

Este é um arquivo PDF de um artigo que sofreu alterações após sua aceitação, tais como adição de metadados e formatação para melhor legibilidade, mas que ainda não é a versão final. Essa versão ainda irá passar por edições adicionais, composições (paginação, formatação de elementos de texto e gráficos) e revisão antes de ser publicada em sua versão definitiva, entretanto providenciamos esse arquivo para uma prévia do que será o artigo.

**Como citar:** Gomes JL, Lopes UBL, 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 Fisiatr.* 2019;26(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v26i1a163787>

## Article in Press

1 GNP 1191 | Artigo Original


2

3 **Aplicabilidade dos qualificadores da Classificação Internacional de Funcionalidade,**  
4 **Incapacidade e Saúde (CIF) em pacientes neurológicos adultos em um centro de**  
5 **reabilitação em São Paulo, Brasil**

6

7 ***Feasibility of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)***  
8 ***qualifiers in adult neurological patients on a rehabilitation center in Sao Paulo, Brazil***

9

10 Juliana Leme Gomes<sup>1</sup>,  Uleida de Brito Lima Lopes<sup>1</sup>, Simone Ferreira de Freitas<sup>1</sup>, Luana  
11 Talita Diniz Ferreira<sup>1</sup>, Clarissa Barros de Oliveira<sup>1</sup>

12

13 1 Associação de Assistência à Criança com Deficiência – AACD

14

### 15 **Correspondência**

16 Juliana Leme Gomes

17 E-mail: [jugomes@aacd.org.br](mailto:jugomes@aacd.org.br)

18

19 Submetido: 13 Setembro 2019.

20 Aceito: 14 Novembro 2019.

21

### 22 **RESUMO**

23 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) vem sendo  
24 utilizada na Associação de Assistência à Criança com Deficiência (AACD) desde 2011 no setor  
25 de Fisioterapia Adulto. Esta Classificação, desde então, serve como base para nortear os  
26 objetivos funcionais traçados, para melhorar a comunicação entre os setores multiprofissionais  
27 e para indicar qualidade assistencial para fins de auditoria de serviço institucional. A experiência  
28 foi válida para a instituição e bem aceita pelos seus colaboradores, e seu uso pôde ser  
29 expandido. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que o uso dos códigos da CIF não  
30 está completo sem a utilização dos seus qualificadores. Dessa forma o presente trabalho tem  
31 como objetivo descrever a implantação da CIF e seus qualificadores no setor de fisioterapia de  
32 adultos da instituição. O instrumento adaptado para uso neste serviço permite avaliar o paciente  
33 na sua admissão e acompanhar sua evolução ao longo do seu processo de reabilitação, de  
34 forma a ser utilizado como indicador de evolução setorial. Será relatado nesse trabalho o  
35 processo que foi realizado: a implantação da classificação, o estudo de aprofundamento na  
36 qualificação preconizada; desenvolvimento de um instrumento adequado para a prática clínica  
37 do serviço; treinamento dos profissionais e projeto piloto; além de reportar dados iniciais na  
38 forma de indicadores de evolução.

39

40 **Palavra-chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde,  
41 Pessoas com Deficiência, Manifestações Neurológicas, Centros de Reabilitação, Fisioterapia

42

### 43 **ABSTRACT**

44 The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) has been used in the  
45 Association of Assistance for Disabled Children (AACD) since 2011 in the Adult Physiotherapy

## Article in Press

46 division. Since then, the Classification serves as foundation for guiding the functional objectives  
47 set, improving communication between multiprofessional divisions and indicating quality of care  
48 for institutional audit service purposes. The experience was valid for the institution and well  
49 accepted by its employees, and the use was expanded. The World Health Organization (WHO)  
50 suggests that the ICF codes' use is not complete without their qualifiers. Therefore, this paper  
51 aims to describe the implementation of ICF and its qualifiers in the adult physiotherapy division  
52 of the institution. The instrument, which was adapted for use in our service, allows the patients  
53 to be evaluated on their admission and to monitor the evolution throughout their rehabilitation  
54 process, in order to be used as an evolution indicator. This study will report the process we  
55 performed: the implementation of the Classification; the study to deepen knowledge on the  
56 recommended qualification; development of an appropriate instrument to be used for clinical  
57 practice of this service; staff training and pilot application; and, in addition, to report initial data  
58 as progress indicators.

59  
60 **Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health, Disabled Persons,  
61 Neurologic Manifestations, Rehabilitation Centers, Physical Therapy Specialty

### 62 63 **INTRODUÇÃO**

64  
65 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pertence à  
66 Família das Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ela se  
67 propõe a descrever os componentes de saúde do indivíduo, levando em conta o contexto  
68 biopsicossocial em que ele está inserido.<sup>1</sup> No contexto reabilitacional, o uso da CIF permite a  
69 visualização da funcionalidade do indivíduo, as dificuldades e potencialidades inerentes a sua  
70 condição de saúde, ambiente e dinâmica social que pontuam necessidades de intervenção e  
71 demandas a serem avaliadas.<sup>2</sup>

72  
73 O uso da classificação nos serviços de fisioterapia é preconizado pela Confederação Mundial  
74 de Fisioterapia<sup>3</sup> e pela Associação Americana de Fisioterapia<sup>4</sup> e é constantemente incentivada,  
75 sendo crescente o número de trabalhos propondo maneiras de utilizá-la no Brasil<sup>5</sup> e no mundo.<sup>6</sup>

76  
77 Segundo a CIF, a funcionalidade de um indivíduo pode ser registrada através de códigos  
78 alfanuméricos. O uso de qualificadores é recomendado para especificar a extensão da  
79 funcionalidade ou incapacidade na categoria selecionada.<sup>1</sup>

80  
81 O uso dos qualificadores é escasso na literatura. Ao ser comparado com outros instrumentos  
82 de avaliação validados, mostra-se eficaz e demonstra grande potencial para ser usado como  
83 instrumento para medir e coletar dados funcionais do paciente.<sup>7</sup> Entretanto, estudos apontam  
84 que pode ter seu uso melhorado para a prática clínica.<sup>7-9</sup>

85  
86 A Associação de Assistência à Criança com Deficiência (AACD), conhecendo a tendência  
87 mundial do uso desta Classificação e percebendo a riqueza de descrição e sua importância  
88 optou por implantar a CIF no processo de reabilitação do paciente na instituição.

### 89 90 **OBJETIVO**

91  
92 O presente trabalho tem como objetivo descrever o desenvolvimento de um instrumento de  
93 avaliação e indicador de evolução de pacientes atendidos no setor de fisioterapia adulto da  
94 AACD, além de descrever os resultados iniciais obtidos.

95

## Article in Press

### 96 MÉTODO

97

### 98 Processo de Criação do Instrumento

99

100 A AACD desde 2010 mostrava interesse pelo uso da CIF na prática clínica, visto a visibilidade  
101 e importância que a classificação vinha ganhando na área da saúde.<sup>3,4</sup> No ano de 2011 foi  
102 implantado o uso dos códigos da CIF na rotina clínica do setor de Fisioterapia Adulto. Para  
103 tanto foram compilados os objetivos funcionais mais utilizados dentro do setor pelos terapeutas  
104 e criada uma lista relacionando-os aos códigos da CIF equivalentes (Quadro 1). Esse processo  
105 permitiu os terapeutas que se familiarizassem com a Classificação e incorporassem seus  
106 códigos a sua prática clínica.

107

108 **Quadro 1.** Lista de objetivos da fisioterapia utilizada em 2011 no setor de Fisioterapia Adulto

109

LISTA DE OBJETIVOS DA FISIOTERAPIA – INDICADOR DE EVOLUÇÃO BASEADO NA CIF
<b>1) d450 – Andar/ d460 – Deslocar-se</b> d4502 – Andar sobre superfícies diferentes d4503 – Andar desviando-se de obstáculos d4600 – Deslocar-se dentro de casa d4602 – Deslocar-se fora de casa e de outros prédios d465 – Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento
<b>2) d420 – Transferências</b> d4200 – Transferir-se enquanto sentado d4208 – Transferir a própria posição, outra especificada
<b>3) d410 – Trocas posturais</b> d4100 – Deitar e/ou Rolar d4103 – Sentar-se d4104 – Levantar-se d4106 – Mudar o centro de gravidade do corpo
<b>4) d415 – Manutenção da postura</b> d4153 – Permanecer sentado d4154 – Permanecer em pé
<b>5) b755 – Equilíbrio</b> b2351 – Função vestibular de equilíbrio d4106 – Mudar o centro de gravidade do corpo
<b>6) d179 – Orientações</b> d410 – Mudar a posição básica do corpo d415 – Manter a posição do corpo d420 – Transferir a própria posição b710 – Funções relacionadas à mobilidade das articulações b730 – Funções relacionadas à força muscular b798 – Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento, outras especificadas (neuroma, sensação ou dor fantasma, conificação de coto)
<b>7) PPP – Preparação Pré-Protética</b> b710 – Funções relacionadas à mobilidade das articulações

## Article in Press

b730 – Funções relacionadas à força muscular

b740 – Funções relacionadas à resistência muscular

b798 – Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento, outras especificadas (neuroma, sensação ou dor fantasma, conifcação de coto)

### 8) CF/FR – Condicionamento/ Funções respiratórias

b420 – Funções da pressão sanguínea

b440 – Funções respiratórias (frequência respiratória, ritmo respiratório, funções respiratórias especificadas)

b455 – Funções de tolerância a exercícios (resistência física geral, capacidade aeróbia, fadiga, tolerância a exercícios)

### 9) PO – Pós-operatório

b280 – Sensação de Dor

b4352 – Funções dos vasos linfáticos (edema)

b820 – Funções reparadoras da pele (cicatrização, aderências)

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

### 10) AVDs – Atividades de vida diária

d530 – Cuidados relacionados ao processo de excreção (usar o banheiro)

d540 – Vestir-se

d550 – Comer

d570 – Cuidar da própria saúde

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

Os indicadores de qualidade do setor, nesta fase, baseavam-se na frequência com que cada objetivo funcional era trabalhado. A evolução do paciente era avaliada de forma categorizada e subjetiva: objetivo atingido de forma total, parcial ou não atingido, sem uso de qualificadores, ou seja, cada terapeuta indicava a evolução do paciente baseando-se em sua experiência clínica e observação no momento da reavaliação.

O modelo inicial foi utilizado de 2011 a 2016. Após este período, a ferramenta foi novamente adaptada a realidade do serviço. Aos códigos já utilizados foram acrescentados os qualificadores propostos pela CIF, visando acompanhar a evolução dos nossos pacientes de forma objetiva ao longo do processo de reabilitação.

### **A criação de um instrumento baseado nos qualificadores da CIF**

O modelo inicial foi utilizado de 2011 a 2016. Nesse ano um grupo de fisioterapeutas desenvolveu um instrumento acrescentado aos códigos já utilizados os qualificadores propostos pela CIF, propondo seu uso na prática clínica de forma simples e prática. Os principais objetivos nesta etapa foram:

1. Quantificar a evolução do paciente dentro dos objetivos funcionais traçados de forma individualizada;
2. Tornar mais quantitativa a evolução funcional do paciente;
3. Gerar indicadores mais precisos;

## Article in Press

136 4. Trazer para a equipe uma linguagem única, ou seja, trabalhar de forma padronizada dentro  
137 do mesmo serviço.

138

139 Os qualificadores da CIF são a continuidade dos códigos alfanuméricos que especificam a  
140 extensão ou magnitude do comprometimento no componente de saúde.<sup>1</sup> Quando relacionado  
141 a um código de função do corpo indica a magnitude de uma deficiência e quando relacionado  
142 a um código de atividades ou participação indica a sua capacidade e/ ou desempenho naquela  
143 tarefa em questão. A CIF sugere que todos os códigos devem conter pelo menos um  
144 qualificador para fornecer a real imagem da saúde do indivíduo. Eles são quantificados através  
145 de uma escala genérica apresentada no Quadro 2 e representados pelos números que vem  
146 após o ponto.

147

148 **Quadro 2.** Escala de qualificadores genéricos da CIF

149

<b>xxx.0</b> NÃO há problema	(nenhum, ausente, insignificante)	0-4%
<b>xxx.1</b> Problema LIGEIRO	(leve, pequeno, ...)	5-24%
<b>xxx.2</b> Problema MODERADO	(médio, regular, ...)	25-49%
<b>xxx.3</b> Problema GRAVE	(grande, extremo, ...)	50-95%
<b>xxx.4</b> Problema COMPLETO	(total, ...)	96-100%
<b>xxx.8</b> não especificado		
<b>xxx.9</b> não aplicável		

150 *"xxx" representa o código em questão e os qualificadores são os números situados após o ponto. Caso o código*  
151 *tenha mais de um qualificador a sua posição também determina o que está sendo demonstrado em relação ao*  
152 *componente de saúde avaliado*

153

154 Os qualificadores foram utilizados para indicar o grau de dificuldade dos pacientes em realizar  
155 as funções determinadas como objetivos de reabilitação: os pacientes eram avaliados pelo seu  
156 terapeuta através dos qualificadores para indicar seu grau de funcionalidade no objetivo  
157 escolhido para o período (representado por um código da CIF) e, após três meses (tempo  
158 determinado institucionalmente para o treino da função escolhida) o código era reavaliado pelo  
159 mesmo terapeuta para verificar se houve evolução do quadro clínico dentro deste período.

160

161 A utilização dos qualificadores genéricos já possibilitava uma avaliação quantitativa da evolução  
162 do paciente, mas apresenta uma característica de subjetividade que inviabilizava seu uso por  
163 profissionais distintos. Em busca de reduzir a subjetividade do processo e visando padronizar  
164 a linguagem e os testes utilizados, optou-se por descrever para cada código da CIF o perfil  
165 funcional esperado para cada qualificador.

166

167 A evolução desse paciente seria obtida apenas se na reavaliação houvesse mudança positiva  
168 no qualificador, ou seja, melhora no desempenho funcional na tarefa de acordo com o teste  
169 utilizado. O resumo do formato da aplicação do instrumento pode ser observado na Figura 1.

170

171

172

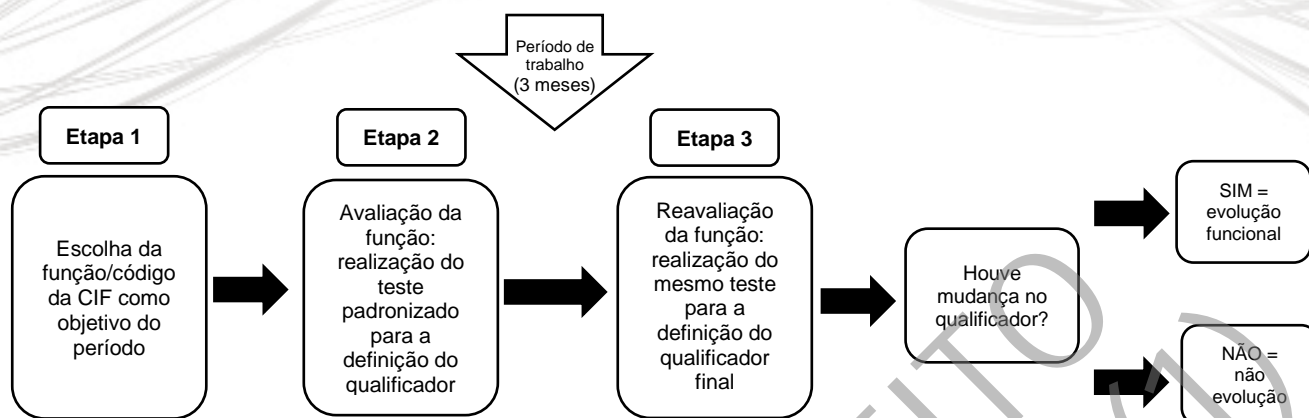
173

174

175

## Article in Press

176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200  
201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220  
221  
222  
223



**Figura 1.** Fluxograma de aplicação do instrumento durante a rotina de atendimento no setor de fisioterapia adulto

Buscamos testes validados na literatura para a nos basear ao realizar a adaptação dos qualificadores. A lista de códigos da CIF utilizados no setor (criada em 2011) serviu como referência dos objetivos funcionais que seriam utilizados. Para cada código/objetivo funcional um teste foi escolhido.

Inicialmente instrumentos já calibrados para o uso dos qualificadores (processo de *linkage*, relatado na literatura)<sup>10,11</sup> foram utilizados. Entretanto, nem todos os objetivos funcionais usados no departamento de fisioterapia adulto estavam inclusos em testes calibrados. Por esta razão, optamos por utilizar outras escalas validadas que apresentavam objetivos semelhantes ou, determinar os perfis funcionais baseando-nos na experiência dos profissionais da instituição.

Os testes selecionados foram: Medida de Independência Funcional – MIF,<sup>12</sup> Berg Balance Scale,<sup>13</sup> Timed Up and Go test<sup>14</sup> - esses calibrados pelo processo de linkage,<sup>15,16</sup> além dos BESTest,<sup>17</sup>MAS,<sup>18</sup> Teste de Caminhada de 6 minutos,<sup>19</sup> DGI,<sup>20</sup> das escalas de avaliação segmentar Escala Visual Analógica<sup>21</sup> para dor, Teste Muscular Manual de Kendall<sup>22</sup> para força, Escala de Ashworth Modificada<sup>23</sup> para espasticidade e a goniometria<sup>24</sup> para amplitude de movimento) já relacionadas com a CIF, publicadas por Coelho JN na sua dissertação de mestrado.<sup>25</sup> Os testes que não passaram pelo processo de calibragem foram adaptados para as classes de percentagem sugeridas pelo modelo genérico de qualificadores da CIF.

Ao realizar as adaptações nos atentamos a descrição do teste original, as sugestões de perfis funcionais apresentados por eles, mas principalmente a descrição de porcentagem e nível de independência sugeridos pela CIF na escala genérica de qualificadores.

Considerando os códigos relativos ao componente de Atividade e Participação, a definição dos cinco itens dos qualificadores seguiu regras em relação ao nível de independência do paciente (quando o teste tinha o objetivo de verificar maior independência do paciente após o período de trabalho) e grau de dificuldade em realizar tarefas complexas (quando o teste tinha o objetivo de verificar melhor execução de uma tarefa que o paciente já realiza sozinho) que estão dispostas no Quadro 3.

**Quadro 3.** Relação entre os qualificadores propostos pela OMS e regras em relação ao nível de independência dos pacientes e grau de dificuldade em realizar tarefas complexas para adaptação do instrumento criado

## Article in Press

Qualificadores	Perfis funcionais de acordo com a escala genérica proposta pela OMS	Perfis funcionais adaptados de acordo com o nível de independência	Perfis funcionais adaptados de acordo com o grau de dificuldade
0	Não há problema (0 a 4%)	total independência do paciente	independência em tarefas mais complexas sem dificuldade
1	Problema ligeiro (5 a 24%)	dependência leve, necessidade de supervisão	independência em tarefas complexas com algum nível de dificuldade
2	Problema moderado (25 a 49%)	necessidade de auxílio de leve a moderado de terceiros	Independência em tarefas simples, ou etapas da tarefa complexa sem dificuldade
3	Problema grave (50 a 95%)	auxílio grave de terceiros	independência em tarefas simples ou em etapas da tarefa complexa com dificuldade
4	Problema completo (96 a 100%)	ou auxílio total de terceiros	não consegue completar a tarefa simples ou etapas da tarefa complexa de forma independente

224

225

### A apresentação do instrumento e implantação

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

O instrumento foi apresentado para a equipe em março de 2017. Em seguida foi iniciado um projeto piloto (Número CAAE: 01796918.1.0000.0085), de aplicação para adaptação ao instrumento e forma de transcrição para o prontuário. Ele foi disposto em três pastas físicas que continham os testes, um índice, um guia prático de como aplicá-lo (Quadro 4) e folhas pautadas no final para que os terapeutas descrevessem quaisquer dificuldades ou sugestões. Sugestões da equipe foram incentivadas buscando melhorias no instrumento e no processo.

**Quadro 4.** Folha de rosto utilizada inicialmente para facilitar entendimento e aplicação dos qualificadores da CIF na prática clínica do setor de fisioterapia adulto

#### LISTA DE OBJETIVOS FUNCIONAIS E QUALIFICADORES DA CIF

##### QUALIFICADORES GENÉRICOS

xxx.0 NÃO há problema (nenhum, ausente, insignificante) 0-4%

xxx.1 Problema LIGEIRO (leve, pequeno, ...) 5-24%

xxx.2 Problema MODERADO (médio, regular, ...) 25-49%

xxx.3 Problema GRAVE (grande, extremo, ...) 50-95%

xxx.4 Problema COMPLETO (total, ...) 96-100%

xxx.8 não especificado

xxx.9 não aplicável

##### RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO:

Objetivo(s) principais do período:

O que foi trabalhado, escolhido no período anterior com qualificador (como o paciente estava antes do objetivo ser trabalhado).

Exemplo: d465.4 Desloca-se com andador em ambiente domiciliar

##### Qualificação atual/Ação:

Reavaliar da mesma maneira a classificar como novo qualificador caso tenha mudado, se não mudou justificar e descrever a ação (em caso de objetivos não atingidos ou parcialmente atingidos).

Exemplo:

(\*) Atingido

d465.2 Desloca-se com bengala quatro pontos em ambiente domiciliar

## Article in Press

### Justificativa:

- 1) Paciente atingiu objetivo e seu prognóstico é para marcha com bengala 4 pontos no momento, trocar objetivo e realizar teste pertinente ao novo objetivo escolhido.
- 2) Paciente atingiu o objetivo, porém ainda pode melhorar mais dentro desse mesmo objetivo, por exemplo, tem condições de mudar a aditamento, manter o objetivo com o qualificador atual (d465.2).
- 3) Paciente atingiu parcialmente ou não atingiu o objetivo, justificar falta da evolução e decidir se mantém o mesmo objetivo (d465.2) ou ele será trocado.

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

A aplicação piloto ocorreu com pacientes com Lesões Encefálicas Adquiridas (LEA) e durou 3 meses. Foram incluídos todos os pacientes da clínica de LEA (pacientes que apresentavam comprometimento sensorio-cognitivo-motor devido a uma lesão na estrutura do cérebro, por exemplo: acidente vascular encefálico, traumatismo crânio encefálico, encefalites, doença de Parkinson, entre outros) atendidos no setor que tiveram seus relatórios realizados no período. Em casos de prejuízo cognitivo que impossibilitasse a resposta a itens de relato, o acompanhante que estava presente na rotina diária do paciente respondia.

O grupo responsável pela criação e implantação do instrumento acompanhou pelos prontuários eletrônicos a aplicação e o registro do novo modelo a fim de verificar adesão e minimizar erros durante o processo.

No primeiro semestre de 2018 iniciamos a análise dos dados iniciais considerando os pacientes com LEA. Foram 27 terapeutas, 386 relatórios tabulados. Os resultados para as variáveis de evolução (sim ou não), número de relatórios perdidos (por dados incompletos ou erros), motivos de não evolução e categoria funcional foram analisados em forma de frequência absoluta e relativa considerando os períodos mensal e semestral. Não houve análise de comparação entre os dados, pois foram utilizados para ilustrar a aplicação. Eventuais erros de aplicação também foram tabulados. As maiores dificuldades/ falhas, destacavam os pontos a serem reforçados na reunião semanal de equipe para garantir melhor eficácia na aplicação do instrumento. Por se tratar de um estudo piloto a equipe responsável estava à disposição para dúvidas durante a aplicação.

### RESULTADOS

O instrumento final contou com 35 códigos alocados em 9 categorias funcionais e pode ser encontrado no Anexo 1.

Nos três primeiros meses de aplicação do piloto houve dificuldade de entendimento de alguns terapeutas sobre a proposta de avaliação pelos qualificadores. Foram detectados erros na transposição dos códigos para o prontuário, e em alguns casos, a não utilização do qualificador (não ficou claro se por falta de entendimento do uso ou de adesão). As demandas de melhorias por parte dos terapeutas foram de ajustes em relação: a linguagem, a falta de sensibilidade dos itens à evolução dos pacientes ou a não realização dos testes devido a rotina do setor.

Os erros foram solucionados após novo treinamento, que contou com exemplos práticos. Casos isolados eram tratados diretamente com os terapeutas. Foram realizados ciclos de melhoria do instrumento baseados nas demandas levantadas pela equipe. Depois de devidos treinamentos e ajustes no instrumento a resposta geral de aceitação da nova proposta foi satisfatória e seu uso continuado.



## Article in Press

### 279 **Dados iniciais obtidos**

280

281 Em relação aos dados tabulados dos meses de janeiro a junho de 2018: dos 386 relatórios  
282 avaliados, foram utilizados os qualificadores em 372. Observamos 14 casos em que os  
283 qualificadores não foram contabilizados pois os dados não estavam claros no prontuário,  
284 totalizando perda de 3,62% dos casos totais.

285

286 Do total, 296 indivíduos avaliados melhoraram o seu qualificador no período. A não evolução  
287 ocorreu em 20,43% dos pacientes. Esses resultados podem ser visualizados na Tabela 1 que  
288 demonstra também as porcentagens analisadas em cada mês do semestre. Na última linha  
289 podemos observar o número de relatórios perdidos por mês devido a erros ao longo do  
290 processo e sua porcentagem em relação ao total de relatórios.

291

292 Dos 76 pacientes que não apresentaram evolução, as justificativas foram problemas com o  
293 qualificador em 19,73% dos casos.

294

295 As categorias funcionais mais trabalhadas com os pacientes dentro do semestre foram  
296 ilustradas na Tabela 2. Treino de atividades relacionadas ao deslocamento ocorreu com maior  
297 frequência (n=146), seguido de exercícios de manutenção de alguma postura funcional (como  
298 por exemplo ortostatismo ou sedestação).

299

300 **Tabela 1.** Distribuição mensal de evoluções (SIM) e não evoluções (NÃO) obtidas ao longo do  
301 primeiro semestre de 2018 em números absolutos e porcentagens

302

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	TOTAL
<b>SIM (%)</b>	58 (0,77)	45 (0,77)	57 (0,81)	47 (0,83)	48 (0,77)	41 (0,80)	296 (79,56)
<b>NÃO (%)</b>	17 (0,22)	13 (0,22)	13 (0,18)	9 (0,16)	14 (0,22)	10 (0,19)	76 (20,43)
<b>PERDIDOS (% em relação ao total)</b>	3 (3,84)	4 (6,45)	2 (2,77)	1 (1,75)	3 (4,61)	1(1,92)	14 (3,62)
<b>TOTAL</b>	78	62	72	57	65	52	386

303

304 **Tabela 2.** Distribuição mensal de categorias funcionais utilizadas ao longo do primeiro semestre  
305 de 2018 em números absolutos

306

CATEGORIAS FUNCIONAIS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	TOTAL
<b>Andar/Deslocar</b>	30	28	39	22	35	22	176
<b>Atividades Funcionais</b>	5	1	2	3	0	0	11
<b>Condicionamento/respiratório</b>	5	0	1	1	2	2	11
<b>Equilíbrio</b>	11	5	5	4	6	3	34
<b>Manutenção da Postura</b>	6	6	9	12	9	10	52
<b>Orientação</b>	9	8	1	8	1	1	28
<b>Pós-Operatório</b>	1	1	2	1	0	2	7
<b>Transferência</b>	2	4	1	2	0	3	12
<b>Troca Postural</b>	6	5	10	3	9	8	41

307

308 **Desafios encontrados / lições aprendidas**

309

## Article in Press

310 O maior desafio encontrado foi a adaptação de testes para cada função: eles deveriam ser  
311 viáveis para aplicação na prática clínica e sensíveis a evolução dos nossos pacientes. Outro  
312 desafio foi a necessidade de buscar escalas que avaliassem um aprimoramento qualitativo na  
313 função. Como avaliar a tarefa que o paciente já executa, mas espera-se que ele realize de  
314 forma mais eficaz ou com menor dificuldade?

315  
316 Um exemplo foi a avaliação da qualidade na marcha. Existem testes que avaliam a velocidade  
317 da marcha, se ela é funcional em ambientes controlados ou comunitários, porém não se  
318 encontra na literatura um teste prático que descreva as compensações realizadas ou o  
319 alinhamento das articulações durante a tarefa. Por esta razão, no instrumento da AACD optou-  
320 se por listar itens importantes a serem avaliados durante a marcha do paciente, e descrevê-los  
321 a partir dos qualificadores genéricos.

322  
323 Uma grande dificuldade foi delimitar os perfis dos qualificadores, sendo estes somente cinco  
324 dentro de uma diversidade imensa de pacientes e comportamentos funcionais. Dentre diversas  
325 estratégias, aceitamos que alguns códigos deveriam ser mais abrangentes e buscamos outros  
326 códigos para definir particularidades a serem trabalhadas dentro daqueles mais amplos. O  
327 terapeuta podia definir se utilizaria um código mais abrangente ou se seu paciente apresentava  
328 alguma particularidade que exigia uma avaliação mais específica. Ao definir a funcionalidade  
329 em diversos níveis e propondo extensas e detalhadas categorias a própria CIF nos permitiu  
330 adotar essa estratégia.

331  
332 Em relação a aceitação da equipe, houve boa receptividade na apresentação do instrumento,  
333 porém pouca percepção sobre o real impacto do novo modelo na prática diária, tanto em relação  
334 a demanda de trabalho, quanto a aplicação em si. A estratégia do piloto e de um novo  
335 treinamento quando a equipe já tinha experimentado o instrumento na prática foi essencial para  
336 o desenvolvimento e a adaptação dos terapeutas a seu uso, pois as dúvidas eram mais claras  
337 e conseqüentemente mais resolutivas.

### 338 339 DISCUSSÃO

340  
341 A utilização dos qualificadores da CIF para avaliação da evolução do paciente durante seu  
342 segmento terapêutico já foi proposta no Brasil e no mundo,<sup>2,26-28</sup> porém sua aplicação de forma  
343 unificada entre os terapeutas de um grande centro de reabilitação é inovadora e se mostrou  
344 eficaz na prática para registro dos indicadores do setor institucionalmente.

345  
346 Rauch A<sup>2</sup> ao descrever como aplicar a CIF na prática clínica pontua a importância do uso dos  
347 qualificadores para quantificar a extensão da limitação nas funções trabalhadas com pacientes  
348 em reabilitação e propõe um modelo a ser seguido, porém não se aprofundam sobre a forma  
349 de realizar a qualificação de cada função. Como limitações cita o tempo consumido para realizar  
350 todas as etapas dos registros e a necessidade de sistemas que contenham formulários  
351 específicos para aplicação clínica. O nosso estudo se propõe a apresentar uma forma de trazer  
352 esse modelo de seguimento da reabilitação dos pacientes para a prática clínica dentro da área  
353 de fisioterapia.

354  
355 É de se atentar que a literatura atual discute as propriedades psicométricas dos qualificadores  
356 genéricos da CIF, pois quando testados em itens de funcionalidade para pacientes em  
357 reabilitação apresentaram confiabilidade inter-avaliador considerada de moderada a baixa na  
358 maioria dos itens avaliados.<sup>8,9</sup> Estes estudos pontuam a importância do uso dos qualificadores  
359 e citam a necessidade de padronizar os testes realizados a fim de uma melhor confiabilidade.

## Article in Press

360 O trabalho de Kohler F et al.<sup>29</sup> por sua vez apresentou confiabilidade de moderada a boa na  
361 avaliação psicométrica do uso dos qualificadores, ao realizar pequenas adaptações nos  
362 qualificadores buscando simplificar a linguagem utilizada para o ponto de vista prático de  
363 aplicação dos terapeutas. Eles atribuem o maior sucesso na sua confiabilidade a essa  
364 adaptação realizada, que promoveu a equipe melhor entendimento de cada qualificador  
365 separadamente.

366  
367 O presente estudo, percebendo a subjetividade apresentada pelos qualificadores genéricos na  
368 avaliação da funcionalidade do paciente também optou por realizar adaptações aos níveis  
369 apresentados padronizando-os em cada função. Para garantir sua consistência, apesar de bons  
370 resultados apresentados até o presente momento, o instrumento ainda deve passar pelo  
371 processo de validação.

372  
373 Estudos que relacionaram os qualificadores da CIF com escalas validadas, apesar de não  
374 apresentarem análise de ordem psicométrica, variaram na forma de aplicação da escala. Garcia  
375 M<sup>27</sup> por exemplo, aplicaram testes de rotina em seus pacientes e somente após aplicação  
376 adaptaram a pontuação dos testes aos níveis funcionais apontados pela escala de  
377 qualificador. Coelho J<sup>30</sup> realizou um trabalho similar ao nosso grupo de adaptação dos  
378 qualificadores aos testes mais utilizados com a população de pacientes com sequelas de lesões  
379 medulares.

380  
381 Nos trabalhos citados observou-se resultados satisfatórios para avaliar a condição funcional do  
382 paciente através dos qualificadores, mesmo cada autor realizando a adaptação de forma  
383 diferente. A limitação imposta pela classificação está sendo suprida por diferentes adaptações  
384 e deve ser continuada para aproximar uso da CIF da aplicação prática.<sup>31</sup> Nesse estudo, além  
385 de sugerir uma padronização dos qualificadores propostos pela CIF para avaliação, obtivemos  
386 uma ferramenta que se mostrou capaz de detectar mudança na funcionalidade do paciente  
387 através da mudança do qualificador no período proposto, o que indica possibilidade de  
388 continuidade do uso e aprimoramento do instrumento para posterior validação em relação a  
389 sua sensibilidade.

390  
391 Nosso instrumento utilizou diversas escalas para avaliar diferentes domínios, pois cada escala  
392 apresentava um ou alguns testes essenciais para avaliar a função em questão e que eram de  
393 fácil aplicação prática. Sendo a CIF tão completa e os códigos selecionados tão diversos, não  
394 encontramos uma única escala que avaliasse todas as funções desejadas. Esse fato já foi  
395 comentado por Goljar N et al.<sup>7</sup> e Prodinge B et al.<sup>32</sup> que concordam que é um desafio integrar  
396 os qualificadores da CIF com escalas de medida fixa na prática clínica pois seus domínios  
397 abrangem mais do que os testes específicos.

398  
399 As adaptações realizadas nos testes sempre visaram tornar o uso prático o mais fácil possível,  
400 mantendo os qualificadores objetivos para determinarem a evolução funcional dos nossos  
401 pacientes. Rentsch HP et al.<sup>33</sup> relata sua experiência de utilização da CIF na em um centro de  
402 neuro-reabilitação na Suíça e cita que foi necessário adaptar o trabalho diversas vezes para  
403 reduzir o tamanho do instrumento de uma forma que o mantivesse adequado as necessidades  
404 do paciente e dos profissionais da instituição, o que se assemelha com a nossa experiência.

405  
406 Quando se propõe novos modelos à uma equipe de trabalho, alguma resistência é esperada,  
407 porém percebemos que quando é proposto a participação ativa da equipe as mudanças são

## Article in Press

408 mais bem aceitas. Verhoef J et al.<sup>34</sup> ao relatar a experiência de implantar a CIF numa equipe  
409 de reumatologia, destaca que resposta dos profissionais frente a novas propostas variam de  
410 acordo com o setor e a equipe, mas que ainda é muito importante a participação da equipe no  
411 processo para minimizar resistências. A experiência relatada na Suíça corrobora com esses  
412 achados e reforça a necessidade de envolver os profissionais no projeto antes da sua  
413 implementação.

414  
415 Durante a introdução do novo modelo aqui exposto a resistência inicial dos terapeutas foi baixa  
416 e reduziu ao longo do semestre e chegando a representar somente 2% (relatórios com  
417 inconsistências no último mês). A boa adesão pode ser atribuída ao fato de o novo modelo  
418 representar os indicadores do setor e dos profissionais terem participado ao longo do processo  
419 de mudança, tanto na criação e melhora do instrumento.

420  
421 Finalmente, apesar de todas as dificuldades, o ponto mais importante da implantação do novo  
422 modelo foi a possibilidade de representar a evolução funcional do paciente quantitativamente,  
423 fornecendo dados objetivos para os indicadores do serviço, uma linguagem simples para  
424 comunicação entre a equipe e com o paciente, possibilitando uma avaliação mais criteriosa por  
425 parte do terapeuta e a participação ativa do paciente no seu processo terapêutico.  
426 Consideramos válida e com boa aceitação a introdução do instrumento do setor.

427  
428 Com essa iniciativa o centro de reabilitação pôde trazer uma classificação utilizada  
429 mundialmente para sua prática clínica, e, após constatado a viabilidade do processo, seu uso  
430 foi expandido para todos os setores para desenvolvimento de instrumentos seguindo os moldes  
431 desse projeto inicial. A longo prazo, acreditamos que este modelo permitirá traçar um perfil de  
432 evolução funcional, considerando a avaliação realizada na entrada do paciente na instituição,  
433 seu segmento terapêutico e sua condição no momento da alta.

434  
435 Como limitações podemos citar que entendemos que ao realizar as adaptações apresentadas  
436 nos distanciamos dos testes validados em literatura, porém a mudança foi realizada de acordo  
437 com sugestões e comentários de profissionais muito experientes no assunto, para respeitar a  
438 nossa prática clínica, e se manter fiel ao que é proposto pelo conceito da CIF.

439  
440 Literaturas apontam a necessidade de medir a confiabilidade de testes propostos para  
441 utilização prática da CIF.<sup>9</sup> Reconhecemos essa necessidade e temos como projeto futuro  
442 desenvolver a validação das propriedades psicométricas do instrumento criado. A proposta  
443 desse trabalho foi somente relatar a experiência para que auxilie outros profissionais ou  
444 instituições que busquem levar a CIF para sua prática clínica.

445  
446 Estamos cientes da existência dos Core Sets para a população com sequelas de LEA como o  
447 Acidente Vascular Encefálico,<sup>35</sup> o Traumatismo Crânio Encefálico<sup>36</sup> e outras condições de  
448 saúde que tratamos em nosso centro de reabilitação, porém optamos por não utilizá-los pois,  
449 como o novo instrumento já representou grande mudança na rotina dos profissionais do setor,  
450 preferimos manter os códigos mais conhecidos para facilitar a adaptação da equipe a nova  
451 proposta. Além disso por serem utilizados no setor de fisioterapia somente códigos específicos  
452 seriam avaliados e utilizando as classificações de até 3º nível, mais detalhadas do que as  
453 utilizadas nos Core Sets. Temos consciência que nos distanciamos um pouco do conceito  
454 amplificado da saúde ao não utilizar os códigos ambientais, porém o realizamos dessa forma  
455 também pensando na adaptação da equipe a nova proposta e por não termos definido como  
456 realizar sua tabulação até então. Sabemos que a proposta dos Core Sets não é para restringir

## Article in Press

457 a aplicação e que o uso da CIF é incentivado, mesmo que com adaptações para proximidade  
458 da prática, desde que possibilitem o uso de forma correta da classificação.<sup>37</sup>

459

### 460 CONCLUSÃO

461

462 A proposta de criação de uma ferramenta baseada na CIF e seus qualificadores para avaliação  
463 de pacientes para uso neste serviço de reabilitação foi iniciada com sucesso. A ferramenta  
464 mostrou-se capaz de acompanhar a evolução do paciente e auxiliar na programação de metas  
465 terapêuticas através de uma linguagem padronizada para a equipe. A melhoria da ferramenta  
466 com adição de códigos ambientais e a validação de suas propriedades psicométricas são  
467 necessárias para expansão da aplicação e guiarão nossos projetos futuros.

468

### 469 REFERÊNCIAS

470

- 471 1. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo:  
472 Edusp; 2003.
- 473
- 474 2. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning,  
475 Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. Eur J Phys  
476 Rehabil Med. 2008;44(3):329-42.
- 477
- 478 3. World Confederation of Physical Therapy [homepage on the Internet] London: WCPT;  
479 c2019 [cited 2019 Aug 5]. Available from: <https://www.wcpt.org/>
- 480
- 481 4. American Physical Therapy Association. APTA Endorses World Health Organization ICF  
482 model [text on the Internet]. Alexandria: APTA [cited 2008 June 06] Available from:  
483 <https://www.apta.org/Media/Releases/APTA/2008/7/8/>
- 484
- 485 5. Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, Fréz AR, Guerra RO. An overview and profile of the ICF's  
486 use in Brazil--a decade of history. Rev Bras Fisioter. 2012;16(6):454-62.
- 487
- 488 6. Escorpizo R, Bemis-Dougherty A. Introduction to special issue: a review of the International  
489 Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapy over the years.  
490 Physiother Res Int. 2015;20(4):200-9. DOI: <https://doi.org/10.1002/pri.1578>
- 491
- 492 7. Prodinge B, Stucki G, Coenen M, Tennant A. The measurement of functioning using the  
493 International Classification of Functioning, Disability and Health: comparing qualifier  
494 ratings with existing health status instruments. Disabil Rehabil. 2019;41(5):541-548. DOI:  
495 <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1381186>
- 496
- 497 8. Starrost K, Geyh S, Trautwein A, Grunow J, Ceballos-Baumann A, Prosiegel M, et al.  
498 Interrater reliability of the extended ICF core set for stroke applied by physical therapists.  
499 Phys Ther. 2008;88(7):841-51. DOI: <https://doi.org/10.2522/ptj.20070211>
- 500
- 501 9. Grill E, Mansmann U, Cieza A, Stucki G. Assessing observer agreement when describing  
502 and classifying functioning with the International Classification of Functioning, Disability  
503 and Health. J Rehabil Med. 2007;39(1):71-6. DOI: <https://doi.org/10.2340/16501977-0016>
- 504

## Article in Press

- 505 10. Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, et al. Linking health-status  
506 measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J*  
507 *Rehabil Med.* 2002;34(5):205-10.  
508
- 509 11. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün B, Stucki G. ICF linking rules: an update  
510 based on lessons learned. *J Rehabil Med.* 2005;37(4):212-8. DOI:  
511 <https://doi.org/10.1080/16501970510040263>  
512
- 513 12. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da  
514 versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr.* 2004;11(2):72-6.  
515 DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>  
516
- 517 13. Miyamoto ST, Lombardi Junior I, Berg KO, Ramos LR, Natour J. Brazilian version of the  
518 Berg balance scale. *Braz J Med Biol Res.* 2004;37(9):1411-21. DOI:  
519 <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/s0100-879x2004000900017>  
520
- 521 14. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Timed Up & Go Test (TUG). *Missouri Edu.*  
522 2000;80(1991):9-10.  
523
- 524 15. Darzins SW, Imms C, Di Stefano M. Measurement of activity limitations and participation  
525 restrictions: examination of ICF-linked content and scale properties of the FIM and PC-  
526 PART instruments. *Disabil Rehabil.* 2017;39(10):1025-38. DOI:  
527 <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1172670>  
528
- 529 16. Schepers VP, Ketelaar M, van de Port IG, Visser-Meily JM, Lindeman E. Comparing  
530 contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International  
531 Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil.* 2007;29(3):221-30.  
532 DOI: <https://doi.org/10.1080/09638280600756257>  
533
- 534 17. Horak FB, Wrisley DM, Frank J. The Balance Evaluation Systems Test (BESTest) to  
535 differentiate balance deficits. *Phys Ther.* 2009;89(5):484-98. DOI:  
536 <https://doi.org/10.2522/ptj.20080071>  
537
- 538 18. Wanderley ELS, Teixeira-Salmela LF, Laurentino GE, Simões LC, Lemos A. Adaptação  
539 transcultural da Motor Assessment Scale (MAS) para o Brasil. *Acta Fisiatr.* 2015;22(2):65-  
540 71. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150014>  
541
- 542 19. Daniel CR, Battistella LR. Using the six minute walk test to evaluate walking capacity in  
543 patients with stroke. *Acta Fisiatr.* 2014;21(4):195-200. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20140038>  
544  
545
- 546 20. Castro SM, Perracini MR, Ganância FF. Versão brasileira do Dynamic Gait Index. *Rev Bras*  
547 *Otorrinolaringol.* 2006;72(6):817-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992006000600014>  
548  
549
- 550 21. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale  
551 for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire  
552 (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale  
553 (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and

## Article in Press

- 554 Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63 Suppl  
555 11:S240-52. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr.20543>  
556
- 557 22. Robertson JA, F. P. Kendall and E. K. McCreary "Muscles, Testing and Function" (Third  
558 Edition). *Br J Sports Med*. 1984;18(1):25.  
559
- 560 23. Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle  
561 spasticity. *Phys Ther*. 1987;67(2):206-7. DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>  
562
- 563 24. Santos JDM, Oliveira MA, Silveira NJF, Carvalho SS, Oliveira AG. Confiabilidade inter e  
564 intraexaminadores nas mensurações angulares por fotogrametria digital e goniometria.  
565 *Fisioter Mov*. 2011;24(3):389-400. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/S0103-  
566 51502011000300003](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502011000300003)  
567
- 568 25. Coelho JN. A funcionalidade dos indivíduos com lesão medular de etiologia não-  
569 traumática: uma proposta para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade,  
570 Incapacidade e Saúde [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2015.  
571
- 572 26. Li J, Proding B, Reinhardt JD, Stucki G. Towards the system-wide implementation of the  
573 International Classification of Functioning, Disability and Health in routine practice: lessons  
574 from a pilot study in China. *J Rehabil Med*. 2016;48(6):502-7. DOI:  
575 <https://doi.org/10.2340/16501977-2067>  
576
- 577 27. Benito García M, Atín Arratibel MA, Terradillos Azpiroz ME. The Bobath concept in walking  
578 activity in chronic stroke measured through the International Classification of Functioning,  
579 Disability and Health. *Physiother Res Int*. 2015;20(4):242-50. DOI:  
580 <https://doi.org/10.1002/pri.1614>  
581
- 582 28. Oliveira LR, Macedo APFS, Buchalla CM, Scatena JHG. Evolução da deficiência em  
583 vítimas de acidente de trânsito em reabilitação, caracterizada pela Classificação  
584 Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Fisioter Mov*.  
585 2017;30(2):267-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.002.a07>  
586
- 587 29. Kohler F, Connolly C, Sakaria A, Stendara K, Buhagiar M, Mojaddidi M. Can the ICF be  
588 used as a rehabilitation outcome measure? A study looking at the inter- and intra-rater  
589 reliability of ICF categories derived from an ADL assessment tool. *J Rehabil Med*.  
590 2013;45(9):881-7. DOI: <https://doi.org/10.2340/16501977-1194>  
591
- 592 30. Coelho JN, Almeida C, Vianna PC, Dalto VF, Castro FFS, Rabeh SAN, et al. Development  
593 of an ICF Core Set based instrument for individuals with non-traumatic spinal cord injury.  
594 *Int J Phys Med Rehabil*. 2017;5:432. DOI: <https://doi.org/10.4172/2329-9096.1000432>  
595
- 596 31. Castaneda L, Castro SS. Publicações brasileiras referentes à Classificação Internacional  
597 de Funcionalidade. *Acta Fisiatr*. 2013;20(1):29-36. DOI: [https://doi.org/10.5935/0104-  
598 7795.20130006](https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130006)  
599
- 600 32. Goljar N, Burger H, Vidmar G, Leonardi M, Marincek C. Measuring patterns of disability  
601 using the International Classification of Functioning, Disability and Health in the post-acute

## Article in Press

- 602 stroke rehabilitation setting. *J Rehabil Med.* 2011;43(7):590-601. DOI:  
603 <https://doi.org/10.2340/16501977-0832>  
604
- 605 33. Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, Wolf C, Hefti H, Fluri E, et al. The  
606 implementation of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health'  
607 (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital  
608 of Lucerne, Switzerland. *Disabil Rehabil.* 2003 Apr 22;25(8):411-21. DOI:  
609 <https://doi.org/10.1080/0963828031000069717>  
610
- 611 34. Verhoef J, Toussaint PJ, Putter H, Zwetsloot-Schonk JH, Vliet Vlieland TP. The impact of  
612 introducing an ICF-based rehabilitation tool on staff satisfaction with multidisciplinary team  
613 care in rheumatology: an exploratory study. *Clin Rehabil.* 2008;22(1):23-37. DOI:  
614 <https://doi.org/10.1177/0269215507079845>  
615
- 616 35. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, et al. ICF Core Sets for  
617 stroke. *J Rehabil Med.* 2004;(44 Suppl):135-41. DOI:  
618 <https://doi.org/10.1080/16501960410016776>  
619
- 620 36. Bernabeu M, Laxe S, Lopez R, Stucki G, Ward A, Barnes M, et al. Developing core sets  
621 for persons with traumatic brain injury based on the international classification of  
622 functioning, disability, and health. *Neurorehabil Neural Repair.* 2009 Jun;23(5):464-7. DOI:  
623 <https://doi.org/10.1177/1545968308328725>  
624
- 625 37. Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Chatterji S, Stucki G. Towards a minimal generic  
626 set of domains of functioning and health. *BMC Public Health.* 2014;14:218. DOI:  
627 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-218>



## **ANDAR e DESLOCAR-SE:**

**d450 – Andar – Mover-se sobre uma superfície a pé, passo a passo, de maneira que um pé esteja sempre no solo, como passear, caminhar lentamente, andar para frente, para trás ou para o lado.**

xxx.0 - Marcha comunitária independente: o paciente é capaz de deambular em todos os tipos de superfícies irregulares. Consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita.

xxx.1 - Deambula nas cercanias de casa ou na vizinhança: o paciente é capaz de deambular na rua, embora numa distância limitada e restrita.

xxx.2 - Marcha domiciliar: a deambulação só é possível em ambiente fechado, em superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa.

xxx.3 - Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser apoiado firmemente por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou no centro de reabilitação ou nas barras paralelas.

xxx.4 - Não realiza marcha; incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo.

**d4500 – Andar distâncias curtas - Andar menos de 1 km, como andar em quartos e corredores, dentro de um prédio ou distâncias curtas no exterior do prédio - avaliar independente do dispositivo auxiliar.**

xxx.0 – Deambula acima de 400 metros em 6 minutos.

xxx.1 - Deambula de 200 a 400 metros em 6 minutos.

xxx.2 - Deambula de 100 a 200 metros em 6 minutos.

xxx.3 - Deambula de 10 a 100 metros em 6 minutos.

xxx.4 - Deambula no máximo 10 metros em 6 minutos.

**d4502 – Andar sobre superfícies diferentes - Andar sobre superfícies inclinadas, irregulares ou móveis, como sobre grama, pedregulho, gelo ou neve, ou entrar em um navio trem ou outro veículo.**

xxx.0 - Sobe e desce rampas andando ou de CR de forma independente sem uso de aditamentos ou corrimão.

xxx.1 - Sobe e desce rampas com uso de aditamentos, tocando CR em ambos os casos podendo ou não usar o corrimão sem supervisão.

xxx.2 - Sobe e desce rampas com uso de aditamentos, tocando CR podendo ou não usar o corrimão com supervisão.

xxx.3 - Sobe e desce rampas com uso de aditamentos e/ou corrimão com auxílio de terceiros ou suporte parcial para tocar CR.

xxx.4 - Não consegue subir e descer rampas e é conduzido na CR.

(Legenda: CR = cadeira de rodas)

**d4503 – Andar desviando de obstáculos - Andar de maneira necessária para evitar objetos moveis ou fixos, pessoas, animais e veículos, como andar em um supermercado ou loja, ao redor ou através do tráfego ou em espaços com muita gente - avaliar independente do dispositivo auxiliar.**

**d4503 – Ultrapassar Obstáculo:**

Observação: Utilizar obstáculo funcional para o seu paciente – ex.: altura do obstáculo)

xxx.0 - Capaz de passar sobre obstáculo sem mudar a velocidade e com bom equilíbrio.

xxx.1 - Passa sobre obstáculo, mas reduz a velocidade, com bom equilíbrio.

xxx.2 - Passa sobre obstáculo com desequilíbrio ou toca.

xxx.3 - Reduz a velocidade com desequilíbrio, mas consegue realizar com assistência.

xxx.4 - Não consegue passar sobre o obstáculo.

**OU**

**d4503 – Contornar Obstáculo:**

**Observação: Comece andando na sua velocidade normal e contorne os cones, um pela direita e outro pela esquerda (distância de 1,8m entre eles).**

xxx.0 - Normal: É capaz de contornar os cones com segurança, sem alteração da velocidade da marcha. Não há evidência de desequilíbrio.

xxx.1 - Comprometimento leve: É capaz de contornar ambos os cones, mas precisa diminuir o ritmo da marcha e ajustar os passos para não bater nos cones. Não há evidência de desequilíbrio.

xxx.2 - Comprometimento moderado: É capaz de contornar os cones sem bater neles, mas precisa diminuir significativamente a velocidade da marcha para realizar a tarefa, ou precisa de dicas verbais.

xxx.3 - Comprometimento grave: É capaz de contornar os cones, porém encosta neles ou precisa de auxílio (toque) de terceiros.

xxx.4 - É incapaz de contornar os cones; bate em um deles ou em ambos, ou precisa ser amparado.

#### **d4600 – Deslocar-se dentro de casa (marcha domiciliar) – especificar o tipo de aditamento**

xxx.0 - Desloca-se dentro e fora da casa (quintal) sem supervisão.

xxx.1 - Desloca-se dentro e fora da casa (quintal) com supervisão.

xxx.2 - Desloca-se por toda a casa com supervisão.

xxx.3 - Desloca-se entre dois cômodos com supervisão.

xxx.4 - Desloca-se dentro de um cômodo com supervisão.

#### **d4601 – Deslocar-se dentro de outros edifícios que não a própria casa (mercado, shopping- curtas distâncias)**

xxx.0 - Desloca-se dentro de outros edifícios de forma independente, com ou sem aditamento ou CR.

xxx.1 - Desloca-se dentro de outros edifícios com ou sem aditamento ou CR e supervisão de terceiros.

xxx.2 - Desloca-se dentro de outros edifícios com ou sem aditamento ou CR e supervisão e auxílio de terceiros em poucos momentos.

xxx.3 - Desloca-se dentro de outros edifícios com ou sem aditamento ou CR e supervisão e auxílio de terceiros em muitos momentos.

xxx.4 - Desloca-se dentro de outros edifícios com aditamento ou CR e supervisão e auxílio de terceiros.

(Legenda: CR = cadeira de rodas)

#### **d4602 – Deslocar-se fora de casa e outros prédios – andar e deslocar-se perto ou longe da própria casa e de outros edifícios, sem a utilização de transporte, público ou privado, como por exemplo, andar distâncias pequenas e grandes numa aldeia ou cidade.**

xxx.0 – Desloca-se em ambientes externos de forma independente, com ou sem aditamento ou CR;

xxx.1 - Desloca-se em ambientes externos com ou sem aditamento ou CR e supervisão de terceiros.

xxx.2 - Desloca-se em ambientes externos com ou sem aditamento ou CR e supervisão e auxílio de terceiros em poucos momentos.

xxx.3 - Desloca-se em ambientes externos com ou sem aditamento ou CR e supervisão e auxílio de terceiros em muitos momentos.

xxx.4 - Não consegue deslocar-se em ambientes externos.

(Legenda: CR = cadeira de rodas)

#### **d4551 – Subir/ descer - Mover todo o corpo para cima ou para baixo sobre superfícies ou objetos, como subir degraus, rochas, escadas moveis ou fixas, meio-fio ou outros objetos.**

##### **d4551 – Escadas:**

xxx.0 - Normal: Alterna os pés, não usa o corrimão.

xxx.1 - Comprometimento leve: Alterna os pés, mas precisa usar o corrimão.

xxx.2 - Comprometimento moderado: Coloca os dois pés em cada degrau; precisa usar o corrimão.

xxx.3 - Comprometimento grave: Coloca os dois pés em cada degrau; utiliza mais força no apoio do corrimão ou precisa de ajuda de terceiros (levantar a perna, do lado oposto do corrimão).

xxx.4 - Não consegue realizar a tarefa com segurança.

**OU**

##### **d4551 – Degrau/ guia:**

xxx.0 - Sobe um degrau ou guia de rua de forma independente e sem dispositivo auxiliar.

xxx.1 - Sobe um degrau ou guia de rua de forma independente e com dispositivo auxiliar.

xxx.2 - Sobe um degrau ou guia de rua com dispositivo auxiliar e ajuda de terceiros.

xxx.3 - Sobe um degrau ou guia de rua com dispositivo auxiliar e grande esforço por parte de terceiros.

xxx.4 - Não consegue subir um degrau ou guia de rua.

**b770 – Funções relacionadas ao padrão de marcha - Funções relacionadas aos padrões de movimento como andar, correr ou outros movimentos do corpo inteiro.**

**Inclui: padrões de andar e correr; deficiência como marcha espástica, marcha parapléica, marcha hemipléica, marcha assimétrica, claudicação e padrão de marcha rígida.**

**Exclui: funções relacionadas à força muscular, funções relacionadas ao tônus muscular, funções relacionadas ao controle de movimentos voluntários, funções relacionadas aos movimentos involuntários.**

**Fases da Marcha:**

Fase de apoio: contato inicial resposta a carga, apoio médio, apoio terminal, desprendimento ou pré-balanço.

Fase de balanço: balanço inicial, balanço médio e balanço final.

**Possíveis alterações:**

**Pé/Tornozelo:** Pronação do pé, Supinação do pé, Flexão plantar de rebote ou exagerada, Impulsão insuficiente, Choque do pé no solo.

**Joelho:** Hiperextensão de joelho, Flexão excessiva do joelho.

**Quadril:** Flexão inadequada de quadril, Extensão inadequada de quadril. **Pelve:** Queda da pelve, Elevação da Pelve.

**Tronco:** Flexão lateral excessiva do tronco, Flexão anterior excessiva do tronco, Rotação excessiva do tronco.

xxx.0 - Marcha sem alterações biomecânicas ou discretos desvios fisiológicos.

xxx.1 - Marcha com leve desvio biomecânico do segmento - paciente consegue controlar quando solicitado ou quando percebe.

xxx.2 - Marcha com moderado desvio biomecânico do segmento - realiza compensações durante a marcha.

xxx.3 - Marcha com grave desvio biomecânico do segmento - realiza importante compensações durante a marcha.

xxx.4 - Desvio biomecânico que impossibilita descarga de peso ou desprendimento no MI afetado.

(Legenda: MI = membro inferior)

**PARA MARCHA COM ADITAMENTOS:**

**d465 – Deslocar-se usando algum tipo de equipamento (marcha com aditamento) - mover todo o corpo de um lugar para outro sobre qualquer superfície ou espaço utilizando dispositivos específicos para facilitar a movimentação ou criar outras maneiras de se mover com equipamentos como patins, esquis, equipamento de mergulho, ou deslocar-se na rua com cadeira de rodas ou andador.**

xxx.0 - Nenhum aditamento, podendo utilizar de dispositivos como tira de Stuss, estabilizador de tornozelo, estribo para garra e outros de auxílio simples.

xxx.1 - Bengala de 1 ponto ou bastão de caminhada, com ou sem AFOs no geral que o paciente é capaz de colocar de forma independente.

xxx.2 - Muleta canadense ou axilar unilateral ou bengala de 4 pontos com ou sem AFOs no geral que o paciente não é capaz de colocar de forma independente.

xxx.3 - Muletas axilares ou canadenses bilaterais.

xxx.4 - Andador.

(Legenda: AFOs = Ankle Foot Orthesis)

**OU**

**PARA DESLOCAMENTO NA CR:**

**d465 – Deslocar-se usando algum tipo de equipamento - mover todo o corpo de um lugar para outro sobre qualquer superfície ou espaço utilizando dispositivos específicos para facilitar a movimentação ou criar outras maneiras de se mover com equipamentos como patins, esquis, equipamento de mergulho, ou deslocar-se na rua com cadeira de rodas ou andador.**

xxx.0 - Independente no uso de cadeira de rodas. Faz as manobras necessárias para se deslocar e propulsiona a cadeira por pelo menos 50 metros.

xxx.1 - Propulsiona em terrenos irregulares. Assistência mínima em subir e descer degraus, guias.

- xxx.2 - Assistência para manipular a cadeira para a mesa, cama, banheiro.
- xxx.3 - Propulsiona a cadeira por curtas distâncias, superfícies planas. Assistência em todo o manejo da cadeira.
- xxx.4 - Dependente na ambulação em cadeira de rodas.

**d220 – Realizar tarefas múltiplas - realizar ações simples ou complexas e coordenadas como componentes de realizar tarefas múltiplas, integradas e complexas em sequência ou simultaneamente.**

**Timed up and Go com dupla tarefa (tempo em segundos)**

**Sugestões: para afásicos utilizar perguntas que o terapeuta faz enquanto o paciente faz o teste – para ele pensar, mesmo que não responda –, ou tentar cantar uma música.**

- xxx.0 - Normal: Nenhuma mudança notável entre sentado e de pé, no ritmo ou precisão da contagem regressiva e nenhuma mudança na velocidade da marcha.
- xxx.1 - Leve: Desaceleração notável, hesitação ou erros na contagem regressiva OU marcha lenta (em 10%) na dupla tarefa.
- xxx.2 - Moderado: Afeta AMBAS as tarefas – afeta a tarefa cognitiva E diminui a velocidade de marcha (em  $\leq 10\%$ ) na dupla tarefa.
- xxx.3 - Grave: Afeta AMBAS as tarefas – afeta a tarefa cognitiva E diminui a velocidade de marcha (em  $> 10\%$ ) na dupla tarefa.
- xxx.4 - Não consegue contar regressivamente enquanto anda ou para de andar enquanto fala.

**TRANSFERÊNCIAS:**

**d4200 - Transferir-se enquanto sentado**

- xxx.0 - Transfere independente para todos os lugares e alturas.
- xxx.1 - Transfere para superfícies mais altas com auxílio.
- xxx.2 - Transfere para superfícies mais baixas sem auxílio
- xxx.3 - Auxilia na transferência.
- xxx.4 - Inicia a transferência com auxílio total.

**d4208 – Transferir-se a própria posição, outra especificada - Mover-se de uma superfície para outra, como escorregar em um banco ou mover-se da cama para cadeira, sem mudar a posição do corpo. Deslocar-se enquanto estiver sentado ou deitado.**

xxx.0 - A pessoa de aproxima da cama ou da cadeira, aciona o freio, ajusta os pedais e remove o apoio dos braços caso necessário; transfere-se (ficando em pé ou deslizando) e retorna. Executa com segurança. Requer dispositivos de ajuda ou adaptação (prótese ou órtese) tais como equipamentos móveis ou de elevação, bancos ou cadeiras especiais, suportes ou muletas. Leva em tempo acima do razoável ou existem riscos de segurança.

xxx.1 - Requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (posicionando os equipamentos moveis, ajustando os pedais, etc) ou quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

xxx.2 - Assistência moderada – a pessoa executa 50 a 74% das tarefas – trava a cadeira, retira o pé do apoio e afasta o apoio, remove o apoio do braço, leva o quadril para a beira da cadeira, posiciona o braço na outra superfície, precisa de alguém para elevar o paciente e rodar seu quadril – segura por cima do ombro. Terceiros afastam a CR ao final do movimento.

xxx.3 - Assistência máxima – a pessoa executa 25 a 49% das tarefas – paciente pode preparar o ambiente, porém precisa ser lembrada dos passos ou não realiza tudo de forma independente. Precisa ser auxiliada por baixo dos braços com grande força de terceiros, auxilia fazendo força nos MMII (não suficiente para levantar-se sozinho) e girando os pés

xxx.4 - Assistência total - a pessoa executa menos de 25% das tarefas – terceira pessoa prepara o ambiente, eleva paciente e executa o giro sem auxílio do paciente.

(Legenda: MMII = membros inferiores)

**TROCAS POSTURAS:**

**d4100 – Deitar-se - Adotar e abandonar a posição deitada ou mudar a posição horizontal do corpo de qualquer outra posição, como levantar-se ou sentar-se.**

- xxx.0 - Passa para deitado com agilidade e controle.
- xxx.1 - Passa para deitado sem apoio.
- xxx.2 - Assume até 45º e necessita de auxílio para finalizar a passagem.
- xxx.3 - Inicia a passagem, mas ainda necessita de auxílio.
- xxx.4 - Tem intenção de iniciar a passagem.

**d4102 – Ajoelhar-se - adotar e abandonar a posição em que o corpo está apoiado nos joelhos com as pernas dobradas, como por exemplo, quando se reza, ou mudar a posição do corpo de ajoelhado para qualquer outra posição, como por exemplo, levantar-se.**

xxx.0 - Passa para ajoelhado sem apoio e mantém tronco alinhado.

xxx.1 - Passa para ajoelhado sem apoio, mas mantém tronco discretamente anteriorizado.

xxx.2 - Passa para ajoelhado com apoio.

xxx.3 - Necessita de auxílio para assumir a postura ajoelhada, mas permanece com o tronco anteriorizado.

xxx.4 - Não adota a postura ajoelhada.

**4107 – Rolar - Mover o corpo deitado de uma posição para outra, de um lado para o outro ou mudar a posição de deitado de costas para de barriga para baixo.**

xxx.0 - Rola para o lado em 3 segundos sem a utilização das mãos. Independente.

xxx.1 - Movimenta o braço ativamente cruzando o corpo, a perna é movida ativamente e o restante do corpo segue em bloco. Independente com compensação ou supervisão.

xxx.2 - O braço é levado cruzando o corpo junto com o outro braço. A perna é movida ativamente, porém é necessário toque leve para que o corpo acompanhe em bloco ou paciente usa as bordas da cama para tracionar-se.

xxx.3 - Movimenta a perna ativamente cruzando o corpo, braço é deixado para trás (só é levado quando lembrado ou com auxílio), não há movimento das cinturas pélvicas e escapulares a não ser que exista toque moderado direcionando uma delas ou as duas.

xxx.4 - Paciente não realiza a tarefa – cuidador leva (faz toda a força) para girar ambas as cinturas e posicionar MMII e MMSS em decúbito lateral estabilizando paciente na posição.

(Legenda: MMII = membros inferiores; MMSS = membros superiores)

**d4103 – Sentar-se - adotar e abandonar uma posição sentada ou mudar a posição do corpo de sentado para qualquer outra posição, como levantar-se ou deitar-se.**

xxx.0 - Supino para sentado na lateral da cama. (Sem auxílio)

xxx.1 - Decúbito lateral para sentado na lateral da cama. (Com supervisão).

xxx.2 - Decúbito lateral para sentado na lateral da cama. (Avaliador dá auxílio, assistindo as pernas do paciente na lateral da cama).

xxx.3 - Decúbito lateral para sentado na lateral da cama. (Avaliador auxilia o paciente com movimento. Paciente controla a posição da cabeça durante o tempo todo).

xxx.4 - Deitado de lado, levanta a cabeça, mas não se senta. (É auxiliado para permanecer em decúbito lateral).

**d4104 – Levantar-se - adotar e abandonar uma posição de estar em pé ou mudar a posição do corpo de estar em pé para qualquer outra posição, como deitar-se ou sentar-se.**

xxx.0 - Levanta-se, sem apoio/aditamentos.

xxx.1 - Levanta-se com apoio/aditamentos.

xxx.2 - Inicia a passagem, mas necessita do auxílio de terceiros para completar a troca postural.

xxx.3 - Tem intenção de iniciar a passagem, mas necessita do auxílio de terceiros, para realizar a troca postural.

xxx.4 - Não inicia a passagem.

**d4105 – Inclinar-se - inclinar as costas para baixo ou para o lado, como ao fazer uma reverência ou abaixar-se para pegar um objeto**

**Alcance funcional para frente**

xxx.0 - Máximo para os limites: > 32 cm.

xxx.1 - Moderado: 24 cm - 32 cm.

xxx.2 - Pobre: 16,5 cm – 24 cm.

xxx.3 - Muito pobre: < 16,5 cm.

xxx.4 - Inclinação não mensurável.

**OU**

**Alcance funcional lateral**

xxx.0 - Máximo para o limite: > 25,5 cm.

- xxx.1 - Moderado: 17 – 25,5 cm.
- xxx.2 - Pobre: 10 – 17 cm.
- xxx.3 - Muito pobre: < 10 cm.
- xxx.4 - Inclinação não mensurável.

#### **MANUTENÇÃO DA POSTURA:**

##### **d4155 – Manter posição da cabeça – Controlar a posição da cabeça e sustentar seu peso por um determinado período de tempo.**

- xxx.0 - Manter controle cervical e realiza movimentos com controle.
- xxx.1 - Manter extensão cervical na postura sentada, por 30 segundos ou mais.
- xxx.2 - Manter extensão cervical na postura sentada, por menos de 30 segundos.
- xxx.3 - Inicia a extensão cervical na postura sentada.
- xxx.4 - Não realiza a extensão cervical na postura sentada.

##### **d4153 – Permanecer sentado - Permanecer sentado, em uma cadeira ou no chão, pelo tempo necessário, como quando sentado em uma carteira ou mesa. Permanecer sentado com pernas retas ou cruzadas, com pés apoiados ou sem apoio.**

- xxx.0 - Senta em um banquinho sem suporte, alcança os dois lados para tocar o chão e volta à posição inicial.
- xxx.1 - Senta sem suporte, vira a cabeça e o tronco para olhar para trás. (Pés juntos e apoiados no chão. Não permitir abdução dos membros inferiores ou movimentação dos pés. Mãos descansam sobre as coxas).
- xxx.2 - Senta sem suporte jogando peso anteriormente e bem distribuído, sem desequilíbrios internos. (Peso deve estar à frente dos quadris, cabeça e coluna torácica estendidos, peso igualmente distribuído em ambos os hemisferos).
- xxx.3 - Senta sem suporte por 10 segundos apenas (Sem se segurar, os joelhos unidos e os pés apoiados no chão) ou por maior tempo sendo necessário apoio do MS no assento para manutenção da postura.
- xxx.4 - Senta-se somente com suporte (avaliador deve assistir o paciente).

##### **d4154 – Permanecer em pé - Permanecer em pé durante o tempo necessário, como quando se espera em uma fila. Permanecer de pé em superfícies inclinadas, escorregadias ou duras.**

- xxx.0 - Permanece em pé com as mãos livres para função.
- xxx.1 - Permanece em pé com apoio de uma das mãos.
- xxx.2 - Permanece em pé com apoio das duas mãos ou uma com supervisão.
- xxx.3 - Permanece em pé com suporte externo (prancha ortostática, tala extensora, stand-in-table, parapodium).
- xxx.4 - Não consegue ficar em pé.

#### **EQUILÍBRIO:**

##### **b2351 – Funções relacionadas aos reflexos de movimentos involuntários - Funções de contrações involuntárias de grandes músculos, ou de todo o corpo induzidas pela posição do corpo, equilíbrio e estímulos ameaçadores. Funções de reações posturais, reação de endireitar o corpo, reações de adaptação do corpo, reações de equilíbrio, reações de apoio, reações de defesa.**

Sugestões: Realizar os testes de acordo com o objetivo do seu paciente – os testes podem variar utilizando base fechada ou aberta, olhos abertos ou fechados, superfície estável ou instável, rampa ou não, ou uma combinação deles. Descreva como está sendo realizado e pontue de acordo com a escala:

##### **b2351 – ESTÁTICO**

- xxx.0 - Mantem de forma segura, pés próximos, sem apoio dos MMSS por tempo > 30 segundos.
- xxx.1 - Mantem de forma instável ou com base aumentada sem apoio dos MMSS por tempo < 30 segundos.
- xxx.2 - Mantem com apoio de MMSS por tempo > 30 segundos.
- xxx.3 - Mantem com apoio de MMSS por tempo < 30 segundos.
- xxx.4 - Não é capaz de ficar na posição escolhida.

(Legenda: MMSS = membros superiores)

OU

#### **b2351 – DINÂMICO**

Marcha com movimentos horizontais (rotação) da cabeça:

xxx.0 - Durante a marcha realiza as rotações da cabeça suavemente, sem alteração.

xxx.1 - Realiza as rotações da cabeça suavemente, com leve alteração da velocidade da marcha, ou seja, com mínima alteração da progressão da marcha.

xxx.2 - Durante a marcha realiza rotações da cabeça com moderada alteração da velocidade, diminui a velocidade, ou cambaleia, mas se recupera e consegue continuar a andar.

xxx.3 - Marcha sem rotação da cabeça, com velocidade reduzida ou cambaleia, mas se recupera e consegue continuar a andar.

xxx.4 - Marcha sem rotação de cabeça, com grave distúrbio da marcha, ou seja, cambaleando para fora do trajeto, perde o equilíbrio, para procura apoio na parede, ou precisa ser amparado mesmo com uso de aditamento.

**d4106 – Mudar o centro de gravidade do corpo – mudar ou mover o peso do corpo de uma posição para outra enquanto sentado, de pé ou deitado, como por exemplo, mudar o apoio de um pé para o outro enquanto de pé - Alinhamento do centro de massa (caso use meio auxiliar pontuar uma categoria abaixo)**

xxx.0 - Alinhamento normal AP e ML do CM e alinhamento postural segmentar normal.

xxx.1 - Alinhamento anormal AP ou ML do CM OU alinhamento postural anormal.

xxx.2 - Alinhamento anormal AP ou ML do CM E alinhamento postural anormal.

xxx.3 - Alinhamento normal AP e ML do CM com apoio de MMSS.

xxx.4 - Alinhamento anormal AP e ML do CM mesmo com apoio de MMSS.

(Legenda: AP = anteroposterior; ML = médio-lateral; CM = centro de massa; MMSS = membros superiores)

#### **ORIENTAÇÕES:**

**d198 – Aprendizagem e aplicação de conhecimento, outros especificados -**

***Dividir as orientações dadas em porcentagens para pontuação adequada de compreensão e adesão.***

xxx.0 - Compreende, reproduz corretamente e relata realizar todas as orientações dadas em casa.

xxx.1 - Compreende, reproduz e relata dificuldade LIGEIRA para realizar todas as orientações dadas em casa (leve, pequeno, ...) 5-24%

xxx.2 - Compreende, reproduz e relata dificuldade MODERADA realizar todas as orientações dadas em casa (médio, regular, ...) 25-49%

xxx.3 - Compreende, reproduz e relata dificuldade GRAVE para realizar todas as orientações dadas em casa (grande, extremo, ...) 50-95%

xxx.4 - Relata dificuldade COMPLETA para compreender e reproduzir em casa todas as orientações dadas (total, ...) 96-100%

#### **CONDICIONAMENTO/ FUNÇÕES RESPIRATÓRIAS:**

**b455 – Funções de tolerância a exercícios (resistência física geral, capacidade aeróbia, fadiga, tolerância a exercícios) - funções relacionadas a capacidade respiratória e cardiovascular necessária para suportar exercícios físicos. Funções de resistência física, capacidade aeróbia, vigor e fadiga - Cansaço referido na escala de Borg antes e após teste escolhido (Teste de Caminhada de 6 minutos, por exemplo), relatando teste utilizado. Escolher se uso para resistência muscular ou cardiopulmonar.**

xxx.0 - Pontuação de 0 ou 1 na escala de Borg.

xxx.1 - Pontuação de 2 a 4 na escala de Borg.

xxx.2 - Pontuação de 5 ou 6 na escala de Borg.

xxx.3 - Pontuação de 7 ou 8 na escala de Borg.

xxx.4 - Pontuação 9 ou 10 na escala de Borg.

#### **PO – PÓS-OPERATÓRIO:**

**b280 – Sensação de Dor - sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo. Sensação de dor generalizada ou localizada, em uma ou mais partes do corpo, dor em um dermatomo, aguda, em queimação, imprecisa, continua e localizada: deficiências como mialgia, analgesia e hiperalgesia.**

- xxx.0 - EVA= 0-1 (nenhuma, ausente, insignificante)
  - xxx.1 - EVA= 2-4 (dor leve)
  - xxx.2 - EVA= 5-6 (dor moderada)
  - xxx.3 - EVA= 7-8 (dor grave)
  - xxx.4 - EVA= 9-10 (dor insuportável)
- (Legenda EVA= Escala Visual Analógica)



**b4352 – Funções dos vasos linfáticos - funções relacionadas com os canais vasculares que transportam linfa.**

- xxx.0 - Ausência de edema OU edema discreto quando permanece com MMII baixos durante grandes períodos de tempo ou ao final do dia.
- xxx.1 - Edema leve 1+/4+ constante ou moderado quando permanece com MMII baixos durante grandes períodos de tempo ou ao final do dia.
- xxx.2 - Edema moderado 2+/4+ constante.
- xxx.3 - Edema grave 3+/4+ constante.
- xxx.4 - Edema completo 4+/4+.

**b820 – Funções reparadoras da pele (cicatrização, aderências) - funções da pele para a reparação de soluções de continuidade, ferimentos e de outros danos na pele. Funções da formação de crostas, cicatrização; contusão e formação de queloides.**

- xxx.0 - Ausência de aderências.
- xxx.1 - Aderência leve 1+/4+ - existe fibrose que não afeta mobilidade da pele ou segmentos.
- xxx.2 - Aderência moderada 2+/4+ - fibrose que afeta a mobilidade da pele em volta, porém não afeta mobilidade de segmentos.
- xxx.3 - Aderência grave 3+/4+ - fibrose importante que afeta a mobilidade da pele e tecidos adjuntos, podendo atrapalhar a mobilidade de segmentos (especialmente por dor).
- xxx.4 - Aderência completa 4+/4+ - fibrose que afeta mobilidade dos tecidos adjuntos e impede mobilidade de segmento.

**b710 – Funções relacionadas à mobilidade das articulações - funções relacionadas com a amplitude e a facilidade de movimento de uma articulação. Funções relacionadas à mobilidade de uma ou várias articulações, coluna vertebral, ombro, cotovelo, cintura, quadril, joelho, tornozelo, pequenas articulações das mãos e pés; mobilidade generalizada das articulações; deficiências como hiper mobilidade das articulações, rigidez articular, ombro congelado, artrite.**

- xxx.0 - Ganhou 100% da amplitude inicial (de 20° ele reduziu 20°).
- xxx.1 - Ganhou 50% da amplitude inicial.
- xxx.2 - Melhorou de 20% da amplitude inicial.
- xxx.3 - Melhorou de 10% da amplitude inicial.
- xxx.4 - Manteve a amplitude inicial.

**b730 – Funções relacionadas à força muscular - funções relacionadas com a força gerada pela contração de um músculo ou de grupos de músculos. Funções associadas com a força de músculos específicos e grupos musculares, músculos de um membro, de um lado do corpo, da parte inferior do corpo, de todos os membros, do peito e do corpo como um todo; deficiências como fraqueza dos pequenos músculos dos pés e das mãos, paresia muscular, paralisia muscular, monoplegia, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia e mutismo acinético.**

- xxx.0 - Grau 5, normal, consegue realizar movimento superando grandes resistências.
- xxx.1 - Grau 4, bom, consegue realizar o movimento vencendo a gravidade e também alguma força externa.
- xxx.2 - Grau 3, regular, consegue realizar movimento vencendo a gravidade.
- xxx.3 - Grau 2, fraco, há movimento somente na ausência de gravidade.



xxx.4 - Grau 0, nula, ausência de contração ou grau 1, esboço, leve contração porém incapaz de produzir movimento.

**b735 – Funções relacionadas ao tônus muscular - funções relacionadas com a tensão presente nos músculos em repouso e a resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente. Funções associadas à tensão de músculos isolados e grupos musculares, músculos de um membro, de um lado do corpo e da metade inferior do corpo, músculos de todos os membros, músculos do tronco, e todos os músculos do corpo; deficiências, tais como, hipotonia, hipertonia e espasticidade muscular, miotomia e paramiotonia.**

xxx.0 - Nenhum aumento no tônus muscular.

xxx.1 - Leve aumento no tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão; 1+: leve aumento no tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante.

xxx.2 - Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente.

xxx.3 - Considerável aumento no tônus muscular, o movimento passivo é difícil.

xxx.4 - Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

(Legenda: ADM = amplitude de movimento)

**b720 – Funções relacionadas a resistência muscular – funções relacionadas com a sustentação da contração muscular pelo período de tempo necessário. Funções associadas à sustentação da contração de músculos isolados, de grupos musculares, e de todos os músculos do corpo; deficiências como miastenia gravis.**

**Sugestão: Manobras deficitárias: Mingazinni (quadrís, joelhos e tornozelos a 90°), Barret (MMSS estendidos com ombros a 90° de flexão) ou outra posição especificada que baseie o objetivo (utilizar qualquer que seja a posição desejada ou grupo muscular observado e tomar a base dos 2 minutos)**

xxx.0 - Mantem por 2 minutos sem queda em nenhum segmento.

xxx.1 - Mantem por 2 minutos com desalinhamento em algum segmento.

xxx.2 - Mantem de 1 minuto a 1 minuto e 59 segundos sem queda em nenhum segmento.

xxx.3 - Mantem de 1 minuto a 1 minuto e 59 segundos com desalinhamento em algum segmento.

xxx.4 - Não mantém a posição por 1 minuto.

(Legenda: MMSS = membros superiores)

#### **AVD'S (Atividades de Vida Diária):**

**d540 – Vestir-se - realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado, segundo uma sequência adequada, e de acordo com as condições climáticas e sociais, como por exemplo, vestir, compor e tirar camisas, saias, blusas, calças, roupa interior, saris, quimonos, meias, casacos, calçar sapatos, botas, sandálias e chinelos, por luvas e chapéus Inclui: pôr ou tirar roupas e calçado e escolher as roupas apropriadas.**

xxx.0 - Independência Completa – vestir-se e despir-se, buscando obter as roupas de armários e gavetas, manejando agasalhos ou camisas abertas ou fechadas, sutiens, zíperes e botões; coloca e remove próteses ou órteses. Desempenho seguro. Independência Modificada – exige adaptações (como o velcro ou dispositivo de ajuda), ou assistência (incluindo prótese e órtese) ou quando leva um tempo acima do razoável.

xxx.1 - Supervisão ou Preparação – exige supervisão (estar alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese ou de equipamento especializado). Assistência com Contato Mínimo – quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

xxx.2 - Assistência Moderada – a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

xxx.3 - Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

xxx.4 - Assistência Total – a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

**d550 – Comer - executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar os talheres; participar em refeições, banquetes e jantares.**

xxx.0 - Independência Completa – come de um prato, bebe de uma xícara ou copo, sabendo tratar diferentes tipos de comida e com a refeição disposta na forma clássica sobre uma mesa ou bandeja. O paciente usa colher ou garfo para levar a comida à boca; a comida é mastigada e engolida. Independência Modificada – necessita de um dispositivo de adaptação ou apoio, tal como canudo longo, espeto, faca rotativa; despende, para comer, um tempo acima do razoável, necessita alterar a consistência da comida ou liquefazê-la ou exige cuidados de segurança no ato de comer. Se a pessoa usa outras formas de alimentação (parental ou gastronomia) ela é capaz de fazê-lo por si própria.

xxx.1- Supervisão ou Preparação – necessita de supervisão (por exemplo, alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese); ou quando é preciso a ajuda de alguém para abrir as embalagens, cortar carne, passar manteiga no pão ou despejar líquidos, sem contato físico. Assistência com Contato Mínimo – quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas de alimentação.

xxx2 - Assistência Moderada – a pessoa executa 50 a 74% das tarefas de alimentação.

xxx.3 - Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas de alimentação.

xxx.4 - Assistência Total – a pessoa executa menos de 25% das tarefas. Ou, quando sua alimentação se faz em parte por via oral e em parte por outras

vias (parental ou gastronomia), e ela não consegue administrá-las por si própria.

MANUSCRITO ACETTO  
Acta Fisiatr. 2019:26(1)