Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**A Classificação Internacional de Funcionalidade,
Incapacidade e Saúde (CIF) e o Conceito Bobath**

Luana Talita Diniz Ferreira

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

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Cassia Maria Buchalla

São Paulo

2012

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e o Conceito Bobath

Luana Talita Diniz Ferreira

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 Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Cassia Maria Buchalla

São Paulo

2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

AGRADECIMENTOS

Os meus melhores e mais sinceros agradecimentos à Profa. Dra. Cassia Maria Buchalla pela orientação, ensinamento, paciência, tolerância, palavra amiga, carinho, por confiar no meu potencial e por incentivar e facilitar a realização deste trabalho e da experiência internacional (estágio);

Aos Professores e Colegas (em especial à Profa. Dra. Alarcos Cieza, Prof. Dr. Olaf Kraus de Camargo, Liane Simon, Melissa Selb e Monika Finger) que atenciosamente me receberam em suas instituições e pacientemente discutiram comigo assuntos pertinentes ao tema em estudo;

Aos Professores que compõem a banca de avaliação desta pesquisa pelas sugestões, comentários na qualificação e defesa deste mestrado;

Aos Meus Pais pelo amor incondicional, mesmo observando minhas limitações e minha ausência nesta caminhada, pelo apoio e incentivo;

À Dani, Tati, Cris, Gabi e Bê pelo amor constante e pelas diferenças que nos fazem crescer como seres humanos,

Ao Gustavo, pela compreensão, companheirismo, amor e incentivo;

Aos amigos, aos colegas da AACD e da Faculdade de Saúde Pública, aos pacientes, aos funcionários e aos professores por tornarem os dias de trabalho ‘menos trabalhosos’;

Ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; ao Centro de Reabilitação Associação de Assistência à Criança Deficiente; ao Departamento de Saúde Biopsicossocial do Instituto de Saúde e Ciências de Reabilitação da Ludwig-Maximilians-University; ao Departamento de Neurologia da Rehaklinik Bellikon; ao Centro de Pesquisa e Reabilitação Swiss Paraplegic Research e Swiss Paraplegic Centre; e a Diakonie - Centro de Reabilitação Precoce (Hamburgo, Alemanha).

À Revista Ciência & Saúde Coletiva/Abrasco pela cessão para divulgação do artigo submetido;

E a todos que colaboraram para a execução desta pesquisa, o meu muito, muito obrigada!

RESUMO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) contextualiza a saúde do indivíduo sob uma perspectiva integrativa, considerando os aspectos relativos ao meio em que vivem. Seu modelo biopsicossocial se aproxima do modelo de abordagem do Conceito Bobath (CB). Este conceito é conhecido por apresentar bons resultados na clínica mas limitações no registro da evolução dos pacientes. Com a divulgação da CIF, vislumbrou-se a possibilidade de registrar os ganhos funcionais obtidos com a terapêutica Bobath. O objetivo deste estudo foi apresentado em dois artigos. O primeiro artigo se refere ao relato de experiências de uso da CIF como forma de estimular sua aplicabilidade. O segundo tem como objetivo refletir sobre a congruência entre a CIF e o CB e discutir a aplicação de ambos na reabilitação neurológica. O resultado apresenta diferentes estratégias de uso da Classificação e sugere sua aplicação em conjunto com o CB, exemplificando uma forma de uso em um centro de reabilitação. A divulgação da classificação em conjunto com uma abordagem já utilizada, seja sob um formato total ou parcial, ou sob uma estrutura nova ou pré-estabelecida, pode trazer benefícios para a sua disseminação, facilitando o treinamento de profissionais e permitindo registro dos ganhos funcionais obtidos em terapia.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Pessoas com Deficiência. Reabilitação. Formação de Conceito. Avaliação da Deficiência.

ABSTRACT

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) contextualizes the individual's health in an integrative perspective, considering the aspects of the environment in which they live. Its biopsychosocial model approaches the treatment model used in the Bobath Concept (BC). This concept is known to have good clinical results but limitations in recording the outcome. With the release of ICF, the possibility of registering the functional gains obtained with Bobath therapy have been envisioned. The objective of this study was presented in two articles. The first article refers to the reporting experiences of using the ICF as a way of stimulating their applicability. The second one aims to reflect on the congruence between the ICF and the BC and discuss the application of both in neurological rehabilitation. The result shows different strategies for use of the Classification and suggests its use together with the BC, one way to use in a rehabilitation center has been exemplified. The widespread use of the classification associated with an approach already used, either in full or partial format, or under a new structure or pre-established one, can bring benefits for its dissemination, facilitate the training of professionals and allowing the record of gains obtained from functional therapy.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health. Disabled Persons. Rehabilitation. Concept Formation. Disability Evaluation.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	10
2. INTRODUÇÃO	12
3. OBJETIVOS.....	16
3.1. <i>Objetivo Geral.....</i>	<i>16</i>
3.2. <i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>16</i>
4. MÉTODOS	17
4.1. <i>Artigo 1 – Relacionado ao primeiro objetivo específico:.....</i>	<i>17</i>
4.1.1. <i>Tipo de Estudo.....</i>	<i>17</i>
4.1.2. <i>Período de Estudo.....</i>	<i>17</i>
4.1.3. <i>Seleção de Estudos.....</i>	<i>17</i>
4.1.4. <i>Critérios de Inclusão/ Exclusão</i>	<i>18</i>
4.1.5. <i>Fonte de Coleta de Dados</i>	<i>18</i>
4.1.6. <i>Experiência Prática.....</i>	<i>18</i>
4.1.7. <i>Análise e Apresentação dos Dados Coletados.....</i>	<i>19</i>
4.2. <i>Artigo 2 – Relacionado ao segundo objetivo específico:.....</i>	<i>19</i>
4.2.1. <i>Tipo de Estudo.....</i>	<i>19</i>
4.2.2. <i>Período de Estudo.....</i>	<i>20</i>
4.2.3. <i>Seleção de Estudos.....</i>	<i>20</i>
4.2.4. <i>Critérios de Inclusão/ Exclusão</i>	<i>20</i>
4.2.5. <i>Fonte de Coleta de Dados</i>	<i>20</i>
4.2.6. <i>Experiência Prática.....</i>	<i>21</i>
4.2.7. <i>Análise e Apresentação dos Dados Coletados.....</i>	<i>21</i>
4.3. <i>Considerações éticas da pesquisa.....</i>	<i>22</i>
5. RESULTADOS.....	23
5.1. <i>Artigo 1</i>	<i>23</i>
5.2. <i>Artigo 2</i>	<i>36</i>
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
8. ANEXOS E APÊNDICES	71
8.1. <i>Estudos, relação com os objetivos e revistas para publicação</i>	<i>71</i>
8.2. <i>Carta de Avaliação da Revista</i>	<i>72</i>

9. CURRÍCULO LATTES	74
9.1. <i>Mestranda</i>	74
9.2. <i>Orientadora</i>	74

LISTA DE FIGURAS

ESTUDO 1

FIGURA 1	Explanatory chart of ICF components and their interactions (WHO, 2003).....	26
FIGURA 2	Example of the use of ICF in a patient in rehabilitation (Source: “Associação de Assistência a Criança Deficiente”).....	33

ESTUDO 2

FIGURA 1	Quadro conceitual dos componentes da CIF e suas interações (OMS, 2003).....	39
----------	--	----

LISTA DE QUADROS

ESTUDO 2

QUADRO 1	Lista de objetivos utilizada no departamento de fisioterapia adulto da AACD.....	53
QUADRO 2	Lista de objetivos da fisioterapia, com as categorias e códigos da CIF, versão inicial.....	54
QUADRO 3	Lista de objetivos da fisioterapia, com as categorias e códigos da CIF, versão final.....	56

ANEXOS E APÊNDICES

QUADRO 1	Estudos, relação com os objetivos e revistas para publicação.....	71
----------	---	----

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

AACD	Associação de Assistência a Criança Deficiente
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CB	Conceito Bobath
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
FIM	<i>Functional Independence Measure</i>
FSP	Faculdade de Saúde Pública
IBITA	<i>International Bobath Instructors Training Association</i>
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

1. APRESENTAÇÃO

O interesse em desenvolver este estudo foi decorrente da minha experiência como fisioterapeuta em um Centro de Reabilitação, onde trabalho com pacientes adultos que apresentam deficiências físicas.

Desde o início da atuação na assistência a pacientes com deficiências houve o interesse em buscar modelos de avaliação e tratamento que considerassem a saúde do indivíduo seguindo uma concepção de saúde abrangente. Eu acreditava que considerando um contexto que integra ambiente, questões sociais e psicológicas, era possível focar a saúde respeitando sua natureza multidimensional.

Com a experiência clínica e aprimoramento científico, antes de iniciar o curso de mestrado, surgiu o interesse em realizar a formação básica no Conceito Bobath (CB) para avaliação e tratamento de pacientes neurológicos adultos. A linha de abordagem do conceito aproxima-se da idéia de saúde que eu defendia, de que o desempenho funcional em atividades cotidianas é diretamente influenciado pelas características do contexto (físico e social) em que os indivíduos vivem.

O interesse no aprimoramento profissional, com cursos avançados do CB, aumentou após vislumbrar a possibilidade de acompanhar o indivíduo sob um ponto de vista que considera a influência do ambiente e de características pessoais na condição de saúde.

Durante esse processo, foi possível conhecer e discutir a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e

a importância do seu uso para acompanhar o paciente tratado pelo CB. O quadro conceitual, a perspectiva de saúde proposta pela Classificação e a sua semelhança com o Conceito Bobath desencadeou um interesse maior em discutir essas possíveis semelhanças conceituais entre ambos. Após ingresso no curso de mestrado, houve a possibilidade de explorar a ferramenta CIF e vislumbrar possibilidades de uso com a mesma.

Após a realização de estágio internacional acompanhando a utilização da CIF na prática sobre diferentes modelos, ampliou-se a visão sobre sua aplicabilidade. Essa experiência permitiu visualizar o uso da classificação em conjunto com a abordagem Bobath e como consequência, a pesquisa do mestrado resultou na elaboração de dois artigos.

O primeiro estudo discorre sobre estratégias de uso da CIF encontradas na literatura e relatos do que foi visualizado no estágio internacional.

Durante a execução e finalização do primeiro artigo, surgiu a vontade de explorar a CIF na clínica. Motivada pelos resultados encontrados com a experiência internacional e vislumbrando a possibilidade de uso no departamento do centro de reabilitação onde trabalho, o processo foi discutido junto à equipe e foi dado início ao projeto piloto para implantação da CIF no departamento de fisioterapia adulto, onde o Conceito Bobath norteia a intervenção terapêutica.

O segundo artigo trata de uma reflexão sobre o uso da CIF em conjunto com o CB, e conta com um exemplo prático do processo de implantação de ambos os conceitos em conjunto, encontrados a seguir.

2. INTRODUÇÃO

Atualmente a CIF tem sido utilizada como um dos quadros conceituais mais modernos para a descrição da saúde. Desde sua publicação em 2001 (OMS, 2003), a discussão acerca de seus princípios e suas possibilidades de uso permitiram avanços na compreensão e mensuração da deficiência segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2012).

A Classificação propõe uma abordagem baseada num modelo biopsicossocial que enfatiza os fatores contextuais (ambientais e pessoais) para a determinação da condição de saúde do indivíduo (OMS, 2003). Essa proposta supera o modelo anteriormente utilizado, no qual aspectos biomédicos (condição de saúde e estrutura corpórea comprometida) sobrepõem-se às condições ambientais e pessoais (ENGEL, 1977).

Além de sugerir um modelo inovador, a CIF propõe uma linguagem comum a todos que lidam com saúde ou doença podendo ser explorada para fins de comparações das condições de saúde frequentes em todo o mundo (OMS, 2003; RENTSCH et al., 2003; DINIZ et al, 2007). Entretanto, ao conduzir estudos na clínica, observa-se dificuldade para sua aplicabilidade. Uma possível justificativa para a dificuldade de uso da CIF na clínica pode ser explicada pelo fato desta sugerir um sistema de classificação, e não diretamente avaliação, sendo necessária uma adaptação para seu uso com o objetivo de avaliar a condição de saúde do indivíduo. Pensando nisso é que alguns autores sugerem a utilização de

avaliações baseadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ESCORPIZO et al, 2010).

É possível encontrar na literatura relatos de seu uso sob diferentes modelos: forma integral, *short forms*, *core sets* ou *checklists*, com a justificativa de facilitar o seu uso, bem como a sua divulgação e a sua implantação.

A maioria dos estudos que utilizaram a Classificação como referência relaciona-se ao uso de *core-sets* para acompanhamento de diversas condições crônicas (CIEZA et al., 2004; GEYH et al., 2004; RAUCH et al., 2008; NEUBERT et al., 2011). Para a validação internacional, cada condição de saúde obteve a sua versão de *core-set* resumida e ampliada para permitir sua aplicabilidade em diferentes contextos. Os *core-sets* ampliados são indicados para uso por equipes multidisciplinares, enquanto que a versão resumida pode ser utilizada por qualquer profissional de saúde (CIEZA et al., 2004). Detalhes sobre estas e outras formas de uso da classificação encontram-se melhor detalhados nos artigos 1 e 2 (resultados).

Estratégias de uso da CIF foram elaboradas e estão publicadas. No entanto, há resistência dos profissionais para introdução desse sistema de classificação devido a sua extensão embora seja claro o interesse em discutir seus princípios e seu modelo conceitual abrangente. Segundo Andrade et al., a dificuldade com a utilização pode ser justificada pela carência de treinamentos sobre a CIF para os profissionais dos serviços de reabilitação (ANDRADE et al., 2011). Entretanto, a dificuldade para a compreensão dos conceitos da classificação pode ter origem nas diferentes

percepções culturais, e pode transpor os métodos de treinamento mais eficazes. Para os estudiosos dessa ferramenta a complexidade de interpretação e operacionalização de alguns de seus constructos, como o de capacidade e desempenho, ainda pode representar um entrave para seu uso na clínica.

Pensando em tornar o uso da CIF viável na prática da fisioterapia, buscou-se discutir os métodos de uso já descritos na literatura e relacionar o modelo CIF com um modelo de abordagem terapêutica utilizada em reabilitação neurológica, o Conceito Bobath (CB).

O Conceito Bobath é uma terapêutica largamente utilizada em reabilitação neurológica e é definido como um processo de resolução de problemas para avaliar e tratar indivíduos com distúrbios de funcionalidade após lesão do Sistema Nervoso Central (RAINE, 2006; IBITA, 2011). O CB enfatiza dois aspectos interdependentes: a integração do controle postural na realização da tarefa (atividade funcional) e do controle de movimento seletivo (ou refinado) para a produção de sequências coordenadas de movimento (GRAHAM et al., 2009). A abordagem pelo CB objetiva diminuir o impacto da perda da independência funcional e do afastamento das atividades ocupacionais e sociais, levando em conta as necessidades e expectativas dos pacientes (SACKETT, 2000).

O CB é semelhante à CIF no conhecimento da totalidade da funcionalidade humana em todas as esferas da vida. Para ambos, as limitações em atividades funcionais são resultado de uma relação entre a condição de saúde, fatores pessoais e circunstâncias ambientais (GRAHAM

et al., 2009). Por isso, acredita-se que abordar atividades em situações cotidianas garante que fatores contextuais sejam considerados, conduzindo resultados eficazes (GRAHAM et al., 2009).

A proposta de se discutir a congruência entre a Classificação e esta abordagem de tratamento teve como objetivo facilitar o entendimento da CIF, ilustrando os aspectos semelhantes entre ambos. Tanto o CB quanto a CIF seguem a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de se habilitar o paciente dentro de sua funcionalidade e do ambiente em que vive. Para isso consideram-se aspectos relativos ao contexto como relevantes para determinar a condição de saúde do indivíduo (GRAHAM et al., 2009). Entretanto, existe pouco relato na literatura sobre o uso de ambos (LENNON et al., 2000; GRAHAM et al., 2009).

Esta situação e a crescente necessidade de registrar os ganhos funcionais obtidos pelos pacientes reabilitados pelo Conceito Bobath sugerem o uso de ambos em conjunto. Acredita-se que a CIF possa servir como ferramenta para ajudar a mensurar aspectos funcionais importantes para descrição dos efeitos positivos alcançados com a abordagem Bobath.

A discussão proporcionada por este estudo visa trazer à tona as possibilidades de uso da CIF e, além disso, sugerir seu uso em conjunto com um conceito utilizado em reabilitação neurológica, favorecendo estratégias de divulgação dessa ferramenta na clínica e sob diferentes formatos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Estudar a aplicação da Classificação Internacional e Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e sua relação com o Conceito Bobath.

3.2. Objetivos Específicos

- 1) Relatar as diferentes formas de uso da CIF na prática clínica
- 2) Apresentar aspectos de justaposição entre a CIF e o Conceito Bobath: relacionar seus princípios e propor o uso conjunto dessas duas ferramentas.

4. MÉTODOS

4.1. Artigo 1 – Relacionado ao primeiro objetivo específico:

4.1.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um relato da experiência de uso da CIF, que foi realizado com base na revisão da literatura sobre o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; e no estágio internacional realizado em instituições internacionais de referência para a CIF que estão engajadas na divulgação sobre o uso da Classificação na clínica.

4.1.2. Período de Estudo

A coleta de dados foi realizada de Maio a Agosto de 2011.

4.1.3. Seleção de Estudos

Para a realização deste estudo foram selecionados artigos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, utilizando como descritores: CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), funcionalidade, *checklist*, *core sets*, avaliação, classificações funcionais, avaliação neurológica; e seus correlatos nas línguas citadas, utilizando descritores segundo a padronização do sistema de DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

4.1.4. Critérios de Inclusão/ Exclusão

Foram incluídos os artigos abordando especificamente os temas: classificação funcional; uso da CIF (diferentes formas de uso do instrumento) para a classificação e avaliação/ reavaliação; *core-sets*. Os artigos que abordassem avaliação neurológica e que não citassem informações sobre a CIF foram excluídos.

4.1.5. Fonte de Coleta de Dados

As bases de dados que foram utilizados para coleta de artigos foram: Lilacs, Medline, Cochrane, Scielo, Pedro, Pubmed e Cirrie.

Os artigos foram previamente selecionados pela leitura de seus resumos, sendo excluídos os que não atendessem aos pré-requisitos para a inclusão. A leitura e seleção foram feitas por apenas um pesquisador. Após seleção inicial, todos os estudos foram lidos, havendo nova exclusão se necessário após análise de conteúdo de todo estudo.

4.1.6. Experiência Prática

Além da revisão bibliográfica, foi realizado um acompanhamento em estágio em 3 instituições internacionais no período de Junho de 2011. As instituições visitadas foram o Departamento de Saúde Biopsicossocial do Instituto de Saúde e Ciências da Reabilitação da *Ludwig-Maximilians-University* (Munique, Alemanha), o Departamento de Neurologia do Centro

de Reabilitação *Rehaklinik Bellikon* (Bellikon, Suíça), o Centro de Pesquisa e o Centro de Reabilitação de Paraplégicos, conhecido como *Swiss Paraplegic Research* e *Swiss Paraplegic Centre* (Nottwil, Suíça) e o Centro de Reabilitação Precoce *Diakonie* (Hamburgo, Alemanha).

O objetivo do estágio foi conhecer pesquisas e acompanhar os serviços acima descritos, a fim de explorar estratégias de uso da CIF na prática clínica. Os aprendizados obtidos neste período foram relatados no artigo, como forma de ilustrar possibilidades de uso da Classificação visando atingir o objetivo proposto.

4.1.7. Análise e Apresentação dos Dados Coletados

Os dados foram apresentados de forma discursiva, sendo utilizadas figuras visando ilustrar informações relevantes.

4.2. Artigo 2 – Relacionado ao segundo objetivo específico:

4.2.1. Tipo de Estudo

Estudo reflexivo, usando o material da revisão bibliográfica (artigo 1), material coletado no estágio internacional e material encontrado na literatura sobre o Conceito Bobath, e estudos que abordassem a relação entre este conceito e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

4.2.2. Período de Estudo

A coleta de dados foi realizada de Agosto de 2011 a Maio de 2012.

4.2.3. Seleção de Estudos

Foram utilizados os mesmos critérios para seleção de trabalhos científicos do artigo 1. Acrescentando-se como descritores: Conceito Bobath, Acidente Vascular Cerebral, Reabilitação, Pessoas com Deficiência, Fisioterapia e Plasticidade, Avaliação da Deficiência, Tendências, Formação de Conceito e seus correlatos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa.

4.2.4. Critérios de Inclusão/ Exclusão

Foram incluídos os artigos abordando especificamente os temas: Conceito Bobath e avaliação funcional; uso da CIF para na reabilitação para classificação e avaliação; e *core-sets*. Os artigos que não citassem informações sobre a CIF ou Conceito Bobath foram excluídos.

4.2.5. Fonte de Coleta de Dados

Foram utilizadas as mesmas bases de dados do artigo 1: Lilacs, Medline, Cochrane, Scielo, Pedro, Pubmed e Cirrie. O mesmo processo de seleção de estudos foi realizado.

4.2.6. Experiência Prática

Além da revisão bibliográfica, foi realizado um estudo piloto por 6 meses (de Outubro de 2011 a Março de 2012), no Departamento de Fisioterapia Adulto do Centro de Reabilitação da Associação de Assistência à Criança Deficiente.

O objetivo do projeto piloto foi explorar a CIF na prática clínica, desenvolver e testar uma lista resumida de códigos da Classificação para exemplificar seu uso em conjunto com a abordagem do Conceito Bobath. A execução do piloto visou também permitir o desenvolvimento de um projeto maior (em andamento) contando com a colaboração de demais departamentos e profissionais do Centro de Reabilitação.

O processo utilizado para a elaboração da lista de objetivos da fisioterapia com as categorias e códigos da CIF foi relatado no artigo, como forma de ilustrar o uso da Classificação na rotina de um serviço no qual o CB norteia a intervenção terapêutica.

4.2.7. Análise e Apresentação dos Dados Coletados

Os dados foram apresentados de forma discursiva, sendo utilizados quadros para ilustrar informações relevantes e relacionar a CIF com o Conceito Bobath, com o objetivo de propor o uso da ferramenta na aplicação do conceito tendo em vista sua estreita relação.

4.3. Considerações éticas da pesquisa

Em se tratando de uma pesquisa de revisão com o objetivo de permitir uma reflexão não houve necessidade de submissão deste projeto ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Este projeto visa fornecer subsídios para produção de um instrumento útil para a prática clínica, especificamente no tratamento de pacientes abordados pelo Conceito Bobath.

5. RESULTADOS

5.1. Artigo 1

THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH: PROGRESS AND OPPORTUNITIES

Luana Talita Diniz Ferreira^{1,2}, Shamyry Sulyvan de Castro³, Cassia Maria Buchalla¹

¹ Departamento de Epidemiologia - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

² Departamento de Fisioterapia Adulto da Associação de Assistência a Criança Deficiente. São Paulo, SP, Brasil

³ Departamento de Fisioterapia Aplicada – Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil

ABSTRACT: The International Classification of Functioning, Disability and Health is a tool used to monitor individuals under a broad perspective which considers not only their health but also the biopsychosocial aspects involved in the health-disease process. It offers a range of categories to describe the aspects of human functioning that interfere with the performance of activities, the environmental aspects that facilitate or hinder the social participation. This paper reports some of the experiments in the use of this classification as a way to foster its use and show the broad range of possibilities offered by this tool. The disclosure of usage strategies will enhance its knowledge and adoption, opening new perspectives for the health care segment.

KEYWORDS: International Classification of Functioning, Disability and Health. Rehabilitation. Disabled Persons. Trends.

A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: PROGRESSOS E OPORTUNIDADES

RESUMO: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é uma ferramenta que serve para acompanhar o indivíduo sob uma perspectiva ampla que considera, além de sua condição de saúde, os aspectos biopsicossociais envolvidos no processo saúde-doença. Oferece uma gama de categorias para descrever aspectos envolvidos na funcionalidade humana, que interferem no desempenho das atividades, e os aspectos do ambiente que facilitam ou impedem a participação social. Este texto relata algumas experiências de uso dessa classificação, como forma de estimular seu uso e mostrar o leque de possibilidades que esta ferramenta permite. A divulgação das estratégias de uso deve torná-la mais conhecida e adotada, permitindo novas perspectivas para a área da atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Reabilitação. Pessoas com Deficiência. Tendências.

The World Health Organization (WHO) proposes the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)¹ along with the International Classification of Diseases to describe the health conditions of individuals in a broader perspective.

The objective of this text is to introduce the classification and demonstrate ways in which to use it aiming at promoting the ICF and fostering its adoption and use by health care services.

Aging population, increasing medicalization and disease control make the available health information insufficient for the planning and assessment of health policies. People with chronic diseases may live for several years without monitoring the evolution of their condition, and without adding any information useful for the health system to propose preventive interventions.

The ICF proposes an approach to the individual's health, or to the disabling process, through a biopsychosocial model that incorporates health components in physical and social levels. This proposal transcends the biomedical model based on disease etiology, evolving to a three dimensional model: biological, psychological and social. In this case, each level acts and suffers the actions of the others, and all of them are influenced by the environment². Figure 1 shows the proposed model and the interactions among its components.

The knowledge, comprehension and application of this new instrument are essential for a broader understanding of the processes experimented by the individual. In addition to suggesting an innovative model for the area, ICF

offers a universal language, common to all of those who work with health or diseases.

Figure 1: Explanatory chart of ICF components and their interactions (WHO, 2003)

Although this classification was approved in 2001¹, descriptions of its use were only published around 2004 reporting its clinical application in the form of abbreviated lists created to facilitate the use of this tool^{3,4,5,6}.

ICF is currently used in several countries. In European countries, such as Germany and Switzerland, the Classification has also been used to justify rehabilitation in reimbursement requests made to health insurance companies. However, the study and use of ICF are fostered not only to ensure proper compensation to health care services. Based on international experiences, it is important to describe the epidemiological profile of persons with disabilities, to characterize the most frequent conditions and focus on

specific care. ICF is useful to monitor patient evolution, for the granting of benefits (such as the "Benefício de Prestação Continuada" [Continuous Paying Benefits] used by the Brazilian Social Security), for decisions of the judiciary system and for the formulation and implementation of public policies.

The use of ICF in Switzerland and Germany, among other places, demonstrates an improvement in the communication among the team professionals allows services to be readjusted to meet the needs of the population and optimizes the health care structure⁷. In Brazil, its institutionalized use can facilitate the authorization of ambulatory and hospital procedures by the Brazilian Public Health System and by the health insurance companies, as well as help to design social inclusion policies. Furthermore, the use of the classification must be fostered so that the tool is completely explored and new applications are discovered.

Several strategies to the use of ICF have been created^{5,8}. One of the most successful was the core-sets production project led by the research group of the Biopsychosocial Health Department of the Institute for Health and Rehabilitation Sciences of the Ludwig-Maximilians-University (Munich, Germany), with the participation of researchers from several countries, including Brazil. This project created summarized lists of ICF codes for specific disease groups. The methodology proposed for these lists involved several steps^{3,4} with consultation to literature and specialists, empirical data collections and a consensus with experts from all over the world for finishing the core set⁴.

The elaboration of a simplified instrument implemented the application and allowed a broad promotion of the Classification.

The application of the classification in the clinical practice has also been the object of researches. One example is the approach proposed by the “ICF Based Patient Education Stroke” (an Educational Program for Stroke Patients totally based on the ICF)⁹. In a pedagogical manner, the authors suggest a program that uses cards containing ICF categories selected from the core-set model for Stroke (Comprehensive ICF Core Set for Stroke)⁴. The patients, divided into groups of up to 4, are encouraged to select cards that contain the areas that present restrictions to their functioning. Then, they discuss their own limitations in the group and think about treatment possibilities or problem resolution strategies. The proposal is simple and can be carried out in 5 one-hour sessions⁹. In addition, this model can be used by people of any educational level if the cards use drawings instead of text.

Another form of application of the ICF, also based on a core-set related to spinal cord injury (Comprehensive ICF Core Set for Spinal Cord Injury)^{10,11}, is reported in the study of Rauch et al. (2010)¹². The paper proposes the implementation of 4 steps in the rehabilitation process: 1) Assessment; 2) Assignment; 3) Intervention; and 4) Reassessment, illustrated by a case study of a spinal cord injury patient to promote use of the tool by multidisciplinary teams. After the definition of the compromised areas, the different professionals of the team classified the patient's functioning using the qualifiers proposed by the ICF (digits that indicate, among other aspects, the severity of the condition) and assessed his/her condition at the

time of admission and discharge. Tables were elaborated with the patient's assessments on two occasions, after 5 and 7 months, which enables directing the interventions¹². Thus, it was possible to follow the patient's evolution in a clear, concrete and qualitative way.

Some rehabilitation centers, as the Rehaklinik Bellikon (Switzerland) and Diakonie (Germany), have elaborated and make use of their assessment model based on the ICF. Each center uses its own model that directs intervention with its specific focus. The model of the Bellikon Rehabilitation Center is based on the classification's integrative model. In a more flexible way and without coded items, the assessment considers personal factors, psychosocial aspects, functional changes and restrictions of activities and participation. These conditions are contained in a software created to join the information of each professional on a single chart. The information on this chart is associated to additional data from specific scales, such as the Functional Independence Measure (FIM) and the Barthel Index, among others.

On the other hand, in Diakonie, the ICF is used as a checklist to drive early intervention programs for children. The assessment, with the performance of the assessed child in an interactive environment recorded on video, is carried out by a multidisciplinary team in an interview with the parents. The checklist includes the subgroups of body functions, body structures, activities and participation as well as environmental factors which are qualified by means of a modified qualifier (scale of 1 to 5, meaning: 1 = needs support, but no disability or damage; 2 = disabled or insufficient; 3 =

more researches or diagnoses are necessary; 4 = target area of care; 5 = not applicable). It is interesting to highlight that there is a practical difficulty in using ICF original qualifiers because they are subjective. However, their use is possible, as shown by the proposal of Rauch and collaborators (2010)¹² and help to monitor the patient's evolution. The assessment in Diakonie is finalized after the team has discussed and selected the attention target items for therapeutic objectives.

The two last centers mentioned seek to discuss the patient approach by means of a single language, in addition to justifying the costs with the rehabilitation process to health insurance companies.

One example of assessment directed by the ICF model is illustrated by a case study of a patient monitored in the Adult Physiotherapy Department from the Rehabilitation Center of *Associação de Assistência à Criança Deficiente* (Association for Assistance of Disabled Children, São Paulo, Brazil) (Figure 2). The patient M., 27 years, female, victim of traumatic brain injury, 8 years after lesion, in rehabilitation due to postoperative surgery for the treatment of heterotopic ossification in the hips, comes to the rehabilitation center with the personal goal of increasing her gait independence in domestic and external environments. The model was used to direct the therapeutic objectives considering the restrictions of activities and participation, which were both the patient's and her mother's main complaints.

It is possible to note the quantity of information related to the patient's health and conditions enabled by the model. In an integrated way, ICF serves as a roadmap to define appropriate therapies and specific objectives, allows monitoring the case evolution and facilitates the team comprehension on how to deal with the patient.

These examples show that the suitability of the use of the ICF depends on the objective (assessment/reassessment/classification), the purpose (explanation of costs, administrative results for purposes of hospital and ambulatory statistics), the professional(s) using it (doctors, physiotherapists, nurses, psychologists, nutritionists, speech therapists, educators and other health professionals) and on the health care focus.

Health care professionals, as well as health care services of the country, must be familiar with the broad range of possibilities in the application of this tool. The adoption of the ICF by an increasing number of services and public policies systems and its incorporation into the curricula of the health care sector, contemplating the integrative model, will result in more efficient and effective treatments and a higher quality of life for the patients.

The reading and exploration of the Classification by health professionals allow the proposal of uses adapted to the needs of each health care service. The use of checklists and core sets, as well as of specific models, should be stimulated, but creativity may allow for new and different ways for its application.

ICF must be recognized as an invaluable universal framework for classifying the personal health components, instead of a simple classification system as Tesio's report (2011)¹³. Therefore, the professional education must be driven towards the aspect of a globalized health assessment, aiming at the analysis of the impact of diseases in the world and promoting more effective interventions.

ICF has been internationally recognized as a useful tool and its use is becoming a global trend. Thus, if Brazil wishes to maintain its stature as a country whose health care system strikes the world for its complexity and capacity of universality, comprehensiveness and equity, it must incorporate this classification system into its practices in all levels of health care for the population.

Figure 2: Example of the use of ICF in a patient in rehabilitation (Source: “Associação de Assistência a Criança Deficiente”)

ACKNOWLEDGEMENTS:

To the *Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (São Paulo, Brazil)*; to the *Centro de Reabilitação Associação de Assistência à Criança Deficiente (São Paulo, Brazil)*; to the Department of Biopsychosocial Health of the Institute for Health and Rehabilitation Sciences of the Ludwig-Maximilians-University (Munich, Germany); to the Neurological Department of the Rehaklinik Bellikon (Bellikon, Switzerland); to the Research and Rehabilitation Center Swiss Paraplegic Research and Swiss Paraplegic Centre (Nottwil, Switzerland); and to Diakonie – Early Rehabilitation Center (Hamburg, Germany).

REFERENCES:

1. World Health Organization (WHO). **International Classification of Functioning, Disability and Health**. São Paulo: EDUSP, 2003. 325p.
2. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev Bras Epidemiol** 2005; 8(2):187-193.
3. Cieza A, Ewert T, Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. **J Rehabil Med** 2004; 44:9-11.
4. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, Kostanjsek N, Ring H, Stucki G. ICF Core Sets for Stroke. **J Rehabil Med** 2004; 44(Suppl):135-141.
5. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. **Eur J Phys Rehabil Med** 2008; 44:329-342.

6. Bernabeu M, Laxe S, Lopez R, Stucki G, Ward A, Barnes M, Kostanjsek N, Reed G, Tate R, Whyte J, Zasler N, Cieza A. Developing Core Sets for persons with Traumatic Brain Injury based on International Classification of Functioning, Disability and Health. **Neurorehabil Neural Repair** 2009; 23(5):464-467.
7. Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, Wolf C, Hefti H, Fluri E, Wenger U, Walti C, Boyer I. The Implementation of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health'(ICF) in Daily Practice of Neurorehabilitation: an Interdisciplinary Project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. **Disabil Rehabil** 2003; 25(8):411-421.
8. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Rev Bras Fisioter.** 2005; 9(2):129-136.
9. Neubert S, Sabariego C, Stier-Jarmer M, Cieza A. Development of an ICF-based patient education program. **Patient Educ Couns.** 2011; 84(2):13-17.
10. Cieza A, Kirchberger I, Biering-Sørensen F, Baumberger M, Charlifue S, Post MW, Campbell R, Kovindha A, Ring H, Sinnott A, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. **Spinal Cord** 2010; 48:305-312.
11. Herrmann KH, Kirchberger I, Stucki G, Cieza A. The Comprehensive ICF core sets for spinal cord injury from the perspective of physical therapists: a worldwide validation study using the Delphi technique. **Spinal Cord** 2011; 49:502-514.
12. Rauch A, Escorpizo R, Riddle DL, Eriks-Hoogland I, Stucki G, Cieza A. Using a case report of a patient with Spinal Cord Injury to illustrate the application of International Classification of Functioning, Disability and Health during multidisciplinary patient management. **Phys Ther** 2010; 90(7):1039-1052.
13. Tesio L. From codes to language: is the ICF a classification system or a dictionary? **BMC Public Health** 2011; 11(Suppl4):S2.

5.2. Artigo 2

UMA INTERFACE ENTRE A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE E O CONCEITO BOBATH

Luana Talita Diniz Ferreira^{1,2}, Cassia Maria Buchalla¹

¹ Departamento de Epidemiologia - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP USP). São Paulo, SP, Brasil

² Departamento de Fisioterapia Adulto da Associação de Assistência a Criança Deficiente (AACD). São Paulo, SP, Brasil

Resumo

A *International Bobath Instructors Training Association (IBITA)* defende o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na avaliação e tratamento de adultos com hemiplegia pelo Conceito Bobath (CB). A CIF é uma ferramenta que contextualiza a saúde do indivíduo sob uma perspectiva ampla considerando não só aspectos biomédicos, mas também aspectos biopsicossociais. O CB é uma abordagem de tratamento que sugere o uso de manuseios terapêuticos em atividades funcionais (exemplo: rolar, sentar, andar, correr, pular, subir escadas...) para estimular melhor participação em atividades nas quais os pacientes apresentam restrição no desempenho. O objetivo do Conceito é aumentar a independência do indivíduo dentro do contexto em que vive. Este conceito é conhecido por apresentar excelentes resultados na prática clínica, mas limitações no registro da evolução apresentada pelos pacientes. Com a publicação da CIF, vislumbrou-se a possibilidade de registrar os resultados observados após a abordagem com o CB, visto que ambos consideram os aspectos funcionais, os ambientais e os de participação. Entretanto, a maioria dos terapeutas que seguem o CB podem não ter clareza sobre como aplicar concretamente os conceitos da Classificação na prática. O objetivo deste trabalho é trazer perspectivas sobre o uso da CIF em pacientes em tratamento pelo CB.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Reabilitação. Pessoas com Deficiência. Tendências. Formação de Conceito. Avaliação da Deficiência.

AN INTERFACE BETWEEN THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH AND THE BOBATH CONCEPT

Abstract

The International Bobath Instructors Training Association (IBITA) supports the use of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in the evaluation and treatment of adults with hemiplegia by Bobath Concept (BC). The ICF is a tool that contextualizes the individual's health in a wider perspective considering not only biomedical aspects, but also biopsychosocial aspects. The BC is a treatment approach that suggests the use of therapeutic handlings in functional activities (for example: rolling, sitting, walking, running, jumping, climbing stairs...) to encourage greater participation in activities in which patients have restricted performance. The purpose of the Concept is to increase the independence of the individual within the context in which they live. This concept is known to show excellent results in clinical practice, but limitations in recording the progress made by patients. With the publication of the ICF, the possibility was envisioned of recording the results observed after the BC approach, as both methods consider the functional aspects, the environment and participation. However, most therapists, who follow the BC, may not be fully aware of how to apply the practical concepts of the classification in a regular bases. The objective of this work is to bring perspectives on the use of ICF in patients treated by BC.

Key-words: International Classification of Functioning, Disability and Health. Rehabilitation. Disabled Persons. Trends. Concept Formation. Disability Evaluation.

O lançamento da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela OMS (Organização Mundial de Saúde) em 2001 trouxe novas possibilidades para a avaliação das consequências das doenças¹. Entre essas, a identificação do perfil das incapacidades e das limitações funcionais secundárias, o conhecimento dos apoios existentes e disponíveis para cada paciente, e a discussão/ elaboração de planos de ações para políticas públicas e de acessibilidade para as pessoas com deficiência ou algum tipo de incapacidade.

Sabendo-se que a CIF pode ser uma ferramenta útil para viabilizar e concretizar a Prática Baseada em Evidências² na área da Fisioterapia, em 2003 a Confederação Mundial de Fisioterapia adotou a proposta de apoio à implantação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática da Fisioterapia^{3,4}, e em 2008 a Associação Americana de Fisioterapia oficialmente endossou o uso da CIF^{4,5}.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Entre os objetivos da CIF está o de permitir uma linguagem padronizada para classificar o estado de saúde das pessoas, identificar necessidades e intervenções mais adequadas para reduzir condições secundárias e promover a saúde^{6,7}.

O quadro conceitual da CIF (Figura 1) é baseado no modelo biopsicossocial e permite interação entre seus componentes. A classificação é dividida em duas partes, cada uma com dois componentes¹. A primeira

parte, que traduz a funcionalidade e a incapacidade, é constituída por componentes de funções e estruturas do corpo, bem como por uma lista de atividades e participação. A segunda, relativa aos fatores contextuais, é composta por fatores ambientais e por fatores pessoais, sendo estes últimos não codificados na classificação^{1,2,6,8,9}.

Figura 1: Quadro conceitual dos componentes da CIF e suas interações (OMS, 2003)

Cada componente da CIF agrega uma extensa lista de categorias e itens, representadas por códigos alfanuméricos, que são as unidades de classificação. Esses códigos, por sua vez, aumentam o poder descritivo da classificação¹⁰, pois permitem traduzir os aspectos da funcionalidade humana e também do que está em torno do indivíduo, seus suportes, facilitadores e barreiras.

Um dos objetivos da CIF é oferecer uma linguagem comum na área da saúde relacionada a funcionalidade, deficiência e incapacidade permitindo a comparabilidade dos dados¹⁰. A CIF é uma ferramenta útil para definição das competências da Fisioterapia¹¹ e pode ser aplicada para

estabelecer indicação de reabilitação, para fins de avaliação de diagnóstico funcional, para o planejamento das intervenções terapêuticas e para a avaliação de seus resultados⁶.

A criação de um modelo biopsicossocial foi discutida previamente à publicação da Classificação e da sua versão anterior, conhecida como Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Limitações (ICIDH), por Engel em 1977¹². Em seu estudo, Engel já citava a importância de uma abordagem baseada num modelo integrativo diferente da preconizada pelo modelo biomédico. A implantação deste modelo na clínica poderia melhorar o planejamento de cuidados na saúde e contribuir para uma abordagem mais sistemática e específica pelos profissionais da equipe¹² segundo relato do autor.

Embora a CIF seja considerada um quadro conceitual útil para a prática da Fisioterapia baseada em evidências² ainda há pouca comprovação científica de que a classificação tenha sido integrada na prática deste profissional⁴. Essa dificuldade tem sido evidenciada em outras áreas da saúde como reflexo da complexidade e abrangência dessa ferramenta¹⁰.

A utilização de uma avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde foi defendida por Escorpizo et al (2010) com a justificativa de facilitar seu uso e direcionar maior atenção aos domínios de atividade e participação, assim como aos fatores pessoais e ambientais⁴. Uma avaliação elaborada com base na CIF permite coletar

dados sobre tipos e níveis de funcionalidade de modo consistente, com a possibilidade de comparação internacional⁸.

Na classificação, a deficiência e a incapacidade passam a ser determinadas também pelo contexto, que inclui as condições do meio ambiente e diferentes percepções culturais¹³. Ao considerar aspectos contextuais interferindo na condição de saúde, o modelo biopsicossocial defendido pela CIF se aproxima da abordagem terapêutica do Conceito Bobath (CB).

O Conceito Bobath

O Conceito Bobath (CB) pode ser definido como um processo de resolução de problemas para avaliar e tratar indivíduos com distúrbios da função e do movimento, secundários à lesão do Sistema Nervoso Central^{14,15,16}. O Conceito Bobath não é uma técnica, nem um método, é um conceito que se baseia na capacidade do cérebro de reorganizar-se após lesão (neuroplasticidade), ou seja, as áreas não comprometidas podem compensar as funções que eram realizadas pelas regiões danificadas^{17,18}. O CB tem sido usado desde a metade do século passado para abordar vários tipos de lesões, no entanto, sua aplicação atingiu melhores resultados na reabilitação de doentes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC)¹⁹.

Os efeitos do AVC com frequência levam a um comprometimento funcional, com alteração das condições musculoesqueléticas e limitação para o desempenho das atividades funcionais^{20,21}. A abordagem pelo CB

objetiva diminuir o impacto da perda da independência funcional e do afastamento das atividades ocupacionais e sociais.

Este conceito utilizado na reabilitação neurológica teve origem na década de 1950 e se mantém em evolução desde então^{14,18}. Seu nome se deve a seus fundadores: a fisioterapeuta Berta Bobath e seu esposo, o médico Karel Bobath²². Berta e Karel estudaram o desenvolvimento normal do ser humano e os efeitos que as lesões do Sistema Nervoso Central (SNC) produziam, buscando soluções para ajudar pacientes com essas condições¹⁸.

Em 1984 foi formada a IBITA (International Bobath Instructors Training Association), Associação Internacional dos Instrutores do Conceito Bobath, voltada para a interação e a educação continuada no mundo, o que garantiu a continuidade de sua aplicação¹⁸. Dra. Köng e Mary Quinton desenvolveram o tratamento de bebês e Patrícia Davies se dedicou ao tratamento de pacientes hemiplégicos e com traumatismo crânio encefálico^{23,24}. Hoje, a *IBITA* é composta por instrutores fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais em todo o mundo.

O CB baseia-se em conhecimentos do aprendizado e controle motor, plasticidade muscular, biomecânica do movimento humano, neurofisiologia; e leva em conta as necessidades e expectativas dos pacientes²⁵. Acredita-se que abordar atividades funcionais em situações cotidianas garante que fatores ambientais e pessoais sejam levados em consideração e conduzam a resultados mais significativos¹⁸.

O tratamento por meio do CB leva em conta o conhecimento do movimento normal, para facilitar a identificação do padrão patológico. É sugerido um tratamento com um objetivo funcional específico, que deve considerar aspectos de fatores contextuais (ambientais e pessoais). Por exemplo, se o paciente desejar treinar a atividade de beber um copo de água, o terapeuta deve considerar os aspectos envolvidos na função: postura que o paciente está ao tomar o copo de água, tipo de copo que está segurando, velocidade com a qual o objeto chega à boca, motivação para realizar essa tarefa. Depois de identificadas as alterações nos padrões de movimento busca-se a restauração destes para o mais próximo do existente previamente à patologia. A abordagem é baseada não só na patologia, mas nos sintomas e nas principais queixas apresentadas pelo paciente.

Segundo o Conceito, essa abordagem assegura que diversos sistemas (musculoesquelético, perceptual, sensorial, cognitivo, *balance*, emocional, neuromuscular e cardiorrespiratório) sejam estimulados concomitantemente, num ambiente real ou mais próximo do real, no dia-a-dia do paciente.

Em que pese os avanços adicionados ao Conceito Bobath nos últimos anos, pouca informação tem sido publicada sobre sua teoria, evolução e sua aplicação^{18,19}.

A Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde e o Conceito Bobath

Ao assistir o indivíduo, os terapeutas que seguem o CB focam os componentes de movimento para realizar a atividade, de maneira a atingir suas metas. A avaliação e a reavaliação acontecem durante o tratamento, para dar condições ao profissional de ajustar os objetivos.

Há poucos trabalhos publicados na literatura sobre o CB, poucos estudos sobre o impacto da CIF na Fisioterapia² e um número menor sobre o uso de ambos. Isso decorre do fato de a CIF ser uma classificação complexa, pouco conhecida pelos profissionais de saúde; ou conhecida de forma superficial. Entretanto, sugere-se que a implantação desta ferramenta por equipes interdisciplinares melhora a qualidade do processo de reabilitação e contribui para uma abordagem mais sistemática e específica pelos profissionais da equipe^{6,26}.

Tendo em vista que o Conceito Bobath considera aspectos funcionais, ambientais e de participação para avaliação e tratamento de pacientes neurológicos, e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) considera essas condições como importantes para seu modelo, surgiu o interesse em traçar um paralelo entre o conceito e a classificação. Com o estudo da CIF observou-se uma possibilidade de direcionar ainda mais os objetivos terapêuticos pela abordagem do CB.

Acredita-se que há inúmeras razões que expliquem a semelhança entre o Conceito e a Classificação. Ambos reconhecem a interação entre a funcionalidade e a deficiência. Ao tratar um paciente seguindo princípios do CB, o terapeuta levará em conta as restrições de atividade e participação apresentadas e a forma como o ambiente pode influenciar positiva ou

negativamente no desempenho da atividade. Na CIF encontram-se listadas as atividades e fatores ambientais que podem ser considerados como barreiras ou facilitadores durante a realização da tarefa. Ambos consideram o indivíduo num contexto amplo, integrativo, no qual fatores contextuais interagem com aspectos biomédicos, psicológicos e sociais.

A CIF e o CB são congruentes, reconhecendo a funcionalidade humana em todos os aspectos da vida e levando em conta a natureza individual das limitações de cada pessoa¹⁸. As limitações no desempenho das atividades são consideradas como resultado de uma complexa relação entre indivíduos com condições de saúde, fatores pessoais e fatores externos relacionados com o ambiente em que vivem¹⁸.

O modelo da CIF proporcionou uma mudança no foco das intervenções clínicas. Sua abrangência direciona a abordagem na saúde visando capacitar o indivíduo a superar as restrições de atividade e as limitações de participação⁶, assim como no Conceito Bobath.

Embora os cursos sobre o CB tenham estimulado o uso da CIF e seu modelo, existem ainda dificuldades na aplicação prática dos seus códigos. Discutir a congruência entre ambos pode permitir que a Classificação seja considerada para fins de registrar os ganhos funcionais apresentados pelos pacientes tratados pelo Conceito.

O uso desta ferramenta para classificar condições resultantes de distúrbios neurológicos, em conjunto com o CB, pode servir para a elaboração de intervenções visando a melhor qualidade de vida e funcionalidade desses pacientes, assim como servir de base para pesquisas,

para delineamento de políticas públicas e para planejamento de custos dos serviços de saúde.

Quando ações de saúde são implantadas com novos modelos de avaliação e intervenção (a exemplo a CIF e o Conceito Bobath) que considerem o contexto social e o meio ambiente no qual se vive, as estratégias de promoção e prevenção à saúde podem reduzir a morbidade pelas enfermidades crônicas.

Apontar as semelhanças entre a Classificação e o Conceito pode facilitar a integração da primeira na prática diária dos terapeutas Bobath. Nesse estudo consta um relato da introdução do uso da CIF dentro do departamento de fisioterapia de adultos em um centro de reabilitação onde o Conceito Bobath norteia a intervenção fisioterapêutica. O objetivo deste trabalho é trazer perspectivas sobre o uso da CIF em pacientes tratados pelo Conceito.

Propostas de Usos da CIF na Prática Clínica

A CIF tem sido utilizada em diferentes configurações^{27,28,29}. Uma das estratégias de uso da CIF foi o projeto de produção dos *core-sets* liderado pelo grupo de pesquisa da *Ludwig-Maximilians-University* (Munique, Alemanha)^{10,29}. O grupo acredita que para a Classificação ser utilizada na prática clínica, ferramentas intermediárias devem ser elaboradas⁴. Este projeto consiste na criação de listas resumidas de códigos da CIF para grupos específicos de doenças, tendo sido criados até hoje listas resumidas

para algumas condições neurológicas²⁸, condições respiratórias, cardiovasculares^{30,31}, câncer, saúde mental, condições musculoesqueléticas^{10,32,33}, perda auditiva, amputações, distúrbios de sono³⁴, voltado para reabilitação vocacional³⁵ e modelos genéricos³⁶. Para a criação dessas listas, foi proposta uma metodologia com várias etapas³⁴ que envolvem consulta à literatura da área, a especialistas, coletas empíricas e um consenso com *experts* de todo o mundo para a finalização do *core set*¹⁰. Acredita-se que o uso dos *core sets* abrangentes servem para guiar a avaliação multiprofissional em pacientes com uma determinada condição de saúde, mas que, segundo Riberto (2011), devem ser entendidas como propostas em construção, que definem o que avaliar e não como avaliar¹⁰.

No Brasil há relato do uso do *core set* da CIF em Lombalgia com 29 pacientes em um centro de reabilitação³³. Entretanto, não há relato na literatura sobre o uso do *core set* para AVC em população brasileira. Acredita-se que os *core sets*, embora validados para uso internacional, não são contextualizados para o Brasil, onde a reabilitação na fase subaguda ocorre raramente sob regime de internação¹⁰ e o tempo prolongado de chegada do paciente pós AVC aos serviços de reabilitação pode interferir na coleta e registro do dados.

Um estudo comparando indivíduos hemiparéticos com e sem histórico de quedas²¹ menciona os constructos da CIF sem deixar claro, no entanto, como esta foi usada no trabalho (quadro conceitual, *checklist*, *core-set*).

Sampaio et al. (2005) relatam 3 casos de pacientes com lombalgia crônica, onde a avaliação fisioterapêutica engloba as dimensões de saúde

propostas pela CIF²⁷. Os exemplos são ilustrados por meio de tabelas, que facilitam a compreensão de como o instrumento foi utilizado. O mesmo acontece na descrição funcional de idoso antes da sua institucionalização, após admissão em instituição de longa permanência para idosos e sua condição de saúde pós-queda³⁷.

Há relato do uso da Classificação em crianças com Paralisia Cerebral³⁸. Os autores descrevem, usando as categorias listadas na CIF, a frequência com que crianças com deficiência participam de atividades funcionais. A utilização da CIF proporcionou uma descrição objetiva quanto à dimensão da limitação e capacidades funcionais das crianças acompanhadas. Por meio desse relato é possível visualizar de forma mais concreta o uso da classificação na prática³⁸.

Internacionalmente, estudos de caso têm sido relatados na literatura. Penney et al. (2007) descrevem a evolução de um paciente com diagnóstico de AVC baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade². Esses autores defendem a atuação clínica baseada em evidências e indicam a CIF como um instrumento útil para analisar resultados do processo de reabilitação, assim como para analisar as mudanças ao longo desse processo.

Rauch et al. (2008) demonstram o uso da CIF como base para o desenvolvimento de uma ferramenta para uso na clínica²⁸. Em 2010, Rauch et al. publicaram um estudo de caso no qual propõem a realização de 4 etapas durante reabilitação: 1) Avaliação; 2) Atribuição; 3) Intervenção; e 4) Reavaliação³⁹. O relato foi ilustrado por um caso de paciente com lesão

medular, e o objetivo era estimular o uso da CIF para as equipes interdisciplinares. O processo se inicia com a definição das áreas comprometidas, pelos diferentes profissionais da equipe, que classificaram a funcionalidade do paciente por meio dos qualificadores propostos pela CIF (dígitos indicando, entre outros aspectos, a gravidade da condição). Esse mesmo processo de avaliação é repetido no momento de alta, e os resultados são ilustrados por meio de tabelas na qual as informações obtidas pela aplicação da CIF foram agregadas. Foi possível acompanhar a evolução do paciente de forma clara, concreta e qualitativa³⁹.

Rentsch et al. (2003) descreveram a implementação do uso da CIF na rotina da neuroreabilitação em um hospital na Suíça⁶. Este serviço atende, em sua maioria, pacientes internos com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral e Traumatismo Crânio Encefálico. Neste hospital, a CIF foi simplificada, tendo sido selecionados códigos dos domínios de funções e estruturas corpóreas, atividades e participação, e fatores contextuais, abrangendo os aspectos mais importantes relativos aos pacientes tratados nesta unidade. Optou-se por utilizar a Classificação como recurso para avaliação de pacientes, comunicação interdisciplinar e estruturação de relatórios. Segundo os autores, houve boa aceitação dos profissionais de saúde, melhorias na comunicação e documentação, e a CIF provou ser útil para comunicação interdisciplinar e para o planejamento dos procedimentos de reabilitação⁶.

Implementação da CIF na Prática da Fisioterapia num Centro de Reabilitação pela Abordagem do Conceito Bobath

Algumas das definições modernas de reabilitação são baseadas na CIF⁶. Seguindo essa tendência e buscando estratégias de uso da Classificação, o Departamento de Fisioterapia Adulto do Centro de Reabilitação da Associação de Assistência a Criança Deficiente (AACD) iniciou um projeto piloto para Implantação da CIF na rotina clínica, em Outubro de 2011.

A abordagem terapêutica desse departamento é baseada no Conceito Bobath, tendo, a maioria de seus terapeutas, formação em cursos ministrados por instrutores nacionais e internacionais. Os terapeutas buscam, seguindo princípios do CB e da CIF, tratar seus pacientes visando a reabilitação dentro de atividades nas quais apresentam restrição de participação. Para isso utilizam-se de recursos do ambiente e orientações guiadas aos pacientes e seus familiares, de modo a garantir que os ganhos terapêuticos obtidos sejam transferidos para a realidade no dia-a-dia.

O interesse em utilizar a CIF dentro deste departamento guiou a elaboração de um projeto piloto com as seguintes etapas:

- 1) Treinamento dos terapeutas do departamento para uso da CIF
- 2) Desenvolvimento de uma versão resumida de códigos da Classificação aplicáveis a rotina de trabalho do centro de reabilitação

- 3) Reestruturação e padronização da linguagem utilizada em relatórios para discussão dos casos em equipes interdisciplinares
- 4) Implantação do novo conceito na prática clínica

Para a implantação do uso da CIF, todos os terapeutas do departamento de fisioterapia adulto passaram por treinamento para estudo e aplicação do instrumento. Uma terapeuta com conhecimento e experiência no uso dessa ferramenta e com formação no Conceito Bobath liderou o treinamento que foi baseado em aulas sobre a classificação e como utilizá-la, exemplos de uso dentro e fora do país, assim como ilustração por relato de caso.

Uma das grandes dificuldades para inserção da CIF na prática clínica relaciona-se à quantidade de atividades técnico-administrativas existentes nos serviços de saúde, além da clínica propriamente dita. Dessa forma, buscou-se inserir a Classificação dentro de uma rotina já existente nesse departamento, de forma a evitar um novo procedimento.

O Departamento de Fisioterapia Adulto da AACD atende, em sua grande maioria, pacientes acima de 17 anos de idade, vítimas de Lesões Encefálicas Adquiridas, de Lesões Medulares, de Amputações de Membros Inferiores e de Doenças Neuromusculares além de pacientes com sequelas de Poliomielite.

A rotina do serviço incluía uma *checklist* (Quadro 1) com objetivos comumente traçados para tratamento dos pacientes atendidos nesse departamento. Era possível descrever, nos relatórios, com o máximo de

detalhes desejados, os objetivos da proposta terapeutica e assim otimizar o alcance dos resultados esperados.

Os objetivos funcionais a serem trabalhados com os pacientes em reabilitação eram traçados baseados nessa *checklist* (ou lista de checagem). Após início do processo de reabilitação, esses objetivos e a evolução do paciente eram discutidos mensal ou bimestralmente, com a equipe interdisciplinar.

Visando inserir a linguagem CIF na prática clínica, os códigos da CIF foram adicionados aos itens da *checklist* utilizada no serviço. Este processo foi realizado considerando a experiência profissional na área de atuação, seguida de um processo de *feedback* do grupo. Em uma primeira etapa buscou-se, no domínio de atividades e participação, aspectos relacionados àqueles descritos na lista de checagem. Além disso, outros códigos da Classificação foram adicionados para ampliar o entendimento do processo terapêutico. Esses códigos também eram utilizados para direcionar os objetivos a serem trabalhados no período.

O pré-teste foi conduzido por 3 meses, em pacientes com lesões encefálicas adquiridas. Nesse período foi testada a primeira versão da *checklist* adaptada que incluía apenas códigos do domínio de atividade e participação da CIF (Quadro 2), que se relacionam diretamente com as atividades funcionais do CB.

Os profissionais do departamento aceitaram utilizar a nova ferramenta e, em mais que 75% dos relatórios incluídos no primeiro mês do pré-teste foi possível utilizar códigos da CIF incluídos na *checklist* adaptada.

LISTA DE OBJETIVOS DA FISIOTERAPIA

- 1) MARCHA (comunitária, domiciliar e terapêutica)
- 2) TRANSFERÊNCIAS (cama-cadeira de rodas)
- 3) TROCAS POSTURAS (rolar, sentar, ortostatismo)
- 4) MELHORA DO EQUILÍBRIO (estático, dinâmico)
- 5) ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES E FAMILIARES
- 6) PREPARAÇÃO PROTÉTICA (ganho de ADM, força muscular, conificação)
- 7) CONDICIONAMENTO FÍSICO E CARDIOVASCULAR
- 8) PÓS OPERATÓRIO (redução de dor, redução de edema, ganho de ADM e força)
- 9) ORTOSTATISMO
- 10) FACILITAR ATIVIDADES FUNCIONAIS DA VIDA DIÁRIA
- 11) MELHORAR VENTILAÇÃO OU CLEARANCE PULMONAR

Quadro 1. Lista de objetivos utilizada no departamento de fisioterapia adulto da AACD

Como plano de ação, foram discutidos os resultados do primeiro momento com todos os terapeutas da equipe. Após 3 meses de teste em pacientes com lesões encefálicas adquiridas, ampliou-se o uso da lista de checagem com os códigos da CIF (Quadro 2) para os pacientes com lesões medulares, doenças neuromusculares, pacientes adultos com sequela de poliomielite e amputados de membros inferiores.

Com a inclusão de pacientes com outras condições além da lesão encefálica adquirida, novos códigos da classificação foram inseridos na *checklist* (Quadro 3), entre eles alguns códigos dos domínios de funções e estruturas corpóreas, e os não utilizados no pré-teste foram excluídos. Isso permitiu que as particularidades de cada uma das patologias e o enfoque terapêutico para as mesmas fossem considerados.

LISTA DE OBJETIVOS DA FISIOTERAPIA – BASEADA NA CIF

Atividades e Participação - MOBILIDADE:

- d410 - Mudar a posição básica do corpo**
 - d4100 – Deitar-se
 - d4101 – Agachar-se
 - d4102 – Ajoelhar-se
 - d4103 – Sentar-se
 - d4104 – Levantar-se
 - d4105 – Inclinar-se
 - d4106 – Mudar centro de gravidade do corpo
- d415 – Mudar a posição do corpo**
 - d4151 – Permanecer agachado
 - d4152 – Permanecer ajoelhado
 - d4153 – Permanecer sentado
 - d4154 – Permanecer em pé
- d420 – Transferir a própria posição**
 - d4200 – Transferir-se enquanto sentado
 - d4201 – Transferir-se enquanto deitado
 - d4208 – Transferir a própria posição, outra especificada
- d430 – Levantar e carregar objetos**
 - d4300 – Levantar objetos
 - d4301 – Carregar nas mãos
 - d4302 – Carregar nos braços
 - d4305 – Abaixar objetos
- d435 – Mover objetos com as extremidades inferiores**
 - d4350 – Empurrar com as extremidades inferiores
 - d4351 – Chutar
- d445 – Uso da mão e do braço**
 - d4450 – Puxar
 - d4451 – Empurrar
 - d4452 – Alcançar
 - d4454 – Jogar
 - d4455 – Apanhar
- d450 – Andar**
 - d4500 – Andar distâncias curtas
 - d4501 – Andar distâncias longas
 - d4502 – Andar sobre superfícies diferentes
 - d4503 – Andar desviando-se de obstáculos
 - d4508 – Andar, outro especificado
- d455 – Deslocar-se**
 - d4552 – Correr
 - d4553 – Pular
- d460 – Deslocar-se por diferentes locais**
 - d4600 – Deslocar-se dentro de casa
 - d4602 – Deslocar-se fora de casa e de outros prédios
 - d4608 – Deslocar-se por diferentes locais, outro especificado
- d465 – Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento**
- d469 – Andar e mover-se, outros especificados e não especificados**
- d470 – Utilização de transporte**
 - d4700 – Utilização de transporte com tração humana
 - d4701 – Utilização de transporte motorizado próprio
 - d4702 – Utilização de transporte público
 - d4708 – Utilização de transporte, outro especificados
- d475 – Dirigir**
 - d4750 – Dirigir transporte com tração humana
 - d4751 – Dirigir veículos motorizados
 - d4752 – Dirigir veículos com tração animal
 - d4758 – Dirigir, outro especificado
- d489 – Deslocar-se utilizando transporte, outros especificados e não especificados**
- d498 – Mobilidade, outra especificada**

Quadro 2. Lista de objetivos da fisioterapia, com as categorias e códigos da CIF, versão inicial

Após um período de 6 meses o uso da lista de checagem foi avaliado. Constatou-se que, durante as discussões mensais ou bimensais, todos os pacientes do setor possuíam um objetivo, baseado na linguagem CIF, a ser trabalhado no processo terapêutico seguindo a abordagem do Conceito Bobath.

Conforme nossa experiência clínica, esta última versão da *checklist* cobre os aspectos mais importantes de funções e estruturas corpóreas, atividades e participação trabalhados nesse departamento. Além disso, leva em conta aspectos relacionados à influência do ambiente no desempenho da tarefa. Ao final do projeto piloto a lista continha um total de 80 categorias com códigos de segundo e terceiro níveis de detalhamento.

Embora o domínio da mobilidade seja o mais utilizado na fisioterapia, os profissionais foram orientados a especificar o máximo possível o objetivo terapêutico dentro das categorias (códigos) utilizadas. Por exemplo, se o objetivo terapêutico fosse treino de marcha em curtas distâncias, cujo código é d4500, o terapeuta poderia especificar melhor o componente a ser melhorado no treino de marcha: d4500 (andar curtas distâncias) com melhora do componente de extensão do quadril na fase de apoio.

O processo de uso dessa nova ferramenta, adequando os objetivos terapêuticos do CB às categorias da CIF, teve boa aceitação pelos terapeutas participantes do projeto, segundo *feedback* relatado pelos mesmos. Houve relatos de que o uso da Classificação facilitou a abordagem dos objetivos, permitindo enfoque mais direcionado para o treino da

LISTA DE OBJETIVOS DA FISIOTERAPIA – BASEADA NA CIF Parte I

FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR

- **b235 – Função Vestibular**
 - b2351 – Função vestibular de equilíbrio
- **b280 – Sensação de Dor**

FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO

- **b420 – Funções da Pressão Sangüínea**
 - b4201 – Diminuição da Pressão Sangüínea
 - b4202 – Manutenção da Pressão Sangüínea
- **b435 – Funções do Sistema Imunológico**
 - b4352 – Funções dos vasos linfáticos
- **b440 – Funções Respiratórias**
 - b4400 – Frequência respiratória
 - b4401 – Ritmo respiratório
 - b4402 – Profundidade da respiração
 - b4408 – Funções respiratórias outras especificadas
- **b445 – Funções dos Músculos Respiratórios**
- **b455 – Funções de Tolerância a Exercícios**
 - b4550 – Resistência física Geral
 - b4551 – Capacidade Aeróbia
 - b4552 – Fadiga
 - b4558 – Funções de tolerância a exercícios, outras especificadas
- **b460 – Sensações Associadas às Funções Cardiovasculares e Respiratórias**
- **b530 – Funções de Manutenção do Peso**

FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO

- **b710 – Funções Relacionadas à Mobilidade das Articulações**
- **b730 – Funções Relacionadas à Força Muscular**
- **b735 – Funções Relacionadas ao Tônus Muscular**
- **b740 – Funções Relacionadas à Resistência Muscular**
 - b7402 – Resistência de todos os Músculos do corpo
- **b780 – Sensações Relacionadas aos Músculos e Funções de Movimento**
 - b7800 – Sensação de Rigidez Muscular
 - b7801 – Sensação de Espasmo Muscular
 - b7808 – Sensações Relacionadas aos Músculos e Funções de Movimento, outras especificadas
- **b798 – Funções Neuromusculoesqueléticas e Relacionadas com o Movimento, outras especificadas**

FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS

- **b820 – Funções Reparadoras da pele**

APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DE CONHECIMENTOS

- **d179 – Aplicação de conhecimento, outra especificada**

MOBILIDADE

- **d410 - Mudar a posição básica do corpo**
 - d4100 – Deitar-se
 - d4101 – Agachar-se
 - d4102 – Ajoelhar-se
 - d4103 – Sentar-se
 - d4104 – Levantar-se
 - d4106 – Mudar centro de gravidade do corpo

Quadro 3. Lista de objetivos da fisioterapia, com as categorias e códigos da CIF, versão final – Parte I

LISTA DE OBJETIVOS DA FISIOTERAPIA – BASEADA NA CIF Parte II

- **d415 – Mudar a posição do corpo**
 - d4151 – Permanecer agachado
 - d4152 – Permanecer ajoelhado
 - d4153 – Permanecer sentado
 - d4154 – Permanecer em pé
- **d420 – Transferir a própria posição**
 - d4200 – Transferir-se enquanto sentado
 - d4201 – Transferir-se enquanto deitado
 - d4208 – Transferir a própria posição, outra especificada
- **d430 – Levantar e carregar objetos**
- **d445 – Uso da mão e do braço**
 - d4452 – Alcançar
 - d4454 – Jogar
 - d4455 – Apanhar
- **d450 – Andar**
 - d4500 – Andar distâncias curtas
 - d4501 – Andar distâncias longas
 - d4502 – Andar sobre superfícies diferentes
 - d4503 – Andar desviando-se de obstáculos
 - d4508 – Andar, outro especificado
- **d455 – Deslocar-se**
 - d4552 – Correr
 - d4553 – Pular
- **d460 – Deslocar-se por diferentes locais**
 - d4600 – Deslocar-se dentro de casa
 - d4602 – Deslocar-se fora de casa e de outros prédios
 - d4608 – Deslocar-se por diferentes locais, outro especificado
- **d465 – Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento**
- **d469 – Andar e mover-se, outros especificados e não especificados**
- **d470 – Utilização de transporte**
 - d4702 – Utilização de transporte público
- **d475 – Dirigir**
 - d4751 – Dirigir veículos motorizados
- **d489 – Deslocar-se utilizando transporte, outros especificados e não especificados**
- **d498 – Mobilidade, outra especificada**

CUIDADO PESSOAL

- **d510 – Lavar-se**
- **d530 – Cuidados relacionados ao processo de excreção**
- **d540 – Vestir-se**
- **d550 – Comer**
- **d570 – Cuidar da Própria Saúde**

Quadro 3. Lista de objetivos da fisioterapia, com as categorias e códigos da CIF, versão final – Parte II

atividade desejada, e alcançando a meta terapêutica em um curto espaço de tempo. A CIF foi considerada uma importante base para a comunicação interdisciplinar, como também relata Rentsch et al. (2003)⁶.

É importante ressaltar que os resultados obtidos com o uso da Classificação neste departamento despertou o interesse dos demais departamentos da reabilitação de adultos a implantar uma ferramenta contendo categorias e códigos da CIF. Esses resultados foram utilizados como indicador de evolução terapêutica no departamento e atualmente os resultados são usados para fins de controle de qualidade do serviço.

Entretanto, a implementação da CIF no departamento foi um desafio. O projeto foi demorado e exigiu dedicação de todos os profissionais envolvidos, que, como consequência adquiriam um conhecimento maior sobre a CIF. O trabalho de revisão da *checklist* teve como objetivo preparar uma lista não tão extensa e não tão curta, mas que pudesse abranger a maior parte dos aspectos trabalhados com os pacientes em reabilitação. A opção de inserir as categorias da CIF em uma lista de objetivos já utilizada foi interessante e de vital importância para a boa aceitação dos profissionais, principalmente por não aumentar a carga de trabalho já existente.

Durante as fases iniciais do projeto o uso dos qualificadores foi considerado, de modo a ilustrar o comprometimento funcional dos pacientes. No entanto, devido a sua natureza controversa na literatura⁴⁰ e a dificuldade de uso pelos profissionais, optou-se pela não utilização dos qualificadores nessa etapa. Este recurso poderá ser implantado no serviço em um outro momento.

Apesar da necessidade de treinamento para um entendimento maior da classificação e da reorientação do processo anteriormente utilizado, os

colaboradores julgaram a proposta como um ganho potencial de qualidade para os pacientes e para o trabalho em equipe. Os terapeutas relataram ter agora maior consciência para melhorar a participação do paciente na atividade requerida em planos de tratamento e sessões terapêuticas.

Discussão

O Conceito Bobath fornece aos seus seguidores uma visão abrangente da condição de saúde do indivíduo, assim como a CIF¹⁸. Ambos consideram a influência de fatores de contexto na reabilitação do doente. Entretanto, ainda que a CIF pareça ser a ferramenta mais abrangente para avaliar e/ou acompanhar a saúde dos indivíduos, há relatos na literatura sobre a dificuldade da sua utilização prática⁴.

Segundo Escorpizo et al (2010), há falta de sistemática na aplicação concreta da CIF na clínica⁴. Ainda que o CB seja, na prática, claramente benéfico para reabilitação pós-lesão encefálica, ainda há dificuldade de registro científico dos ganhos obtidos.

Segundo Graham et al. (2009), em artigo que discorre sobre o Conceito Bobath e a prática clínica contemporânea, a medição de alterações clínicas requer ferramentas sensíveis para tipos e graus de mudanças que são importantes clinicamente¹⁸. Há a necessidade de apresentar provas que vão além da redução do comprometimento ou da realização da atividade e

incluem uma significativa mudança sustentável na vida dos indivíduos e suas famílias¹⁸.

Há uma lacuna entre o uso da Classificação e a sua documentação científica. Isso porque a documentação de seu uso concreto na rotina de reabilitação ainda não é tão frequente. Em nossa opinião, o uso combinado da ferramenta CIF com o CB pode favorecer uma maior divulgação da Classificação no acompanhamento da saúde do indivíduo, sob uma perspectiva abrangente, e pode permitir alcançar resultados científicos que a comunidade Bobath tem buscado.

A experiência com a implantação da CIF na rotina de um centro de reabilitação, embora de forma simplificada, permitiu a visualização concreta do uso da Classificação no dia-a-dia clínico. Neste artigo buscou-se mostrar que tanto a abordagem Bobath quanto o quadro conceitual da CIF são congruentes, e que a proposta do uso conjunto na prática é viável.

O uso de códigos relativos a fatores ambientais na *checklist* foi considerado, entretanto por se tratar de objetivo específico constantemente trabalhado pelo profissional da terapia ocupacional, esses códigos não foram contemplados na lista de objetivos da fisioterapia.

Há desafios quanto à plena integração da CIF com o CB. Deve-se discutir não só o método de implantação mas também o método de descrição científico do seu uso. Embora o conteúdo das categorias da CIF demonstrem a sua validade, a confiabilidade e a capacidade de resposta

desses conjuntos ainda não foram testados extensivamente⁴. Definir como medir cada categoria é uma necessidade futura.

Outro desafio é assegurar que os profissionais de saúde compreendam e possam aplicar a Classificação. Treinamentos têm sido propostos, como exemplo, o módulo introdutório de um treinamento desenvolvido pela OMS, a ser disponibilizado on line e que será traduzido ao Português. Este pode, temporariamente, ser acessado em <http://icf.ideaday.de/> . Espera-se que o uso desta ferramenta sirva para facilitar o aprendizado a distância e permitir um conhecimento da CIF visando estimular ainda mais sua exploração.

Conclusão

A CIF e o Conceito Bobath abordam a saúde do indivíduo sob um ponto de vista integrativo, que considera fatores contextuais interferindo na condição de saúde dos indivíduos.

A abordagem utilizada pelo CB para tratar indivíduos na tarefa funcional segue o raciocínio de que o desempenho de atividades no ambiente do dia-a-dia do paciente auxilia na sua recuperação, tornando o desempenho da atividade o mais próximo do movimento funcional normal.

O uso da CIF na prática clínica, em especial, em conjunto com o CB é possível, como ilustrado neste trabalho. Segundo apontaram os participantes do projeto, esse recurso, além de facilitar a escolha de objetivos

terapêuticos, facilita a linguagem com a equipe interdisciplinar e pode otimizar o tempo de reabilitação do doente.

A implementação da CIF na clínica de reabilitação de pessoas com deficiência, tratadas pelo Conceito Bobath, parece ter implicações positivas para o paciente. Acredita-se que este resultado possa ser estendido a outras abordagens da neuroreabilitação com enfoque funcional.

Referências Bibliográficas

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. 1ed. São Paulo: EDUSP, 2003. 325p.
2. Penney J, MacKay-Lyons MJ, McDonald A. Evidence-Based Stroke Rehabilitation: Case Analysis Using the International Classification of Functioning, Disability and Health Framework. *Physiotherapy Canada*. 2007; 59: 22-38.
3. World Confederation for Physical Therapy (WCPT). 15th WCPT General Meeting; June 4, 2003; Barcelona, Spain.
4. Escorpizo R, Stucki G, Cieza A, Davis K, Stumbo T, Riddle DL. Creating an Interface Between the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapist Practice. *Phys Ther*. 2010; 90(7):1053-1063.
5. American Physical Therapy Association (APTA). *APTA Endorses World Health Organization ICF Model*. Available at: <http://www.apta.org/Media/Releases/APTA/2008/7/8/> Acessado em: 12 de Fevereiro de 2012.
6. Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, Wolf C, Hefti H, Fluri E, Wenger U, Walti C, Boyer I. The Implementation of the „International Classification of Functioning, Disability and Health“(ICF) in Daily Practice of Neurorehabilitation: an Interdisciplinary Project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disabil and Rehabil*. 2003; 25(8): 411-421.

7. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a Versão em Português da Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(10): 2507-2510.
8. Di Nubila, HBV. Uma Introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010; 35(121): 122-123.
9. Kostanjsek N, Rubinelli S, Escorpizo R, Cieza A, Kennedy C, Selb M, Stucki G, Ustun TB. Assessing the Impact of Health Conditions Using ICF. *Disabil and Rehabil*. 2010; Early Online: 1-8.
10. Riberto M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras de Enferm*. 2011; 64(5):938-946.
11. 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. *Phys Ther*. 2006; 86(9):1203-1220.
12. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286): 129-136.
13. Buchalla CM. Das Listas de Mortalidade à Qualidade de Vida: a Trajetória da Classificações Relacionadas à Saúde. Tese de Livre Docência. São Paulo: 2006; 139p.
14. Panturin E. The Bobath Concept. Letters to the Editor. *Clinical Rehabilitation*. 2001; 15(1): 111-113.
15. Raine S. Defining the Bobath Concept Using the Delphi Technique. *Physiother Res Int*. 2006; 11(1): 4-13.
16. International Bobath Instructors Training Association (IBITA). *Theoretical Assumptions and Clinical Practice*. Disponível em: www.ibita.org. Acessado em 17 de Fevereiro de 2011.
17. Kleim JA, Jones TA. Principles of Experience-Dependent Neural Plasticity: Implications for Rehabilitation After Brain Damage. *J Speech Lang Hear Res*. 2008; 51(S): 225-239.
18. Graham JV, Eustace C, Brock K, Swain E, Irwin-Carruthers S. The Bobath Concept in Contemporary Clinical Practice. *Top Stroke Rehabil*. 2009; 16(1): 57-68.

19. Lennon S, Ashburn A. The Bobath Concept in Stroke Rehabilitation: a Focus Group Study of the Experienced Physiotherapists' Perspective. *Disabil and Rehabil.* 2000; 22(15): 665-674.
20. Moriello C, Byrne K, Cieza A, Nash C, Stolee P, Mayo N. Mapping the Stroke Impact Scale (SIS-16) to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med.* 2008; 40:102-106.
21. Faria CDCM, Saliba VA, Teixeira-Salmela LF, Nadeau S. Comparação entre indivíduos hemiparéticos com e sem histórico de quedas com base nos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Fisioterapia e pesquisa.* 2010; 17(3): 242-247.
22. Bobath B. Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment. 3 ed. London: Heinemann Medical Books, 1990.
23. Davies PM. Exatamente no Centro: Atividade Seletiva do Tronco no Tratamento da Hemiplegia no Adulto. 1ed.: São Paulo: Manole, 1996; 284 p.
24. Davies PM. Recomeçando Outra Vez: Reabilitação Precoce após Lesão Cerebral Traumática ou outra Lesão Cerebral Severa. 1ed. São Paulo: Manole, 1997; 475 p.
25. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 2 Ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/ Hartcourt Publishers, 2000. 261 p.
26. Scheuringer M, Stucki G, Huber EO, Brach M, Schwarzkopf SR, Kostanjsek N, Stoll T. ICF Core Set for Patients with Musculoskeletal Conditions in Early Pos-Acute Rehabilitation Facilities. *Disabil and Rehabil.* 2005; 27: 405-410.
27. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2005; 9(2): 129-136.
28. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008; 44:329-342.
29. Ferreira LTD, Castro SS, Buchalla CM. The International Classification of Functioning, Disability and Health: Progress and Opportunities. *Cienc Saude Colet* [periódico na internet] 2012 mai. [Citado em 13 de

maio 2012]; [cerca de 5 p.] Está disponível em:
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

30. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, Kostanjsek N, Ring H, Stucki G. ICF Core Sets for Stroke. *J Rehabil Med*. 2004; 44(Suppl): 135-141.
31. Neubert S, Sabariego C, Stier-Jarmer M, Cieza A. Development of an ICF-based patient education program. *Patient Educ Couns*. 2011; 84(2):13-17.
32. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jäckel W, van der Linden S, Kostanjsek N, de Bie R. ICF core set for low back pain. *J Rehabil Med*. 2004; (44suppl):69-74.
33. Riberto M, Chiappetta LM, Lopes KAT, Battistella LR. A Experiência Brasileira com o Core set da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Lombalgia. *Coluna*. 2011; 10(2):121-126.
34. ICF Research Branch of the World Health Organization Collaborating Center of the Family of International Classifications. Institute for Health and Rehabilitation Sciences, Ludwig-Maximilians University. ICF Core Sets. Available at: <http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects.html>. Acessado em: 21 de Fevereiro de 2012.
35. Escorpizo R, Finger M, Glassel A, Gradinger F, Lückenkemper M, Cieza A. A Systematic Review of Functioning in Vocational Rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Occup Rehabil*. 2011; 21:134-146.
36. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün BT, Stucki G. Identification of Candidate Categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for a Generic Core Set based on Regression Modelling. *BMC Med Res Methodol*. 2006; 6:36.
37. Depolito C, Leocadio PLLF, Cordeiro RC. Declínio Funcional de Idosa Institucionalizada: Aplicabilidade do Modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2009; 16(2):183-189.
38. Brasileiro IC, Moreira TMM, Jorge MSB, Queiroz MVO, Mont'Alverne DGB. Atividades e Participação de Crianças com Paralisia Cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(4):503-511.

39. Rauch A, Escorpizo R, Riddle DL, Eriks-Hoogland I, Stucki G, Cieza A. Using a case report of a patient with Spinal Cord Injury to illustrate the application of International Classification of Functioning, Disability and Health during multidisciplinary patient management. *Phys Ther.* 2010; 90(7): 1039- 1052.
40. Dahl TH. International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. *J Rehabil Med.* 2002; 34: 201 – 204.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do seu quadro conceitual, passando por modelos de listas resumidas e explorando a classificação em sua totalidade, é possível discutir o uso da CIF na clínica. O ideal é ajustar a proposta à realidade do serviço no qual o processo será implantado. Busca-se explorar a idéia de que não há uma receita que seja ajustável a toda e qualquer realidade. Avaliação, planejamento da intervenção e das metas, e implantação do tratamento são totalmente individualizadas. Deve-se conhecer a ferramenta e ajustá-la à prática clínica específica para que os resultados possam ser estudados de forma adequada e significativa.

Ao se considerar a abrangência da CIF, ainda há desafios teóricos e metodológicos para sua efetiva implantação. Torna-se importante ressaltar a necessidade de aproximar sua conceituação teórica à prática clínica. A falta de consenso sobre conteúdos essenciais para uma avaliação funcional, a carência de ferramentas específicas para avaliar fatores biopsicossociais, a formação dos profissionais de saúde voltada para o modelo biomédico, e a escassa publicação sobre estratégias de uso da CIF no Brasil e nos países em desenvolvimento são alguns dos fatores que dificultam a aplicação do modelo integrativo de funcionalidade. Assegurar que os profissionais de saúde tenham a oportunidade de aprender sobre a Classificação tem se mostrado uma maneira de estimular sua aplicabilidade.

Este trabalho cumpre seu papel de divulgar estratégias de uso da CIF por meio do artigo 1. O relato de diferentes interfaces de utilização da Classificação permite estimular o seu estudo e propor usos adaptados às necessidades de cada serviço de saúde. E ainda, a execução desta pesquisa sugere, por meio do artigo 2, o uso da CIF em conjunto com a abordagem do Conceito Bobath. A implantação da CIF na reabilitação de indivíduos tratados pelo CB parece ter implicações positivas para o paciente, para a equipe de saúde que o acompanha e para o centro de saúde no qual o serviço é prestado.

A aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em conjunto com o Conceito Bobath pode ser considerada viável. Ao utilizar o modelo e os princípios da CIF, o CB pode explorar a ferramenta com o objetivo de trazer relatos dos ganhos funcionais obtidos pelos pacientes. Isso permite que esses resultados possam ser mais bem registrados o que facilita a documentação científica.

Concomitantemente, ao utilizar a CIF nos treinamentos e capacitações para formação no CB, propõe-se que o uso da classificação possa favorecer estratégias para sua divulgação entre os profissionais de saúde. Isso permite que um maior número de pessoas adquira domínio do instrumento e disseminem o seu uso na clínica, seja ele sob um formato total ou parcial, ou sob uma estrutura nova ou já pré-estabelecida.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade PMO, Ferreira FO, Haase VG. Multidisciplinary perspective for cerebral palsy assessment after an International Classification of Functioning, Disability and Health Training. *Dev Neurorehabil.* 2011; 14 (4): 199-207.

Cieza A, Ewert T, Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for Patients with Chronic Conditions. *J Rehabil Med.* 2004; 44(Suppl):9-11.

Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a Versão em Português da Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(10): 2507-2510.

Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science.* 1977; 196(4286): 129-136.

Escorpizo R, Stucki G, Cieza A, Davis K, Stumbo T, Riddle DL. Creating an Interface Between the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapist Practice. *Phys Ther.* 2010; 90(7):1053-1063.

Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, Kostanjsek N, Ring H, Stucki G. ICF Core Sets for Stroke. *J Rehabil Med.* 2004; 44(Suppl): 135-141.

Graham JV, Eustace C, Brock K, Swain E, Irwin-Carruthers S. The Bobath Concept in Contemporary Clinical Practice. *Top Stroke Rehabil.* 2009; 16(1): 57-68.

IBITA. Theoretical Assumptions and Clinical Practice. Disponível em: www.ibita.org. Acessado em 17 de Fevereiro de 2011.

Lennon S, Ashburn A. The Bobath Concept in Stroke Rehabilitation: a Focus Group Study of the Experienced Physiotherapists' Perspective. *Disabil and Rehabil.* 2000; 22(15): 665-674.

Neubert S, Sabariego C, Stier-Jarmer M, Cieza A. Development of an ICF-based patient education program. *Patient Educ Couns.* 2011; 84(2):13-17

Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 1ed. São Paulo: EDUSP, 2003. 325p.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre a Deficiência. São Paulo: SEDPcD, 2012. 332p.

Raine S. Defining the Bobath Concept Using the Delphi Technique. *Physiother Res Int*. 2006; 11(1): 4-13.

Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008; 44:329-342.

Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, Wolf C, Hefti H, Fluri E, Wenger U, Walti C, Boyer I. The Implementation of the „International Classification of Functioning, Disability and Health"(ICF) in Daily Practice of Neurorehabilitation: an Interdisciplinary Project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disabil and Rehabil*. 2003; 25(8): 411-421.

Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 2 Ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/ Hartcourt Publishers, 2000. 261 p.

8. ANEXOS E APÊNDICES

8.1. Estudos, relação com os objetivos e revistas para publicação

Estudo	Objetivos	Revistas para submissão	Situação do artigo	Normas - Página eletrônica
Estudo 1	Discorrer sobre estratégias de uso da CIF	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Aprovado, disponível on line em http://www.cienciaesauodecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=9807 Aguardando publicação impressa	http://www.cienciaesauodecoletiva.com.br/artigos/imagens/instrucoes_para_colaboradores_2011
Estudo 2	Reflexão sobre a aplicação dos conceitos CIF & Bobath em conjunto	Sugestão: Physical Therapy	Sem submissão	http://ptjournal.apta.org/site/misc/ifora_perspectives.xhtml

Quadro 1: Estudos, relação com os objetivos e revistas para publicação

8.2. Carta de Avaliação da Revista

Luana Diniz <luanadiniz.fisio@gmail.com>

Seu artigo foi avaliado

Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br> 23 de abril de 2012
16:37

Responder a: Revista Ciência & Saúde Coletiva <cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br>

Para: luanadiniz.fisio@gmail.com

Prezado(a) colega Luana Talita Diniz Ferreira,

seu artigo, **THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH: PROGRESS AND OPPORTUNITIES**, acaba de ser **aprovado** pela Editoria da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Esta mensagem tem a finalidade de lhe pedir consentimento para divulgá-lo na página www.cienciaesaudecoletiva.com.br. Sendo positiva sua aquiescência, por favor preencha o documento abaixo e o devolva imediatamente por correio e assinado com caneta esferográfica azul. Seu artigo será divulgado no prazo de 48 horas após a Editoria da Revista receber sua permissão. Informo-lhe que, uma vez publicado, seu artigo poderá ser, imediatamente, incorporado a seu currículo. Na página onde for divulgado o artigo haverá orientação de como citá-lo. Quando seu artigo for publicado na Revista impressa, imediatamente sairá da página e poderá ser acessado pela base scielo www.scielo.org.

Agradeço-lhe se puder responder com a maior presteza possível a esta mensagem.

Maria Cecília de Souza Minayo

Editora científica da revista Ciência & Saúde Coletiva

Confira aqui os parecer(es) sobre seu artigo:

- Parecer 1

O artigo aponta, segundo objetivo descrito inicialmente, argumentos para a utilização da CIF em diferentes momentos do processo de cuidado em saúde das pessoas portadoras de necessidades especiais, daquelas que convivem com condições crônicas de saúde, ou mesmo ao longo da execução de um programa de reabilitação. Também destaca a importância do uso da mesma para elaboração de ações e políticas de saúde.

Destaca a CIF como uma importante ferramenta para favorecimento da interlocução entre as diferentes especialidades integrantes das equipes de saúde, melhorando assim a comunicação entre as equipes na busca de uma maior interdisciplinaridade.

Consideramos pois relevante o artigo como introdutório para a discussão ,pois o emprego da CIF na prática clínica ainda é um desafio a ser superado no Brasil.

A construção de core sets é um projeto de cooperação internacional coordenado por pesquisadores de diferentes Universidades, que apresentam diferentes estratégias metodológicas, para a elaboração do conjunto de categorias relevantes para diferentes condições de saúde.

Alguns entraves para o uso da CIF no Brasil ainda se dão, pois a tradução para o português da versão da CIF para alguns core sets específicos, como por exemplo, para crianças e jovens, ainda encontra-se em processo de efetivação. Não encontramos na literatura core sets específicos para condições crônicas em crianças e adolescentes, dentre outras.

Entretanto, cremos que a mesma poderá ampliar o conjunto de nossas práticas profissionais, favorecendo uma visão mais abrangente da funcionalidade humana.

9. CURRÍCULO LATTES

9.1. Mestranda

Luana Talita Diniz Ferreira

Graduada em Fisioterapia pela Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador-BA, Brasil. Especialista em Intervenção Fisioterapêutica nas Doenças Neuromusculares pela UNIFESP, Aprimorada em Fisioterapia em Reabilitação do Portador de Deficiência Física Incapacitante DMR- HCFMUSP. Mestranda em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com ênfase em Fisioterapia em Reabilitação, atuando principalmente nos seguintes temas: doenças neurológicas, incapacidade funcional, medidas de avaliação, doenças neuromusculares, epidemiologia, classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, lesões encefálicas adquiridas, abordagem respiratória de doenças neurológicas. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 07/05/2012

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/7186366862280423>

9.2. Orientadora

Cassia Maria Buchalla

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

CASSIA MARIA BUCHALLA, Professora Associada do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, onde é responsável pela disciplina de Análise de Estudos Epidemiológicos. Faz parte do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. Atua na rede de Centros da OMS ("WHO-FIC network") da qual é membro do Conselho, "co-chair" do Comitê de Educação e membro dos Comitês de Referência para Funcionalidade e Incapacidade e de Desenvolvimento da Família de Classificações. Nesses comitês têm coordenado estudos internacionais relacionadas à educação na área das Classificações da OMS. Faz parte do NEPAIDS - Núcleo de Pesquisa em Prevenção de AIDS. Atualmente desenvolve projetos na área do Aprimoramento da qualidade das informações de saúde; Capacitação na redação de artigos científicos e Educação a distância. Pesquisador (2) do CNPq. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 31/05/2012

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/0443197834794678>