

Evolução Funcional na fisioterapia de acordo com a CIF

Functional evolution in physiotherapy according to ICF

Evolución funcional en fisioterapia según la CIF

Carolina Melim Diogo Pereira¹, Márcia Harumi Uema Ozu²,
Márjory Harumi Nishida³, Juliana Leme Gomes⁴,
Uleida de Brito Lima Lopes⁵, Lisa Carla Narumia²

1. Fisioterapeuta do departamento de Fisioterapia Aquática, Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Unidade Osasco. São Paulo-SP, Brasil.

2. Fisioterapeuta do departamento de Fisioterapia Infantil, Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Unidade Ibirapuera. São Paulo-SP, Brasil.

3. Fisioterapeuta do departamento de Fisioterapia Aquática, Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Unidade Ibirapuera. São Paulo-SP, Brasil.

4. Fisioterapeuta do departamento de Fisioterapia Adulto, Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Unidade Ibirapuera. São Paulo-SP, Brasil.

5. Coordenadora assistencial da Unidade de Mogi das Cruzes, Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). São Paulo-SP, Brasil.

Resumo

Introdução. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) descreve componentes de saúde com foco na funcionalidade e incapacidade, auxiliando na tomada de decisões clínicas e na gestão dos serviços de saúde. Apesar dos desafios devido à sua abrangência e complexidade, especialmente para os serviços destinados às pessoas com deficiência (PcD), a CIF é amplamente utilizada pelos profissionais da Associação de Assistência à Criança com Deficiência (AACD). **Objetivo.** Identificar o perfil funcional dos indivíduos atendidos nos três setores da fisioterapia em um centro de reabilitação física com base na CIF.

Método. Estudo observacional e descritivo realizado nos setores da fisioterapia infantil, adulto e aquática por meio da análise das planilhas de evolução da população pediátrica e adulta atendida em 2021 na Unidade Ibirapuera da AACD. **Resultados.** Foram analisados 3.124 relatórios trimestrais de evolução de 1.900 pacientes. As principais condições de saúde atendidas foram a paralisia cerebral, lesão encefálica adquirida e amputação. A taxa de evolução funcional setorial foi superior a 80%, com mudança no qualificador durante a reabilitação. Os objetivos mais frequentemente utilizados estavam nos domínios de 'atividade' e 'participação'. **Conclusão.** O perfil funcional da PcD atendidos apresentou, inicialmente, qualificadores 3 e 2, indicando deficiência, limitação de capacidade ou problemas de desempenho como grave e moderado, respectivamente. Após a reabilitação, evoluíram para 2 e 1, correspondendo a níveis moderados e leves, evidenciando uma mudança no perfil funcional após a reabilitação com base no modelo da CIF.

Unitermos. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Fisioterapia; Centro de reabilitação e pessoas com deficiência

Abstract

Introduction. The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) describes health components with a focus on functionality and disability, assisting in clinical decision-making and the management of health services. Despite challenges due to its breadth and complexity, especially in services aimed at people with disabilities (PwD), the ICF is widely used by professionals at São Paulo-SP. **Objective.** To identify the functional profile of individuals treated in the three physiotherapy sectors of a physical rehabilitation center based on the ICF. **Method.** An observational and descriptive study was conducted in the pediatric, adult, and aquatic physiotherapy sectors through the analysis of progress spreadsheets of the pediatric and adult populations treated in 2021 at a physical rehabilitation center. **Results.** A total of 3,124 quarterly evolution reports from 1,900 patients were analyzed. The main health

conditions treated included cerebral palsy, acquired brain injury, and amputation. The sectorial functional progress rate exceeded 80%, with changes in qualifiers during rehabilitation. The most frequently addressed goals were within the domains of 'activity' and 'participation'. **Conclusion.** The functional profile of PwD treated at the institution initially showed qualifiers 3 and 2, indicating severe and moderate disability, limitations in capacity, or performance problems. After rehabilitation, these qualifiers evolved to 2 and 1, corresponding to moderate and mild levels. This shift indicates a change in the functional profile following rehabilitation based on the ICF model.

Keywords. International Classification of Functioning and Health; Physical Therapy; Rehabilitation Centers; People with Disability

Resumen

Introducción. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) describe componentes de la salud con un enfoque en funcionalidad e incapacidad, ayudando en la toma de decisiones clínicas y en la gestión de los servicios de salud. A pesar de los desafíos derivados de su amplitud y complejidad, especialmente para los servicios destinados a personas con discapacidad (PcD), la CIF es ampliamente utilizada por los profesionales em São Paulo-SP. **Objetivo.** Identificar el perfil funcional de los individuos atendidos en los tres sectores de fisioterapia en un centro de rehabilitación física basado en la CIF. **Método.** Se realizó un estudio observacional y descriptivo en los sectores de fisioterapia pediátrica, adulta y acuática mediante el análisis de hojas de evolución sectorial de la población pediátrica y adulta atendida en 2021. **Resultados.** Se analizaron 3.124 informes trimestrales de evolución de 1.900 pacientes. Las principales condiciones de salud atendidas fueron parálisis cerebral, lesión encefálica adquirida y amputación. La tasa de evolución funcional sectorial superó el 80%, con cambio en los calificadores durante la rehabilitación. Los objetivos más frecuentemente utilizados estaban en los dominios de 'actividad' y 'participación'. **Conclusión.** El perfil funcional de las PcD atendidas presentó inicialmente calificadores 3 y 2, que indican discapacidad grave y moderada, limitaciones en la capacidad o problemas de desempeño. Tras la rehabilitación, estos calificadores evolucionaron a 2 y 1, correspondientes a niveles moderados y leves. Este cambio evidencia una modificación en el perfil funcional tras la rehabilitación basada en el modelo de la CIF.

Palabras clave. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Terapia Física; Centro de Rehabilitación; Personas con Discapacidad

Trabalho realizado na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). São Paulo-SP, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 07/07/2024

Aceito em: 18/12/2024

Endereço para correspondência: Lisa Carla Narumia. Rua Pedro Pomponazzi 623 apto 61. Jd Vila Mariana. São Paulo-SP, Brasil. CEP 04114000. Telefone: +55 11 99113-3451. Email: lisanarumia@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) faz parte de um modelo integrativo e padronizado de informações instituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001. Esta ferramenta visa uma linguagem homogênea para a descrição de saúde e auxilia na comparação de aspectos de funcionalidade entre os diferentes países, serviços e níveis

de atenção^{1,2}.

Este modelo dispõe que a funcionalidade e a incapacidade são decorrentes da complexa interação entre os componentes: (a) Função e estrutura do corpo; (b) Atividade; (c) Participação; (d) Fatores ambientais; e (e) Fatores pessoais. Cada componente, por sua vez, é categorizado hierarquicamente em capítulos e subcategorias por meio de um sistema de códigos alfanuméricos, que atuam como descritores do estado funcional presente^{1,3}.

A mensuração sobre a magnitude, localização e natureza de qualquer problema em questão são obtidas por meio do uso dos qualificadores, dígito adicional ao código alfanumérico que complementa a informação de saúde. Ao ser utilizado com os códigos referentes a função e estrutura do corpo indica a magnitude da deficiência. Quando associado com os códigos referentes aos domínios de atividade e participação, diz respeito a capacidade e/ou desempenho em uma determinada tarefa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sem o uso dos qualificadores, a CIF não está completa para avaliação e descrição da situação de saúde^{1,4}.

Para além dos âmbitos operacionais, este modelo possui protagonismo no cenário da reabilitação. A falta de uma definição clara sobre a “deficiência” pode ser um impedimento para a promoção da saúde das pessoas com deficiência (PcD)^{4,5}. Neste sentido, a CIF destaca-se pelo desenvolvimento e entendimento das terminologias formais sobre o tema. A partir do preceito que a deficiência é uma

expressão de condição de saúde, que se distancia de uma imagem negativa, a classificação desloca o paradigma saúde-doença, centralizando na funcionalidade e incapacidade, e não na situação a qual a levou⁴.

A incorporação na prática clínica ainda auxilia na tomada de decisões, acompanhamento longitudinal e na criação de parâmetros de referência para os efeitos dos tratamentos, promovendo uma reabilitação resolutiva e humanizada^{5,6}. Desta forma, o uso por partes dos profissionais de reabilitação, especialmente os fisioterapeutas, é de suma importância, a fim de identificar as alterações funcionais e garantir uma reabilitação que atenda às necessidades daquele indivíduo.

Embora a CIF seja o padrão global de avaliação e descrição, a sua utilização completa ainda é escassa e pouco explorada pelos serviços de saúde, em comparação com outros instrumentos. Tendo em vista a sua complexidade, heterogeneidade e especificidade das dimensões sociopolíticas-culturais e condições de saúde⁵⁻⁷.

Neste contexto, destaca-se a Associação de Assistência à Criança com Deficiência (AACD), centro de reabilitação física, pela implementação do modelo de categorias e qualificadores da CIF como ferramenta diária dos profissionais em São Paulo-SP desde 2014.

Desafiando as perspectivas, os profissionais da AACD selecionaram as principais categorias que contemplam a população atendida, adaptaram as avaliações e introduziram uma linguagem unificada na instituição. O processo de

criação do instrumento e as primeiras versões utilizadas foram relatados em trabalhos anteriores^{3,8}.

Neste contexto, o presente estudo propõe-se a identificar o perfil funcional dos indivíduos atendidos nos setores de fisioterapia de um centro de reabilitação física, por meio dos qualificadores da CIF.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional e descritivo do tipo transversal realizado nos setores de fisioterapia infantil, adulto e aquática da instituição AACD, Unidade Ibirapuera, São Paulo-SP, a fim de identificar o perfil funcional dos indivíduos em processo de reabilitação física com base nos códigos e qualificadores da CIF.

Estudo submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da AACD, aprovado com o CAAE número 58045822.7.0000.0085.

Amostra

Foram analisados dados da população pediátrica (0 a 17 anos e 11 meses) e adultos (acima de 18 anos), atendidos entre janeiro e dezembro de 2021 na Unidade Ibirapuera da AACD com os diagnósticos médicos de Paralisia Cerebral (PC), Malformações Congênitas (MFC), Mielomeningocele (MM), Lesões Encefálicas Infantis Adquiridas (LEIA), Paralisia Braquial Obstétrica (PBO), Lesão Medular (LM), Doenças Neuromusculares (DNM), Lesão Encefálica Adquirida (LEA), Poliomielite e Amputados.

Para a análise, foram incluídos apenas os indivíduos que possuíam ao menos um relatório trimestral de evolução ao longo do ano de 2021, excluindo-se aqueles com dados incompletos ou com início de tratamento no último trimestre de 2021, o que impediu a realização de um relatório.

As dimensões utilizadas para a análise do banco de dados são apresentadas na Tabela 1. Estas dimensões abarcam elementos centrais para compreensão do perfil funcional dos indivíduos atendidos ao longo do ano de estudo como as características da amostra; perfil funcional e evolução funcional no período.

Tabela 1. Pilares, dimensões e descrição dos indivíduos atendidos ao longo do ano nos setores de fisioterapia infantil, adulto e aquática em 2021 na Unidade Ibirapuera - AACD, São Paulo, Brasil.

Pilares	Dimensões	Descrição
Características da amostra	Identificação	Nome
		Número do prontuário
		Data de nascimento
	Clínica na instituição	PC
		DNM
		LEA
		LEIA
		MFC
		MM
		LM
		Poliomielite
		Amputado
	Nível Motor (específico para Paralisia Cerebral)	I
		II
		III
		IV
		V
	Terapia	Nome do terapeuta responsável
		Data de início
		Data final
		Tempo de permanência (dias)

Perfil Funcional	Categoria Funcional	Categoria inicial selecionada
	Código da CIF	Código inicial selecionado
	Qualificador inicial	0 - Nenhuma deficiência
		1 - Deficiência leve
		2 - Deficiência moderada
		3 - Deficiência grave
Evolução Funcional	Qualificador final	4 - Deficiência completa
		0 - Nenhuma deficiência
		1 - Deficiência leve
		2 - Deficiência moderada
	Evolução	3 - Deficiência grave
		4 - Deficiência completa
	Motivos de não evolução funcional	Sim
		Não
		Frequência de terapias insuficiente
		Intercorrências clínicas
		Instabilidade emocional
		Escolha de objetivo funcional inadequado ou amplo para o período previsto
		Falta de adesão ao tratamento
		Gravidade da lesão
		Comprometimentos associados
		Cognitivo/comportamental
	Ação	Limite do processo terapêutico devido ao quadro
		Maior tempo terapêutico para treino
		Falta de aquisição de equipamento
		Necessidade de intervenção externa ou interna
		Houve evolução parcial, porém sem mudança no qualificador
		Ocorrência de eventos não previstos
		Antecipação de alta
		Desligamento
		Orientações aos familiares e/ou cuidadores
		Prescrição/Aquisição/Adaptação de Equipamentos
	Ação	Outros
		Mudança de técnica terapêutica ou conduta
		Mudanças de objetivo
		Marcar consulta médica no setor
		Supervisão clínica
		Discussão de casos
		Encaminhamento para serviços complementares
		Outras ações

Procedimento

Desde 2010, a AACD demonstrou interesse pela CIF como ferramenta adequada para avaliação e evolução da reabilitação das diversas condições atendidas. Os códigos instituídos na AACD foram selecionados com base nas metas funcionais utilizadas pelos terapeutas para cada condição de saúde. Após esta etapa, desenvolveram-se os qualificadores para cada um destes códigos por meio de testes validados na literatura⁸.

A CIF faz parte da rotina clínica de todos os profissionais da AACD. A evolução do indivíduo dentro da reabilitação é registrada no relatório de evolução trimestral, preenchido no prontuário eletrônico pelo terapeuta, em conjunto com o indivíduo e seus acompanhantes, para avaliar a mudança no qualificador, os ganhos funcionais até o momento e os próximos direcionamentos do tratamento. Após este preenchimento, os dados são agrupados em planilhas de evolução setorial.

Análise estatística

Para a análise estatística das variáveis qualitativas utilizou-se a frequência, intervalo de confiança e medidas de tendência central (média e mediana). Medidas de dispersão (desvio padrão, intervalo interquartil, mínimo e máximo) foram utilizadas para os dados quantitativos. A existência de associação entre as variáveis qualitativas foi testada com qui-quadrado. Todas as análises foram realizadas no *R Statistical Software* (versão 4.2.2) e resultado considerados

estatisticamente significantes aqueles com p valor menor que 5%.

RESULTADOS

Em 2021, 2.007 indivíduos estavam em reabilitação nos setores de fisioterapia. Desses, 107 indivíduos não realizaram ao menos uma avaliação evolutiva, resultando em 1.900 indivíduos analisados - 635 no setor de fisioterapia infantil, 608 no setor de fisioterapia adulto e 657 no setor de fisioterapia aquática.

A respeito da caracterização da amostra, a idade média dos indivíduos no setor de fisioterapia infantil é de $5,3 \pm 4,6$ anos, adulto é de $49,0 \pm 18,0$ anos e aquática é de $46,2 \pm 19,4$ anos.

O tempo de permanência na fisioterapia mostrou-se superior no setor infantil com média de $674,8 \pm 398,8$ dias, seguido do setor de adulto com $595,3 \pm 328,2$ dias e aquática com $470,4 \pm 381,2$ dias.

A respeito das clínicas, a fisioterapia infantil apresenta como principal condição de saúde atendida a PC com 71,3% indivíduos, seguido de 13,2% de MFC e 6,8% de MN. No entanto, na fisioterapia adulto e aquática, as condições mais prevalentes são as LEA, amputado e PC. No setor adulto, a distribuição é de 36,2% para LEA, 25,5% amputações e 10,8% para PC, enquanto no setor de aquática, os valores são de 37,0%, 21,2% e 12,7% no setor de aquática, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Análise das clínicas nos setores de fisioterapia infantil, adulto e aquática no ano de 2021 na Unidade Ibirapuera - AACD, São Paulo, Brasil.

Clínicas	Fisioterapia Infantil		Fisioterapia Adulto		Fisioterapia Aquática	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Amputação	1	0,2 (0,0-3,6)	153	25,5 (21,5-29,7)	139	21,2 (17,4-25,1)
Doenças Neuromusculares (DNM)	39	6,8 (3,5-10,2)	56	9,3 (5,3-13,5)	54	8,2 (4,4-12,2)
Lesão Encefálica Adquirida (LEA)	-	-	217	36,2 (32,2-40,4)	243	37,0 (33,2-41,0)
Lesões Encefálicas Infantis Adquiridas (LEIA)	11	1,7 (0,0-5,2)	1	0,2 (0,0-4,4)	0,8	0,8 (0,0-4,7)
Lesão Medular (LM)	4	0,6 (0,0-4,1)	62	10,3 (6,3-14,5)	7,6	7,6 (3,8-11,5)
Malformações Congênitas (MFC)	84	13,2 (9,9-16,7)	10	1,7 (0,0-5,9)	2,1	2,1 (0,0-6,1)
Mielomeningocele (MN)	13	6,8 (3,5-10,2)	4	0,7 (0,0-4,9)	0,3	0,3 (0,0-4,2)
Paralisia Cerebral (PC)	452	71,3 (68,0-74,8)	65	10,8 (6,8-15,0)	83	12,7 (8,8-16,6)
Poliomielite	-	-	32	5,3 (1,3-9,5)	10,1	10,1 (6,2-14,0)

N (Número da amostra); IC (Intervalo de confiança).

No total, foram identificados 3.124 relatórios de evolução trimestral. Observou-se prevalência na escolha da categoria funcional “deslocar/andar” e do objetivo funcional

“d4154 permanecer em pé” nos três setores. No entanto, existem diferenças nas demais categorias funcionais e nos objetivos estabelecidos.

Na fisioterapia infantil foram registrados 1.191 relatórios de evoluções trimestral de 635 indivíduos, com 53 códigos diferentes da CIF. A principal categoria funcional escolhida neste setor foi o ‘deslocar/andar’ (35,6%), seguido da categoria de ‘manutenção da postura’ (27,8%), ‘trocas posturais’ (11,9%), ‘pós-operatório’ (8,5%), ‘equilíbrio’ (5,2%), ‘condicionamento/respiratório’ (2,8%), ‘vínculo’ (2,4%), ‘uso de mão e braço’ (2,2%), ‘orientação’ (1,9%), ‘transferência’ (1,3%) e ‘perceptual/sensorial’ (0,4%).

Os principais códigos utilizados foram: ‘b7603 funções de apoio dos braços e perna’ (8,3%), ‘d4154 permanecer em pé’ (8,1%), ‘d4153 permanecer sentado’ (5,4%), ‘d4608 deslocar-se por diferentes locais’ (5,3%), ‘d465 deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento’ (5,0%), ‘b7300 funções relacionadas à força gerada por contração de músculos específicos’ (4,9%), ‘d4103 sentar-se’ (2,9%), ‘b1268 estabelecer vínculo’ (2,4%), ‘d198 aprendizagem e aplicação de conhecimento’ (1,8%), ‘b755 funções relacionadas aos reflexos de movimento involuntários’ (1,7%), ‘b7550 resistência física geral’ (1,5%), ‘d4200 transferir-se enquanto sentado’ (1,3%), ‘d4452 alcançar’ (1,3%) e ‘d4106 mudar o centro de gravidade do corpo’ (0,3%) (Tabela 3).

Tabela 3. Principais categorias e objetivos funcionais do setor de fisioterapia infantil no ano de 2021 selecionados na Unidade Ibirapuera – AACD, São Paulo, Brasil (%).

Categoria Funcional	% (IC 95%)	Código	Objetivos Funcionais	% (IC 95%)
Deslocar/ Andar	35,6 (32,6-38,6)	d4608	Deslocar-se por diferentes locais	5,3 (3,1-6,8)
		d465	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	5 (3,1-6,8)
Manutenção da postura	27,8 (24,8-30,8)	b7603	Funções de apoio dos braços e pernas	8,3 (6,5-10,2)
		d4154	Permanecer em pé	8,1 (6,2-9,9)
		d4153	Permanecer sentado	5,4 (3,5-7,2)
Trocas posturais	11,9 (9,0-15,0)	d4103	Sentar-se	2,9 (1,0-4,7)
Pós-operatório/ PB/ Pré Protético	8,5 (5,5-11,5)	b7300	Funções relacionadas à força gerada por contração de músculos específicos e isolados e grupos de músculos	4,9 (3,0-6,7)
Equilíbrio	5,2 (2,2-8,2)	b755	Funções relacionadas aos reflexos de movimentos involuntários	1,7 (0,0-3,5)
Condicionamento/ Respiratório	2,8 (0,0-5,8)	b7550	Resistência física geral	1,5 (0,0-3,4)
Vínculo	2,4 (0,0-5,4)	b1268	Estabelecer vínculo	2,4 (0,5-4,2)
Uso da mão e braço	2,2 (0,0-5,3)	d4452	Alcançar	1,3 (0,0-3,2)
Orientação	1,9 (0,0-4,9)	d198	Aprendizagem e aplicação de conhecimento	1,8 (0,0-3,7)
Transferência	1,3 (0,0-4,3)	d4200	Transferir-se enquanto sentado	1,3 (0,0-2,2)
Perceptual/ Sensorial	0,4 (0,0-3,5)	d4106	Mudar o centro de gravidade do corpo	0,3 (0,0-2,2)

No setor adulto foram registradas 1.083 evoluções de 608 indivíduos, com 75 códigos diferentes da CIF. A principal categoria funcional foi o 'deslocar/andar' (34,8%), seguido das 'trocas posturais' (15,1%), 'manutenção da postura' (12,1%), 'orientação' (10,4%), 'pós-operatório/PB/pré-

protético' (7,3%), 'equilíbrio' (6,8%), 'condicionamento/respiratório' (5,9%), 'perceptual/sensorial' (3,9%), 'transferência' (3,4%), 'uso da mão e braço' (3,4%) e 'coordenação/tremor' (0,1%).

O código mais utilizado foi o 'd198 aprendizagem e aplicação de conhecimento' (9,4%), seguido de 'd4154 permanecer em pé' (5,7%), 'd4104 levantar-se' (5,4%), 'd4609 deslocar-se por diferentes locais' (5,2%), 'd1558 aquisição de habilidades' (5,0%), 'b280 dor localizada' (4,6%), 'd4105 inclinar-se' (4,2%), 'b4450 resistência física geral' (3,4%), 'b755 funções relacionadas aos reflexos involuntários' (3,3%), 'd4200 transferir-se enquanto sentado' (3,3%), 'd4106 mudar o centro de gravidade do corpo' (1,8%), 'd1565 percepção visuoespacial' (1,6%), 'd4452 alcançar' (0,2%) e 'b7600 funções relacionadas ao controle de movimentos voluntários simples' (0,1%)(Tabela 4).

Por fim, o setor de fisioterapia aquática apresentou 657 pacientes com 850 relatórios de evoluções registrados e 48 códigos diferentes. No âmbito da categoria funcional destaca-se 'andar e deslocar-se' (25,5%) e 'trocas posturais' (21,3%), seguido por 'pós-operatório/PB/pré-protético' (17,2%), 'manutenção da postura' (12,9%), 'equilíbrio' (12,5%), 'transferência' (2,6%), 'perceptual/sensorial' (1,8%), 'condicionamento/respiratório' (1,8%), 'orientação' (1,8%), 'vínculo' (0,2%) e 'uso de mão e braço' (0,2%). Os principais códigos foram: 'd4104 levantar-se' (9,4%), 'b755 funções relacionadas com reflexos de movimentos

involuntários' (8,7%), 'd4154 permanecer em pé' (7,8%), 'b280 dor localizada' (7,6%), 'b770 funções relacionadas ao padrão da marcha' (6,0%), 'b1565 percepção visuoespacial' (3,3%), 'd4200 transferir-se enquanto sentado' (2,5%), 'd198 aprendizagem e aplicação de conhecimento' (1,8%), 'b4550 resistência física geral' (1,3%), 'b1266 confiança' (0,2%) e 'd4452 alcançar' (0,1%) (Tabela 5).

Tabela 4. Principais categorias e objetivos funcionais do setor de fisioterapia adulto no ano de 2021 selecionados na Unidade Ibirapuera – AACD, São Paulo, Brasil (%).

Categoria Funcional	% (IC 95%)	Código	Objetivos Funcionais	% (IC 95%)
Deslocar/ Andar	34,8 (31,8-38,0)	d1558	Aquisição de habilidades, outra especificada	5 (3,1-7,0)
		d4609	Deslocar-se por diferentes locais	5,2 (3,3-7,2)
Trocass Posturais	15,1 (12,0-18,2)	d4104	Levantar-se	5,4 (3,6-7,4)
		d4105	Inclinar-se	4,2 (2,4-6,2)
Manutenção da postura	12,1 (9,1-15,3)	d4154	Permanecer de pé	5,7 (3,9-7,7)
Orientação	10,4 (7,4-13,6)	d198	Aprendizagem e aplicação de conhecimento	9,4 (7,6-11,4)
Pós-operatório/ PB/ Pré Protético	7,3 (4,2-10,4)	b280	Dor localizada	4,6 (2,8-6,6)
Equilíbrio	6,8 (3,8-10,0)	b755	Funções relacionadas aos reflexos de movimentos involuntários	3,3 (1,5-5,3)
Condicionamento/ Respiratório	5,9 (2,8-9,1)	b4550	Resistência física geral	3,4 (1,6-5,4)
Perceptual/ Sensorial	3,9 (0,8-7,1)	d4106	Mudar o centro de gravidade do corpo	1,8 (0,0-3,7)
		d1565	Percepção Visuoespacial	1,6 (0,0-3,6)
Transferência	3,4 (0,3-6,5)	d4200	Transferir-se enquanto sentado	3,3 (1,5-5,3)
Uso da mão e Braço	3,4 (0,0-3,4)	d4452	Alcançar	0,2 (0,0-2,2)
Coordenação/ Tremor	0,1 (0,0-3,3)	b7600	Funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários simples	0,1 (0,0-2,1)

IC (Intervalo de confiança).

Tabela 5. Principais categorias e objetivos funcionais do setor de fisioterapia aquática no ano de 2021 selecionados na Unidade Ibirapuera – AACD, São Paulo, Brasil (%).

Categoria Funcional	% (IC 95%)	Código	Objetivos Funcionais	% (IC 95%)
Deslocar/ Andar	25,3 (22,0-28,8)	b770	Funções relacionadas ao padrão de marcha	6,0 (3,6-8,4)
Trocas Posturais	21,3 (18,0-24,8)	d4104	Levantar-se	9,4 (7,1-11,8)
		d4103	Inclinar-se	4,9 (2,6-7,3)
Pós-operatório/ PB/ Pré Protético	17,2 (13,9-20,7)	b280	Dor localizada	7,6 (5,3-10,0)
Manutenção da postura	12,9 (9,6-16,4)	d4154	Permanecer de pé	7,8 (5,4-10,1)
Equilíbrio	12,5 (9,2-16,0)	b755	Funções relacionadas aos reflexos de movimentos involuntários	8,7 (6,4-11,1)
Transferência	2,6 (0,0-6,1)	d4200	Transferir-se enquanto sentado	2,5 (0,1-4,8)
Perceptual/ Sensorial	1,8 (0,9-7,6)	b1565	Percepção Visuoespacial	3,3 (0,9-5,7)
Condicionamento/ Respiratório	1,8 (0,0-5,3)	b4550	Resistência física geral	1,3 (0,0-3,7)
Orientação	1,8 (0,0-5,3)	d198	Aprendizagem e aplicação de conhecimento	1,8 (0,0-4,1)
Vínculo	0,2 (0,0-3,7)	b1266	Confiança	0,2 (0,0-2,6)
Uso da mão e do braço	0,2 (0,0-3,7)	d4452	Alcançar	0,1 (0,0-2,5)

A taxa de evolução funcional foi acima de 80% nos três setores, sendo a fisioterapia adulto com 88,2%, aquática com 82,8% e infantil com 82,3% - e há diferença na evolução entre os setores ($p<0,001$). Os setores de fisioterapia infantil e aquática não apresentam diferenças entre si, porém ambas apresentaram diferença aproximada de seis pontos percentuais quando comparadas com o setor de fisioterapia adulto ($p<0,001$).

Os qualificadores iniciais mais utilizados nos três setores foram o 3 e o 2 – 68,5% no setor da fisioterapia infantil, 66,3% na fisioterapia adulto e 71,5% na fisioterapia aquática (somando os dois qualificadores). A escolha do 3 e 2 quantifica a deficiência, limitação de capacidade ou problema de desempenho como grave e moderada, respectivamente. Ao final do programa de reabilitação, foi verificada uma mudança, e os qualificadores mais utilizados nos três setores passaram a ser o 2 (moderada) e 1 (ligeira) demonstrando 63,7% na fisioterapia infantil, 64,3% na fisioterapia adulto e 67,5% na fisioterapia aquática (somando os qualificadores) (Tabla 6).

Nos setores de fisioterapia infantil e aquática, o principal motivo de não evolução foi a evolução parcial sem mudança no qualificador, com 34,9% e 33,76%, respectivamente. No setor de adulto, 23,80% não apresentaram mudança devido a intercorrências clínicas.

DISCUSSÃO

Diferente de outros estudos sobre a CIF e o perfil funcional, os dados analisados aqui são o retrato do uso da CIF nos setores de fisioterapia da AACD - Unidade Ibirapuera, São Paulo-SP.

A CIF tem se consolidado no cenário da reabilitação, ao integrar o paradigma saúde-doença à descrição dos estados de saúde, considerando a influência ambiental e pessoal⁹.

Tabela 6. Análise dos qualificadores iniciais e finais nos setores de fisioterapia infantil, adulto e aquática no ano de 2021 na Unidade Irapuera - AACD, São Paulo, Brasil.

Período	Setor	Qualificador (% IC 95%)				
		0	1	2	3	4
Início da reabilitação	Fisioterapia Infantil	0,1 (0,0-3,2)	7,8 (4,8-10,9)	27,6 (24,6-30,7)	40,9 (37,9-44,0)	23,6 (20,6-26,7)
	Fisioterapia Adulto	0,3 (0,0-3,5)	12,2 (9,1-15,5)	28,5 (25,4-31,8)	37,8 (34,6-41,0)	21,2 (18,1-24,5)
	Fisioterapia Adulto	0 0	17,6 (14,1-21,3)	34 (30,5-37,7)	37,5 (33,9-41,2)	10,9 (3,9-2)
Final da reabilitação	Fisioterapia Infantil	12,5 (9,6-15,6)	26,4 (23,5-29,5)	37,3 (34,4-40,6)	20,6 (17,7-23,7)	3,1 (0,2-6,2)
	Fisioterapia Adulto	22,6 (19,5-25,9)	36,4 (24,7-31,1)	27,9 (24,7-31,1)	10,9 (7,8-14,2)	2,1 (0,0-5,4)
	Fisioterapia Aquática	20,8 (16,4-25,4)	40,9 (36,6-45,6)	26,6 (22,3-31,3)	10,2 (5,8-14,9)	1,5 (0,0-6,2)

Qualificadores: Nenhuma dificuldade (qualificador 0); dificuldade ligeira (qualificador 1); dificuldade moderada (qualificador 2); dificuldade grave (qualificador 3); dificuldade completa (qualificador 4). IC (Intervalo de confiança).

Embora as publicações científicas sobre o tema tenham aumentado, o seu uso ainda é amplamente explorado qualitativa e conceitualmente, permanecendo restrito a estudos epidemiológicos e de caracterização do perfil funcional^{7,10,11}.

A CIF abrange uma extensa cobertura de fatores relacionados à saúde, mas o uso na prática clínica pode ser

limitado, devido ao grande número de descritores, que ultrapassam 1.500¹². Para tornar sua aplicação mais viável, foram desenvolvidos os *Cores Sets*, traduzido como um “conjunto principal” ou “itens essenciais”, consistem em um conjunto essencial de códigos para descrever condições de saúde e aspectos funcionais típicos de situações específicas^{6,13,14}.

Os *Cores Sets* podem ser aplicados em qualquer nível de atenção à saúde e refletem todos os aspectos da funcionalidade¹⁴. Os resultados deste estudo não são específicos para cada condição de saúde, tendo em vista, que os setores de fisioterapia da AACD atendem mais de uma condição de saúde e o modelo implementado utiliza uma lista de códigos para cada setor. Em contrapartida, os autores acham relevante discutir as categorias e os códigos predominantes da análise e compará-las com os *Cores Sets* propostos das principais clínicas atendidas na instituição (PC, LEA e amputados).

Entre os setores avaliados, o setor infantil se destaca pelos protocolos terapêuticos mais abrangentes, o que reflete a necessidade de um acompanhamento criterioso durante a infância. Esse cuidado é essencial, dado que o desenvolvimento neuropsicomotor é processo contínuo e gradativo de maturação cerebral. A presença de lesões no sistema nervoso central imaturo pode gerar impactos significativos. Assim, intervenções amplas e contínuas tornam-se fundamentais para estimular mecanismos de plasticidade neural^{11,15}.

Apesar do histórico extenso de reabilitação, as metas terapêuticas definidas não costumam refletir as necessidades reais¹⁶. As metas selecionadas pelos profissionais de saúde geralmente estão relacionadas ao componente de estrutura e função do corpo, enquanto as famílias tendem a priorizar metas relacionadas ao desempenho motor no ambiente e participação social¹⁷. Esse desencontro de objetivos pode dificultar o processo de reabilitação, pois as intervenções nem sempre atendem completamente às expectativas dos pacientes e das famílias.

A maior parte dos códigos utilizados para PC corresponde aos componentes de atividades e participação, relacionados às dificuldades de mobilidade, autocuidado, recreação e lazer¹². Os objetivos funcionais mais comuns referem-se ao uso das mãos e braços (mobilidade) e da vida em comunidade. O setor da fisioterapia infantil mostrou-se de acordo com o proposto pelos estudos, ressaltando a relevância destes temas para a funcionalidade e reabilitação das pessoas com PC^{12,18}.

A deficiência física, especialmente entre adultos e idosos, pode afetar a capacidade funcional, o desempenho de atividades e a participação social. Portanto, é esperado que os profissionais de saúde concentram os principais códigos nos domínios de atividade e participação, o que também corrobora com a literatura^{19,20}.

Ao analisar perfil da amostra do setor de fisioterapia da AACD, há um distanciamento do perfil apontado pelo último censo demográfico, que identifica maior incidência de

deficiência física na população com 65 anos ou mais. Este fato pode estar relacionado a abrangência populacional dos setores. No entanto, os dados são semelhantes ao abordar as principais causas da deficiência física. Tais resultados podem estar associados ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis e crescente número de indivíduos com sequelas motoras provocadas por lesões não fatais como acidentes e/ou violências^{7,20}.

O grupo de desordens neurológicas tais como acidente vascular cerebral (AVC), traumatismo crânio encefálico (TCE), anoxias cerebrais, tumores e infecções do sistema nervoso central e doença de Parkinson na instituição corresponde a clínica denominada de LEA. Dentre essas condições, o AVC é a condição de saúde mais recorrente e será utilizado como referência.

Há semelhanças entre os resultados e a literatura quando se trata da reabilitação no AVC. Questões relacionadas à mobilidade, autocuidado, comunicação, aprendizagem, funções mentais, sensoriais e dor são destaque na reabilitação, tendo em vista, a presença as inúmeras repercussões após a lesão^{21,22}.

A utilização da CIF voltada à pessoa que sofreu uma amputação também se alinha aos modelos presentes em demais estudos, com foco nas funções sensoriais e de movimento e dor. A limitação na mobilidade, comum nessa população, pode estar relacionada a alterações na amplitude de movimento e na força muscular, devido ao longo período de imobilização, sedentarismo, dificuldades de locomoção e

isolamento social. Concomitante a isto, as alterações nas funções cognitivas também contribuem para diminuição da mobilidade e participação social, e consequentemente piora na qualidade de vida, assim, a escolha de objetivos funcionais associados a estas dificuldades são essenciais para a reabilitação^{23,24}.

Estes dados podem estar também relacionados à extensão, nível de gravidade da lesão e cronicidade, além das dificuldades de acesso à obtenção e à continuidade dos cuidados. É necessário ter em mente que essa população enfrenta barreiras de acesso à saúde, devido a questões logísticas e de acessibilidade, comunicação, inclusão e participação e baixa adesão a processos de reabilitação^{11,25,26}.

Os entraves impactam diretamente na funcionalidade e incapacidade. Portanto, para analisar o perfil funcional de indivíduos que adentram a reabilitação, é necessário que o profissional tenha em mente os inúmeros percalços para o acesso a este serviço^{11,27}.

A melhora ou permanência dos qualificadores pode sugerir eficácia no processo de reabilitação^{3,11,28,29}. Neste estudo, os principais motivos associados à não evolução estão relacionados com a permanência do qualificador, sugerindo uma evolução parcial associada a gravidade e cronicidade dos quadros clínicos da amostra, que necessitam de um período superior a três meses para haver mudanças no qualificador selecionado. Além de motivos como a assiduidade na reabilitação afetada pelas intercorrências

clínicas e pessoais, e em menor proporção, a escolha equivocada do objetivo funcional pelo terapeuta, cuidador e indivíduo. Apesar da presença da evolução parcial entre os participantes, é importante ressaltar que a taxa de evolução média na instituição é de 80%.

Assumir o modelo conceitual da CIF em um centro de reabilitação possibilita que o indivíduo, cuidador e profissional tenha claro entre si os objetivos terapêuticos e planos de intervenção a serem trabalhados^{3,29,30}. Contudo, é necessário a realização de checklists, treinamentos e avaliações por parte das equipes e gestores, a fim de garantir o uso adequado do instrumento pelos profissionais e a difusão nos serviços de saúde.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a necessidade de ajustes frequentes no instrumento da CIF, o que requer treinamentos periódicos para a equipe de fisioterapeutas. Além disso, a ausência de códigos referentes aos fatores ambientais impediu uma análise sobre o impacto das barreiras e facilitadores durante o processo de reabilitação. Na AACD, o uso da CIF pela equipe multidisciplinar ainda está em processo de adaptação, códigos relacionados a fatores ambientais são mais utilizados nos setores de serviço social e terapia ocupacional, o recorte aqui utilizado foi apenas no setor de fisioterapia limitando a análise dos indivíduos conforme o modelo estrutural preconizado pela CIF. O uso desses códigos na fisioterapia ainda representa um desafio e está em processo de futuras adaptações.

CONCLUSÃO

A implementação da CIF em centros de reabilitação pode contribuir para o estabelecimento de metas bem como para o planejamento de uma reabilitação assertiva e integrada. No contexto da AACD, o instrumento constatou que o perfil funcional das pessoas com deficiências físicas ao iniciar o processo de reabilitação é quantificado como grave e moderado, com repercussões diretas nos domínios de atividade e participação. Ao final do programa, notou-se mudanças no qualificador selecionado, quantificando a deficiência, limitação de capacidade ou problema de desempenho como moderada ou ligeira.

Dessa forma, o uso dessa classificação universal e padronizada na prática diária dos profissionais em um centro de reabilitação em São Paulo-SP demonstrou-se válida para identificação no perfil funcional.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a equipe dos setores de fisioterapia e da pesquisa da Associação de Assistência à Criança com Deficiência (AACD).

REFERÊNCIAS

- 1.Escorpizo R, Bemis-Dougherty A. Introduction to Special Issue: A Review of the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapy over the Years. *Physiother Res Inter* 2015;20:200-9. <https://doi.org/10.1002/pri.1578>
- 2.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 Rehab Med* 2008;44:329-42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18762742/>

3. Gomes JL, Lopes UDBL, Freitas SF, Ferreira LTD, Oliveira CB. Aplicabilidade dos qualificadores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em pacientes neurológicos adultos em um centro de reabilitação em São Paulo, Brasil. *Acta Fisiátr* 2019;26:25-36. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v26i1a163787>
4. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol* 2008;11:324-35. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>
5. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8:187-93. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
6. Pernambuco AP, Lana RC, Polese JC. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioter Pesq* 2018;25:134-42. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16765225022018>
7. Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Bras Epidemiol* 2014;17:187-93. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020012ENG>
8. Narumia LC, Ozu MHU. Qualificadores nas categorias da CIF no setor de Fisioterapia Infantil da AACD-Ibirapuera. *Rev CIF Bras* 2019;11:12-22.
9. Madden RH, Dune T, Lukersmith S, Hartley S, Kuipers P, Gargett A, *et al.* The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in monitoring and evaluating Community-based Rehabilitation (CBR). *Disabil Rehabil* 2014;36:826-37. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.821182>
10. Ruaro JA, Ruaro MB, Guerra RO. International classification of functioning, disability and health core set for physical health of older adults. *J Geriatr Phys Ther* 2014;37:147-53. <https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e3182abe7e1>
11. Ferreira JB, Vianna NG, Lima MCMP. Clinical application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in children and adolescents from a public hearing rehabilitation service. *Rev CEFAC* 2022;24:e5621. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20222425621>
12. Bandeira C, Monteiro M, Jakabi CM, Carla G, Palma S, Torriani-Pasin C, *et al.* Aprendizagem motora em crianças com paralisia cerebral. *Rev Bras Cresc Desenvol Hum* 2010;24:11-23. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20222425621>
13. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia* 2019;15:69-7. <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>
14. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saude Pub* 2010;44:2-11. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000009>

15. Andrade KRC, Silva MT, Galvão TF, Pereira MG. Incapacidade funcional de adultos no Brasil: prevalência e fatores associados. *Rev Saude Pub* 2015;49:89. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005945>
16. Schiariti V, Longo E, Shoshmin A, Kozhushko L, Besstrashnova Y, Król M, *et al.* Implementation of the international classification of functioning, disability, and health (ICF) core sets for children and youth with cerebral palsy: Global initiatives promoting optimal functioning. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:1899. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091899>
17. Rentsch HP, Bucher P, Nyffeler ID, Wolf C, Hefti H, Fluri E, *et al.* 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;25:411-21. <https://doi.org/10.1080/0963828031000069717>
18. Riberto M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm* 2011;64:938-46. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500021>
19. Vargus-Adams JN, Majnemer A. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a framework for change: Revolutionizing rehabilitation. *J Child Neurol* 2014;29:1030-5. <https://doi.org/10.1177/0883073814533595>
20. Cieza A, Hilfiker R, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün BT, Stucki G. The International Classification of Functioning, Disability, and Health could be used to measure functioning. *J Clin Epidemiol* 2009;62:899-911. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.01.019>
21. Schiariti V, Selb M, Cieza A, O'Donnell M. International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for children and youth with cerebral palsy: A consensus meeting. *Dev Med Child Neurol* 2015;57:149-58. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12551>
22. Geyh S, Kurt T, Brockow T, Cieza A, Ewert T, Omar Z, *et al.* Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on stroke using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. *J Rehabil Med Suppl* 2004;44:56-62. <https://doi.org/10.1080/16501960410015399>
23. Park C, Pyun SB, Don YS, Lim SH, Jung HY. Development of a Short Version of ICF Core Set for Stroke Adapted for Rehabilitation in Korea: a Preliminary Study. *Brain Neurorehab* 2021;14:e8. <https://doi.org/10.12786/bn.2021.14.e8>
24. Oliveira LR, Macedo APFS, Buchalla CM, Scatena JHG. Evolution of disability in traffic accident victims in rehabilitation, characterized by the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Fisioter Mov* 2017;30:267-75. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.002.A007>
25. Gonçalves Junior E, Knabben RJ, Luz SCT. Portraying the amputation of lower limbs: an approach using ICF. *Fisioter Mov* 2017;30:97-106. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.001.A010>

26. Bright T, Wallace S, Kuper H. A systematic review of access to rehabilitation for people with disabilities in low-and middle-income countries. *Inter J Environ Res Public Health* 2018;15:2165. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102165>
27. McVeigh J, MacLachlan M, Gilmore B, McClean C, Eide AH, Mannan H, *et al.* Promoting good policy for leadership and governance of health-related rehabilitation: a realist synthesis. *Globaliz health* 2016;12:49. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0182-8>
28. Escorpizo R, Finger ME, Glässel A, Cieza A. An international expert survey on functioning in vocational rehabilitation using the international classification of functioning, disability and health. *J Occup Rehabil* 2011;21:147-55. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9276-y>
29. Ptyushkin P, Vidmar G, Burger H, Marincek C. Use of the international classification of functioning, disability, and health in traumatic brain injury rehabilitation: Linking issues and general perspectives. *Am J Phys Med Rehab* 2012;91:48-54. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31823d4e99>
30. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saude Pub* 2009;25:475-83. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300002>