kuiper C, Van der Gulden J, et al. 2004.
059. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on depressive disorders using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. Brockow TT, Wohlfahrt K, Hillert A, Geyh S, et al. 2004.
060. International Classification of Functioning, Disability and Health. Chard G. 2004.
061. The ICF language of numeric adjectives. Boles L. 2004.
062. The International Classification of Functioning, Disability and Health and its application to cognitive disorders. Arthanat S, Nochajski SM, Stone J. 2004.

063. Is there evidence of the International Classification of Functioning, Disability and Health in undergraduate nursing students' patient assessments? Pryor J, Forbes R, Hall-Pullin L. 2004.
064. The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. Rosenbaum P, Stewart D. 2004.
065. Incorporating the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) into an electronic health record to create indicators of function: proof of concept using the SF-12. Mayo NE, Poissant L, Ahmed S, Finch L, et al. 2004.
066. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Imrie R. 2004.
067. ICF - a new international classification of functions and health. Haugsbo A, Larsen BI. 2004.
068. Coding notes. A framework for human functioning -- the ICF in Australia. Fortune N. 2004.
069. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Cássia Maria Buchalla e Eduardo Santana de Araujo. 2005.
070. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Norma Farias e Cássia

Maria Buchalla. 2005.

071. The "Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P)". A short instrument for the assessment of disabilities in mental disorders. Linden M, Baron S. 2005.

072. The practical application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in medical rehabilitation of psychiatric patients. Grundmann J, Keller K, Brauning-Edelmann M. 2005.

073. Conceptualizing communication enhancement in dementia for family caregivers using the WHO-ICF framework. Byrne K, Orange JB. 2005.

074. The International Classification of Functioning, Disability and Health: contemporary literature overview. Bruyere SM, Van Looy SA, Peterson DB. 2005.

075. Alzheimer's disease-associated disability: an ICF approach. Muo R, Schindler A, Vernero I, Schindler O, et al. 2005.

076. Assessment of patients with intellectual disability using the International Classification of Functioning, Disability and Health to evaluate dental treatment tolerability. Maeda S, Kita F, Miyawaki T, Takeuchi K, et al. 2005.

077. Continuing your professional development. The WHO International Classification of Functioning, Disability and Health. Atkinson J. 2005.

078. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a promising framework and classification for rehabilitation medicine. Stucki G. 2005.
079. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. Schuntermann MF. 2005.
080. The international classification of functioning, disability and health (ICF) in dermatological rehabilitation: conception, application, perspective. Niederauer HH, Schmid-Ott G, Buhles N. 2005.
081. ICF based comparison of disease specific instruments measuring physical functional ability in ankylosing spondylitis. Sigl T, Cieza A, van der Heijde D, Stucki G. 2005.
082. The International Classification of Functioning, Disability and Health. Seidel M. 2005.
083. The International Classification Of Functioning, Disability and Health (ICF) in children. Barruffo L, Greco G, Pisacane A, Sorella C. 2005.
084. Functional Assessment in Migraine (FAIM) Questionnaire: development of an instrument based upon the WHO's International Classification of Functioning, Disability, and Health. Pathak DS, Chisolm DJ, Weis KA. 2005.

085. The international classification of functioning as an explanatory model of health after distal radius fracture: A cohort study. Harris JE, MacDermid JC, Roth J. 2005.
086. Why the WHO ICF and QOL constructs do not lend themselves to programmatic appraisal for planning therapy for aphasia. A commentary on Ross and Wertz, "Advancing appraisal: Aphasia and the WHO". Worrall L, Cruice M. 2005.
087. La clasificación Internacional Del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. Pedro Chaná e Daniela Albuquerque. 2006.
088. La Clasificación Internacional Del Funcionamiento: una visión más integral del discapacitado. Marisol Molina Retamal. 2006.
089. Functioning description according to the ICF model in chronic back pain: disablement appears even more complex with decreasing symptom-specificity. M. E. A. Wormgoor et al. 2006.
090. ICF core sets: how to specify impairment and function in systematic lupus erythematosus. M. Aringer et al. 2006.
091. Assessment of everyday functioning in young children with disabilities: An ICF-based analysis of concepts and content of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Ostensjo S, Bjorbaekmo W, Carlberg EB, Vollestad N. 2006.
092. Analyzing the content of outcome measures in clinical trials on irritable bowel syndrome using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. Schonrich S, Brockow T, Franke T, Dembski R, et al. 2006.

093. Functioning description according to the ICF model in chronic back pain: disablement appears even more complex with decreasing symptom-specificity. Wormgoor MEA, Indahl A, van Tulder MW, Kemper HCG. 2006.
094. Are they relevant? A critical evaluation of the international classification of functioning, disability, and health core sets for osteoarthritis from the perspective of patients with knee osteoarthritis in Singapore. Xie F, Thumboo J, Fong KY, Lo NN, et al. 2006.
095. Practical use of international classification of functional abilities (ICF), disabilities and health. Svestkova O, Pfeiffer J, Angerova Y, Brtnicka P, et al. 2006.
096. Content comparison of health status measures for obesity based on the international classification of functioning, disability and health. Stucki A, Borchers M, Stucki G, Cieza A, et al. 2006.
097. Agreement of a work-capacity assessment with the World Health Organisation International Classification of Functioning, Disability and Health pain sets and back-to-work predictors. Schult ML, Ekholm J. 2006.
098. The international classification of functioning, disability and health can help to structure and evaluate therapy. Darzins P, Fone S, Darzins S. 2006.

099. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, et al. 2006.
100. Development of an ICF-oriented patient questionnaire for the assessment of mobility and self-care. Farin E, Fleitz A, Follert P. 2006.
101. Development and use of the ICF from the nursing point of view--a position statement of the German speaking working group "ICF and Nursing". Bartholomeyczik S, Boldt C, Grill E, Konig P. 2006.
102. The ICF comprehensively covers the spectrum of health problems encountered by health professionals in patients with musculoskeletal conditions. Weigl M, Cieza A, Kostanjsek N, Kirschneck M, et al. 2006.
103. The ICF classification system--a problem oriented inventory on behalf of the German Society of Rehabilitation. Sciences Schliehe F. 2006.
104. Functioning and preferences for improvement of health among patients with juvenile idiopathic arthritis in early adulthood using the WHO ICF model. Arkela-Kautiainen M, Haapasaari J, Kautiainen H, Leppanen L, et al. 2006.

105. A conceptual model for interprofessional education: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, et al. 2006.
106. International Classification of Functioning, Disability and Health: children and youth version: ICF-CY. World Health Organization. 2007.
107. Tecendo uma rede de usuários da CIF. Rosana Sampaio. 2007.
108. Reflexões sobre a versão em português da Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Débora Diniz, Marcelo Medeiros, Flávia Squinca. 2007.
Artigos de aplicação da CIF em outras áreas:
01. Comparing disability survey questions in five countries: a study using ICF to guide comparisons. Gretchen Swanson, Leeanne Carrothers and Kristine A. Mulhorn. 2003.
02. On the application of the ICIDH and ICF in developing countries: evidence from the United Nations Disability Statistics Database (DISTAT). Margaret Mbogoni. 2003.
03. The ICF as a framework for national data: the introduction of ICF into Australian data dictionaries. Ros Madden, Ching Choi and Catherine Sykes. 2003.
04. Reference to ICIDH in French surveys on disability. Pascale Roussek and Catherine Barral. 2003.
05. ICF Core Sets for depression. Cieza A, Chatterji S, Andersen C, Cantista P, et al.

2004.
06. Facilitating participation of students with severe disabilities: aligning school based occupational therapy practice with best practices in severe disabilities. K. Mu e C. B. Royeen. 2004.
07. ICF Core Sets for obesity. Stucki A, P. D, M. F, A. C, et al. 2004.
08. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Participation. K. Salter et al. 2005.
09. Using a multidisciplinary classification in nursing: the International Classification of Functioning Disability and Health. Van Achterberg T, Holleman G, Heijnen-Kaales Y, Van der Brug Y, et al. 2005.
10. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF activity. K. Salter et al. 2005.
11. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF body functions. K. Salter et al. 2005.
12. ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. E. Grill et al. 2005.
13. Risk behaviors for varying categories of disability in NELS: 88. D. Hollar. 2005.
14. Sexuality in children and adolescents with disabilities. N. Murphy. 2005.
15. Introduction to the special section on the international classification of functioning, disability and health: implications for rehabilitation psychology. Bruyere SM, Peterson DB. 2005.

16. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), a new tool for social workers. F. H. Barrow. 2006.
17. A pilot study to investigate the use of the ICF in documenting levels of function and disability in people living with HIV. Jelsma J, Brauer N, Hahn C, Snoek A, et al. 2006.
18. Developing core sets for persons with spinal core injuries based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. F. Biering-Sorensen. 2006.
19. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. T. A. Stamm e outros. 2006.
20. Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Heloisa Brunow Ventura Di Nubila. 2007.
CIF não era objeto de estudo do pesquisador:
01. Outcomes of Physical Therapy, speech pathology and Occupational Therapy for people with motor neuron disease: a systematic review. Meg E. Morris et al. 2006.
02. Work status and chronic low back pain: exploring the International Classification of Functioning, Disability and Health. W. Kuijer et al. 2006.
03. Superior effect of forceful compared standart traction mobilizations in hip disability. K. Vaarbakken and A. E. Ljunggren. 2007.
04. Horseback riding as a therapy for children with cerebral palsy: is there evidence of

its effectiveness? L. Snider et al. 2007.
05. Exercise therapy and other types of physical therapy for patients with neuromuscular diseases: a systematic review. E. H. Cup et al. 2007.
06. Impact of physical therapy for Parkinson´s disease: a critical review of the literature. G. Kwakkel et al. 2007.

Quadro 5 – Perdas

01. The equivalence of diagnostic tests with the International Classification of Functioning, Disability and Health. Diaz Arribas MJ, Fernandez Serrano M, Polanco Perez-Llantada J. 2005.
02. Validating the International Classification of Functioning, Disability and Health Comprehensive Core Set for Rheumatoid Arthritis from the patient perspective: A qualitative study. Stamm TA, Cieza A, Coenen M, Machold KP, et al. 2005.
03. Utility of International Classification of Functioning Disability and Health's participation dimension in assigning ICF codes to items from extant rating instruments. Granlund M, Eriksson L, Ylven R. 2004.

O quadro acima refere-se aos artigos que não puderam ser obtidos na íntegra, pois, não foram fornecidos pela fonte após várias tentativas.

5 - DISCUSSÃO

O número de artigos encontrados na primeira busca foi bem maior que aquele efetivamente incluído no estudo. Isto se deu porque os critérios de inclusão da presente pesquisa foram criteriosamente detalhados, pois, a intenção era buscar artigos que mostrem como está ocorrendo a aplicação prática da classificação. Os estudos excluídos não abordam nenhum aspecto desta aplicação em Fisioterapia, apesar de conter as palavras “CIF”, “Fisioterapia” ou “reabilitação” como unitermos ou como parte do texto.

Como mostra o Quadro 4, muitos artigos publicados sobre a CIF falam sobre seu desenvolvimento, seu histórico e as perspectivas da utilização. Estes estudos foram considerados de caráter apenas informativo, foram publicados pouco depois do lançamento da CIF e ainda trazem informações superficiais sobre o uso prático da CIF. A segunda parte do quadro apresenta os artigos sobre a aplicação da CIF em outras áreas, que não Fisioterapia.

A separação dos artigos em dois grupos foi providencial para organizar o entendimento de como a CIF vem sendo utilizada no mundo. O Grupo CIF-R contém artigos escritos por profissionais que trabalham com o processo de reabilitação, que não apenas fisioterapeutas, apesar de que os resultados são relevantes para a prática da Fisioterapia. Percebe-se que há uma tendência, neste grupo, de se criar listas resumidas (core sets) da CIF de acordo com determinada condição de saúde e regras de ligação, também chamadas de regras de relacionamento (linkage) entre as medidas funcionais existentes com a CIF. Segundo CIEZA (2002), as mensurações existentes podem ser sistematicamente ligadas à categorias correspondentes da CIF por meio de regras de relacionamento. Estas regras de ligação foram desenvolvidas por pesquisadores, apresentadas na forma de estudos padronizados de consenso, mostrados na presente pesquisa, pois, no momento de lançamento da CIF, nenhuma forma padrão de utilização foi determinada. O que se vê é que a maioria das mensurações podem ser ligadas às categorias da CIF. Segundo BROCKOW (2004), a CIF é uma boa referência para identificar e quantificar os conceitos contidos nas mensurações usadas em ensaios clínicos.

Os estudos que buscam regras de relacionamento apontam que as medidas existentes não podem ser substituídas pela CIF, mas sim utilizadas como métodos de avaliação que gerem resultados passíveis de classificação. Para exemplificar, pode-se notar o que acontece com a CID-10: exames radiográficos juntamente com exames de sangue e avaliação clínica podem determinar que um indivíduo tenha pneumonia. Neste caso, os exames e a avaliação clínica podem ser entendidos como as “medidas

existentes” ou como “métodos de avaliação” que não são substituíveis pela CID-10. O diagnóstico resultante destes exames é passível de classificação pelo código de pneumonia. Na CIF, ocorre da mesma maneira: exames como eletromiografia de superfície, avaliação clínica, avaliação de força muscular com o método Kendall, Escala MIF (mensuração de independência) e complementos da anamnese podem determinar que um indivíduo tenha deficiência de força muscular em um hemicorpo, alterações de equilíbrio dinâmico e dificuldades nas atividades de vida diária ou atividades profissionais de acordo com os facilitadores e barreiras que o ambiente impõe. Estes “métodos de avaliação” não são substituídos pela classificação, mas, seus resultados são passíveis de classificação por códigos da CIF.

STEINER et al (2002) foram os únicos autores presentes nesta revisão bibliográfica que discordaram do uso de listas resumidas da CIF, pois, consideram que cada paciente deve ser classificado com um grupo de códigos específicos para seu caso já que a funcionalidade é individual. Concordam que a determinação da doença (ou condição de saúde) deve ser o topo do modelo, que é necessário utilizar as mensurações existentes e que o uso dos qualificadores é imprescindível. A discordância pode ser explicada pela visão da funcionalidade como algo individual, de maneira a distinguir as perspectivas dos pacientes das perspectivas dos profissionais. No seu estudo, é apresentada uma construção teórica totalmente baseada no modelo da CIF como uma ferramenta clínica que identifica as necessidades individuais dos pacientes e ajuda na unificação da linguagem da equipe multidisciplinar. De maneira geral, os outros autores buscam o mesmo, porém, contam com a importante possibilidade de comparar grupos

populacionais, que seria impossível sem a padronização dos códigos a serem utilizados. A padronização, feita graças às listas resumidas, pode permitir a comparação entre grupos populacionais, mas, corre-se o risco de não serem suficientes para classificar todos os casos. O que mais dificulta a utilização da CIF como instrumento epidemiológico é a impossibilidade de se determinar um código único, assim como ocorre na classificação com a CID-10.

Segundo HEERKENS (2003), não existe descrição rica e detalhada sobre funcionalidade nem com a CIF, nem com sua antecessora, a ICIDH. Porém, acredita que as informações detalhadas têm utilidade para uso clínico, mas não para uso epidemiológico. Este autor não apresenta uma forma de operacionalização da CIF, mas discorda do modelo linear, pois, considera que, muitas vezes, o fisioterapeuta não está direcionado para cura da doença, mas para a abordagem funcional, do desempenho e da capacidade. Para este autor, antes de qualquer coisa, treinar os professores das áreas para usar e ensinar a terminologia da classificação é o melhor passo para o momento. Também, segundo EWERT (2004) o grau de funcionalidade independe da doença. Duas doenças podem gerar graus de disfunção e incapacidade diferentes. Além disso, a presença destas alterações funcionais pode não estar relacionada à doença. É neste contexto que está baseado o modelo da CIF.

Segundo GOLDSTEIN et al (2004), a classificação é para todas as pessoas, em todos os estágios da vida, não apenas quando uma doença temporária ou crônica está presente. Na CIF, o enfoque muda de uma ênfase na deficiência para um foco na facilitação do objetivo funcional a ser alcançado pelo indivíduo.

A maioria dos autores pesquisados expressa que a CIF é uma classificação altamente complexa e, por isso, estimulam a criação de listas resumidas da mesma. Principalmente no Grupo CIF-R, grande parte das pesquisas (4 de um total de 11) têm o objetivo principal de criar listas resumidas da CIF relacionadas a uma condição de saúde específica - ou doença - discordando, portanto dos 3 autores citados acima. Desta forma, temos a lista resumida (core set) da CIF para osteoporose, para artrite reumatóide, para fibromialgia, e assim por diante. WEIGL et al (2004) buscaram identificar as categorias da CIF mais relevantes para dor lombar, osteoporose, artrite reumatóide, acidente vascular encefálico, depressão, obesidade, doença isquêmica do coração, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e câncer de mama. Sempre com a utilização de regras de relacionamento entre as mensurações existentes e a CIF, considerando, para tanto, a escolha do qualificador (número que vem após o código) mais adequado para identificar a função, a incapacidade, os facilitadores, as barreiras, etc. No Grupo CIF-R, este modelo de estudo também foi mostrado por CIEZA (2004), EWERT et al (2004) e SHEURINGER (2005).

PEREMBOOM et al (2003), apesar de concordarem que é necessário utilizar regras de equivalência para classificar com a CIF, discordam da necessidade de se usar os qualificadores da classificação porque, apesar de ser possível operacionalizar a classificação com a criação de regras de relacionamento, nenhuma das mensurações existentes tem todos os domínios da CIF e outras têm domínios mais específicos do que a CIF. Assim, usar as mensurações e classificar com a CIF sem a utilização do

qualificador seria o melhor caminho para se ter informação sobre funcionalidade e incapacidade, segundo estes pesquisadores.

Ainda, como indicado no artigo de FINGER et al (2006), do Grupo CIF-F, é possível a criação de listas resumidas da CIF por meio de consensos, baseadas em áreas da Fisioterapia (e não baseadas em condições de saúde), a partir do uso de métodos de avaliação convencionais e regras de relacionamento, porém, também sem a utilização dos qualificadores. As áreas que os autores se referem são: músculo-esquelética, neurológica e medicina interna. Há códigos comuns nas três listas resumidas criadas por FINGER et al, sendo possível de se ter uma lista básica para Fisioterapia, que pode ser complementada, de acordo com a área de atuação do profissional. Para operacionalização desta forma, as regras de ligação devem ser dominadas por todos os profissionais da área, ou, devem existir profissionais especialistas nestas regras para se tornarem os codificadores da CIF.

Esta forma proposta por FINGER et al é baseada no contexto de que é a antiga ICIDH que trata as alterações funcionais como conseqüências das doenças. As listas resumidas apresentadas no Grupo CIF-R são baseadas em condições de saúde, ou seja, mantêm o modelo linear da ICIDH. Conforme ressaltado por PEREMBOOM (2003) a grande mudança que a CIF tem em relação à ICIDH é a mudança de ser uma classificação de conseqüências de doenças para ser uma classificação dos componentes da saúde, incluindo todos os fatores possíveis como determinantes da saúde. Portanto, utilizar listas resumidas da CIF para determinados tipos de doenças (ou condições de saúde) pode ser uma forma de facilitar a utilização da classificação, porém, parece

manter o pensamento linear, onde a doença gera disfunção, que gera incapacidade, que gera limitação da atividade.

SAMPAIO et al (2005) também enfatiza que a CIF reflete uma mudança de uma abordagem baseada na doença para enfatizar a funcionalidade como componente da saúde. Apresenta em seu estudo a existência de diferentes graus de função em pacientes com a mesma doença, mostrando que a causa da alteração funcional é multifatorial, e não pode estar relacionada apenas a uma condição de saúde específica. A funcionalidade, a atividade e a participação são o centro de uma dinâmica influenciada pelos fatores ambientais, pela presença de doença e pelos fatores sociais. A ICIDH representava mais uma classificação de pessoas com incapacidade do que uma classificação neutra da funcionalidade humana. Não pôde ter o seu modelo aceito por não considerar mais fatores como influenciadores do estado de saúde, que não é apenas definido como ausência de doença. O enfoque principal da CIF é a influência dos fatores contextuais e seus impactos, tanto positivos quanto negativos.

Também ressalta FINGER et al (2006) que os fisioterapeutas examinam, evoluem, diagnosticam, dão o prognóstico das limitações da funcionalidade, determinam os objetivos do tratamento e as intervenções mais apropriadas juntamente com o paciente, com sua família e cuidadores. As perspectivas do paciente devem ser levadas em consideração e com especial atenção. O trabalho deve ser direcionado à funcionalidade e à capacidade que o paciente deseja ter, de acordo com suas necessidades, opções de vida e influências ambientais, sociais e da presença de doenças.

O trabalho interdisciplinar, tanto para avaliação como para determinação de objetivos, pode ser facilitado com o uso de uma classificação de referência.

Ainda, segundo SAMPAIO et al (2005), após analisar todos os componentes envolvidos nos processos de funcionalidade e de incapacidade humana, os fisioterapeutas devem centrar suas avaliações e intervenções no paciente, baseando-se no modelo da CIF como ferramenta para a descrição e classificação de todo o processo saúde-doença. A adoção do modelo de funcionalidade e incapacidade humana possibilita ao fisioterapeuta, em seus procedimentos de avaliação e intervenção, considerar um perfil funcional específico para cada indivíduo. A utilização da CIF pelos profissionais envolvidos no processo de reabilitação aumenta a qualidade e a individualidade dos dados relativos aos pacientes. Isto porque a abordagem fisioterapêutica não se baseia no diagnóstico da doença, mas no diagnóstico das capacidades e limitações da função, estrutura e da participação social. Atualmente, os fatores ambientais são considerados extremamente importantes no entendimento de cada caso e na determinação de condutas terapêuticas.

Mesmo assim, segundo FINGER et al (2006), a indicação da Fisioterapia, em muitos países, é baseada no diagnóstico da doença, de acordo com a CID-10. Porém, esta classificação não vai ao encontro das necessidades dos fisioterapeutas, que precisam saber sobre a funcionalidade do paciente. Portanto, se o sistema de pagamento for baseado na doença, não será fidedigno e não refletirá as reais necessidades de intervenção em Fisioterapia. Uma classificação mais voltada para a funcionalidade é

necessária não só para a prática clínica como também para a determinação de custos em processos de reabilitação.

Desta forma, o modo mais apropriado para se desenhar o modelo que a CIF propõe parece ser o apresentado na Figura 3.

Nesta figura, o termo “condição de saúde (transtorno ou doença)” é substituído pelo termo “doença, se houver” considerando que a funcionalidade, a atividade e a participação estão sempre influenciadas por fatores ambientais e pessoais, mesmo na ausência de doença. Assim, pode-se contemplar as observações expostas por HEERKENS (2003), EWERT (2004), GOLDSTEIN et al (2004) e FINGER (2006).

Figura 3 – Interação entre os componentes da CIF. (OMS, 2003), adaptado pelo autor

Fonte: OMS, 2001 (adaptada pelo autor).

Com o passar do tempo, notou-se que observar os fatores ambientais é importante para se determinar o estado de saúde individual, ou de uma população. Segundo SCHNEIDERT (2003), os fatores ambientais influenciam na funcionalidade quando uma pessoa tem uma condição de saúde, sendo um caminho para uma intervenção mais apropriada e eficiente. O mesmo mostra o autor PALISANO (2006), neste estudo incluído no conjunto de artigos CIF-F, que defende a assistência fisioterapêutica domiciliar por ser possível avaliar os fatores ambientais e interferir de forma mais eficiente na funcionalidade e na capacidade.

Alguns autores concordam que a padronização da linguagem é uma grande necessidade da Fisioterapia, como FINGER et al (2006) e SAMPAIO et al (2005). A Fisioterapia precisa de um modelo teórico que guie sua prática e pesquisa e a utilização da CIF é um caminho.

Os profissionais da área de Fisioterapia têm boas perspectivas sobre a utilização da CIF porque passam a enxergá-la como solução para padronização da sua linguagem técnica. Atualmente, há uma grande diferenciação de linguagens (diferentes escalas e testes, por exemplo) para expressão do quadro funcional de pacientes.

Esta grande diferenciação de linguagem não permite uma comunicação eficaz entre os profissionais do mundo inteiro, inclusive na exposição de resultados de trabalhos científicos. Os próprios pesquisadores fisioterapeutas admitem que a Fisioterapia precisa de uma padronização de linguagem. Esta padronização, então, seria

benéfica para melhorar a comunicação entre fisioterapeutas e outros profissionais que trabalham com o processo de reabilitação e, ainda, com todos os outros profissionais da saúde e de outras áreas do conhecimento. Por outro lado, apesar de concordarem que a CIF deve ser utilizada, discordam em como operacionalizar o seu uso.

A grande maioria dos profissionais que iniciam o uso da CIF tem restrições e dificuldades para entendê-la e aplicá-la. A classificação é tão completa que se torna pouco prática. Por isso, com visto no presente estudo, muitos pesquisadores têm estudado formas diferentes de aplicar a CIF, que merecem atenção e discussão. A situação criada com a oferta de uma classificação ampla, abrangente, cuja aplicação tem ocorrido de diversas formas diferentes, sem ainda uma solução definitiva, traduz o impasse deste momento.

Vê-se que, enquanto as listas resumidas formuladas a partir de determinadas condições de saúde, juntamente com a aplicação de regras de relacionamento, ajudam na transposição da barreira da alta complexidade da classificação por facilitar o uso e posterior compilação dos dados, a maioria delas (exceto a proposta por FINGER) está vinculada ao que os pesquisadores chamam de “condição de saúde – transtorno ou doença”, ou melhor, é como se para utilizar a CIF seja necessário lançar mão do modelo da ICIDH, mantendo o pensamento linear que inter-relaciona a funcionalidade e a incapacidade à uma doença, apenas com o acréscimo dos outros fatores contidos na CIF, como os fatores sociais e ambientais. Isto pode ser um equívoco por fugir do modelo multidirecional que a CIF propõe. O uso da CIF sem a aplicação correta de seu modelo

empobrece sua utilidade. Além disso, listas engessadas podem não contemplar todas as necessidades de codificação de alguns indivíduos.

Estamos assim, diante de um momento, no qual algumas ações que facilitam o uso da CIF fazem com que o seu próprio modelo seja anulado, voltando ao pensamento linear e esquecendo a multicausalidade e o modelo biopsicosocial. Ou seja, a classificação, que oferece tantas possibilidades, parece não oferecer uma forma de uso exequível.

Para resolver o problema da alta complexidade da classificação, o caminho mais apropriado parece ser a incorporação de medidas básicas desde a formação profissional, tais como: enfatizar a importância epidemiológica do conhecimento do grau de funcionalidade da população, instituir a linguagem e o modelo da CIF à formação, criar ligações entre as mensurações mais utilizadas com a CIF, criar listas resumidas da classificação de acordo com as áreas de atuação dos profissionais que trabalham com o processo de reabilitação e alertar os profissionais a não vincular estas listas resumidas à doenças ou “condições de saúde”. Criar mecanismos de disseminação de experiências bem sucedidas como forma de divulgar rapidamente. Mais rapidamente do que em revistas especializadas. Com isso, temos a chance do uso mais padronizado. A OMS está tentando prover os usuários com treinamentos on-line. De qualquer maneira, a necessidade de usar listas resumidas, mesmo que sejam por áreas de atuação, continuarão sendo um ponto negativo, porém, mais viável do que listas por doenças, por observar o modelo multidirecional da nova classificação. Além destas medidas,

diferentemente do uso que se faz da CID-10, parece mais apropriado que a codificação com a CIF seja feita pelo próprio profissional de saúde, e não por codificadores.

O conceito da CIF se traduz de duas formas: (1) no uso do novo modelo de como se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade (2) no uso da classificação como ferramenta epidemiológica. A segunda forma parece ter maior relevância no que se refere à evolução da assistência em saúde. Deve funcionar de forma integrada à primeira, mas servir como base para utilização da classificação.

Mesmo assim, para que a CIF tenha aplicação estatística, mais estudos devem ser desenvolvidos, de maneira que ela possa fornecer dados que, agregados às de morbidade e mortalidade fornecidas pela CID-10, possam determinar a qualidade de vida da população, favorecendo e embasando as medidas de intervenção em saúde no mundo.

Até o presente momento, apesar do interesse pela adoção do modelo da CIF, existem poucos estudos em curso sobre a avaliação do seu impacto na atenção à saúde. Isso decorre de ser uma classificação recente, complexa e que apresenta certo grau de dificuldade em sua utilização. Normalmente, para se observar o impacto da atenção à saúde, utilizam-se os indicadores de saúde, que consideram um dado para análise. A CIF sempre fornece mais de um, o que torna difícil sua aplicação estatística.

Do ponto de vista prático, a aplicação da CIF durante uma consulta requer um tempo muito maior do que o habitual. Uma questão apontada concerne à classificação de atividades e participação. Se diferentes estratégias de codificação são utilizadas, uma vez que existe uma variabilidade de apreciação dependente do contexto social e cultural, isso coloca dificuldades para a comparação de dados entre um local e outro, pois, as

diferenças culturais também afetam as chances de atividade e participação (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

A CIF foi criada a partir de uma necessidade de classificar a funcionalidade e a incapacidade. Estas são informações que a CID-10 não fornece. Portanto, apesar da complexidade do uso, a classificação deve continuar sendo estudada e aprimorada para que se possa, realmente, suprir a necessidade de compreensão da funcionalidade e dos fatores que estão relacionados à ela. É graças a esta complexidade que o amplo uso da CIF tem sido dificultado. A utilização da CIF é crescente no mundo, conforme foi mostrado nos resultados desta pesquisa, porém, este crescimento tem ocorrido de forma lenta. Deve-se levar em conta a facilidade do uso da CID-10 como exemplo. Em geral, a formação acadêmica é voltada à doença. Esta visão global representa um paradigma emergente, que precisa ser digerido pelos profissionais que utilizarão a CIF.

A revisão bibliográfica, mesmo com um pequeno número de artigos, foi um método satisfatório para se desenhar como a CIF vem sendo utilizada na prática da Fisioterapia. A partir desta revisão, é possível entender quais são os caminhos que os pesquisadores vêm tomando para testar e utilizar a CIF.

5.1 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CIF contém uma série de atualizações no campo de como se pensar e trabalhar a funcionalidade e a incapacidade. A classificação, entre outros aspectos, busca dar maior importância aos fatores ambientais na funcionalidade humana.

Em geral, a produção da área de Fisioterapia sobre a Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde está voltada para testes e criação de formas de como operacionalizar o uso da classificação na prática clínica. Não há ênfase sobre a visão epidemiológica da classificação

Ainda existe muita discordância entre os pesquisadores sobre como operacionalizar o uso da CIF, apesar de todos concordarem que ela deve ser utilizada. A CIF, em Fisioterapia, tem uso clínico e uso epidemiológico. Os trabalhos permitiram concluir que a utilização dos qualificadores é imprescindível para o acompanhamento clínico dos pacientes. Porém, a utilização dos códigos sem os qualificadores pode ser uma saída para facilitar e gerar informações epidemiológicas sobre funcionalidade e incapacidade.

A grande maioria dos pesquisadores, com exceção de STEINER et al, acredita que criar listas resumidas da CIF seja um bom caminho para operacionalizar seu uso. Segundo esta revisão, não há informações sobre regiões ou países, que a utilizem de forma integral. Apesar de ter sido lançada há 7 anos, inúmeras discussões ainda a cercam de dúvidas.

A CIF, segundo SHEURINGER (2005), é uma excelente ferramenta de trabalho para acompanhamento de pacientes que estejam num processo de recuperação funcional, principalmente quando usada por uma equipe interdisciplinar. Na prática, a própria extensão e complexidade da classificação impedem seu uso efetivo.

Apesar da dificuldade que os profissionais encontram em utilizá-la, a CIF é vista como uma saída para a resolução de um problema em Fisioterapia: a unificação da linguagem.

Com o passar do tempo, muitos instrumentos subjetivos e objetivos de mensuração da funcionalidade e da capacidade foram criados à fim de nortear a prática clínica e ajudar na determinação dos objetivos à curto, médio e longo prazo. Existe uma boa perspectiva sobre a CIF, mas, na prática, há barreiras da própria classificação que dificultam sua implantação.

A CIF, como visto, serve como guia de atuação e de modelo de atenção de saúde funcional. Ainda, sob discussão, o modelo da CIF definiu conceitos básicos para funcionalidade, incapacidade e saúde. Considera a existência da multicausalidade e coloca a percepção individual do paciente como um dos pontos principais para determinação de sua qualidade de vida. Este modelo pluralizado ajuda aos profissionais na determinação dos objetivos de tratamento, até porque, determinar as necessidades individuais depende da percepção dos próprios indivíduos avaliados. Assim, a presença de doença tem importância igual à de outros fatores, tais como, fatores pessoais, ambientais e sociais. Este ponto não foi observado por alguns dos autores pesquisados, pois o pensamento de causalidade linear parece estar enraizado. Pode-se concluir que um dos caminhos é ensinar o modelo da CIF e sua terminologia nos cursos de graduação e pós-graduação em Saúde.

A CIF, como classificação ou como modelo, tende a servir como base para a estruturação dos serviços de Fisioterapia tanto como guia para a prática do processo de reabilitação como para formação de um sistema de informação.

6 – CONCLUSÕES

- Os métodos de pesquisa em relação ao uso da CIF em Fisioterapia são, em sua maioria, revisões bibliográficas, estudos de caso e formação de consensos;
- Há tendência de criação de regras de relacionamento entre as medidas utilizadas atualmente e a CIF, para operacionalizar o uso da classificação;
- Os pesquisadores fazem uso parcial da classificação criando listas resumidas para uso clínico;

- A unificação da linguagem é o principal motivo pelo qual os fisioterapeutas buscam a utilização da CIF;
- A CIF é uma classificação de uso complexo, já que um mesmo indivíduo pode ser classificado com diversos códigos, fazendo com que a avaliação de cada caso demande tempo excessivo;
- A CIF pode favorecer a prática da Fisioterapia pela unificação da linguagem e pela possibilidade de fornecer dados sobre funcionalidade e incapacidade de determinada população;
- Os pesquisadores não exploram a CIF como um instrumento epidemiológico;
- Um dos caminhos para a utilização da CIF pode ser a inclusão da classificação e do seu modelo nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão em Fisioterapia, além da inserção (como teste) de listas resumidas da CIF nos serviços de Fisioterapia, de acordo com as áreas de atuação do fisioterapeuta.

7 – REFERÊNCIAS

1. Batalha FMB. A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da Fisioterapia. Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social, UFRJ. Rio de Janeiro; 2002.
2. Barreto ML, Carmo E. Mudanças em padrões de morbi-mortalidade: conceitos e métodos. In C Monteiro (org) velhos e novos males da saúde no Brasil. Hucitec. São Paulo, 1995; 17-30.
3. Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Acta Fisiátrica. 2003; 10(1): 29-31.
4. Brockow T, Cieza A, Kuhlow H, Sigl T, Franke T, Harder M, Stucki G. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on musculoskeletal disorders and chronic widespread pain using the international classification of functioning, disability and health as a reference. Journal of Rehabilitation Medicine. 2004; 44: 30-6.
5. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século 21: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública 31(2): 184-200.

6. Cieza A, Ewert T, Ustun B, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004; 44: 9-11.
7. Cieza A, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2005; 14: 1225-37.
8. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2005; 37: 212-218.
9. Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, Ustun B, Stucki G. Linking health-status measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2002; 34: 205-10.
10. Define DV, Feltrin MIZ. A Fisioterapia no Brasil. Atualização Brasileira de Fisioterapia. 1986; 3(4): 22-4.
11. Ewert T, Fuessi M, Cieza A, Andersen C, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004; 44: 22-9.
12. Farias N, Buchala CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005. 8(2): 187-93.
13. Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Delphi exercise. *Physical Therapy*. 2006; 86 (9): 1203-20.
14. Frenk J. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 111(6): 485-96.
15. Goldstein DN, Cohn E, Coster W. Enhancing participation for children with disabilities: application of the ICF enablement framework to pediatric physical therapist practice. *Pediatric Physical Therapy*., 2004; 1602-0114.
16. Heerkens Y, Brug YVD, Napel HT, Ravensberg DV. Past and future use of the ICF (former ICIDH) by nursing and allied health professionals. *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25(11,12): 620-7.
17. Herold CJ. A systematic review of outcomes assessed in randomized controlled trials of surgical intervention for carpal tunnel syndrome using the International Classifications of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference tool. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2006; 7:96.
18. Kirchberger I, Glaessel A, Stucki G, Cieza A. Validation of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for Rheumatoid Arthritis: the perspective of physical therapists. *Physical Therapy*. 2007; 87:368-84.

19. Laurenti R. A mensuração da qualidade de vida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2003; 49(4): 11-13.
20. Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25(18): 1075-9.
21. Novaes RRJ. Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de suas antigas entidades representativas. *Revista Estudos*. Santos; 2000.
22. OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. EDUSP. São Paulo; 2003.
23. Palisano RJ. A collaborative model of service delivery for children with movement disorders: a framework for evidence-based decision making. *Physical Therapy*. 2006; 86 (9): 1295-305.
24. Paiva PTA, Wajnman S. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. *Revista Brasileira de estudos populacionais*. 2005; 22(2): 13-15.
25. Peremboom RJM, Chorus AMJ. Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25: 577-87.
26. Rebelatto JR, Botome SP. *Fisioterapia no Brasil*. Editora Manole. São Paulo; 1999.
27. Riberto M, Miyazaky MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Batisttella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. 2004; 11(2): 72-6.
28. Rosa TE, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Ver. Saúde Pública*. 2007; 37(1): 24-31.
29. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacionakl de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2005; 9: 129-36.
30. Sanchez EL. *Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo*. Atualização Brasileira de Fisioterapia; 1984.
31. Schamm JMA, Oliveira AF, Leite IC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2007; 9(4): 897-908.
32. Scheuringer M, Stucki G, Huber EO, Brach M, Schwarzkopf SR, Kostanjsek N, Stoll T. ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*. 2005; 27: 405-10.
33. Schneidert M, Hurst R, Miller J, Ustun B. The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25: 588-95.
34. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the model as a clinical problem-solving tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy*. 2002; 82 (11):1098-107.
35. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and appplication of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and rehabilitation*. 2003; 25: 628-34.

36. Swanson G, Carrothers L, Mulhorn KA. Comparing disability survey questions in five countries: a study using ICF to guide comparisons. *Informa Healthcare, Disability and rehabilitation*. 2003; 11:665-75.
37. Ueda S, Okawa Y. The subjective dimensioning of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disability and rehabilitation*. 2003; 25: 596-601.
38. Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25: 565-71.
39. Ustun B, Chatterji S, Kostanjek N. Comments from WHO for the journal of rehabilitation medicine special supplement on ICF core sets. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004; 44: 7-8.
40. Weigl Martin, Cieza A, Andersen C, Kollerits B, Amann E, Stucki G. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004; 44: 12-21.
41. WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health—ICF. Geneva; 2002.
42. Omram AR. The epidemiologic transition: a theory of epidemiology population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1971; 29 (1): 509-38.

ANEXOS

ANEXO 01 - Edição Número 127 de 05/07/2005 do Ministério da Saúde:

PORTARIA Nº 1.065, DE 4 DE JULHO DE 2005

Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o inciso II do art.198 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único da Saúde - SUS;

Considerando o parágrafo único do art 3º da Lei nº 8080/90, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social;

Considerando a Saúde da Família como a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a organização do SUS, a partir da Atenção Básica em Saúde;

Considerando que as ações de Atenção Básica em Saúde devem ser desenvolvidas por todos os municípios como um componente essencial para a garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade;

Considerando a necessidade das Integralidade e da resolubilidade da atenção em saúde, nas ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação;

Considerando as ações intersetoriais como fundamentais à garantia da atenção integral em saúde, com vistas à produção do autocuidado;

Considerando como áreas imprescindíveis para a efetivação do cuidado integral em saúde: Alimentação e Nutrição, Atividade Física e Práticas Corporais, Saúde Mental, Serviço Social e Reabilitação;

Considerando a importância do estímulo a modos de viver não sedentários, tendo em vista que o risco de doenças cardiovasculares e os agravos em decorrência de hipertensão arterial e diabetes mellitus estão relacionados, dentre outros fatores, com o não envolvimento em quaisquer práticas corporais;

Considerando a necessidade do desenvolvimento de ações que reduzam o consumo excessivo de medicamentos, estimular a grupalidade e a formação de redes de suporte social, possibilitando a participação ativa dos usuários na construção de projetos terapêuticos individuais e na identificação das práticas a serem desenvolvidas em determinada área;

Considerando que as equipes de Saúde da Família são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas, às diversas formas de sofrimento mental, situações de violência e de discriminação social;

Considerando a importância de desenvolver ações que favoreçam o rompimento com uma percepção preconceituosa e discriminatória das pessoas com deficiência, de maneira que ocorra sua inclusão social;

Considerando a reabilitação como um processo de desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários que facilitem a independência e a participação social das pessoas com deficiência frente à diversidade de condições e às necessidades presentes no cotidiano;

Considerando que o processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a inclusão social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber popular e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território;

Considerando a importância da implementação de ações de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas à promoção da saúde e a qualidade de vida da população;

Considerando a homologação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em reunião realizada no dia 17 de fevereiro de 2005; e

Considerando a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, em reunião realizada no dia 8 de junho de 2005, resolve:

Art. 1º Criar os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde.

Art. 2º Determinar que os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família sejam constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, compondo com os profissionais da Saúde da

Família uma equipe que atue em um território definido, compartilhando a construção de práticas em saúde frente aos problemas identificados.

Parágrafo único. Esse compartilhamento produz-se na forma de co-responsabilização e ampliação da resolubilidade da atenção, efetivada por meio de ações conjuntas como: troca de experiência e saberes, discussão de casos, intervenção junto à comunidade, às famílias e aos indivíduos, realização de atividades intersetoriais, entre outros.

Art. 3º Definir que os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família sejam constituídos por quatro modalidades de ação em saúde:

I - alimentação/nutrição e atividade física;

II - atividade física;

III - Saúde Mental; e

IV - Reabilitação.

Art. 4º Estabelecer que o município pode implantar o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família com todas as quatro modalidades ou optar pela implantação de cada modalidade separadamente, a partir das necessidades locais de saúde e da disponibilidade de recursos.

Art. 5º Determinar que para a implantação do Núcleo com todas as modalidades o município deva assegurar, para fins de mento, a presença de psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais.

Art. 6º Definir que a implantação de modalidades em separado deve assegurar, para fins de financiamento, a presença mínima de dois profissionais por modalidade, exceto na modalidade Alimentação/Nutrição e Atividade Física, que deve ter, no mínimo, três profissionais.

Art. 7º Definir que a composição das diversas modalidades deve respeitar as definições a seguir:

I. Alimentação/Nutrição e Atividade Física - nutricionista, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais;

II - Atividade Física - profissional de educação física e instrutor de práticas corporais;

III - Saúde Mental - psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do psicólogo ou de psiquiatra e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados;

IV - Reabilitação fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do fisioterapeuta e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados.

Parágrafo único. Os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família devem estar articulados com os serviços de referência existentes, como, por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Reabilitação, Centros de Lazer e Esportes e com profissionais dos serviços especializados.

Art. 8º Determinar que o Ministério da Saúde financie a implantação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família nos municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes.

Parágrafo único. Nos municípios situados nos estados da Amazônia Legal, o financiamento de que trata este artigo, será destinado àqueles com população igual ou superior a 30 mil habitantes.

Art. 9º Determinar que os municípios de que trata o artigo 8º desta Portaria possam implantar, para fins de financiamento, um Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família para cada 9 a 11 equipes da Saúde da Família, optando por implantar uma, duas, três ou as quatro modalidades, de acordo com suas possibilidades e necessidades.

Parágrafo único. Para os municípios da Amazônia Legal, a proporção é de um Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família para cada 7 a 9 equipes da Saúde da Família.

Art. 10. Estabelecer que os municípios que ainda não têm a Atenção Básica em Saúde organizada por meio da estratégia Saúde da Família ou que possuem menos que 9 equipes da Saúde da Família implantadas, poderão implantar as modalidades Alimentação/Nutrição e Atividade Física e/ou Atividade Física garantindo-se a proporção de um Núcleo para cada 40 mil habitantes.

Parágrafo único. Para os municípios da Amazônia Legal a proporção é de um Núcleo para cada 30 mil habitantes.

Art. 11. Estabelecer que caiba aos municípios elaborar a proposta de implantação, acompanhamento e avaliação dos Núcleos, garantindo recursos, como contrapartida financeira, para a adequação física e compra de material necessário à realização e ao desenvolvimento das atividades.

Art. 12. Estabelecer que caiba ao Ministério da Saúde, e aos Estados, por meio de suas Secretarias de Saúde, assessorar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das ações dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família nos municípios e contribuir para a sua implementação.

Art. 13. Definir que a operacionalização e o financiamento do Ministério da Saúde para os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, bem como as ações e atividades dos profissionais, serão tratados em portaria específica, a ser publicada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação desta Portaria.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO 02 – Diretrizes curriculares do curso superior de Fisioterapia, Resolução CNE/CES 4/2002:

“O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.210/2001, de 12 de setembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 7 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Fisioterapia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fisioterapeutas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fisioterapia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios

éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

Art. 4º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custoefetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de () CNE.*

Resolução CNE/CES 4/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11.

práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de

profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V - contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

VI - realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um **diagnóstico cinético-funcional**, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;

VII - elaborar criticamente o **diagnóstico cinético funcional** e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;

VIII - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

IX - desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;

X - emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

XI - prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;

XII - manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

XIII - encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;

XIV - manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;

XV - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

XVI - conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia;

XVII - seus diferentes modelos de intervenção.

Parágrafo único. A formação do Fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos;

II - Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e

epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos as políticas de saúde, educação, trabalho e administração;

III - Conhecimentos Biotecnológicos - abrange conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica; e

IV - Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesiopatologia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano.

Art. 7º A formação do Fisioterapeuta deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Fisioterapia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Parágrafo único. A carga horária do estágio curricular supervisionado deverá assegurar a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Fisioterapia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá assegurar que:

I - as atividades práticas específicas da Fisioterapia deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso de Graduação em Fisioterapia, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida (atividades clínicoterapêuticas);

II - estas atividades práticas, que antecedem ao estágio curricular, deverão ser realizadas na IES ou em instituições conveniadas e sob a responsabilidade de docente fisioterapeuta; e

III - as Instituições de Ensino Superior possam flexibilizar e otimizar as suas propostas curriculares para enriquecê-las e complementá-las, a fim de permitir ao profissional a manipulação da tecnologia, o acesso a novas informações, considerando os valores, os direitos e a realidade sócio-econômica. Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes

áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista.

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Fisioterapia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Fisioterapia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO

Presidente da Câmara de Educação Superior”
--