

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**APLICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE  
FUNCIONALIDADE (CIF ) NA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO,  
INCAPACIDADE E PARTICIPAÇÃO DE INDIVÍDUOS  
ACOMETIDOS POR PATOLOGIAS NEUROLÓGICAS EM UM  
CENTRO DE REABILITAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE DA  
CIDADE DO RECIFE**

Recife, 2013

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**APLICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE  
FUNCIONALIDADE (CIF ) NA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO,  
INCAPACIDADE E PARTICIPAÇÃO DE INDIVÍDUOS  
ACOMETIDOS POR PATOLOGIAS NEUROLÓGICAS EM UM  
CENTRO DE REABILITAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE DA  
CIDADE DO RECIFE**

**APPLICATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF  
FUNCTIONING (ICF) IN THE EVALUATION OF FUNCTION, DISABILITY  
AND PARTICIPATION OF INDIVIDUALS AFFECTED BY NEUROLOGICAL  
DISORDERS IN A REHABILITATION CENTER HIGH COMPLEXITY OF  
RECIFE**

Trabalho a ser submetido à banca de avaliação como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde, realizado pela estudante Bertylly Eleoyse Moraes Pinho da Cruz sob a orientação da Profa. Marcela Raquel de Oliveira Lima e coorientação da terapeuta ocupacional Ada Salvetti Cavalcanti e da fisioterapeuta Marina Alves Caminha.

RECIFE-PE 2013

## **IDENTIFICAÇÃO**

Aplicação da classificação internacional de funcionalidade (cif ) na avaliação da função, incapacidade e participação de indivíduos acometidos por patologias neurológicas em um centro de reabilitação de alta complexidade da cidade do Recife

Application of the International Classification of Functioning (ICF) in the evaluation of function, disability and participation of individuals affected by neurological disorders in a rehabilitation center high complexity of Recife

Cruz BEMP<sup>1</sup>; Lima MRO<sup>2</sup>; Cavalcanti AS <sup>3</sup>; Caminha MA<sup>4</sup>;

1 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS);

2 Ms em Patologia pela UFPE, Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde e Coordenadora do Centro de Reabilitação do IMIP.

3 Co-orientadora da pesquisa, terapeuta ocupacional do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

4 Co-orientadora da pesquisa, fisioterapeuta do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Correspondência para:

### **Pesquisadora responsável:**

Marcela Raquel de Oliveira Lima

Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Departamento de Fisioterapia,

Avenida Jean Emile Favre, n° 422, Imbiribeira, Recife-PE, CEP: 51.200-060

Contato: (81) 33225664(comercial) / (81) 92958743 / marcelaraquel@ig.com.br

### **Estudante:**

Bertylly Eleoyse Moraes Pinho da Cruz

Contato: (81) 9305-2089 / [bertyllymoraes@hotmail.com](mailto:bertyllymoraes@hotmail.com)

## **Resumo**

**Objetivo:** Classificar o perfil funcional de indivíduos acometidos por patologias neurológicas através da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) considerando os componentes de função do corpo e atividades e participação. **Método:** Foram avaliados 33 pacientes de ambos os gêneros, que estavam na lista de espera para dar início ao tratamento no Centro de Reabilitação de Alta Complexidade da cidade do Recife. Foi utilizada a ficha de Avaliação Interdisciplinar deste serviço adaptada com os domínios da CIF, para mensurar os aspectos referentes as funções do corpo, atividades e participação. **Resultados:** Na pesquisa predominou o sexo masculino, com faixa etária variando entre 18 e 70 anos. Quanto ao diagnóstico, o mais frequente foi o de AVE e a seqüela motora mais encontrada foi a hemiplegia. Todos os pacientes apresentaram alterações em alguns dos domínios aplicados. **Conclusão:** A utilização da CIF como ferramenta clínica para investigar os aspectos funcionais e incapacitantes dos pacientes com lesões neurológicas mostrou-se importante, pois permitiu conhecer o perfil funcional dos mesmos de maneira mais ampla e objetiva, respeitando a individualidade e observando as potencialidades e necessidades específicas de cada um deles.

**Palavras Chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Avaliação da Deficiência e Saúde da Pessoa com Deficiência; Perfil de impacto da doença

## **Abstract**

**Objective:** Classify functional profile of individuals affected by neurological pathologies according to International Classification of Functioning (ICF), considering the body, activities and participation function components. **Method:** 33 patients of both

genres which were at waiting list to start treatment at High Complexity Rehabilitation Centre of Recife were evaluated. The Interdisciplinary Evaluation form of this service, adapted with ICF domains, was used to measure aspects related to body, activities and participation functions. Results: in this research male were predominant and age ranged between 18 e 70 years. Regarding diagnosis, the most frequent one was stroke and the main sequel found was hemiplegia. All patients presented alteration in some of the applied domains. Conclusion: Utilization of ICF as a clinical tool to investigate functional and debilitating aspects of patients with neurological injuries proved to be important, because it became possible to know patients functional profile at a more broadly and objective way, respecting individuality and observing particular potentials and needs of each patient.

Key-words: International Classification of Functioning; Disability Evaluation e Health of the Disabled, Sickness Impact Profile

## **Introdução**

A classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) para aplicação em vários aspectos da saúde<sup>1</sup>. Apresenta um modelo biopsicossocial do processo de funcionalidade e incapacidade humana que registra o estado funcional dos indivíduos abordando as perdas referentes a doença e em especial o perfil da funcionalidade sobre a capacidade de interação com si próprio, com o trabalho, com a família e com a vida social comunitária<sup>2,3,4,5,6,7</sup>.

A CIF foi elaborada com finalidade de registrar e organizar uma ampla gama de informações relacionadas a diferentes estados de saúde<sup>1,7,8</sup>. Visa uniformizar a

linguagem , o que facilita o levantamento, a consolidação, análise e interpretação de dados que auxiliam na entrada, acompanhamento e evolução dos pacientes; permite a formação de bases nacionais consistentes para a comparação de informações sobre populações ao longo do tempo entre regiões e países<sup>1,2,8</sup>.

A versão da CIF divide o sistema de classificação em termos de domínios de saúde e domínios relacionados a saúde, que podem ser registrados através da seleção dos códigos apropriados para categoria e do acréscimo de qualificadores. Estes são descritos com bases na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas partes: (1) Funcionalidade e Incapacidade, que envolve as funções e estruturas do corpo e Atividades e Participação e (2) Fatores Contextuais, relacionados a Fatores Ambientais e Pessoais <sup>1,3,9</sup>. Em cada uma dessas esferas busca-se descrever a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde e relacionar os domínios mais importantes para cada condição<sup>1,7</sup>. Dessa forma, a classificação não constitui apenas um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos, mas também permite avaliar a qualidade de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social<sup>2,5,6,7,10</sup>.

A adoção de um modelo de funcionalidade e incapacidade humana possibilita a diversas áreas de saúde, em seus procedimentos de avaliação e intervenção, considerar um perfil funcional específico para cada indivíduo<sup>6,9</sup>. Por ser uma ferramenta que tem visão ampla, é importante para auxiliar no registro de dados funcionais, definição dos alvos de intervenção e documentação de desfechos, possibilitando a adoção de um novo modelo para orientar a prática clínica, pois, oferece vários artifícios que melhoram a avaliação e auxiliam na elaboração de um programa de tratamento individualizado que pode ser a contribuição para responder a importantes questões de saúde pública<sup>2, 6,11</sup>.

Um dos campos de estudo mais explorado para a aplicação da CIF tem sido na área de medicina física e reabilitação, no que concerne ao acompanhamento do estado de saúde dos pacientes em tratamento<sup>2,12,13</sup>.

De acordo com o Programa “Brasil de Direitos Humanos”, Vall & Costa (2010) realizaram um estudo transversal na cidade de Curitiba, destinado a avaliar a funcionalidade de 109 pacientes com lesão medular empregando a CIF. As categorias mais comprometidas em relação às funções do corpo foram intestino e bexiga, sexualidade, energia, sono, emoção e peso. Na área de atividades e participação, as maiores dificuldades foram nas tarefas de tomar banho, toalete, vestuário, autocuidado e lazer<sup>14</sup>.

No ano de 2010 na Universidade de São Francisco em São Paulo, Oliveira & Silveira, realizaram um estudo, que consistiu em avaliar as funções e restrições de pacientes com diagnósticos clínicos de AVE (Acidente Vascular Encefálico) isquêmico ou hemorrágico utilizando como instrumento a CIF, buscando incentivar seu uso e mostrar que pode permitir uma visão ampla das condições de saúde<sup>6</sup>.

É de fundamental importância a utilização da CIF para os serviços de reabilitação, pois permite conhecer as características individuais dos pacientes, incluindo suas potencialidades, deficiências e limitações, auxiliando no planejamento do tratamento. Sendo assim, o objetivo desse estudo é classificar o estado de funcionalidade, incapacidade e participação dos pacientes adultos com patologias neurológicas quando iniciam atendimento no centro de reabilitação de alta complexidade da cidade do Recife, que irá implantar a aplicação da CIF.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo os padrões éticos da Resolução 196/96, com número de protocolo 3389. Todos os envolvidos receberam explicações prévias sobre a pesquisa, concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Durante o período de abril a junho de 2013, foram convocados 72 pacientes que tinham realizado avaliação interdisciplinar no serviço de neurologia adulto do Centro de Reabilitação e Medicina Física Prof. Ruy Neves Baptista do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, e estavam na lista de espera para iniciar terapia individual ou na primeira semana de atendimento, na qual os mesmos realizam avaliação específica do setor. Foram incluídos todos aqueles com idade acima de 18 anos, de ambos os gêneros, com patologias neurológicas com no máximo dois anos de lesão. Segundo critérios previamente estabelecidos, foram excluídos 39 indivíduos, 20 por que não compareceram no dia agendado, 12 por não ser possível contato telefônico, 05 que não se interessaram em participar da pesquisa, e 02 em que foram encontradas divergências de informações nos prontuários, totalizando uma amostra de 33 pacientes.

Foi utilizada a ficha de coleta de dados a partir de uma adaptação da ficha de avaliação interdisciplinar utilizada no serviço, onde os critérios a serem considerados foram codificados com os domínios da CIF, a qual possui dados como: funções do corpo, englobando funções mentais, sensoriais, neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento; e nas atividades e participação envolvendo mobilidade, cuidados pessoais e aplicação do conhecimento (figura 1). Não foram incluídos o domínio relacionado às estruturas do corpo, nem os fatores contextuais.

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista com os pacientes, e quando por algum motivo eles não conseguiam responder as perguntas ou realizar os

testes contidos na ficha, os familiares ou acompanhantes eram convidados a participar. Posteriormente, os qualificadores obtidos foram comparados com as informações contidas nos prontuários com intuito de verificar a concordância entre os dados.

Após a aplicação da ficha de coleta de dados contendo os códigos da CIF, as funções do corpo e de atividades e participação foram categorizadas, segundo os qualificadores, indicando o nível de comprometimento e o grau de dificuldade, em percentagem, que o indivíduo encontrou ao realizar a atividade proposta. O escore varia de 0 a 9 sendo: 0 nenhuma deficiência (0-4%); 1 deficiência leve (5-24%); 2 deficiência moderada (25-49%); 3 deficiência grave (50 – 95%); 4 deficiência completa (96-100%); 8 deficiência não especificada e 9 não aplicável.

Para a análise das variáveis foi empregada uma distribuição de frequências absolutas e relativas. As variáveis relativas à idade foram expressas em média e desvio padrão da média. Os dados foram agrupados e processados através do Microsoft Excel.

## **Resultados**

No que se refere às principais características da população estudada, a pesquisa identificou um predomínio de indivíduos do sexo masculino (75,8%) com a faixa etária variando entre 18 e 70 anos e média de 53,5 anos. Quanto ao diagnóstico clínico, o AVE foi apontado como o mais frequente (60,6%), seguido de Traumatismo Raquimedular (18,2%), sendo a hemiplegia a sequela motora mais encontrada (57,3%), conforme demonstrado na tabela 2.

No tocante às funções do corpo, o estudo identificou que entre os domínios avaliados, nas funções de orientação e atenção não houve nenhuma deficiência em 72,7% e 81,8% dos pacientes, respectivamente. Da mesma maneira, para o domínio do

tato mais da metade dos pacientes (51,5%) não possuíam alteração, embora 18,2% tenham relatado um grau de deficiência grave. Em relação a propriocepção, 45,5% dos pacientes demonstraram um grau de deficiência entre leve e moderada. Quanto à força muscular, o estudo aponta que 97% dos indivíduos tiveram alguma alteração, sendo a maioria com deficiência grave (39,4%) ou completa (18,2%). No domínio do tônus muscular, 39,4% não apresentaram nenhuma alteração, no entanto a maioria da população (60,6%) esteve distribuída entre os demais graus de deficiência. Na função de reflexo motor 39,3% apresentaram deficiência moderada, conforme indicado na tabela 3.

Em relação às atividades e participação, no domínio referente à mobilidade 42,4% e 51,6% dos pacientes não apresentaram nenhuma deficiência para realizar auto transferências em decúbito lateral e de supino para sentado, respectivamente; 24,2% dos indivíduos apresentaram deficiência leve para realizar a troca postural de sentado para de pé, enquanto 21,2% apresentaram deficiência completa. Quando avaliada a capacidade de permanecer sentado, 63,6% dos pacientes não apresentaram alterações, no entanto, 73,7% deles apresentaram alguma dificuldade em realizar auto transferências nessa posição, dos quais 30,3% apontaram uma deficiência completa. No que se refere ao ortostatismo, 33,3% dos indivíduos não apresentaram nenhuma dificuldade em permanecer de pé, no entanto 88,8% apresentam deficiência ao andar, e desses 33,3% apresentaram deficiência completa ao realizar esta atividade.

Quanto ao domínio referente aos cuidados pessoais, nos processos relacionados à excreção, ou seja, aos controles esfinterianos anal e urinário 48,5% dos indivíduos não apresentaram alterações. Nas atividades de vida diária os indivíduos apresentaram em sua maioria algum grau de deficiência, sendo 39,4% para a atividade de beber; 72,7% para comer; 84,8% para lavar-se e 81,8% para vestir-se. Na tarefa de cuidar das

partes do corpo, 27,3% não apresentaram nenhum comprometimento coincidindo com os 27,3% que apresentaram deficiência completa. No domínio da escrita, 78,7% apresentaram alguma dificuldade para realizar esta atividade, dos quais 42,4% possuíam deficiência completa, conforme tabelas 4 e 5.

## **Discussão**

As lesões neurológicas, em sua maioria, resultam em sequelas cognitivas, sensoriais e neuromusculares e causam modificações nas funções do corpo e nas atividades e participação realizadas pelos indivíduos. Sendo assim, torna-se necessária a utilização de ferramentas de avaliação que forneçam informações acerca do impacto que a doença pode causar nos mesmos.

Atualmente, a maioria dos serviços de saúde utilizam a Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10) como instrumento para identificação do diagnóstico das doenças, perturbações ou outras condições de saúde, cujos dados são registrados durante a anamnese. No entanto, não deveriam ser utilizados de forma exclusiva para direcionar o tratamento, considerando-se a variedade de alterações das funções corporais, atividade e participação que uma condição de saúde pode acarretar<sup>11</sup>. Diante disso, a OMS tem apontado para a necessidade de que as informações de base etiológicas proporcionadas pela CID sejam complementadas pelos domínios da CIF sobre funcionalidade e incapacidade<sup>1,2,5,7,9,15</sup>.

A CIF foi elaborada com a finalidade de favorecer a individualidade de cada paciente, uma vez que estabelece um perfil funcional específico para cada um deles a partir da codificação dos domínios avaliados. Oliveira & Silveira (2011) em estudo realizado com cinco pacientes com quadros de hemiparesia, utilizando-se fichas de

avaliação neurológica para mensurar os aspectos referentes aos componentes da CIF, observaram que o paciente após AVE sofre alterações estruturais que restringem suas atividades diárias e sua participação social em diferentes aspectos. Além disso, demonstraram que duas pessoas com a mesma patologia podem ter diferentes níveis de funcionalidade, corroborando com os achados de outros autores<sup>2,5,9</sup>.

No presente estudo foi possível caracterizar o perfil de cada paciente mediante a utilização de alguns domínios da CIF relacionados à função do corpo e atividades e participação, através dos quais observou-se que todos os sujeitos demonstraram alterações. Foi identificado que apesar de possuírem diagnósticos e condições de saúde semelhantes, apresentaram diferentes impactos nos diversos níveis de funcionalidade.

Na população estudada um dos resultados encontrados aponta para duas patologias amplamente discutidas na área de saúde pública e de fundamental importância para os serviços de reabilitação física, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Traumatismo Raquimedular (TRM), os quais aparecem como os principais diagnósticos clínicos entre os pacientes estudados (78,8%), sendo eles, predominantemente, do sexo masculino (75,8%), o que condiz com os achados da literatura que referem ser este o sexo mais acometido por estas patologias<sup>15,17,19,22,23</sup>. Atualmente, o AVE e o TRM são consideradas duas das principais doenças incapacitantes do mundo e trazem impactos importantes nas funções humanas, sejam cognitivas, sensoriais ou motoras<sup>6,15,16,17,18,19,20,21</sup>.

No tocante às repercussões cognitivas, a literatura menciona que os indivíduos acometidos por lesões neurológicas comumente apresentam alterações importantes como déficits de atenção, orientação, raciocínio lógico, planejamento, resolução de problemas, memória, entre outros<sup>24</sup>.

Este estudo se limitou a avaliar apenas dois domínios cognitivos que estão relacionados às funções do corpo, que foram a atenção e orientação. No que se refere à atenção, os resultados mostraram que a grande maioria (81,8%) não apresentou nenhum grau de deficiência. Passin & Teixeira (2012), numa pesquisa realizada com indivíduos acometidos por lesão neurológica encontraram que 50% deles também não apresentaram nenhum déficit de atenção.

De maneira semelhante, no domínio de orientação 72,7% não demonstraram nenhuma alteração. Não foi encontrado nenhuma referência bibliográfica que avaliasse essa função, dificultando a comparação do achado acima referido. O fato de a maioria dos pacientes não terem apresentado alterações nas funções de orientação e atenção pode não condizer com a literatura, sendo explicado pelo fato de que um dos critérios de inclusão do serviço onde foi realizada a pesquisa é que o indivíduo possua um nível de cognição que o possibilite realizar a reabilitação motora.

A percepção, a qual envolve todo o sistema sensorial, nos permite reconhecer informações e interagirmos com o mundo ao nosso redor de maneira adequada. Alguns estudos relatam que os indivíduos acometidos de lesão neurológica geralmente apresentam alterações neste sistema.<sup>23,26</sup> Neste estudo, no domínio que se refere à função sensorial de propriocepção, ou seja, a sensibilidade profunda, a maioria dos sujeitos (66,7%) demonstraram algum nível de comprometimento, que variou de leve à grave, coincidindo com o estudo de Passin & Teixeira. No que se refere à função de sensibilidade superficial tátil, mais da metade (51,5%) não demonstrou dificuldade em sentir os estímulos aplicados em algumas partes do corpo.

No que se refere à seqüela motora, identificou-se que a hemiplegia foi a mais frequente coincidindo com os achados da literatura, a qual afirma ser esta a principal seqüela do AVE<sup>6,17,19</sup>.

As alterações motoras decorrentes de lesões neurológicas como fraqueza muscular e alteração de tônus podem interferir na realização de atividades funcionais, tornando o sujeito fisicamente dependente. Neste estudo ficou evidente que nos domínios relacionados a força e tônus muscular ambos demonstraram comprometimento grave em 39,4% dos indivíduos estudados. Esse achado diverge dos resultados relatados no estudo de Passin e Teixeira, segundo o qual a maioria apresenta um nível moderado de deficiência na força muscular e de leve à moderado no tônus muscular.

Segundo Lucena et al (2011), os pacientes neurológicos sofrem alterações significativas nos membros inferiores que comprometem a funcionalidade da marcha. No presente estudo, no que se refere ao domínio de mobilidade, praticamente todos os indivíduos (87,8%) apresentaram algum grau de dificuldade na deambulação, dos quais 37,9% demonstraram deficiência completa para esta atividade. Este resultado se assemelha ao encontrado por Lopes et al (2012), que em estudo com população após AVE refere que 83,3% apresentam deficiência moderada para esta função.

A diminuição ou perda da capacidade de se movimentar voluntariamente influencia na realização de algumas atividades de cuidados pessoais como higiene, banho, alimentação, cuidado com as partes do corpo, escrita, funções de excreção e vestir-se. Neste estudo, a escrita destacou-se como a atividade mais comprometida e as funções de excreção com menos alterações. Nas demais atividades, identificou-se que frequentemente os indivíduos apresentaram algum grau de deficiência.

No que se refere à escrita ficou evidente que a maioria dos pacientes apresentaram algum nível de deficiência, sendo que 42,4% possuíam deficiência completa. Tal achado pode ser explicado pelo fato de ser esta uma das ações motoras que exigem maior grau de integração e funcionamento adequado do sistema nervoso central, sendo considerada uma função motora fina<sup>26</sup>.

Os mecanismos de defecação e micção podem estar comprometidos em indivíduos que sofrem uma lesão neurológica, principalmente os lesados medulares<sup>27,28</sup>. Essa afirmação pode ser explicada pelo fato desses sistemas serem controlados pelo sistema nervoso central, e as injúrias que ocorrem no cérebro ou em suas conexões podem alterar o funcionamento dos esfíncteres anal e urinário. Porém, neste estudo 48,5% dos indivíduos não apresentaram nenhuma deficiência neste domínio, o que pode ser explicado pelo fato de a maioria da amostra estar composta por indivíduos acometidos por AVE.

### **Conclusão**

A utilização da CIF como ferramenta clínica para investigar os aspectos funcionais e incapacitantes dos pacientes com lesões neurológicas mostrou-se importante, pois permitiu conhecer o perfil funcional dos pacientes de maneira mais ampla e objetiva, respeitando a individualidade e observando as potencialidades e necessidades específicas de cada um deles. Dessa maneira, esse estudo pode contribuir para o processo de implantação desta ferramenta em um centro de reabilitação de alta complexidade e ajudar na elaboração do plano de tratamento adequado que atenda às demandas específicas de cada paciente. Além disso, poderá ser útil na comparação do perfil da população atendida a partir da utilização de uma linguagem universal.

## **Referências Bibliográficas:**

1. Organização Mundial de Saúde. Organização, Panamericana de Saúde, Classificação Internacional de Funcionalidade. Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp;2003.
2. FariasN, Buchalla CM,**A classificação internacional de funcionalidade e incapacidade em saúde: conceitos, usos e perspectivas.** Rev. BrasEpidemiol 2005; 8(2): 187-93.
3. Faria CDCM, Silva SM, Corrêa JCF, Laurentino GEC, Teixeira-SamelaLF. **Identificação das das categorias de participação da CIF em instrumentos da qualidade de vida utilizados em indivíduos acometidos pelo acidente vascular encefálico.** Rev. Panam Salud Pública. 2012;31(4);338-44.
4. Sampaio RF, Luz MT,**Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(3):475-483, mar, 2009.
5. Lima A, Viegas CS. Paula MEM, Silva FCM, Sampaio RF. **Uma abordagem qualitativa das interações entre domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** ACTA FISIATR. 2010; 17(3): 94 – 102.
6. Oliveira AJC, Silveira KRM. **Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC.** Revista Neurociência. 2011;19(4):653-662.
7. Battistela RL, Brio CMM. – **Classificação Internacional de Funcionalidade.** Acta Fisiátrica 9 (20); 98-101, 2002.
8. Campos TF, Rodrigues CA, Farias IMA. Ribeiro TS, Melo LP. **Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente**

- vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF).** Rev Bras Fisioter. 2012;16(1):23-9.
9. Sampaio RF, Manici MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. **Aplicação da Classificação internacional de Funcionalidade (CIF) na prática clínica do Fisioterapeuta.** Revista Brasileira de Fisioterapia. Vol9, No 2 ( 2005), 129-136.
  10. Laurenti R. **A Mensuração da qualidade de vida.** Rev Assoc Med Bras 2003; 49 (4): 349-66.
  11. Sabino GS, Coelho CM, Sampaio RF. **The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the physical therapy assessment of individuals with musculoskeletal disorders of lower limbs and lumbar region.** Acta Fisiatras. 2008;15(1):24-30.
  12. Stamm TA, Cieza A, Machold KP, Smolen IS, Stucki G. **Content comparison of occupation based instruments in adult rheumatology and musculoskeletal rehabilitation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health.** Arthritis Rheum; 51(6): 917-24.
  13. Renisch, H.P., Bucher, P., Omem, N. I., Woll C, Helti, H. **The implementation of the international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the kantonsspital of Lucern, Switzerland.** Disabil Rehabil 2003; 25(8):411-21.
  14. Vall J, Costa CMC, Pereira FF, Friesen TT. **Application of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in individuals with spinal cord injury.**

15. Castaneda L, Silveira H, Andrade FG, Martins JV. **Abordagem da funcionalidade de pacientes hemiparéticos crônicos através da Classificação Internacional de Funcionalidade.** Fisioterapia Brasil – Volume 12 – Número 5 – Set/Out de 2011.
16. Lucena EMF, Morais JD, Batista HRL, Mendes LM, Silva KSQR, Neves RF, Brito GEG. **A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com acessibilidade à reabilitação.** Acta Fisiatr. 2011;18(3):112-118.
17. Lopes GL, Castaneda L, Sobral LL. **A abordagem das atividades funcionais e da influencia dos fatores ambientais em pacientes hemiparéticos pós-AVE antes e após o tratamento fisioterapêutico.** Acta Fisiatra. 2012;19(4):237-42.
18. Spenc JD, Barnett HJM. **Acidente Vascular Cerebral Prevenção Tratamento e Reabilitação.** In: Buchan AM, Balami JS, Arba F, editores. **Epidemiologia da prevenção do acidente vascular cerebral e urgência do tratamento.** Elsevier 2013. P. 02 - 13
19. Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. **Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim.** Rev Neurocienc 2010;18(2):139-144.
20. Faria CDCM, Saliba VA, Salmela LFT, Nadeau S. **Comparação dos entre indivíduos hemiparéticos com e sem histórico de quedas com base nos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Fisioter Pesq. 2010;17(3) 242-7.
21. Vall J, Braga VAB, Almeida PC. **Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática.** Arq Neuropsiquiatr 2006;64(2-B):451-455

22. Polese JC, Tonial A, Jung FK, Mazuco R, Oliveira SG, Schuster RC. **Avaliação da funcionalidade em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico.** Rev Neurocienc.2008;16/3:175-178.9
23. Conti J. **A interferência dos aspectos perceptos-cognitivos nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária, em clientes com sequelas por lesão neurológica.** Acta Fisiatra 2006;13(2):83-86.
24. Pasin JSM, Teixeira WS. **A funcionalidade de sujeitos com disfunções neurológicas sobre a ótica da CIF.** 3º fórum de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano UNIFRA, Santa Maria, RS, Brasil.
25. Lima SMPF, Takaroti M, Barreira KS, Hirata S. **Avaliação da sensibilidade tátil superficial em adultos com lesão do sistema central: implicações na assistência em terapia ocupacional.** O mundo da saúde São Paulo:2006;jan/mar 30(1): 73-80.
26. Okuda PMM, Pinheiro FH, Germano GD, Padula NAMR, Lourencetti MD, Santos LCA, Capellini AS. **Função motora fina sensorial e perceptiva de escolares com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.** J Soc Bras Fonoaudiol. 2011;23(4):351-7.
27. Dourado CC, Engler TMNM, Oliveira SB. **Disfunção intestinal em pacientes com lesão cerebral decorrente de Acidente Vascular Cerebral e Traumatismo Cranioencefálico: estudo retrospectivo de uma série de casos.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 905-11.
28. Carvalho EES, Guerra RL, Martins AL, Silva AM. **A influência das alterações de comportamento após lesões neurológicas sobre a reabilitação fisioterapêutica.** Saúde em Foco, Edição nº: 06, Mês / Ano: 05/2013, Páginas: 60-70

ANEXOS:

Figura1: Componentes da CIF utilizados no estudo

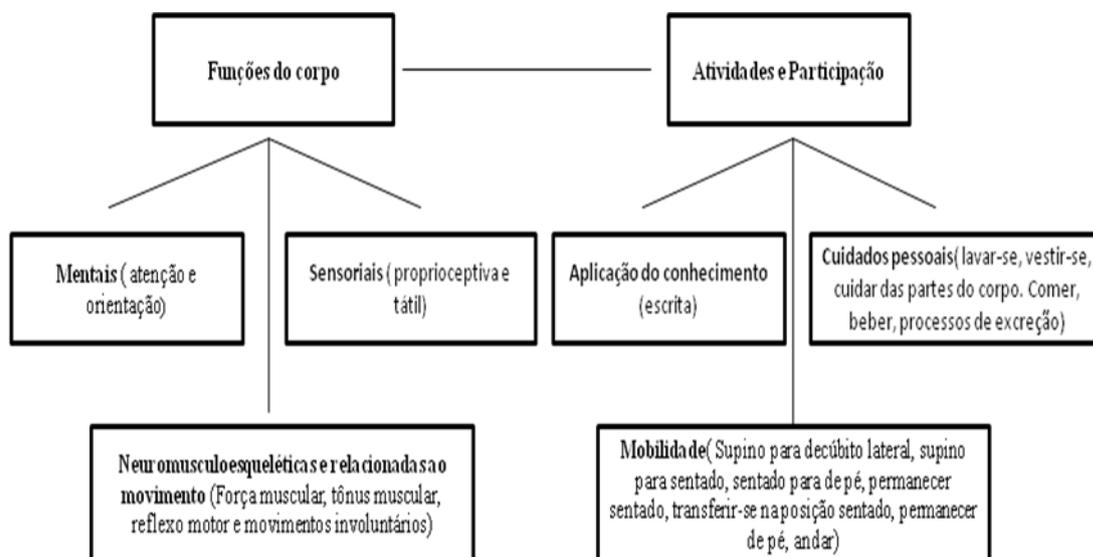


Tabela 2: Caracterização dos participantes do estudo

Característica	Resultado	N=33	(%)
<b>Idade</b>	53,5		
<b>Gênero</b>	Masculino	25	75,80%
	Feminino	8	24,20%
<b>Diagnóstico</b>	AVE	20	60,60%
	TRM	6	18,20%
	TCE	1	3,00%
	Outros	6	18,20%
<b>Sequela motora</b>	Fraqueza de pequenos músculos	1	3,00%
	Monoplegia ou Monoparesia	1	3,00%
	Hemiparesia ou hemiplegia	19	57,30%
	Paraparesia ou paraplegia	5	15,20%
	Tetraparesia ou tetraplegia	4	12,10%
	Ausência de fraqueza muscular	3	9,10%

Legenda: N (número de indivíduos), AVE (Acidente Vascular Encefálico), TRM (Traumatismo raquimedular), TCE (Traumatismo Crânio Encefálico)

Tabela 3: Domínios e qualificadores referentes à função do corpo

<b>Domínios/Qualificador</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Orientação</b>	72,70%	15,20%	6,10%	3,00%	3,00%
<b>Atenção</b>	81,80%	12,1	0%	3,00%	3,00%
<b>Propiocepção</b>	18,20%	27,30%	18,20%	15,10%	6,10%
<b>Tato</b>	51,50%	15,10%	9,10%	18,20%	6,10%
<b>Força Muscular</b>	3,00%	21,20%	18,20%	39,40%	18,20%
<b>Tônus</b>	39,40%	21,20%	18,20%	3,00%	18,20%
<b>Reflexo motor</b>	27,30%	0%	39,30%	0%	33,30%

Tabela 4: Domínios e qualificadores referentes a atividades e participação

<b>Domínios/Qualificador</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Supino p/ Decúbito Lateral</b>	42,40%	24,20%	24,20%	0%	9,10%
<b>Supino p/ Sentado</b>	51,60%	21,20%	12,10%	3,00%	12,10%
<b>Sentado p/ de pé</b>	18,20%	24,20%	18,20%	18,20%	21,20%
<b>Permanecer sentado</b>	63,60%	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%
<b>Auto-Transferência sentado</b>	27,30%	21,20%	12,10%	9,10%	30,30%
<b>Permanecer de pé</b>	33,30%	9,10%	15,20%	18,20%	24,20%
<b>Andar</b>	12,20%	9,10%	21,20%	24,20%	33,30%

Tabela 5: Domínios e qualificadores referentes a atividades e participação

<b>Domínios/Qualificador</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Lavar-se</b>	15,20%	24,20%	24,20%	9,10%	27,30%
<b>Vestir-se</b>	18,20%	15,10%	27,30%	21,20%	18,20%
<b>Cuidar das partes do corpo</b>	27,30%	15,10%	24,20%	6,10%	27,30%
<b>Comer</b>	27,30%	33,30%	12,10%	15,20%	12,10%
<b>Beber</b>	39,40%	27,30%	9,10%	15,10%	9,10%
<b>Processos de excreção</b>	48,50%	6,10%	18,20%	15,10%	12,10%
<b>Escrita</b>	21,30%	12,10%	12,10%	12,10%	42,40%

