

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

KAROLEEN OSWALD SCHARAN

**A CONTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA ABORDAGEM
BIOPSISSOCIAL DE ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA**

CURITIBA

2020

KAROLEEN OSWALD SCHARAN

**A CONTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA ABORDAGEM
BIOPSIKOSSOCIAL DE ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como pré-requisito para a obtenção do título de Doutora em Tecnologia em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Auristela Duarte de Lima Moser.

CURITIBA

2020



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola Politécnica
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde

TERMO DE APROVAÇÃO DE TESE Nº 006

A Tese de Doutorado intitulada “**A CONTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL DE ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA**” defendida em sessão pública pelo(a) candidato(a) **Karoleen Oswald Scharan** no dia **27 de março de 2020**, foi julgada para a obtenção do título de Doutor em Tecnologia em Saúde, e aprovada em sua forma final, pelo Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Auristela Duarte de Lima Moser – Orientador e Presidente – PUCPR

Prof. Dr. Sergio Ossamu Ioshii – PUCPR

Prof. Dr. Paula Karina Hemberger – PUCPR

Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque – UFPR

Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro – UFC

A via original deste documento encontra-se arquivada na Secretaria do Programa, contendo a assinatura da Coordenação após a entrega da versão corrigida do trabalho.

Curitiba, 31 de agosto de 2020.

Prof. Dr. Percy Nohama,

Coordenador do PPGTS PUCPR

Dedico este trabalho aos pacientes e clientes, aos alunos e colegas de profissão, que foram os motivadores para a construção das reflexões apresentadas.

Com especial carinho e entusiasmo, dedico aos educadores, na certeza de que muito enriquecerão suas condutas e que contribuirão para uma formação mais humana para si, para os acadêmicos com quem constroem a saúde e para quem oferecemos nosso servir: aos nossos pacientes e clientes.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus, a minha família e a cada pessoa que tive contato durante todo período da minha formação. Entendendo que tudo está conectado de alguma forma, que influencia e é influenciado, agradeço pelas oportunidades que tive e que tenho e pelas escolhas que pude fazer. As escolhas sempre me conduziram à busca de conhecimento, de autoconhecimento, resiliência, silêncio e ao entendimento.

Agradeço à minha família e aos amigos que, de uma forma ou outra apoiavam ou até mesmo desafiavam as minhas buscas.

Agradeço aos professores que tive até aqui. Parafraseando Paulo freire: os professores com certeza se eternizarão na minha forma de pensar e de agir. Eles se eternizam “em cada ser que educam”.

Agradeço à Capes pela bolsa de estudo concedida. Sou grata por gostar de estudar, e em poder aprender, me desenvolver e compartilhar com outros o que já aprendi.

Minha consciência afirmava que devia fazer escolhas. Cautelosamente perscrutei os caminhos. Percebi que um deles era cheio de marcas, de pegadas, portanto, muito sulcado pelo uso, enquanto o outro era virgem, agreste, representava o novo, portanto, a experiência. A dúvida criava em meu ser o empecilho da escolha. Fiz reflexão, meditei, e optei pelo novo, com a certeza que, tendo que aprender para resolver os desafios, haveria de crescer.

(da CRUZ, 2016, p.25)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Modelo de saúde biomédico	18
Figura 2 Modelo de saúde biopsicossocial.....	18
Figura 3 Modelos de atuação profissional do fisioterapeuta: hegemônico e contra-hegemônico.....	21
Figura 4 Família de Classificações Internacionais	40
Quadro 1 Visão geral da CIF.....	43
Quadro 2 Prefixos alfabéticos referentes aos componentes da CIF	44
Figura 5 Níveis das categorias da CIF	45
Quadro 3 Características dos qualificadores da CIF referentes ao componente Funções do Corpo.....	46
Quadro 4 Características dos qualificadores da CIF referentes ao componente Estruturas do Corpo e Atividades e Participação	47
Quadro 5 Características dos qualificadores da CIF referentes ao componente Fatores Ambientais	48
Figura 7 <i>Rehabilitation problem-solving form</i>	63
Figura 8 Ciclo de reabilitação	64
Quadro 7 Conteúdo do componente Funções do Corpo	74
Quadro 8 Conteúdo do componente Estruturas do Corpo	74
Quadro 9 Conteúdos referentes aos capítulos do componente Atividades e Participação.....	75
Quadro 10 Conteúdos referentes aos capítulos do componente Fatores Ambientais	75
Quadro 11 Estratégia de sensibilização da CIF aos acadêmicos de Fisioterapia	83
Quadro 11 Estratégia de sensibilização da CIF aos acadêmicos de Fisioterapia (continuação).....	84
Quadro 12 Componentes e categorias representativas do item diagnóstico clínico	90
Quadro 13 Componentes/Capítulos, Categorias e Citações representativas da queixa principal	92
Quadro 14-Conteúdo das atividades e participação representativos da história da doença atual, prévio à sensibilização	95
Quadro 15 Componentes/Capítulos, categorias e citações representativos de “quando a dor aparece”	96

Quadro 16- Conteúdo da questão “a dor impede você de realizar suas atividades diárias?”, prévio à sensibilização.....	98
Quadro 17- Análise do conteúdo do material produzido a partir da observação da sensibilização em ambos turnos	104
Quadro 17- Análise do conteúdo do material produzido a partir da observação da sensibilização em ambos turnos (continuação).....	105
Quadro 18-Respostas à pergunta “O que é a CIF para mim?”.....	106
Figura 10- Croqui do atendimento em <i>box</i>	119
Figura 11 Croqui saguão de Cinesioterapia	121
Quadro 19 Item diagnóstico clínico e categorias posteriores à sensibilização	126
Quadro 19 Item diagnóstico clínico e categorias posteriores à sensibilização (continuação).....	127
Quadro 19 Item diagnóstico clínico e categorias posteriores à sensibilização (continuação).....	128
Quadro 20 Componentes, capítulos, categorias e citações representativos da queixa principal posterior à sensibilização.....	129
Quadro 20 Componentes, capítulos, categorias e citações representativos da queixa principal, posterior à sensibilização (continuação)	130
Quadro 21 Capítulos, categorias e citações referentes a atividades e participação representativos do item história da doença atual, posterior à sensibilização	132
Quadro 22 Componentes/ Capítulos, categorias e citações representativos do item “quando a dor aparece?”	134
Quadro 23 Conteúdo da questão “a dor impede você de realizar suas atividades diárias?” posterior à sensibilização	137
Quadro 23 Conteúdo da questão “a dor impede você de realizar suas atividades diárias?” posterior à sensibilização (continuação).....	138
Quadro 27 Capítulos e categorias dos diagramas referentes ao componente Fatores Ambientais.....	146

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	Atividade de Vida Diária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10ª revisão
CIDID	Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagem
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ERRJ	Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro
ICF	<i>International Classification of Functioning</i>
ICIDH	<i>International Classification of Impairments, Disability and Handicap</i>
ICIDH-2	<i>International Classification of Impairments, Disability and Handicap-2</i>
MDOC	Medida de Desempenho Ocupacional Canadense
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSF	Política Nacional de Saúde Funcional
OCM	<i>Outline of cultural materials</i>
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
QRM	Questionário de Rolland-Moris
RPS-Form	<i>Rehabilitation problem solving form</i>
SPR	<i>Swiss Paraplegic Research</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHODAS	<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

RESUMO	13
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 MOTIVAÇÕES DO ESTUDO.....	24
2 OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GERAL.....	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	27
3.1 MODELOS BIOMÉDICO E BIOPSISSOCIAL E ABORDAGENS DERIVADAS.....	27
3.2 ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA E MODELOS NORTEADORES	33
3.3 A CIF E A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS.....	38
3.3.1 Composição da CIF	43
3.3.2 Iniciativas de utilização da CIF	53
3.3.3 A CIF como Tecnologia em Saúde	58
3.3.4 A CIF na formação profissional	62
4 MÉTODO	66
4.1 TIPO DE ESTUDO E ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	66
4.2 ASPECTOS ÉTICOS E PERÍODO DO ESTUDO.....	68
4.3 PARTICIPANTES E CENÁRIO DO ESTUDO	68
4.4 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	69
4.4.1 Identificação e descrição dos registros de informações em funcionalidade realizados no serviço de Fisioterapia	69
4.4.2 Análise das informações registradas para identificar as potenciais contribuições para operacionalização da CIF	70
4.4.2.1 Estratégias para validação dos dados	76
4.4.3 Delineamento e aplicação de uma estratégia de sensibilização sobre o modelo biopsicossocial e a CIF aos acadêmicos	80
4.4.4 Acompanhamento das práticas clínicas para identificação da evolução do modo de abordagem depois da sensibilização	85
4.4.5 Identificação das repercussões da assimilação do modelo biopsicossocial e da CIF na abordagem clínica e no estabelecimento de diagnóstico, metas e objetivos terapêuticos	87

5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	88
5.1	DESCRIÇÃO DOS REGISTROS DE INFORMAÇÕES EM FUNCIONALIDADE E POTENCIAIS CONTRIBUIÇÕES PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA CIF	88
5.2	ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO: INICIANDO UM DIÁLOGO	103
5.3	ACOMPANHAMENTO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS E REPERCUSSÕES DA ASSIMILAÇÃO DO MODELO BIOPSISSOCIAL	117
5.3.1	Acompanhamento das práticas clínicas para identificar a evolução no modo de abordagem	117
5.3.2	Repercussões da assimilação do modelo biopsicossocial	125
5.3.2.1	Fichas de avaliação	125
5.3.2.2	Diagramas	141
5.3.3	A escuta do paciente como espaço para a atitude biopsicossocial	150
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
	REFERÊNCIAS.....	155
	APÊNDICE A – SLIDES USADOS NAS 4 AULAS EXPOSITIVAS DOS ENCONTROS DE SENSIBILIZAÇÃO	169
	APÊNDICE B – CASOS DE MODELOS EM SAÚDE USADOS NA SENSIBILIZAÇÃO 197	
	APÊNDICE C – CASOS DE MODELOS EM SAÚDE USADOS NA SENSIBILIZAÇÃO 200	
	APÊNDICE D- INTERAÇÃO DOS COMPONENTES DA CIF	203
	APÊNDICE E- QUADRO DE CÓDIGOS E GRUPOS DE CÓDIGOS UTILIZADOS NO SOFTWARE ATLAS.TI.....	204
	APÊNDICE F-COMPONENTES E CATEGORIAS DA CIF A PARTIR DA FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	210
	ANEXO A– APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA LOCAL.....	212
	ANEXO B FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	215
	ANEXO C CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF), RECURSO TECNOLÓGICO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA APRIMORAMENTO DA ABORDAGEM E AVALIAÇÃO EM SAÚDE	224
	ANEXO D DIAGRAMA TÍPICO DESENVOLVIDO DEPOIS DA SENSIBILIZAÇÃO 239	

ANEXO E DIAGRAMA TÍPICO DESENVOLVIDO ANTES DA SENSIBILIZAÇÃO
240

RESUMO

Introdução: necessidades emergentes na provisão de serviços em reabilitação apontam para a disseminação de alta qualidade de profissionais de saúde cuja formação acompanhe as tendências de perfis demográficos e o uso de tecnologias atuais, mundialmente referenciadas. Em decorrência do envelhecimento populacional, estilos de vida e ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis, a avaliação em saúde passou a considerar aspectos que compõem o substrato do modelo biopsicossocial, operacionalizado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF contempla a inter-relação das Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, as Atividades e Participação, e os Fatores Ambientais. Sua transposição para a rotina clínica ancora-se na assimilação do modelo biopsicossocial e na abordagem ao indivíduo-paciente, avaliando-o, tratando-o e acompanhando-o.

Objetivo: identificar o uso da CIF na abordagem biopsicossocial de acadêmicos de Fisioterapia. **Método:** estudo qualitativo pragmático com análise de conteúdo documental em fichas de avaliação fisioterapêutica produzidas por acadêmicos do último ano do curso no contexto de um estágio obrigatório em musculoesquelética de uma clínica escola em Curitiba; nos respectivos mapas mentais- ferramenta para expressar o raciocínio clínico do acadêmico; e, no diário de campo- registros de acompanhamentos em avaliações, reavaliações e atendimentos. Foram acessadas fichas produzidas antes e depois de um nivelamento conceitual em CIF aos acadêmicos. O conteúdo do material foi codificado à luz das definições da CIF com apoio do software Atlas.ti 8.0. **Resultados:** foram analisadas 45 fichas (20 antes e 25 depois do nivelamento conceitual) e 25 mapas mentais. Percebeu-se conteúdo referente a todos os componentes da CIF com mais registros sobre Funções sensoriais e dor na queixa principal. Os itens que denotaram potencial de informações biopsicossociais referente às Funções do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais foram na história atual e nos itens sobre quando a dor aparece e se a dor impede de realizar alguma atividade diária. As estruturas do corpo foram contempladas pelo diagnóstico clínico e exame físico. Como repercussão da sensibilização, o componente Atividades e Participação teve todos os seus 9 capítulos explorados, sendo o capítulo 4 de Mobilidade, o mais frequentemente descrito. Percebeu-se informações mais detalhadas depois da sensibilização o que permitiu de

forma explícita ou não a convergência entre diagnóstico e objetivos terapêuticos à meta do sujeito. O uso da CIF foi expresso por uma “atitude biopsicossocial” revelando-se na interação com o indivíduo-paciente e necessitando das discussões, reflexões e apoio da supervisão ao raciocínio clínico. **Conclusão:** Os achados indicaram que ao percurso de avaliação e atendimento fisioterapêuticos pode-se valorizar as informações relatadas pelo indivíduo-paciente e registradas, contextualizando-as aos achados clínicos, co-criando e tecendo uma prática fisioterapêutica ancorada no modelo biopsicossocial.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Fisioterapia. Capacitação de recursos humanos em saúde

ABSTRACT

Introduction: emerging needs in the provision of services in rehabilitation point to the dissemination of high-quality health professionals whose training follows the trends of demographic profiles and the use of current technologies, referenced worldwide. Due to population aging, lifestyles and the increase in chronic non-communicable diseases, health assessment started to consider aspects that make up the substrate of the biopsychosocial model, operated by the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The ICF contemplates the interrelation of Body Functions, Body Structures, Activities and Participation, and Environmental Factors. Its transposition to the clinical routine anchors in the assimilation of the biopsychosocial model and in the approach to the individual-patient, evaluating, treating, and accompanying it. **Aim:** to identify the use of ICF in the biopsychosocial approach of Physiotherapy students. **Method:** qualitative pragmatic study with analysis of documentary content in physical therapy assessment forms produced by academics in the last year of the course; also the content of respective assessments' mental maps - a tool to express the academic reasoning of the student; and, the content of field diary - follow-up records in evaluations, reevaluations and assistance. The context was a mandatory internship in musculoskeletal at a clinic school in Curitiba. The assessments were analyzed before and after a conceptual leveling in ICF. The material was coded in the light of the ICF definitions with support from the Atlas.ti 8.0 software. **Results:** 45 assessments (20 before and 25 after conceptual leveling) and 25 mental maps were analyzed. It was perceived content referring to all the components of the ICF with more records on Sensory functions and pain in the main complaint. The items that showed potential for biopsychosocial information regarding the Body Functions, Activities and Participation and Environmental Factors were in the current history, when the pain appears and if the pain prevents from performing any daily activity. The body structures were covered by clinical diagnosis and physical examination. As a result of the conceptual leveling, the Activities and Participation component had all its 9 chapters explored, with the fourth one on Mobility being the most frequently described. After the sensitization, more detailed information was perceived, which allowed, explicitly or not, the convergence between diagnosis and therapeutic objectives to the subject's goal. The ICF uses was expressed by a "biopsychosocial attitude", revealing itself in the interaction with the individual-patient and requiring

discussions, reflections, and supervision support to clinical reasoning. **Conclusion:** The findings indicated that the path of assessment and physical therapy care could enhance the information reported by the individual-patient and recorded, contextualizing them to clinical findings, co-creating and weaving a physical therapy practice anchored in the biopsychosocial model.

Keywords: International Classification of Functionality, Disability and Health. Physiotherapy. Training of human resources in health

1 INTRODUÇÃO

A população mundial enfrenta novos desafios frente às tendências demográficas e epidemiológicas relacionadas ao envelhecimento, estilos de vida, e ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais encontram-se as condições músculos esqueléticas (DCNTs) (World Health Organization 2014, 2017; KRUG; CIEZA, 2017). O impacto desse cenário será de uma maior proporção dessa população vivendo com uma ou mais limitações sensoriais, cognitivas, de mobilidade e/ou restrições em alguma atividade e participação social (Organização Mundial da Saúde, 2015; STUCKI et al., 2018).

Em decorrência dessas tendências desde meados do século XX, o conceito de saúde foi ampliado da ausência de doenças para “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (World Health Organization, 2018a). O termo guarda-chuva utilizado para traduzir tal estado é funcionalidade, por englobar os aspectos biológicos dos indivíduos e, como experienciam suas atividades e participam no âmbito social (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Devido à abrangência e potencial de refletir aspectos que complementam informações sobre as condições de saúde, a funcionalidade foi reconhecida em 2017, pela OMS, como o terceiro indicador de saúde, seguida dos indicadores de mortalidade e morbidade (STUCKI; BICKENBACH, 2017). Esses últimos indicadores são utilizados para registrar, respectivamente, as causas de morte e a prevalência de doenças na sociedade (LAURENTI; BUCHALLA, 1999; DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Para gerar informações sobre a mortalidade e a morbidade utiliza-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, atualmente vigente em sua 10ª revisão (CID-10). A CID-10 pertence à família de classificações da OMS e é estruturada de maneira alfanumérica, permitindo padronizar a linguagem para gerar um diagnóstico de doenças e outras condições de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2007).

As informações referentes à mortalidade e morbidade embasam um modelo de saúde denominado biomédico, cuja prática clínica baseia-se em sinais e sintomas das doenças e sua consequência enquanto incapacidade dos indivíduos (Figura 1). Esse modelo não abrange, nem permite mensurar ou compreender os diversos impactos e as repercussões que as doenças e as condições de saúde ocasionam na

funcionalidade dos indivíduos e em suas vidas, bem como nem o quanto o contexto em que se vive e a funcionalidade impactam na condição de saúde dele.

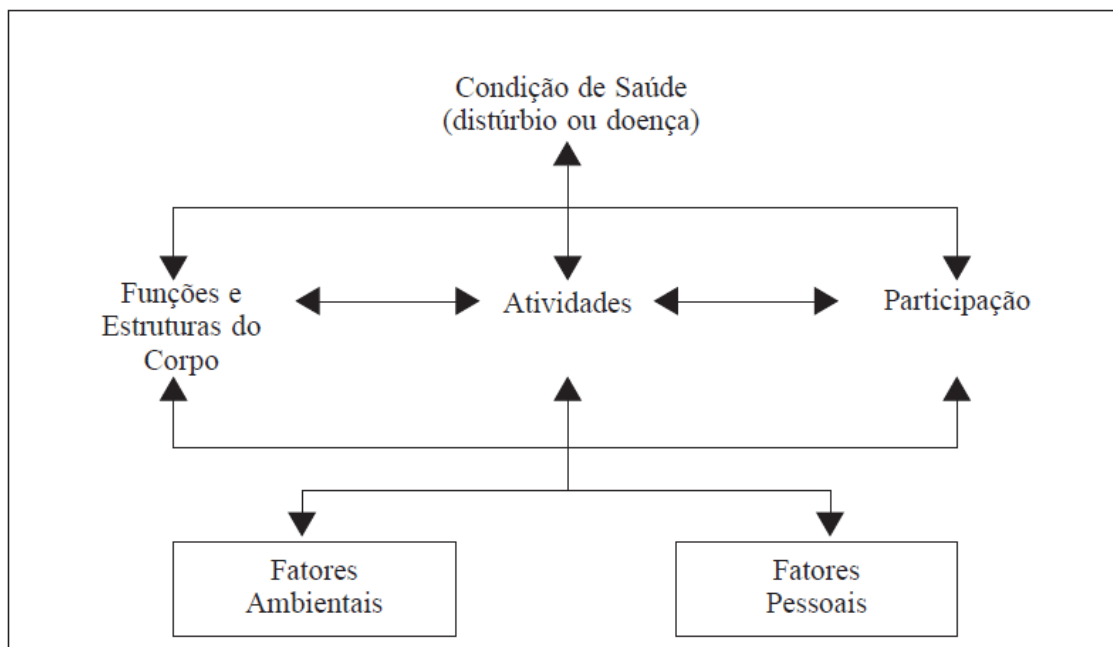
Figura 1 Modelo de saúde biomédico

Etiologia → Patologia → Manifestação

Fonte: Laurenti; Buchalla, 2009.

As necessidades emergentes para considerar outros aspectos da saúde compõem o substrato de um modelo em saúde multifatorial e multidimensional, chamado biopsicossocial (Figura 2). O conteúdo que abrange o modelo biopsicossocial é compilado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), lançada em 2001 pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 2015). O conteúdo permite complementar as informações relacionadas à saúde por considerar aspectos da funcionalidade e dos fatores do ambiente e também pessoais, não registrados sistematicamente até então nas avaliações.

Figura 2 Modelo de saúde biopsicossocial



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2015.

A CIF compõe a família de classificações da OMS fornecendo uma estrutura de referência para registrar e descrever informações sobre Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação, e Fatores Ambientais. Os dois

primeiros componentes englobam os aspectos biológicos orgânicos e inorgânicos, entendendo à luz da CIF que as Funções do Corpo incluem as funções mentais. No terceiro, de Atividades e Participação, entende-se a atividade como a perspectiva individual da funcionalidade para a execução de uma tarefa ou ação, e a participação como a perspectiva social, o “envolvimento de um indivíduo em uma situação de vida real”. Os fatores ambientais referem-se a como o indivíduo experimenta um fator do ambiente como uma barreira ou um facilitador (Organização Mundial da Saúde, 2015, p.251)

A linguagem neutra e sistematizada da CIF tem por objetivo favorecer a comunicação entre diferentes profissionais. A classificação também permite que cada item seja qualificado com uma escala genérica, com especificidades para cada componente, permitindo o monitoramento e acompanhamento das informações registradas em atendimentos de um mesmo serviço e a comparação em diferentes serviços e regiões (Organização Mundial da Saúde, 2015).

A CIF pode ser usada para diferentes propostas como ferramenta estatística, de pesquisa, de política social, e ainda pedagógica e clínica (Organização Mundial da Saúde, 2015). Essas propostas também estão na origem do estabelecimento de metas chave para investimentos sociais relacionados à saúde, educação e trabalho na sociedade moderna para que as pessoas, além de viver mais, vivam melhor, visando a manutenção ou aumento de sua funcionalidade (Organização Mundial da Saúde, 2015; GIMIGLIANO; NEGRINI, 2017; STUCKI; BICKENBACH, 2017). Porém, também acrescentam outros desafios relacionados a provisão de serviços, especialmente os de reabilitação, no sentido de compreendê-los, adequá-los e oferecê-los de modo que atendam às necessidades atuais da população (KRUG; CIEZA, 2017).

Em 2001, a OMS recomendou o uso da CIF por seus países membros (Organização Mundial da Saúde, 2015). Em 2012, o Conselho Nacional de Saúde estabeleceu a adoção da CIF no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde Suplementar, reconhecendo a adoção como importante para o país (Ministério da Saúde, 2012). Nessa perspectiva o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), no entendimento de que a prática profissional do fisioterapeuta se fundamenta no acompanhamento de indivíduos com diferentes condições de saúde, desde a avaliação até o retorno à sociedade com nível de funcionalidade satisfatória para desempenhar diferentes atividades, resolveu por meio

da resolução nº 370, que a CIF será utilizada pelos profissionais sob sua jurisdição no âmbito de suas competências institucionais (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2009).

O Brasil tem 224.368 fisioterapeutas (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2017). Desses, 14.258 estão alocados no Paraná e 4.078 na cidade de Curitiba (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª região, 2020; BIM; GONZÁLEZ, 2020). Independentemente da região do país, as condutas fisioterapêuticas são padronizadas pelo decreto Decreto Lei n. 938, de 13 de Outubro de 1969 e da Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, que colocam o fisioterapeuta como um agente social para além de sua prática clínica interventiva. Assim, foi recomendado ainda, o uso da CIF para normatizar a linguagem na rotina clínica, na avaliação das necessidades dos indivíduos, na identificação de tratamentos, no processo de reabilitação e na avaliação dos resultados (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2009).

Apesar do arcabouço teórico no qual a CIF está fundamentada e de sua aplicação em diversos estudos, transpô-la para a rotina clínica dos profissionais de saúde tem sido citado como um desafio (CERNIAUSKAITE et al., 2011; CASTANEDA; BERGMANN; BAHIA, 2014; MARITZ; ARONSKY; PRODINGER, 2017; COSSICH; SOUZA; CASTANEDA, 2020). Dentre os motivos citados para tal dificuldade estão a carência da formação profissional baseada em novos modelos em saúde, a abrangência da CIF e a falta de clareza para seu uso, principalmente no que diz respeito à transposição dos aspectos teóricos na aprendidos no processo de formação para a prática clínica (CASTANEDA; CASTRO, 2013; BRASILEIRO; MOREIRA; BUCHALLA, 2013; CASTANEDA; BERGMANN; BAHIA, 2014; MARITZ; ARONSKY; PRODINGER, 2017; FRANÇA et al., 2019).

Em 2017, a OMS publicou um chamado para a ação até 2030, no qual elencou ações para as metas chave, dentre as quais está a disseminação de alta qualidade de profissionais de saúde cuja formação acompanhe as tendências de perfis demográficos e o uso de tecnologias atuais, mundialmente referenciadas (GIMIGLIANO; NEGRINI, 2017; KRUG; CIEZA, 2017).

Algumas propostas foram realizadas para minimizar esse desafio como a criação de cursos presenciais e por ferramentas eletrônicas, como *e-learning tools*, bem como a criação de conjuntos menores de categorias da CIF (ICF Research Branch, 2017a; ICF Research Branch, 2017b). Ainda, alguns estudos foram

desenvolvidos com o intuito de favorecer sua operacionalização tornando-a informatizada (MARITZ; ARONSKY; PRODINGER, 2017). Porém, na rotina clínica com realidades diversas e com equipes multiprofissionais, se o modelo não for assimilado pelos profissionais suas práticas não refletirão tal modelo.

Assim, operacionalizar a CIF não é apenas utilizar seu esquema de codificação alfanumérico para registrar cada item, denominado categoria, padronizando as informações sobre funcionalidade, mas é, antes disso, apropriar-se de seu modelo biopsicossocial e do próprio conteúdo que a classificação contempla.

A transposição da CIF para a rotina clínica requer a sensibilização dos profissionais em formação e formados para além da mudança na forma de coleta de dados. Essa transposição ancora-se em uma atualização do paradigma de modelo de saúde, e, conseqüentemente, da forma com que o profissional faz a abordagem do indivíduo, avaliando-o, tratando-o e acompanhando-o (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008; NICHOLLS, 2018).

A inserção da CIF durante a formação profissional e na educação continuada intui uma prática clínica atual, respaldada em uma classificação de referência mundial, tornando a prática mais fundamentada, registrada e em alinhamento com as necessidades dos indivíduos que atendem (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2009; Organização Mundial da Saúde, 2015; HOPFE et al., 2017).

Historicamente, a formação profissional do fisioterapeuta vem sendo centrada no modelo biomédico (SAHRMANN, 1988; SILVA; NEVES; RIBERTO, 2008; CORDEIRO; BIZ, 2017; CASTANEDA; CASTRO, 2019), com predomínio de sua atuação voltado à reabilitação das alterações do sistema musculoesquelético, traumato-ortopédico (BISPO JÚNIOR, 2009; MARIOTTI et al., 2017). Ao analisar o processo de trabalho do fisioterapeuta, Almeida e Guimarães (2009), o definem como fruto de um modelo hegemônico que tende a fazer do exercício profissional a reunião de ações isoladas, individualizadas e descontextualizadas (Figura 3). Por outro lado, contraditoriamente, os pacientes ao apresentarem suas demandas solicitam do profissional uma postura mais global, o que exige a superação da condição acima com ações potencialmente integradoras.



Fonte: Almeida; Guimarães, 2009.

As referidas características do exercício profissional reduzem a abordagem aos aspectos biofisiológicos tanto no que se refere à avaliação e diagnóstico quanto ao delineamento dos objetivos e metas do tratamento (SAHRMANN, 1988; EDWARDS et al., 2004; JELSMA; SCOTT, 2011; STALLINGA et al., 2013; SCHARAN et al., 2017). Por vezes, negligenciando o conhecimento do processo causal da doença, suas repercussões e determinantes e pouco explorando a complexidade e multicausalidade dos agravos à saúde (ISRAEL; GUIMARÃES; PARDO, 2017). Nesse sentido, a apropriação do modelo biopsicossocial e o uso da CIF teriam uma importante contribuição a dar para o enriquecimento das práticas diagnósticas e terapêuticas.

Na rotina clínica do fisioterapeuta, a avaliação é o *locus* privilegiado, pois é momento em que ocorre o encontro com o paciente para coleta de dados de saúde e funcionalidade. Dentre os campos a serem preenchidos na avaliação fisioterapêutica estão os dados pessoais; a condição de saúde que trouxe o indivíduo ao atendimento; a **anamnese**, que corresponde a um campo aberto no qual o profissional registra o relato do indivíduo, referente à condição de saúde atual e seus antecedentes, bem como as repercussões na vida diária; o **exame físico**, em que se faz a inspeção e palpação das estruturas do corpo; avalia-se a função articular e muscular, realizam-se os testes clínicos e analisam-se exames complementares para gerar hipóteses diagnósticas específicas.

Esses procedimentos compõem a abordagem clínica do fisioterapeuta e a partir dessas informações o profissional identifica as alterações cinético-funcionais para estabelecer o diagnóstico fisioterapêutico, traçar os objetivos fisioterapêuticos e montar o plano de tratamento (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2012).

A referida abordagem não é exclusiva do fisioterapeuta, mas, oriunda do modelo biomédico e adotada por outros profissionais de saúde com as devidas adequações e especificidades de cada área. A maior parte dos campos da avaliação apresenta-se estruturada em opções de respostas definidas pela literatura científica, facilitando o preenchimento, porém, sem deixar espaço para a percepção do indivíduo/paciente sobre as suas dificuldades na saúde vivida.

Para superar as limitações da abordagem clínica fisioterapêutica o modelo biopsicossocial, acredita-se que o item anamnese representa uma fonte rica de informações para nortear a avaliação e acompanhar o desfecho clínico. Acredita-se que o levantamento das informações de funcionalidade com base na CIF, especialmente durante o processo de anamnese, poderá privilegiar a saúde vivida e respaldar a abordagem clínica do fisioterapeuta centrando-a nas necessidades do indivíduo/paciente, para propor abordagens terapêuticas condizentes com as necessidades relatadas com vistas à melhora da funcionalidade nos âmbitos físico, mental, social e ambiental. Isso favorecerá que os indivíduos alcancem a funcionalidade máxima possível e vivam melhor (KRUG; CIEZA, 2017).

Embora seja crescente o número de publicações que apresentam a utilização da CIF na formação de profissionais de saúde, ainda é muito menor que de estudos teóricos conceituais, de aplicação da CIF na classificação de pacientes com determinadas condições de saúde, de desenvolvimento de instrumentos e listas de categorias e de ligação de instrumentos da prática com a classificação (JELSMA, 2009; CERNIAUSKAITE et al., 2011; BORNBAUN et al., 2015; MADDEN; BUNDY, 2019).

Porém, para que a CIF seja aplicada conforme as recomendações da OMS, é essencial que os profissionais aprendam a utilizá-la. Para que esta aprendizagem seja efetiva, é necessário que a CIF esteja inserida desde o processo de formação do profissional, contexto que parece ser a chave para prover as mudanças culturais vinculadas à transposição do paradigma de saúde (JELSMA, 2009; CERNIAUSKAITE et al., 2011; WIEGAND et al., 2012; Organização Mundial da Saúde, 2013; MARITZ

et al., 2017; MADDEN; BUNDY, 2019; STUCKI; RUBINELLI; BICKENBACH, 2020; CASTRO; CASTANEDA, 2020).

O ambiente do estágio supervisionado tem grande importância no processo de aprendizagem da CIF, visto que é nele que o acadêmico terá a possibilidade de operacionalizá-la pela primeira vez em um ambiente real. Os benefícios da abordagem biopsicossocial para o alcance dos objetivos de tratamento foram experienciados por acadêmicos de medicina da África do Sul (SNYMAN; PRESSENTIN; CLARKE, 2015), de fisioterapia, num contexto de neurologia pediátrica (JELSMA; SCOTT, 2011) e de audiologia da Austrália (SCHOLTEN; ROSS; BICKFORD, 2019).

A presente tese se problematiza frente à contextualização apresentada sobre as tendências demográficas e epidemiológicas, à necessidade de formação profissional que atenda essas demandas para agregação de informações biopsicossociais e à implementação do modelo biopsicossocial e da CIF na rotina clínica no importante contexto músculo-esquelético, traumato-ortopédico. Assim, objetivou-se identificar a contribuição da CIF na abordagem biopsicossocial por acadêmicos de fisioterapia no âmbito do estágio supervisionado em traumato-ortopedia.

Com base no exposto, foram delineados os pressupostos a seguir:

- O modelo norteador da prática fisioterapêutica traduz-se nas suas atitudes e abordagens clínicas.
- A perspectiva do paciente/indivíduo sobre as manifestações de seu estado de saúde é fundamental para enriquecer e ampliar a abordagem clínica incorporando o modelo biopsicossocial.
- O estabelecimento de objetivos e metas conjuntas para o tratamento pode contribuir para o delineamento de práticas de saúde centradas nas necessidades do paciente/indivíduo.

1.1 MOTIVAÇÕES DO ESTUDO

Diversas foram as motivações que me conduziram a querer estudar, refletir e expor sobre o modelo biopsicossocial na prática clínica acadêmica. A principal delas foi do meu próprio processo de conhecimento durante a formação profissional, as reflexões e aplicações do modelo em minha prática. Foram várias as oportunidades

para compartilhar ideias e auxiliar colegas e alunos a verem a CIF de uma forma menos teórica, mais simples e operacional.

Acredito que a pesquisa permitiu, desde o início, identificar e desvelar pontos relevantes a colegas e professores que buscam inserir e ensinar tanto sobre o modelo biopsicossocial quanto a CIF. No fim do processo de doutoramento creio que para a inserção e o ensino da CIF é necessária a sensibilização do formando e o apoio incansável do professor, mais experiente, na condução de um raciocínio clínico sobre os múltiplos fatores que podem estar relacionados nas diferentes condições de saúde que a Fisioterapia atua. Por vezes, escutei de pacientes que tinha o dom em minhas mãos para tratar as pessoas, mas, somado a isso creio que tinha um olhar atendo ao paciente na sua globalidade: frases, conversas, posturas, poderiam ser uma porta para revelar o elo mais frágil da condição que o trouxe ao atendimento.

Durante todo o período do doutorado refleti bastante sobre possíveis fatores relacionados ao desenvolvimento pessoal que me favoreceram na curiosidade de compreender o ser humano de forma mais holística. Da infância à formação profissional considero ter tido alicerces para considerar importante o olhar mais ampliado ao outro, especialmente em saúde, considerando o olhar, o escutar, o compreender e o agir em detrimento de um objetivo idealizado pelo sujeito, intrínsecos à sua rotina.

Em dado momento da observação em campo, acompanhando um atendimento, rememorei uma experiência de criança, na qual passava meio período observando os atendimentos médicos de clínica geral de meu pai. Durante as consultas ele explorava, por exemplo, as condições do ambiente que a pessoa vivia e buscava orientá-la sobre os cuidados para favorecer a saúde. As vivências em família, para respeitar os gostos e vontades dos avós e bisavós, reforçaram a percepção do outro e do que é importante para ele e não apenas para mim. Outras experiências familiares de compreensão das diversas formas de se viver, também reforçaram a percepção do outro e do respeito às suas ações e escolhas.

Ao compilar os dados da pesquisa e analisá-los, também relembrei momentos em que ajudava minha mãe a contabilizar os atendimentos realizados na clínica do meu pai. Em minha formação profissional, considero que meu envolvimento em iniciações científicas, trabalho de conclusão de curso, mestrado e grupos de pesquisa proporcionaram autonomia em minha forma de pensar e agir. Considero, especialmente, os projetos que incluíram avaliação de indivíduos utilizando

questionários para aferir a funcionalidade de ombro, por exemplo, e o consequente atendimento dos sujeitos a partir do conhecimento de suas dificuldades. Outra experiência foi a participação em projeto de educação em saúde denominado Escola da Coluna, que além de contemplar uma avaliação do sujeito, abordava em atividades de grupo o indagar e o explorar as dificuldades dos indivíduos propondo, com o próprio apoio do grupo, orientações e ajustes em suas rotinas.

Todas essas experiências foram amalgamadas ao modelo biopsicossocial e à CIF, quando me foram apresentados, traduzindo então toda a experiência acumulada na tal linguagem padronizada e sistematizada. Tudo fez ainda mais sentido. Portanto, as motivações culminam na expressão de possibilidades de uso e aplicação da CIF para considerar o indivíduo na sua integralidade, permitindo expressar individualização e personalização para o tratamento e, conseqüentemente, contribuindo para que o indivíduo alcance o que veio buscar no atendimento e tenha a percepção dos impactos de um atendimento fisioterapêutico para além da estrutura corporal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a contribuição do uso da CIF na abordagem clínica de acadêmicos de Fisioterapia no contexto de estágio supervisionado em traumato-ortopedia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar e descrever os registros de informações em funcionalidade realizados atualmente em um serviço de Fisioterapia de referência em Curitiba;
2. Analisar as informações registradas para identificar as potenciais contribuições para a operacionalização da CIF;
3. Delinear e aplicar uma estratégia de sensibilização sobre o modelo biopsicossocial e a CIF aos acadêmicos;
4. Acompanhar as práticas clínicas, para identificar a evolução do modo de abordagem após a sensibilização;

5. Identificar as repercussões da assimilação do modelo biopsicossocial e da CIF na abordagem clínica e no estabelecimento de diagnóstico, metas e objetivos terapêuticos.

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 MODELOS BIOMÉDICO E BIOPSIKOSSOCIAL E ABORDAGENS DERIVADAS

As bases conceituais adquiridas pelos profissionais de saúde durante sua formação e em sua prática influenciam as atitudes e os comportamentos nos atendimentos, ou seja, a abordagem profissional aos pacientes (ENGEL, 1977). Essas bases conceituais originam modelos em saúde que são desenvolvidos ao longo do tempo de acordo com o contexto, as bases culturais e materiais de cada época (OTANI; BARROS, 2011).

Nos últimos 50 anos percebeu-se a necessidade de se complementar o modelo biomédico vigente, fundamentado em sinais e sintomas para um modelo mais amplo, o modelo biopsicossocial, que considera os impactos dos sinais e sintomas nas atividades dos pacientes, nas diversas relações deles, e nos seus ambientes. A compreensão desses modelos pode ser alcançada ao se conhecer o fundamento histórico no qual foram embasados.

O modelo biomédico, segundo Engel (1978), teve suas origens filosóficas traçadas por Rasmussen em 1975, no livro Educação Médica: revolução ou reação e remonta a três ou quatro séculos, quando foi estabelecida pela ortodoxia cristã a proibição que médicos dissecassem humanos caso pretendessem lidar com a alma do homem, a moral, a mente e o comportamento. Engel relata que esse fato contribuiu para que a medicina ocidental fosse baseada no dualismo, que prediz a separação da mente e do corpo, e também no reducionismo, no qual se assume que o entendimento das estruturas complexas do corpo pode ser melhor alcançado estudando-as por partes. Desse modo, as complexidades da vida e os fenômenos biológicos, como os comportamentos e os processos mentais, deveriam ser estudados por métodos científicos e com linguagem física e química.

O reducionismo, descrito por Engel, promovia uma visão da natureza com relações simples de causa e efeito, portanto, linear. Essa visão era expressa pelo hábito de se falar de doenças não como um processo dinâmico, mas como entidades distintas cujas eliminações aguardavam apenas o descobrimento de suas causas (ENGEL, 1978).

Portanto, o modelo biomédico iniciou na área médica, na qual o profissional inferia sobre as doenças a partir de parâmetros biológicos, do corpo físico (ENGEL, 1977; SAMPAIO; LUZ, 2009). Esse modelo busca a identificação do mau funcionamento do organismo, seja uma doença, uma deficiência ou anormalidade, portanto, o médico tem como papel reparar a disfunção considerada como desvio da normalidade (SAMPALIO; LUZ, 2009). O modelo tem sido utilizado na área médica e essa perspectiva foi reproduzida em diferentes áreas da saúde (DE MARCO, 2005; ARAÚJO; DE MIRANDA; BRASIL, 2014).

O modelo biomédico também permeia os registros de informações sobre doenças. O processo histórico dos registros de causas de morte e de doenças foi contextualizado por Laurenti e Buchalla (1999), em uma revisão e nos conduz ao entendimento das condutas praticadas a partir da documentação realizada ao longo do tempo. Segundo os autores, no século XVI cidades europeias registravam informações de atos religiosos como batismo, casamentos e enterros, porém, em 1597, na Inglaterra, as paróquias deveriam transcrever esses registros a um órgão central juntamente com informações da causa da morte e se a morte era devido à peste ou não. Essas estatísticas de mortalidade constituíram a primeira forma de vigilância em saúde (LAURENTI; BUCHALLA, 1999).

Em 1662 John Graunt, considerado o pai da epidemiologia, utilizou os dados recolhidos pelas paróquias para mostrar a tendência de doenças, descreveu novas doenças e apresentou evidências que negavam, por exemplo, que a epidemia de pestes coincidia com o início de um novo reinado. Graunt listou 83 causas de morte gerando uma primeira proposta de classificação (LAURENTI; BUCHALLA, 1999).

Vários países se interessaram em conhecer e comparar as doenças que levavam à morte, porém, para isso era necessário uniformizar a linguagem a fim de poder comparar as informações. Assim, diferentes

tentativas foram realizadas com o intuito de gerar uma classificação padronizada que pudesse ser utilizada para tais comparações. Então, em 1893 foi adotada a primeira Classificação Internacional de Causas de Morte e seu uso foi recomendado internacionalmente (LAURENTI, 1991; LAURENTI; BUCHALLA, 1999).

O desenvolvimento dessa classificação permitiu estudos epidemiológicos contribuindo para o conhecimento, tratamento e prevenção de doenças. Portanto, o modelo biomédico respaldado nos registros de informações sobre doenças contribuiu, ao longo do tempo, para a diminuição de doenças infectocontagiosas e, conseqüentemente, a expectativa de vida da população passou a aumentar (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Diante desse panorama, percebeu-se o surgimento de doenças que não acometiam as pessoas anteriormente e se percebeu as conseqüências das doenças nas pessoas. Assim, a classificação desenvolvida carecia de tais informações. Dessa forma, a partir da 6ª revisão da Classificação Internacional de Causas de Morte foram inseridos conteúdos referentes às doenças não mortais, motivos de consultas e outros problemas de saúde. Tal classificação tornou-se uma Classificação Internacional de Doenças (CID) (LAURENTI, 1991; LAURENTI; BUCHALLA, 1999).

Os dados obtidos com a CID passaram a ser utilizados para administração de serviços, planejamentos e avaliações em saúde, principalmente durante a segunda metade do século XX. Isso contribuiu para a redução de doenças agudas e direcionou a atenção aos cuidados com as doenças crônicas (LAURENTI; BUCHALLA, 1999). Esse momento é descrito da seguinte forma:

-Tendo-se em vista esse problema emergente, foi necessário um novo paradigma. Para muitas doenças agudas, de curta duração, um diagnóstico correto e uma atenção episódica eram suficientes e, dessa maneira, a medicina tinha (e ainda tem, nesses casos) interesse no diagnóstico. Com o aumento das condições ou doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento da população, as conseqüências das doenças ganham importância, notadamente porque necessitam de cuidados por longos períodos. Em vez da cura, o manejo, ou controle funcional dessas condições, passou a ser a meta, e os

resultados da atenção à saúde tornaram-se o padrão para medir o desempenho e a eficácia desta atenção. (LAURENTI; BUCHALLA, 1999)

Houve então, a necessidade de se entender as consequências das doenças e não apenas registrar os quadros clínicos delas. Portanto, a CID por si só se tornou insuficiente para responder a essa necessidade (LAURENTI; BUCHALLA, 1999). Com o intuito de cobrir tais necessidades desde a década 1970, a OMS passou a desenvolver uma classificação no sentido de complementar as informações de consequências das doenças. Entendia-se que uma doença culminava em uma incapacidade, ou seja, alterava a capacidade que o indivíduo acometido tinha de atuar de forma desejável e esperada na sociedade (World Health Organization, 1980).

Assim, em 1980, a OMS propôs um modelo no qual as consequências das condições de doença seriam o eixo norteador das ações dos profissionais da saúde (World Health Organization, 1980). Essa visão mantinha uma relação linear, de causa e efeito entre etiologia, patologia e manifestação. Dessa forma, os profissionais identificariam as incapacidades e agiriam no sentido de minimizar os impactos causados pelas doenças. Nesse período, uma versão anterior à CIF foi proposta. A versão foi denominada *International Classification of Impairments, Disability and Handicap* (ICIDH) e foi uma tentativa de descrever a nova realidade na área da saúde. A ICIDH apresentava três conceitos centrais: deficiência ou disfunção (*impairment*), incapacidade (*disability*) e restrição social (*handicap*).

No entanto, percebeu-se que esse modelo estava embasado em apenas aspectos negativos e que o conceito de saúde que estava sendo estabelecido no bem-estar geral e na plena qualidade de vida não era refletido no modelo proposto (DI NUBILA, 2007; Organização Mundial da Saúde, 2015).

Segundo a OMS, qualidade de vida é a percepção das pessoas de sua condição na vida, dentro do contexto de cultura e sistemas de valores nos quais elas vivem e em relação a suas metas, expectativas e padrões sociais (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Para refletir a qualidade de vida o modelo não deveria refletir as sequelas das doenças, mas sim aspectos positivos da saúde. Após revisões e adequações foi aprovada, em 2000, a ICDH-2. Essa versão passou a englobar o modelo biopsicossocial e apresenta uma interação multifatorial entre as dimensões do indivíduo e seu ambiente físico e social. As dimensões eram: disfunção, limitação de atividade e restrição da participação (Organização Mundial da Saúde, 2015). Esse modelo propunha que os cuidados à saúde deveriam estar voltados às necessidades do paciente.

Em 2001, a OMS publicou o sistema de classificação definitivo para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana a: *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (World Health Organization, 2001).

A versão na língua portuguesa foi elaborada em 2003 pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa com o título: *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*.

O título da classificação foi atualizado inserindo-se as palavras - saúde, por ser uma classificação de componentes da saúde; e, funcionalidade sendo entendido como aspecto positivo, o polo oposto, da incapacidade (DI NUBILA, 2007).

A CIF passou a englobar, a partir do enfoque biopsicossocial, o estado de saúde do indivíduo a partir de componentes relacionados ao corpo, às atividades e participações, e ao ambiente em seu entorno (BATTISTELLA; DE BRITO, 2002). Tais repercussões poderiam ser registradas e inferidas pelos profissionais de saúde a partir de um olhar mais holístico, considerando a interação dos componentes como multidirecional (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Engel (1978), contribuiu para delinear os aspectos do modelo biopsicossocial, entendendo que o ser humano, ainda que tenha uma queixa física a ser tratada, traz consigo aspectos que têm a ver com a forma com que ele sente, com suas funções, como se relaciona, tudo isso somado com a habilidade que ele tem de amar, trabalhar, sofrer e tomar decisões. O legado de Engel consiste em descrever um modelo mais holístico, no qual os aspectos trazidos representam a chave que estava faltando para se

compreender quais e em que dimensões os fatores psicossociais associam-se às doenças e de que forma podem ser direcionados os cuidados de saúde (ENGEL, 1978; BORRELL-CARRIÓ; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004).

Não se trata de substituir um modelo de saúde por outro, mas, de integrá-los, considerando que o indivíduo não tem apenas um organismo orgânico e inorgânico, mas que alterações advindas da mudança do perfil epidemiológico e do próprio envelhecimento impactam nas suas atividades, ou que seu ambiente pode facilitar ou atrapalhar suas funções (BORRELL-CARRIÓ; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004). Dessa forma, o modelo biopsicossocial torna o olhar do profissional mais abrangente e até mesmo mais acolhedor, pois permite ao indivíduo/paciente ter seus problemas considerados e assim, ambos, profissional e indivíduo/paciente podem estabelecer metas conjuntas para que se possa alcançar a condição de funcionalidade almejada. Além disso, a incorporação de metas conjuntas pode favorecer uma maior aderência e comprometimento com o tratamento (ENGEL, 1980; Organização Mundial da Saúde, 2015).

A identificação das necessidades frente às mudanças epidemiológicas e o avanço na atualização teórica das classificações para registrar informações em saúde ainda é recente. Com o tempo, porém, deverá ser incorporada ao modelo biomédico, que ainda se apresenta como o norteador na prática de diferentes áreas da saúde. Nesse sentido, a integração dos domínios biopsicossociais será cada vez mais necessária em favor de manter ou otimizar as funções dos indivíduos/pacientes, para que, apesar de ter uma condição crônica, ainda assim, eles possam realizar suas atividades, suas participações sociais tendo acesso inclusive ambiental para que isso seja possível.

A proposta de Engel visava uma prática em saúde com assistência mais humanizada e, de forma concomitante, empoderar o paciente no processo de tratamento. Para isso, a relação do profissional com o paciente deveria ser fortalecida contribuindo para a aderência aos tratamentos (BORRELL-CARRIÓ; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004).

3.2 ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA E MODELOS NORTEADORES

As práticas terapêuticas com agentes físicos, como movimento e recursos naturais (água, frio, calor) são conhecidas desde a antiguidade (4.000 a.C e 395 d.C) e eram utilizadas com o intuito de eliminar doenças (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Porém, o reconhecimento dessas práticas realizadas por profissionais começou apenas no final do século XIX quando um grupo de enfermeiras e parteiras resolveu formar uma organização profissional que representasse as massagistas e legitimasse as bases de suas práticas. Essa organização seria o fundamento para outras sociedades de Fisioterapia e criaria as condições sob as quais fisioterapeutas realizam suas práticas clínicas ainda hoje (NICHOLLS, 2018).

O objeto de trabalho da Fisioterapia começou a ser concebido ainda no século XIX, quando pacientes eram encaminhados para realizar exercícios, denominados como ginástica. A ginástica tinha quatro finalidades: manter a saúde, tratar enfermidades, reeducar os doentes e corrigir as deformidades. Essa divisão proporcionou também uma divisão profissional conforme o estado da população, em que pacientes com alterações posturais, por exemplo, eram encaminhados para salas de cura e não para as lições de ginástica para pessoas saudáveis. Essa concepção contribuiu para que o objeto de trabalho da Fisioterapia ficasse centrado no atendimento de pessoas com alguma doença ou alteração física já estabelecida (LINDEMAN, 1970 apud REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Outros cuidados com a saúde no século XIX se direcionavam às novas patologias decorrentes do processo de industrialização e das condições de vida precárias da população, como epidemias de cólera, tuberculose, alcoolismo, acidentes de trabalho. Portanto, o tratamento da doença e de suas sequelas era essencial para que o trabalhador pudesse retornar ao seu posto (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Já na primeira metade do século XX, durante as duas grandes guerras mundiais, havia a necessidade de se tratar do contingente de pessoas com lesões, mutilações, alterações físicas que precisavam recuperar-se e reabilitar-se para uma vida social novamente. Formaram-se nesse período na Alemanha, as escolas de Cinesioterapia para o entendimento e prática

dos movimentos humanos com a atuação da Fisioterapia fortemente embasada na recuperação física e na reabilitação dos indivíduos, ou seja, prepará-los e treiná-los para a vida social (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999; NICHOLLS, 2018).

Nesse contexto da primeira metade do século, no Brasil, foi instalado em 1929 o primeiro Serviço de Fisioterapia para dar assistência aos pacientes da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Porém, foi apenas em 1951 que se iniciou o primeiro curso para a formação de técnicos em Fisioterapia para atuarem na reabilitação (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Em 1956 foi criada a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ) que foi a primeira instituição no país a oferecer um curso de graduação em Fisioterapia regularmente. A característica reabilitadora da profissão foi reforçada, não apenas no Brasil, mas, ao redor do mundo pelas próprias características da população da época, que durante a década de 1950, enfrentava o aumento da incidência de poliomielite. Essa doença viral atingiu principalmente crianças de zero a quatro anos comprometendo músculos respiratórios e levando a morte ou deixando sequelas motoras, com a perda parcial ou total da capacidade de contração dos músculos (BARROS, 2008).

No Estados Unidos foram infectadas em média 38.000 pessoas por ano e em 1952 a taxa de infecção foi de 35 em cada 100 mil habitantes. No Rio de Janeiro, os registros em 1953 descrevem a taxa de 21,5 pessoas infectadas por 100 mil habitantes. Portanto, a necessidade da reabilitação para os aspectos sociais apresentava grande demanda e contribuiu fortemente para o desenvolvimento e fortalecimento da Fisioterapia (BARROS, 2008). Estudos apontam que a contribuição da Poliomielite para o desenvolvimento da Fisioterapia foi equivalente ou superior ao desenvolvimento ocorrido com as grandes guerras (RAYMOND, 1986; MATURANA et al., 2002; NEUMANN, 2004; BARROS, 2008).

Diante dos contextos citados, a Fisioterapia no Brasil e no mundo passou a ser definida como um ramo de trabalho com foco na reabilitação dos indivíduos para o retorno ao mercado de trabalho (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Sahrman (1988) descreveu que a formação do fisioterapeuta estava embasada no modelo biomédico e que o profissional era responsável por realizar avaliações que proovessem informações sobre o

estado anatômico de dada estrutura ou componentes fisiológicos do corpo humano, como a amplitude de movimento das articulações e a força dos músculos e tratar tais estruturas.

A legislação brasileira passou a delinear as leis que regulamentariam a atuação do fisioterapeuta no país. Assim, os primeiros documentos legais que tratam da regulamentação da Fisioterapia no Brasil foram: o Parecer número 388/63 que foi elaborado por peritos do Conselho Federal de Educação, o Decreto-Lei número 938 de 13 de outubro de 1969 que provê as definições sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional; a Lei número 6.316 de 17 de Dezembro de 1975 que cria os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; e o Código de ética do profissional estabelecido pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1969; BRASIL, 1975; REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

O Parecer número 388/63, elaborado por peritos do Conselho Federal de Educação, definiu o fisioterapeuta como auxiliar médico, com competências para realização de tarefas com caráter terapêutico sob a condição de realizá-las com a orientação e responsabilidade do médico. Não competia ao fisioterapeuta o diagnóstico de doença ou dos aspectos a serem corrigidos nos indivíduos, mas sim a execução de técnicas e exercícios quando fossem recomendadas pelo médico (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Já o segundo documento oficial, o Decreto-Lei número 938 de 13 de outubro de 1969, cita no artigo terceiro que a execução de métodos e técnicas fisioterápicos é atividade privativa do fisioterapeuta e que lhes compete dirigir serviços em estabelecimentos públicos e privados e prestar-lhes assessoria técnica; exercer o magistério em nível médio e superior nas disciplinas de formação básica ou profissional, e supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos (BRASIL, 1969).

A Lei número 6.316 de 17 de dezembro de 1975, no artigo 13 que o fisioterapeuta, identificado por sua Carteira Profissional de Fisioterapeuta, pode atuar em hospitais, clínicas, ambulatórios, creches e asilos. Esses locais, comumente fornecem atendimentos e tratamentos remediadores, curativos, recuperadores ou reabilitadores (BRASIL, 1975). Portanto, esse documento também reforça a atuação do fisioterapeuta atuar em um modelo biomédico.

Por outro lado, o Código de Ética do Profissional fisioterapeuta vai além dessa prática biomédica. Ele descreve como dever do fisioterapeuta propor a promoção à saúde, a prevenção de doenças e a assistência à comunidade (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Essa abrangência ampliaria a visibilidade da profissão e sua atuação e estava em consonância com as ideias de um modelo de saúde mais abrangente que estava emergindo:

—Laurell (1975) analisando como determinados processos sociais influenciam na ocorrência de patologias de grupos humanos, procura explicitar que saúde e doença constituem dois momentos de um mesmo fenômeno. E aponta para o fato de que o enfoque quase exclusivamente da medicina profissional, tem ressaltado a doença de tal modo que ela aparece como se fosse um fenômeno isolado da saúde. Tal situação parece ocorrer de maneira semelhante na Fisioterapia. ... os valores que traduziriam os estados das condições orgânicas de um indivíduo estariam reduzidos à saúde ou doença (LAURELL, 1975; REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

A discussão dos modelos norteadores da prática fisioterapêutica e de outras áreas da saúde não é nova, porém, apesar da insuficiência dos modelos anteriores a prática da Fisioterapia segue ainda alicerçada na abordagem biomédica tanto na realidade deste estudo quanto em outros contextos brasileiros.

Porém, tem sido evidenciado que a atuação de diversos profissionais da saúde não deve se focar apenas nas dicotomias de saúde e doença, sadio e patológico, normal e deficiente, mas que a vida dos indivíduos é um contínuo em que momentos serão marcados por limitações e doenças, e que outros momentos não serão marcados por isso (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010). Assim, haverá sempre ciclos iniciando e encerrando. Com a evolução dos entendimentos multicausais e não lineares para as doenças e para a própria saúde, considerar apenas o aspecto biológico é considerar o indivíduo de maneira parcial e incompleta (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Na prática fisioterapêutica alguns estudos identificaram a predominância do modelo biomédico na formação de alunos. Silva, Neves e Riberto (2008) ligaram o conteúdo de 93 avaliações fisioterapêuticas de um ambulatório de ortopedia e identificaram que os componentes da CIF com

maior prevalência no registro de informações dos alunos foram relacionados às funções do corpo e suas estruturas denotando o modelo biomédico.

Os autores relataram as carências dos registros relacionados aos aspectos sobre atividades e participação, mesmo quando os pacientes apresentavam alterações funcionais e estruturais que poderiam ter impactos nas atividades dos pacientes e apontam que esse fato pode ter ocorrido devido à formação dos alunos ser pautada no modelo biomédico que privilegia as funções e estruturas do corpo. Outra constatação foi a de que os alunos do setor estudado valorizavam mais os aspectos que poderiam ser modificados com a atuação deles enquanto profissionais ao longo do tratamento, por isso o foco para as alterações físicas.

Esses achados reforçam os pressupostos deste estudo, no sentido de que a execução de tarefas ou o envolvimento em situações de vida, retratados pelo componente de Atividade e Participação, negligenciado nos relatos coletados, permitem justamente a atuação do fisioterapeuta em identificar, tratar e prevenir as limitações ou dificuldades dos movimentos nas diferentes atividades (SILVA; NEVES; RIBERTO, 2008).

Como o estudo supracitado foi realizado em um ambulatório que recebe pacientes que tiveram trauma ortopédico, talvez o foco do tratamento tenha priorizado o reestabelecimento das estruturas lesadas para então conduzir o indivíduo ao retorno das atividades diárias. Porém, coletar as informações de maneira mais global disponibiliza ao profissional uma referência para mensuração do estado de saúde do paciente e, inclusive pode ajudar a identificar problemas que não estejam diretamente ligados à área específica de atuação do profissional, mas que podem resultar em trabalhos interdisciplinares contribuindo para o bem-estar geral do paciente (SILVA; NEVES; RIBERTO, 2008).

Scharan et al. (2017) também realizaram um estudo na área de ortopedia de uma clínica-escola de Fisioterapia e identificaram predomínio dos componentes de Funções e Estruturas do Corpo ao identificarem os componentes e categorias da CIF usados em diagramas de alunos da graduação em Fisioterapia, nos quais os alunos foram estimulados a usar a CIF e a expressar as múltiplas relações e podem ser consideradas a partir da avaliação fisioterapêutica.

Jelsma e Scott (2011) e Beraldo (2017) realizaram, respectivamente, um levantamento das informações coletadas por acadêmicos de Fisioterapia em estágio supervisionado na área neurológica infantil e de profissionais de saúde de equipes multidisciplinares e, relataram após uma sensibilização dos alunos e dos profissionais com o modelo biopsicossocial baseado na CIF o potencial da CIF para traduzir esse modelo ampliando a coleta de informações em saúde contribuindo para ampliar as abordagens terapêuticas.

No estudo de Jelsma e Scott (2011), por exemplo, o encorajamento para os estudantes ligarem a teoria à prática, comunicando o processo que pensavam enquanto avaliavam e planejavam a intervenção promoveu o raciocínio para a determinação de como facilitar as atividades diárias, como a mudança no ambiente poderia facilitar o desempenho do sujeito avaliado, e ser atento aos fatores pessoais que poderiam impedir ou favorecer o desempenho deles no tratamento. Os autores concluíram que a sensibilização aos acadêmicos implicou em não apenas usar a CIF na seleção e inclusão de categorias, mas que as avaliações foram mais abrangentes e os acadêmicos mais capazes de identificar a extensão das dificuldades dos sujeitos.

Esses estudos citados demonstram o potencial do emprego do modelo biopsicossocial e da CIF na rotina clínica. Eles expressam as iniciativas para reduzir as lacunas da reabilitação com relação à provisão de serviços e a formação de profissionais de saúde.

3.3 A CIF E A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS

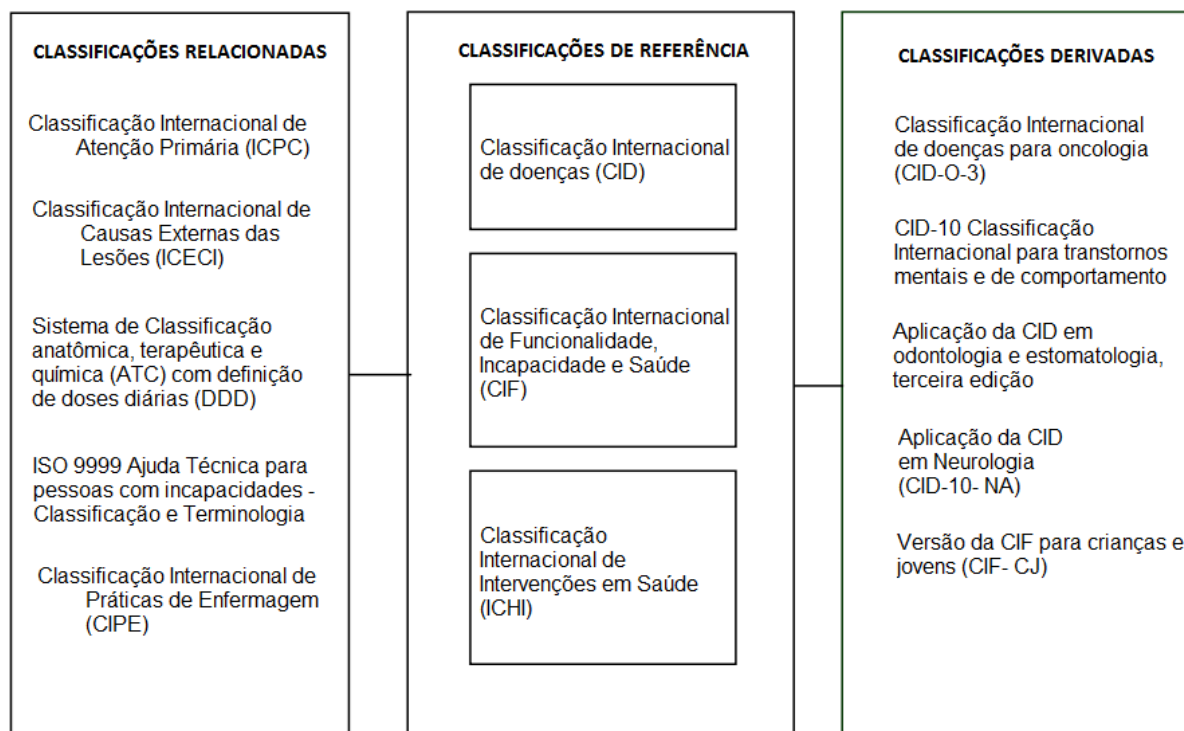
A OMS desenvolve classificações internacionais para codificar informações sobre diferentes domínios de saúde e padronizá-las permitindo a comparação sobre saúde em diferentes regiões de estados, países, continentes (Organização Mundial da Saúde, 2015). O agrupamento dessas classificações denominou-se Família de Classificações Internacionais (JAKOB et al., 2007).

Atualmente, três classificações são consideradas de referência para registrar informações em saúde e dar o suporte estatístico para os sistemas

de saúde (World Health Organization, 2018b). As duas primeiras classificações são a CID e a CIF que foram desenvolvidas para descrever o estado de saúde de um indivíduo. Enquanto a CID-10 classifica os estados de doença e problemas relacionados à saúde (Organização Mundial da Saúde, 2007), a funcionalidade é classificada pela CIF (Organização Mundial da Saúde, 2015). A terceira classificação relaciona-se às intervenções em saúde (JAKOB et al., 2007).

A partir dessas classificações pode haver derivações para áreas específicas e classificações relacionadas. A Figura 4 mostra as três classificações internacionais, suas classificações derivadas e relacionadas.

Figura 4 Família de Classificações Internacionais



Fonte: adaptado de JAKOB et al., 2007.

Essas classificações cobrem os principais parâmetros de saúde e dos sistemas de saúde como mortes, doenças, funcionalidade, incapacidade e saúde. Elas resultam de acordos internacionais e tiveram um aceite amplo para reportar dados em saúde (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Dentre os objetivos propostos para o uso dessas classificações está o fornecimento de uma estrutura conceitual de domínios de informação em saúde para fins relacionados à gestão de saúde e ao estabelecimento de uma linguagem comum para melhorar a comunicação e a comparação de dados entre estados membros, serviços de saúde e, ao longo do tempo, o melhoramento da saúde usando informações seguras para apoiar a tomada de decisões (JAKOB et al., 2007).

A CIF, pertencendo à Família de Classificações Internacionais, tem recomendação para ser utilizada em conjunto com a CID-10 para complementar as informações sobre os estados de saúde de um indivíduo. Assim, tem-se uma valorização do diagnóstico clínico junto às demais condições de saúde e uma visão mais global sobre a saúde de um indivíduo.

O contexto histórico do desenvolvimento da classificação embasado nas necessidades de se registrar informações de saúde para além das condições clínicas da doença permitiu que se chegasse à versão revisada da CIF, aprovada pela 54ª Assembleia Mundial de Saúde para Uso Internacional (Resolução WHA 54,21) em 22 de maio de 2001 (Organização Mundial da Saúde, 2015).

As versões anteriores, a ICIDH publicada em 1980 e a ICIDH-2, publicada em 2000 tiveram um papel importante para o próprio amadurecimento da CIF. Grupos de pesquisa em estudos multicêntricos em todo o mundo do setor de reabilitação contribuíram com sugestões para sistematização da terminologia utilizada (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Em 1993 começou uma etapa inicial de revisão da ICIDH que deveria servir a diferentes propósitos: ser simples para que os profissionais da saúde pudessem usá-la como referência para descrições das consequências das condições de saúde; ser útil na prática dos profissionais; oferecer uma visão mais ampla para avaliar e registrar informações sobre as consequências da saúde; e que pudesse ser usada de maneira complementar às demais classificações da Família de classificações da OMS (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Diversos centros colaboradores europeus contribuíram para essa revisão permitindo assim, que em 1996 ocorresse uma reunião para avançar no desenvolvimento da classificação. Durante quase um ano a classificação foi usada pelos centros colaboradores de forma preliminar com o intuito de avaliá-la como um todo. Nesse período constatou-se que a classificação era difícil de usar devido ao seu detalhamento e por apresentar um modelo linear entre deficiência, incapacidade e limitação. Foi observada também a necessidade de se inserir os fatores ambientais, pois esses poderiam ser úteis na análise de regiões de países para propostas de soluções na melhora das limitações dos pacientes (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Em 2000, após revisões e estudos de campo em mais de 50 países e com 1800 peritos foi lançada então a ICIDH-2. Essa versão foi apresentada na 54ª Assembleia Mundial da Saúde em 2001, na qual se discutiu a versão final e aprovou-se a segunda edição da Classificação Internacional de

Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), com o título atualizado para Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Em sua versão final a CIF foi representada por componentes de saúde que poderiam ter uma relação multidirecional conforme mostrado anteriormente na figura 1.

A CIF tem um caráter universal, o que permite classificar indivíduos com quaisquer condições de saúde, sejam eles portadores de alguma doença ou não. No caso de o indivíduo ser portador de uma doença, essa deverá ser classificada pela CID, enquanto os outros aspectos da saúde pela CIF. A CIF reflete as interações multidirecionais entre seus componentes da saúde, porém adota uma posição neutra quanto à etiologia da condição que está sendo avaliada. Assim, cabe aos profissionais usarem métodos científicos para associar as informações coletadas e inferirem as possíveis causalidades entre os componentes (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Outros objetivos da CIF são fornecer um esquema de codificação para sistemas de saúde, servir como base científica para compreender e estudar a saúde e permitir a comparação das informações entre intervenções, serviços e países. Suas aplicações têm vários fins, como:

- a) ferramenta estatística para coletar e registrar dados em estudos populacionais e sistemas para gerenciar informações;
- b) ferramenta de pesquisa para medir e acompanhar resultados sobre saúde, qualidade de vida;
- c) ferramenta de política social para desenvolver e implementar políticas públicas;
- d) ferramenta pedagógica para elaborar programas educativos para valorização de ações sociais;
- e) ferramenta clínica para avaliar as necessidades dos indivíduos, compatibilizar tratamentos com as necessidades identificadas e acompanhar os resultados das intervenções.

3.3.1 Composição da CIF

Em relação à estrutura da CIF, ela é dividida em duas partes (Quadro 1). A parte 1 refere-se à funcionalidade e incapacidade, e engloba os componentes Funções do corpo, Estruturas do corpo, e Atividades e Participação. A parte 2 engloba os Fatores contextuais, nos quais estão os fatores relacionados ao ambiente e ao próprio indivíduo.

Quadro 1 Visão geral da CIF

	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Fatores Contextuais	
Componentes	Funções e Estruturas do Corpo	Atividades e Participação	Fatores Ambientais	Fatores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas da vida (tarefas, ações)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Construtos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas corporais (anatômicas)	Capacidade: Execução de tarefas em um ambiente padrão Desempenho: Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e de atitude	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspecto positivo	Integridade funcional e estrutural	Atividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspecto negativo	Deficiência	Limitação da atividade Restrição de participação	Barreiras/Obstáculos	Não aplicável
	Incapacidade			

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2015.

Os componentes Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais contemplam um total de 30 capítulos. Como a CIF é hierarquicamente organizada, cada capítulo é composto por categorias de diferentes níveis, formando um sistema denominado tronco-ramo-folha. Assim, os conteúdos dos capítulos, categorias e subcategorias estão relacionados, mas não se repetem. Esse

sistema também é representado pelos diferentes níveis da categoria. Toda categoria tem um prefixo alfabético referente ao componente, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 Prefixos alfabéticos referentes aos componentes da CIF

Componente	Prefixo alfabético
Funções do corpo	- b de <i>body function</i>
Estruturas do Corpo	-s de <i>body structure</i>
Atividades e Participação	-d de <i>domain</i>
Fatores Ambientais	- e de <i>environmental Factors</i>

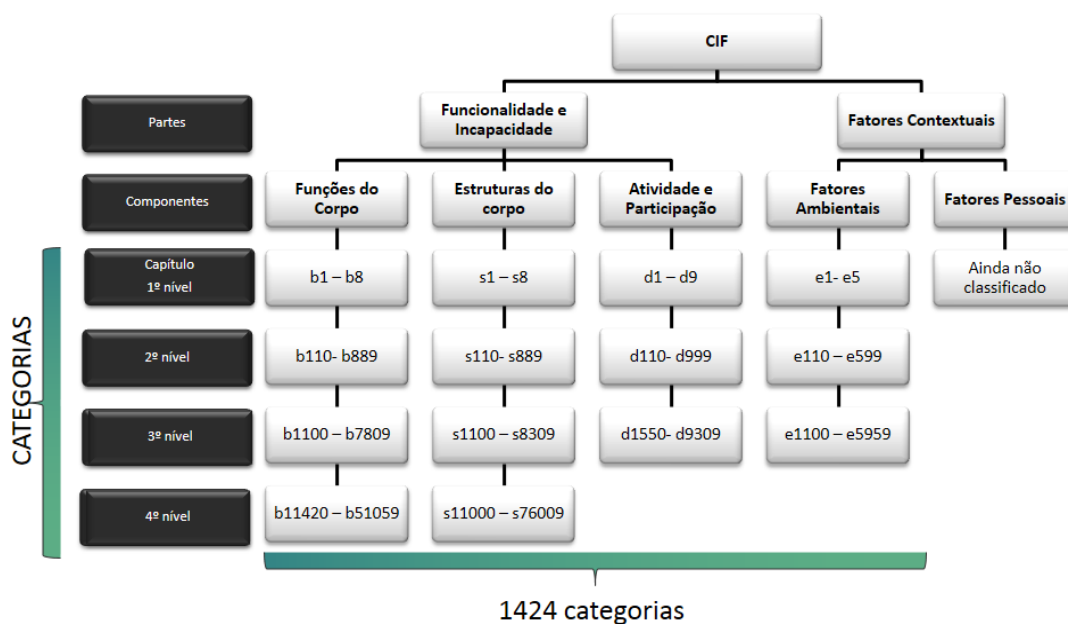
Fonte: adaptado de Organização Mundial da Saúde, 2015.

Após o prefixo alfabético há uma sequência de códigos numéricos que pode chegar a ter três ou quatro níveis. A Figura 5 mostra os níveis das categorias da CIF. No primeiro nível, o número disponível é referente ao capítulo que se encontra no componente, por exemplo, b1 e b2 correspondem às categorias referentes ao capítulo 1 e 2, respectivamente, do componente Funções do Corpo b.

O segundo nível mantém as informações anteriores e é representado por mais dois dígitos que indicam a localização da categoria no capítulo, por exemplo, b114, e se refere a um conteúdo mais específico da categoria anterior b1. O terceiro nível mantém as informações anteriores e a elas é acrescentado um dígito, por exemplo, b1142. Para o quarto nível ocorre o mesmo, sendo inserido mais um quinto dígito b11420. O terceiro e quarto níveis são representados por categorias com conteúdo ainda mais específico (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Nem todas as categorias apresentam todo esse nível de detalhamento, porém, esse conhecimento permite ao profissional de saúde escolher se o contexto em que a CIF será aplicada requer maior ou menor detalhamento de informações.

Figura 5 Níveis das categorias da CIF



Fonte: adaptado de Prodinger et al., 2016.

Todos os componentes, exceto o de Estruturas do Corpo, apresentam as categorias com suas respectivas descrições. Como as estruturas do corpo são a própria denominação da estrutura não existem descrições para as categorias desse componente. Ao todo, a CIF contempla um total de 1454 categorias nos seus diferentes níveis (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Para usar as categorias em contextos de pesquisa ou clínico não basta apenas selecioná-las, pois apenas a categoria não traz informações sobre o estado de funcionalidade dos indivíduos. Para obter tal informação é necessário acessar a magnitude das dificuldades de um indivíduo adicionando um qualificador à categoria (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Os qualificadores são representados por escalas genéricas e, de acordo com cada componente, apresentam nomenclaturas mais apropriadas para serem utilizadas. Por exemplo, os qualificadores dos componentes Funções do Corpo e Estruturas do corpo registram o nível de deficiências das funções e das estruturas; os do componente de Atividades e Participação registram o nível de dificuldade para a realização de atividades e ações no dia a dia; e os do componente Fatores ambientais acessam se o ambiente é interpretado como barreira ou facilitador. Cada componente da CIF apresenta

características distintas referentes aos qualificadores. Uma categoria classificada deve estar acompanhada de um ponto e seguida de pelo menos um qualificador. O Quadro 3 demonstra a escala genérica referente ao único qualificador possível de se preencher no componente Funções do Corpo.

Quadro 3 Características dos qualificadores da CIF referentes ao componente Funções do Corpo

Componente	Características do qualificador																					
Funções do corpo	<p data-bbox="858 613 1431 647">Extensão da deficiência (primeiro qualificador)</p> <p data-bbox="560 680 660 714">b7302. _</p> <p data-bbox="584 786 815 815"><i>Primeiro qualificador</i></p> <p data-bbox="584 815 1409 871">Qualificador comum com escala negativa utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência: /</p> <table data-bbox="584 871 1409 1081"> <tr> <td>xxx.0 NENHUMA deficiência</td> <td>(nenhuma, ausente, escassa,...)</td> <td>0-4 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.1 Deficiência LEVE</td> <td>(leve, baixa,...)</td> <td>5-24 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.2 Deficiência MODERADA</td> <td>(média, regular,...)</td> <td>25-49 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.3 Deficiência GRAVE</td> <td>(elevada, extrema,...)</td> <td>50-95 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.4 Deficiência COMPLETA</td> <td>(total,...)</td> <td>96-100 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.8 não especificada</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>xxx.9 não aplicável</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	xxx.0 NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa,...)	0-4 %	xxx.1 Deficiência LEVE	(leve, baixa,...)	5-24 %	xxx.2 Deficiência MODERADA	(média, regular,...)	25-49 %	xxx.3 Deficiência GRAVE	(elevada, extrema,...)	50-95 %	xxx.4 Deficiência COMPLETA	(total,...)	96-100 %	xxx.8 não especificada			xxx.9 não aplicável		
xxx.0 NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa,...)	0-4 %																				
xxx.1 Deficiência LEVE	(leve, baixa,...)	5-24 %																				
xxx.2 Deficiência MODERADA	(média, regular,...)	25-49 %																				
xxx.3 Deficiência GRAVE	(elevada, extrema,...)	50-95 %																				
xxx.4 Deficiência COMPLETA	(total,...)	96-100 %																				
xxx.8 não especificada																						
xxx.9 não aplicável																						

Fonte: adaptado de Organização Mundial da Saúde, 2015.

O Quadro 4 demonstra a escala genérica possível de se registrar no primeiro qualificador do Componente de Estruturas do Corpo e as escalas dos outros dois qualificadores, referentes à natureza da deficiência e a localização dela. E também os dois qualificadores possíveis para o componente de Atividades e participação.

Quadro 4 Características dos qualificadores da CIF referentes ao componente Estruturas do Corpo e Atividades e Participação

Componente	Características do qualificador																																				
Estruturas do corpo	<p>Extensão da deficiência (primeiro qualificador) Natureza da deficiência (segundo qualificador) Localização da deficiência (terceiro qualificador)</p> <p>s7300. _ _ _</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Primeiro qualificador</th> <th>Segundo qualificador</th> <th>Terceiro qualificador (sugerido)</th> </tr> <tr> <th>Extensão da deficiência</th> <th>Natureza da deficiência</th> <th>Localização da deficiência</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 NENHUMA deficiência</td> <td>0 nenhuma mudança na estrutura</td> <td>0 mais de uma região</td> </tr> <tr> <td>1 Deficiência LEVE</td> <td>1 ausência total</td> <td>1 direita</td> </tr> <tr> <td>2 Deficiência MODERADA</td> <td>2 ausência parcial</td> <td>2 esquerda</td> </tr> <tr> <td>3 Deficiência GRAVE</td> <td>3 parte adicional</td> <td>3 ambos os lados</td> </tr> <tr> <td>4 Deficiência COMPLETA</td> <td>4 dimensões aberrantes</td> <td>4 parte anterior</td> </tr> <tr> <td>8 não especificada</td> <td>5 descontinuidade</td> <td>5 parte posterior</td> </tr> <tr> <td>9 não aplicável</td> <td>6 desvio de posição</td> <td>6 proximal</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7 mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido</td> <td>7 distal</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8 não especificada</td> <td>8 não especificada</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9 não aplicável</td> <td>9 não aplicável</td> </tr> </tbody> </table>	Primeiro qualificador	Segundo qualificador	Terceiro qualificador (sugerido)	Extensão da deficiência	Natureza da deficiência	Localização da deficiência	0 NENHUMA deficiência	0 nenhuma mudança na estrutura	0 mais de uma região	1 Deficiência LEVE	1 ausência total	1 direita	2 Deficiência MODERADA	2 ausência parcial	2 esquerda	3 Deficiência GRAVE	3 parte adicional	3 ambos os lados	4 Deficiência COMPLETA	4 dimensões aberrantes	4 parte anterior	8 não especificada	5 descontinuidade	5 parte posterior	9 não aplicável	6 desvio de posição	6 proximal		7 mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido	7 distal		8 não especificada	8 não especificada		9 não aplicável	9 não aplicável
Primeiro qualificador	Segundo qualificador	Terceiro qualificador (sugerido)																																			
Extensão da deficiência	Natureza da deficiência	Localização da deficiência																																			
0 NENHUMA deficiência	0 nenhuma mudança na estrutura	0 mais de uma região																																			
1 Deficiência LEVE	1 ausência total	1 direita																																			
2 Deficiência MODERADA	2 ausência parcial	2 esquerda																																			
3 Deficiência GRAVE	3 parte adicional	3 ambos os lados																																			
4 Deficiência COMPLETA	4 dimensões aberrantes	4 parte anterior																																			
8 não especificada	5 descontinuidade	5 parte posterior																																			
9 não aplicável	6 desvio de posição	6 proximal																																			
	7 mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido	7 distal																																			
	8 não especificada	8 não especificada																																			
	9 não aplicável	9 não aplicável																																			
Atividades e Participação	<p>Qualificador de desempenho (primeiro qualificador) Qualificador de capacidade (sem ajuda) (segundo qualificador)</p> <p>d4500. _ _ _</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>xxx.0 NENHUMA dificuldade</td> <td>(nenhuma, ausente, escassa...)</td> <td>0-4%</td> </tr> <tr> <td>xxx.1 Dificuldade LEVE</td> <td>(ligeira, baixa...)</td> <td>5-24%</td> </tr> <tr> <td>xxx.2 Dificuldade MODERADA</td> <td>(média, regular...)</td> <td>25-49%</td> </tr> <tr> <td>xxx.3 Dificuldade GRAVE</td> <td>(alta, extrema...)</td> <td>50-95%</td> </tr> <tr> <td>xxx.4 Dificuldade COMPLETA</td> <td>(total...)</td> <td>96-100%</td> </tr> <tr> <td>xxx.8 não especificada</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>xxx.9 não aplicável</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	xxx.0 NENHUMA dificuldade	(nenhuma, ausente, escassa...)	0-4%	xxx.1 Dificuldade LEVE	(ligeira, baixa...)	5-24%	xxx.2 Dificuldade MODERADA	(média, regular...)	25-49%	xxx.3 Dificuldade GRAVE	(alta, extrema...)	50-95%	xxx.4 Dificuldade COMPLETA	(total...)	96-100%	xxx.8 não especificada			xxx.9 não aplicável																	
xxx.0 NENHUMA dificuldade	(nenhuma, ausente, escassa...)	0-4%																																			
xxx.1 Dificuldade LEVE	(ligeira, baixa...)	5-24%																																			
xxx.2 Dificuldade MODERADA	(média, regular...)	25-49%																																			
xxx.3 Dificuldade GRAVE	(alta, extrema...)	50-95%																																			
xxx.4 Dificuldade COMPLETA	(total...)	96-100%																																			
xxx.8 não especificada																																					
xxx.9 não aplicável																																					

Fonte: adaptado de Organização Mundial da Saúde, 2015.

No caso dos fatores ambientais será utilizado o “.” para a representação de uma barreira ou “+” para representação de um facilitador. Essas características podem ser observadas no Quadro 5, com as respectivas escalas (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Quadro 5 Características dos qualificadores da CIF referentes ao componente Fatores Ambientais


Componente	Características do qualificador		
Fatores Ambientais	xxx.0	NENHUMA barreira	(nenhuma, ausente, escassa...) 0-4 %
	xxx.1	Barreira LEVE	(leve, baixa...) 5-24 %
	xxx.2	Barreira MODERADA	(média, regular...) 25-49 %
	xxx.3	Barreira GRAVE	(alta, extrema...) 50-95 %
	xxx.4	Barreira COMPLETA	(total...) 96-100 %
	xxx+0	NENHUM facilitador	(nenhum, ausente, escasso...) 0-4 %
	xxx+1	Facilitador LEVE	(leve, baixo...) 5-24 %
	xxx+2	Facilitador MODERADO	(médio, regular...) 25-49 %
	xxx+3	Facilitador CONSIDERÁVEL	(alto, extremo...) 50-95 %
	xxx+4	Facilitador COMPLETO	(total...) 86-100 %
	xxx.8	Barreira não especificada	
	xxx+8	Facilitador não especificado	
	xxx.9	não aplicável	

Fonte: adaptado de Organização Mundial da Saúde, 2015.

Apenas para elucidar e contextualizar o uso dos qualificadores nas categorias para cada componente, um exemplo foi desenvolvido pela autora do presente estudo selecionando quatro categorias da CIF. No exemplo, João é um motorista que relatou ter muita dor nas costas (representada pela categoria b28013.3). Essa dor o impede de brincar com seu filho (representação pela categoria d920.4). Ao procurar um médico, alterações em sua coluna lombar foram constatadas a partir de um exame de imagem (representação pela categoria s76002.270). João relatou que foram feitas adaptações no veículo de trabalho e que elas facilitaram um pouco seu dia-a-dia (representação pela categoria e1351+2), mas ainda não consegue realizar as atividades como gostaria. A autora do presente estudo salienta que o exemplo não esgota outros pontos que poderiam ter sido avaliados no caso e também das possibilidades que podem existir para chegar aos qualificadores. Na Figura 6, as diferentes cores expressam a estrutura

tronco-ramo-folha, que na classificação refere-se ao componente, capítulo e as categorias em seus diferentes níveis.

Figura 6 Exemplo de classificação de categorias para cada um dos componentes da CIF

<p>FUNÇÕES DO CORPO</p> <p>b- Componente Funções do corpo "b-body functions"</p> <p>b2- Capítulo 2 Funções sensoriais e dor, categoria de primeiro nível</p> <p>b280- categoria abrangente, de segundo nível de Sensação de dor</p> <p>b28013- subcategoria, ou categoria de terceiro nível de Dor nas costas</p> <p>b28013.3- Dor de intensidade grave nas costas que o limita no trabalho e ao brincar com o filho</p>		<p>ESTRUTURAS DO CORPO</p> <p>s- Componente Estruturas do Corpo "s- body structures"</p> <p>s7- Capítulo 7, categoria de primeiro nível de Estruturas relacionadas ao movimento</p> <p>s760- categoria abrangente, de segundo nível de Estruturas do tronco</p> <p>s7600- subcategoria, categoria de terceiro nível de Estruturas da Coluna vertebral</p> <p>s76002 Subcategoria, categoria de quarto nível da Coluna vertebral lombar</p> <p>s76002.270- Deficiência moderada na estrutura vertebral lombar com alteração qualitativa na estrutura em mais de uma região</p>
<p>ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO</p> <p>d- Componente Atividades e Participação "d- domain"</p> <p>d9- Capítulo 9 de Vida comunitária, social e cívica</p> <p>d920- categoria abrangente, categoria de segundo nível de Recreação e Lazer</p> <p>d920.4 Dificuldade máxima em recreação e lazer, inclusive com o filho, devido a dor.</p>	<p>FATORES PESSOAIS</p> <p>Nome: João</p> <p>Profissão: Motorista</p>	<p>FATORES AMBIENTAIS</p> <p>e- Componente Fatores Ambientais</p> <p>e1- Capítulo 1 de Produtos e Tecnologia</p> <p>e135- categoria abrangente, de segundo nível de Produtos e tecnologia para o trabalho</p> <p>e1351- subcategoria, categoria de terceiro nível de Produtos e tecnologia para assistência ao trabalho</p> <p>e1351+2 Produtos e tecnologia de assistência ao trabalho que facilitam moderadamente o dia-a-dia dele.</p>

Fonte: adaptado de Organização Mundial da Saúde, 2015.

Como a CIF é bastante extensa, gerar informações de saúde sobre seu conteúdo na íntegra nem sempre é possível ou necessário (SELB et al., 2015). Porém, a partir de um grupo de categorias classificadas gera-se um perfil do estado de saúde que permite situar um indivíduo no contexto de vida, a partir da condição de saúde dele. Assim, foram estabelecidas pela literatura, possibilidades para selecionar o conteúdo da CIF que serão explicitadas a seguir.

Vale ressaltar que, sendo um sistema de classificação com linguagem neutra, a maneira com que as informações da CIF estão disponibilizadas não permite que, a partir da escolha de uma categoria o profissional consiga diretamente avaliar o indivíduo. Por isso, a CIF não é um instrumento de

avaliação. Para a aplicação das categorias é necessário que algum instrumento de medida ou teste sejam aplicados, e, após essa avaliação o resultado seja convertido tanto para a categoria da CIF quanto para a escala dela (Cieza et al., 2016).

Inicialmente, Cieza et al (2002) propuseram elencar o conteúdo de questionários e instrumentos de medida já utilizados em pesquisas e na prática clínica ao conteúdo da CIF. Os autores descreveram que os instrumentos permitem avaliar a condição do paciente, enquanto a CIF permite classificar tais situações. Dessa forma, dez regras foram estabelecidas para que o conteúdo dos instrumentos fosse relacionado ao conteúdo da classificação. Assim, cada item do instrumento poderia ser ligado a uma categoria da CIF. A proposta dessa ligação serviria para mapear os conteúdos da CIF que já eram abordados pelos instrumentos auxiliando pesquisadores no desenvolvimento de futuros instrumentos que abordassem o escopo da CIF.

Em 2005, Cieza et al. atualizaram as regras de ligação propostas estendendo-as também a testes clínicos. No estudo, os autores relataram que a ligação do conteúdo dos instrumentos auxiliaria os profissionais a identificarem os instrumentos mais apropriados para seu contexto. Além disso, indicaram a possibilidade de ligar as opções de resposta dos instrumentos e testes com as opções de resposta das categorias da CIF ou suas porcentagens correspondentes. Em 2016 houve um refinamento das regras (CIEZA et al., 2016). Os autores sugeriram a utilização de um quadro para registrar as informações extraídas dos instrumentos de medida e à quais categorias da CIF foram ligadas para que o processo ficasse mais claro aos demais pesquisadores e profissionais (CIEZA et al., 2016). Os autores acenaram que estudos estatísticos deveriam ser realizados entre as escalas dos instrumentos e da CIF a fim de compatibilizar as informações e viabilizar a codificação das categorias.

Durante esse mesmo período, vários estudos foram realizados com a intenção de gerar conjuntos de categorias para diferentes condições de saúde. Esses conjuntos de categorias foram denominados *core sets* e têm regras estabelecidas para serem realizados (SELB et al., 2015). Essas regras são divididas em três fases: a fase de coleta na qual serão levantadas

categorias representativas para a condição de saúde a partir de diferentes perspectivas (perspectiva clínica- caracterizada por estudos multicêntricos; profissional- com consulta a *experts* da condição de saúde que levantarão as categorias a serem utilizadas; de pesquisa- pelo desenvolvimento de revisão sistemática acerca da condição de saúde e quais informações são relevantes para a condição de saúde, e a perspectiva qualitativa do paciente). A fase de consenso internacional na qual será realizada a técnica Delphi até que se chegue a uma versão final do *core set*. Os *core sets* apresentam uma versão abrangente e contam com um número maior de categorias, indicada para uso multidisciplinar e uma versão reduzida para o uso clínico de qualquer profissional treinado para seu uso (SELB et al., 2015). Atualmente existem mais de 90 *core sets* (ICF Research Branch, 2017a). Uma última fase consiste em implantar a versão do *core set*.

Um exemplo de implementação de *core set* na prática clínica que está sendo desenvolvido pela Universidade Ludwig-Maximilians na Alemanha, com financiamento do Seguro Social Alemão de Acidentes, é para as condições das mãos (CIEZA et al., 2013; *Lighthouse Project Hand*, 2013). Kus et al. (2017), que também participam do projeto, utilizaram o referido *core set* como guia de conteúdo a ser avaliado e, então realizaram revisões de literatura e *survey* com *experts* sobre cada uma das categorias para identificar as medidas mais apropriadas para acessar as informações do *core set*. A partir de um consenso interdisciplinar com especialistas foram definidos os instrumentos de medidas e os instrumentos para acessar sistematicamente as informações biopsicossociais de pacientes com condições de saúde das mãos (KUS et al., 2017). Essas informações compõem o *website* desenvolvido para o projeto, no qual são disponibilizadas por componente e item do *core set* a ser avaliado imagens e vídeos de como realizar a coletadas informações. Além disso, são disponibilizados exemplos, formulários e *guidelines* (*Lighthouse Project Hand*, 2013).

Outras possibilidades disponibilizadas foram os conjuntos de categorias não direcionados às condições de saúde, como os *check lists* (World Health Organization, 2003). Eles podem ser para serem aplicados em qualquer condição de saúde. Existe o *checklist* da CIF, desenvolvido pela OMS, mas existe a flexibilidade de outros *check lists* serem desenvolvidos

pelos profissionais de saúde, dependendo das necessidades de seus contextos. Além dos *check lists* foram propostos *sets* genéricos para reabilitação e uma lista mínima de categorias para ser usada em sistemas de informações em saúde (ICF Research Branch, 2017a; ICF Research Branch, 2017c; Organização Mundial da Saúde, 2015).

Todas as possibilidades citadas são norteadoras das informações que podem ser classificadas. Elas não são rígidas e, portanto, a elas podem ser agregadas ou retiradas informações que podem ou não ser relevantes para os contextos em que serão utilizadas. Os referidos conjuntos de categorias facilitam a seleção de categorias da CIF, permitem a padronização das informações coletadas e a consequente comparação dos dados para os diferentes fins anteriormente citados (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Outra forma de usar o modelo biopsicossocial e o conteúdo da CIF, porém, sem operar diretamente as categorias alfanuméricas é pelo desenvolvimento ou aplicação de instrumentos baseados no conteúdo da classificação. Um exemplo de instrumento que pode ser aplicado é o WHODAS (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*; World Health Organization, 2017). Esse instrumento genérico para acessar o estado de saúde e incapacidade operacionaliza a CIF a partir do conteúdo da classificação e é estruturado em forma de um questionário, com opções de respostas similares às da escala genérica da CIF.

Para a prática diária dos profissionais da saúde a OMS orienta que um conjunto de 3 a 18 categorias pode ser adequado para descrever precisamente um caso. Nessa condição orienta-se o uso de categorias com dois níveis (três dígitos) permitindo o uso para avaliação dos tratamentos propostos. A aplicação das categorias e sua codificação representa um dado momento do indivíduo, como se fosse a fotografia de um encontro. O acompanhamento do tratamento se faz mediante uma nova aplicação das categorias (Organização Mundial da Saúde, 2015).

A escolha das categorias para a prática clínica do profissional dependerá das necessidades de cada indivíduo ou população. Assim, o profissional pode se fundamentar nos conjuntos já estabelecidos e pode personalizar a seleção das categorias conforme for necessário, como citado

acima (CIEZA et al., 2002; CIEZA et al., 2005; CASTANEDA; BERGMANN; BAHIA, 2014; CIEZA *et al.*, 2016).

A CIF não substitui as ferramentas comumente utilizadas para mensurar aspectos sobre a funcionalidade e sobre o ambiente, mas permite identificar e qualificar a situação diagnosticada por diversos meios, como, inquéritos, avaliações, questionários, dentre outros (RAUCH; CIEZA; STUCKI, 2008; ARAÚJO; BUCHALLA, 2015). Entretanto, independentemente da fonte escolhida, preconiza-se que a percepção dos indivíduos atendidos seja considerada e norteie as práticas assistenciais decorrentes do processo de avaliação.

3.3.2 Iniciativas de utilização da CIF

Revisões sistemáticas realizadas com a CIF alguns anos após seu lançamento contribuíram para a identificação dos primeiros estudos que a utilizaram e as características deles. Cerniauskaite et al. (2011), realizaram uma revisão durante o período de 2001 a 2009 e identificaram que os primeiros estudos tratavam da base conceitual da CIF, portanto abordavam sua definição, conceitos, objetivos, benefícios e também descreviam o modelo biopsicossocial e outros modelos em saúde. Os autores relataram o achado de 206 estudos com essas características e que não tinham avançado às aplicações práticas (CERNIAUSKAITE et al., 2011).

Ruaro et al., 2012 realizaram uma revisão para identificar o panorama e a utilização da CIF no Brasil e identificaram um número crescente de publicações entre o período de 2001 a 2011. Os autores corroboraram os achados de Cerniauskaite et al. (2011), quanto ao número de aparições de estudos com características conceituais logo após o lançamento da CIF. Porém, identificaram em pequeno número, tentativas de aplicar o modelo biopsicossocial e a CIF.

O estudo de Ferreira et al. (2010), por exemplo, teve por objetivo verificar o estado funcional de 1.161 idosos que viviam na região metropolitana de Belo Horizonte e identificaram os fatores associados com a independência na vida diária e os fatores relacionados à percepção da vizinhança que poderiam estar associados com o estado funcional desses

idosos. Os autores identificaram uma prevalência de 47,1% nos idosos que foi associada com o aumento da idade, não ter um trabalho, realizar pouca atividade física, usar medicamentos regularmente e estar preocupado em sair de casa devido ao medo de cair por causa de defeitos nas calçadas. Essas identificações levaram os autores a concluir que dada à natureza mais dinâmica do modelo da CIF, intervir em qualquer um dos seus componentes tem o potencial para mudar o estado de funcionalidade dos indivíduos. Isso se traduziu em diretrizes e recomendações como: delinear intervenções na infraestrutura urbana melhorando o calçamento público, para possibilitar caminhadas na vizinhança, que sendo mais seguras e agradáveis, ajudariam a aumentar a frequência de caminhadas, o engajamento social e o uso de serviços. As consequências oriundas destas intervenções poderiam ocasionar uma mudança nos hábitos de vida que impactariam positivamente no estado funcional dos indivíduos atenuando até mesmo as doenças crônicas, uso de medicamento e até mesmo de serviços de saúde.

Outro estudo identificado foi o de Myezwa et al. (2011) que descreveram como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), afeta a funcionalidade e a vida das pessoas em diferentes contextos ambientais, particularmente quanto ao acesso à medicação. O estudo reuniu os dados de outros 4 estudos transversais, 1 brasileiro (BUCHALLA; CAVALHEIRO, 2008) e outros 3 sul-africanos (JESLMA et al., 2006; MYEZWAZA et al., 2007; VAN AS et al., 2009), que usaram a CIF como ferramenta para coletar informações de indivíduos com HIV. Cada grupo estava em diferentes estágios da doença e apenas dois grupos tinham acesso contínuo à terapia medicamentosa com o antirretroviral. Esses dados permitiram a comparação das dificuldades vividas por pessoas com HIV nos diferentes níveis da doença e com diferentes acessos ao medicamento. Os autores concluíram que a CIF provê uma estrutura útil para descrever a funcionalidade de pessoas com HIV, uma vez que traduz as alterações funcionais e seus impactos nas atividades e participação das pessoas, bem como a influência do ambiente. Também possibilitou a comparação de resultados pelo estabelecimento de linguagem comum, além de indicarem que os fisioterapeutas são fundamentais para o entendimento de saúde e funcionalidade e que o uso da CIF e da abordagem

biopsicossocial tem sido crescente por esses profissionais, definindo o sucesso das intervenções (MYEZWA et al., 2011).

Outro estudo identificado por Ruaro et al. (2012), foi o de De Castro et al. (2008), que apresentou a frequência das categorias da *core set* resumido da CIF para *diabetes mellitus* (DM) em um grupo de 38 pacientes com a qualidade de vida muito afetada. Os autores consideraram representativas as categorias que tinham 10% ou mais da amostra com algum grau de dificuldade. Os resultados apontaram maior comprometimento das categorias relacionadas aos componentes Funções do corpo, como dificuldade no controle metabólico, problemas na visão, controle de peso, e Estruturas do corpo devido ao fato de terem pacientes com alterações vasculares e com amputação de membros inferiores decorrentes da doença.

No componente Atividades e Participação as categorias que mais se destacaram foram a de cuidar da própria saúde e lidar com estresse e outras demandas psicológicas. Os autores mencionaram que essas categorias não são habitualmente avaliadas em estudos de incapacidade em geral. Tais estudos centralizam as perguntas no comprometimento da mobilidade e nas dificuldades para realização das atividades diárias. Portanto, o uso da CIF nesse aspecto contribuiu para indicar que os pacientes podem carecer de atendimento em outras áreas da saúde, como nas áreas de nutrição, psicologia e assistência social para a orientação e troca de experiências no sentido de superar problemas e desenvolver consciência e atitudes positivas para seguir recomendações médicas, dieta e praticar atividade física. Ainda, dentre os fatores ambientais, foram identificadas dificuldades em obter medicamentos, ajuda técnica, e material para monitoramento do controle glicêmico. Os autores inferiram que possíveis causas econômicas e/ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde podem estar relacionadas a essas dificuldades. Mais uma vez, percebe-se a possibilidade aberta aplicação da CIF no sentido de ir além da informação contida no código CID, revelando diversos aspectos da vida do paciente que podem interagir com a evolução do quadro clínico e alcance das metas assistenciais (DE CASTRO et al., 2008).

Outros dois estudos identificados mostram a possibilidade de usar a CIF associada com outros instrumentos. O primeiro é o de Ocarino et al. (2009)

que analisaram a correlação entre o questionário Roland Morris (QRM) e os testes de capacidade física, Sentado para de Pé e Teste de Caminhada de 15,24 metros com a CIF em lombalgia crônica. O segundo estudo foi de Nickel et al. (2010) que investigaram o desempenho ocupacional de indivíduos com Parkinson a partir da Medida de Desempenho Ocupacional Canadense (MDOC) e a classificação dessa nos domínios da CIF. Os autores consideraram haver correlação entre a MDOC e a CIF quanto à descrição das dificuldades de desempenho decorrentes do Parkinson na realização de atividades diárias. Esses estudos demonstram a possibilidade de aplicar instrumentos na prática clínica e a associação do conteúdo ao da CIF. Essa prática pode favorecer o conhecimento pelo profissional do conteúdo da classificação e também auxiliá-lo na transposição à rotina clínica de informações relevantes do modelo biopsicossocial, que foi identificada por França et al. (2019) como uma dificuldade a ser superada.

Brasileiro, Moreira e Buchalla (2013) identificaram dois estudos qualitativos. No primeiro, de De Lima et al. (2010) foram analisadas as inter-relações entre os componentes da CIF a partir da perspectiva de 11 indivíduos com diferentes condições de saúde que estavam em um hospital em Minas Gerais. Os autores aplicaram um questionário para obter informações demográficas e sociais, e também um instrumento denominado Quadro da Vida, cujo modelo está embasado na CIF.

O quadro da vida consiste em um método de obter informação da trajetória de vida do indivíduo permitindo a criação de um diagrama cronológico e a incorporação da experiência da doença ou do problema de saúde. Ele foi representado no estudo por um quadro com linhas representando um ano antes da doença ou acidente, logo após a alta hospitalar e o estado atual, que corresponde há três meses após a alta hospitalar. Nas colunas foram dispostos os domínios da CIF. O estudo analisou como os indivíduos veem a vida e a relação com o estado de saúde deles, ou seja, o impacto que a condição de saúde ou doença tem em diferentes áreas da vida. Os autores relataram que esse quadro oportuniza os registros das informações baseados nos relatos dos pacientes e que é pouco usado no Brasil (DE LIMA et al., 2010).

O outro estudo foi o de Machado e Scramin (2009) que identificaram elementos da CIF aplicáveis ao cuidado domiciliar de homens tetraplégicos, para a redução da dependência nas atividades da vida diária e no autocuidado. Os dados foram coletados com oito adultos com lesão medular alta, a partir de entrevista semiestruturada.

Os conteúdos analisados foram baseados no suporte familiar com relação à segurança para as funções corporais do indivíduo; no uso de tecnologias assistivas, as inventividades para promoção da qualidade do cuidado; os medos com o futuro incerto; a perda dos pais: limiares e fragilidades humanas; e ganhos funcionais, com as respostas objetivas das funções corporais. Os autores concluíram que o apoio da família e a presença dos pais, são fundamentais para enfrentar as limitações, alcançar ganhos funcionais e independência para atividades cotidianas e autocuidado, ainda que os ganhos sejam pequenos (MACHADO; SCRAMIN, 2009).

A segunda revisão publicada em 2013 (CASTANEDA; CASTRO, 2013), levantou estudos durante o período de 2002 a 2012 e incluiu 39 artigos. Os autores apontaram que 51,3% dos artigos foram originais e sua maior parte tinha características de estudos observacionais, descritivos e transversais. Essas características não estavam descritas na maior parte dos estudos. Além disso, a própria descrição metodológica não estava clara em boa parte dos estudos caracterizando, segundo os autores, a dificuldade ainda presente quanto à aplicação clínica da CIF e uso de seus qualificadores. Apesar de os autores também constatarem o aumento da produção científica com a CIF, relataram que nenhum estudo fez o segmento da população estudada e que foi pequeno o número de teses e dissertações que usaram a classificação. Isso demonstra a necessidade de se incluir a CIF na agenda dos programas de pós-graduação em saúde.

Em 2014, Castaneda, Bergmann e Bahia publicaram uma revisão sistemática de estudos observacionais e identificaram 29 estudos que utilizaram a CIF de maneira quantitativa, ou seja, com a aplicação de seus qualificadores. Os autores relataram o aumento da produção científica em CIF com a operacionalização das categorias, sendo que 62% dos estudos identificados usaram *check lists* e os *core sets* da CIF. Por outro lado, apontaram que uma condição que pode estar relacionada à limitação do uso

da CIF de forma quantitativa é a falta de estabelecimento das propriedades psicométricas dos qualificadores.

Em relação à área de conhecimento, houve mais estudos na área de Reumatologia (24%) e Ortopedia (21%), e quanto ao desenho dos estudos, 83% eram descritos como transversais. Os autores concluíram que apesar do aumento de estudos operacionalizando a CIF, o número ainda é menor se comparado aos estudos qualitativos, ou conceituais. Portanto, sugerem que estudos futuros visem à melhoria dos dados relacionados à funcionalidade e incapacidade operacionalizando a codificação (CASTANEDA; BERGMANN; BAHIA, 2014), mas, sem perder de vista o que realmente impulsiona essa operacionalização: o olhar biopsicossocial.

No Brasil, municípios, como Barueri, Jandira e Santana de Parnaíba, tem se adiantado na aplicação da CIF (DE ARAUJO; MAGGI; REICHERT, 2015). No entanto, segundo os autores, para que a CIF seja implantada uma reforma estrutural e administrativa deve ocorrer juntamente com a capacitação de profissionais e inserção da CIF na graduação.

3.3.3 A CIF como Tecnologia em Saúde

Nesta seção buscou-se contextualizar o papel da CIF à luz de um novo olhar sobre as tecnologias em saúde, proposto por Merhy e Feuerwerker (2016). Buscou-se um entrelaçamento das ideias elaboradas pelos autores e outras produções, com os modelos em saúde, em especial às características que possam contribuir para a viabilização e operacionalização do modelo biopsicossocial na rotina clínica. Os autores centralizaram suas ideias elucidando que a “extrema objetivação e focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico”; na busca objetiva do problema biológico que conduz o profissional na ação dos procedimentos, “esvaziada do interesse no outro, com escuta empobrecida”. Portanto, as ações em saúde, segundo os autores, têm perdido a dimensão cuidadora, ainda que se avancem os conhecimentos científicos. Para tanto, há a necessidade contemporânea de um “novo olhar sobre as tecnologias de saúde”.

Os autores construíram suas reflexões na concepção da produção de trabalho gerado a partir do encontro do profissional com o sujeito, sob a

perspectiva de Karl Marx. Conceberam que é preciso olhar o sofrimento humano a partir das perspectivas históricas, sociais e na singularidade situacional. Portanto, a abordagem muito objetiva, a qual os autores denominam “a clínica do corpo de órgãos”, representada pelo modelo biomédico, é alvo de questionamentos (MERHY; FEUERWERKER, 2016). Na concepção de Karl Marx sobre o trabalho, as atividades humanas se constituem em uma construção mental prévia, uma idealização, para então, produzir o que se deseja, como um instrumento para o trabalho (MERHY, 1997; MALTA; MERHY, 2003). Nesse processo, é necessária uma certa sabedoria para articular as ferramentas que precisa usar para criar o que foi idealizado. A ação do indivíduo para gerar o produto nesse processo é considerada como “trabalho vivo” e o processo de produção se constitui de “um certo saber tecnológico para juntar os componentes e transformá-los em produto” (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

O trabalho vivo, portanto, oportuniza a criação. Esse saber também foi concebido como uma tecnologia, um saber tecnológico, que dará sentido ou não ao uso dos instrumentos e equipamentos, considerados como trabalho morto, ou seja, que foram previamente construídos. (MERHY, 1997; MERHY; FEUERWERKER, 2016). A ilustração do novo olhar se dá pela simbologia de três “caixas de ferramentas tecnológicas” que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde e que contribuirão para gerar seus produtos. A primeira contempla as tecnologias denominadas duras. Elas consomem o trabalho morto e vivo dos operadores e permitem que eles manuseiem ferramentas e instrumentos de sua prática profissional que alimentem o raciocínio clínico (os autores citam como exemplo manusear estetoscópio e outros instrumentos que acessem dados físicos, exames laboratoriais e de imagens e outros equipamentos e medicamentos usados nas intervenções terapêuticas).

A segunda caixa contempla as tecnologias denominadas leve-duras, que contemplam o processamento do olhar do profissional sobre o usuário, apreendendo suas necessidades sob uma perspectiva, a partir de saberes definidos (a clínica, a epidemiologia). Segundo os autores, esse é um campo de tensão, que exige o olhar estruturado do profissional concomitante com a “leveza” que o usuário exigirá. Nesse contexto dá-se sentido e significado ao uso das ferramentas da primeira caixa. Por existirem diferentes formas do ato

clínico, nesse momento pode-se predominar processos mais estruturados, representando a dureza da tecnologia ou mais maleáveis, respeitando a leveza exigida (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

A terceira caixa contempla as tecnologias denominadas leves, nas quais se produz as relações entre o profissional e o sujeito e considera-se a “escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; captação da singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver por parte do usuário”, permitindo a apreensão de informações que somem ao raciocínio clínico. O produto dessa caixa expressa-se no ato tanto por parte do profissional quanto por parte do usuário, que “tem maiores possibilidades de atuar, interagir, imprimir sua marca, também de afetar (MALTA; MERHY, 2010; MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Ainda segundo os autores, as combinações dessas tecnologias traduzem-se nos diferentes modelos de atenção à saúde podendo ora ser mais dura, ora, mais leve.

Definidas essas três caixas de ferramentas como possibilidades de tecnologia no trabalho dos profissionais de saúde, a contextualização delas para a prática profissional fisioterapêutica se dá para a tecnologia dura- uma vez que o profissional deve saber operar recursos eletrotermofototerapêuticos e técnicas manuais; tecnologia leve-dura- quanto a realização de avaliação cinético funcional fundamentada cientificamente e de acordo com os contextos epidemiológicos emergentes; e, opera a tecnologia leve a relação com o sujeito durante o processo de avaliação e durante os períodos de acompanhamentos aos tratamentos, *locus* privilegiado para a apreensão e compreensão da condição de saúde do mesmo.

Para o presente estudo, houve um enfoque sobre as tecnologias leve-duras e leves, considerando que os registros de informação de funcionalidade expressavam em determinados campos o olhar do profissional sobre o sujeito e em outros, o olhar do sujeito sobre sua condição de saúde. A sensibilização proposta se constituiu em uma apreensão de determinado conteúdo e cuja operacionalização do conteúdo foi acompanhada e observada prática, denotando a tecnologia leve como o trabalho vivo do acadêmico juntamente com o sujeito que atendeu.

A CIF, por sua vez, é considerada uma ferramenta para diferentes fins, citados anteriormente e que sua concepção, sua estrutura física e operacionalização também permeiam as caixas ferramentais dos profissionais de saúde. Dessa forma, entendeu-se que para a aplicação da CIF é necessário um conhecimento dessa tecnologia/ferramenta, para além de sua estrutura física. O conhecimento dela deve ser iniciado e deve estar fundado na contextualização de seu percurso histórico-sociológico (CASTRO; SILVA; LEITE; BOLLELA, 2015), bem como da concepção de seu modelo em saúde e a consequente prática em saúde que advém de seu modelo operacionalizado. Isso inclui a articulação conjunta da concepção dos paradigmas do modelo biomédico e biopsicossocial (BORRELL-CARRIÓ; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004). Essa fundamentação teórica deve estar imbuída no usuário da CIF antes do uso de categorias e qualificadores. “A construção mental do produto a ser realizado antecede e se antepõe a processo de trabalho em si” (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Todos os objetivos específicos do presente estudo, portanto, contemplam uma ligação com as tecnologias leve-duras e leves. Maior ênfase se deu sobre as tecnologias leves, considerando que para alcançar os dois objetivos específicos finais de acompanhar as avaliações fisioterapêuticas para identificar o modo de abordagem clínica após a sensibilização e identificar as repercussões da assimilação do modelo biopsicossocial e da CIF na abordagem clínica e no estabelecimento de diagnóstico fisioterapêutico, metas e objetivos fisioterapêuticos requerem a atenção para o ato do trabalho vivo do acadêmico e do sujeito ao longo de suas avaliações e atendimentos.

O desenvolvimento da CIF se deu diante do percurso epidemiológico populacional relatado no capítulo Introdução desta tese cuja necessidade fez refletir e repensar no modo de compreender a saúde que estava sendo operacionalizado até então. Parece também que é um resgate de saúde que em algum momento e por certas circunstâncias históricas se dissolveu e devido ao momento não foi dada tanta ênfase. Agora, porém, com tais mudanças a mesma forma de agir, para diferentes condições de saúde parece trazer os mesmos resultados efetivos. Portanto, mudando as características epidemiológicas é preciso também atualizar o agir em saúde. Merhy, em seu texto “Em busca do

tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde” sustenta em epígrafe o que foi citado acima:

“O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender interroga-lo, a duvidar do seu sentido e abrir-se para os ruídos/analísadores precedentes do seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente.” (MERHY, 1997)

Em uma breve introdução histórica, Testa (1997) regata a quase atemporalidade das discussões sobre o desafio dos problemas de saúde dos tempos hipocráticos revelando a essência de um cuidar em saúde se atentando ao ambiente físico no qual o homem vive, os contextos, as culturas os fatores pessoais com relação a alimentação, atividade física, hábitos por exemplo, apresentam suas particularidades.

O convite proposto pelas reflexões dos autores propõe a revisitação do fazer saúde, permitindo que o trabalho vivo no cotidiano seja impactado por cada encontro com os sujeitos, estando aí a oportunidade de “ressignificar o arsenal das ferramentas” dos profissionais, bem como produzir criativamente novas oportunidades (MERHY et al., 2011).

3.3.4 A CIF na formação profissional

Em 2002, Steiner *et al.* desenvolveram um instrumento chamado *Rehabilitation problem-solving form* (RPS-Form) que permitiria aos profissionais da saúde analisar os problemas dos pacientes, focar em metas específicas e relacionar dificuldades e incapacidades com variáveis relevantes e modificáveis. A Figura 7 representa o formulário desenvolvido pelos autores, com dados de um exemplo aplicado a um paciente com dor crônica e as associações hipotéticas realizadas pelos profissionais.

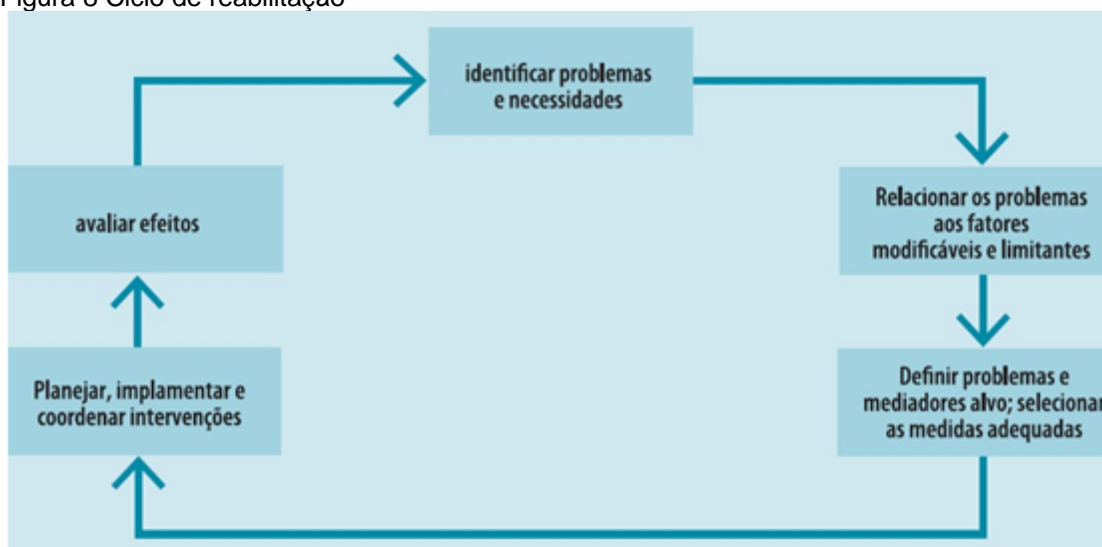
Figura 7 Rehabilitation problem-solving form

Pat. No. [59834884.00176095.]		Medication: [NSAID _____]	
Form No.: [1] Date: [28.07.2000.]		Coordinator: [Dr. M. Fisher _____]	
Disorder/Disease			
Reactive arthritis Chronic multifactorial pain syndrome			
Patients/Family Perceptions of Problems and Disabilities	Often tired Pain in the neck, hands, feet	Housekeeping activities that involve lifting or carrying by hand (eg, vacuuming, ironing, shopping) Writing Walking long distances	Partial incapacity for work (80%) with need to avoid sick leave Anxious about losing job Missing social contacts previously found in leisure clubs Stopped accompanying husband in walking
	Body Structures/Functions	Activities	Participation
Health Professional Identification of Mediators Relevant to Target Problems	Moderate impairment of joints Hands, fingers (s73012.2) Ankle, foot (s75021.2)	Difficulty in handling stress and other psychological demands (d240.3)	
	Regulation of emotion (b1521.3) (anxiety and feelings of depression) General physical endurance (b4550.2) Hypertonia of neck (b735.3) Muscle power functions: arm/feet (b7304.2)		
Contextual Factors			
Personal Factors		Environmental Factors	
Coping strategies (-2) Social background (-1) German language (+3) Personality (+1)		Former medication (painkillers) (e1101.2)	

Fonte: Steiner et al., 2002.

O formulário desenvolvido por Steiner et al. (2002), deveria ser preenchido com as perspectivas dos pacientes ou familiares sobre as dificuldades e incapacidades no momento da avaliação, tornando mais fácil identificar metas e auxiliar no ciclo de reabilitação (Figura 8), entendido pela OMS e pelos autores como uma abordagem para o gerenciamento da reabilitação que ajuda a ver os impactos da doença, definir os objetivos do tratamento, relacionar problemas a soluções ou mediadores e fortalecendo as ações terapêuticas ao relacionar as intervenções aos resultados durante o processo de reabilitação

Figura 8 Ciclo de reabilitação



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2011.

Tal modelo também é utilizado pelo *Swiss Paraplegic Research (SPR)*, sediado em Notwill na Suíça e cujos atendimentos à população são realizados embasados na CIF por profissionais treinados. O SPR oferece workshops sobre a CIF e suas aplicações nos quais ensina os profissionais da saúde a utilizarem um modelo bastante similar ao de Steiner *et al.* (2002), este é complementado com as anotações do profissional que está avaliando utilizando as categorias da CIF (*Swiss Paraplegic Research, 2015; Swiss Paraplegic Research, 2017*).

Jelsma e Scott (2011), sensibilizaram estudantes do segundo ano de Fisioterapia com uma nova avaliação focada no paciente e nos componentes da classificação. Esses alunos iriam para estágios em neurologia pediátrica no terceiro ano. Os autores compararam as avaliações com as realizadas pelos alunos do ano anterior, que não receberam informações sobre a CIF, e identificaram uma maior abrangência e aumento do número de informações coletadas sobre funcionalidade. Eles concluíram que a experiência encorajou o pensamento clínico e permitiu aos alunos o planejamento mais apropriado das intervenções fisioterapêuticas em benefício do paciente (JELSMÁ; SCOTT, 2011).

Beraldo (2017) realizou uma sensibilização para uma equipe multiprofissional que trabalhava com pacientes renais crônicos em

hemodiálise com o pressuposto de melhorar a coleta de informações sobre qualidade de vida dos pacientes. Ao comparar os prontuários antes e após a sensibilização constatou o aumento de registros de indicadores de qualidade de vida e concluiu que o emprego educacional da CIF é efetivo para registrar informações de funcionalidade podendo contribuir para melhores práticas no manejo dos pacientes renais crônicos.

Outro caminho para avançar na operacionalização da CIF foi a informatização dos registros. Para isso, alguns estudos desenvolveram sistemas computacionais que permitem gerar um prontuário digitando manualmente as categorias, ou selecionar manualmente categorias já disponíveis no sistema e adicionar os qualificadores (BUYL; NYSSSEN, 2008; NEGREIROS, 2010; DE ARAUJO et al., 2015; GAZOLA, 2015; PRODINGER et al., 2017; DE ARAUJO; NEVES, 2015; JÚNIOR et al., 2017).

Maritz, Aronsky e Prodinge (2017) realizaram uma revisão sistemática sobre sistemas de informação com a CIF e incluíram 17 estudos sendo 6 deles referentes às tentativas de implantação. O contexto predominantemente encontrado pelos autores foi o de reabilitação. Dentre os benefícios apontados pelos estudos encontram-se a abrangência e a aplicação em diversos contextos da CIF, a melhora na qualidade de serviços devido ao suporte e a interação multidisciplinar, e a satisfação dos usuários nos estudos em que os sistemas foram implantados.

Bornbaum et al. (2015) realizaram uma revisão da literatura sobre a aplicação da CIF no contexto de educação em saúde e relataram o crescente aumento das iniciativas de integração da CIF na formação dos profissionais. Embora essa integração recente seja uma oportunidade substancial para a área da saúde, ela é também desafiadora visto a mudança cultural necessária em detrimento das necessidades atuais nos serviços de saúde.

Devido ao fato de durante a formação o acadêmico ainda estar formando suas bases conceituais e abordagens, acreditou-se que é durante a formação o momento mais oportuno para ensinar e oportunizar uma prática atualizada. As diferentes formas de inserir a CIF no contexto de formação oportunizam um leque de possibilidades para reflexões e tentativas para utilizá-la nas rotinas em saúde.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO E ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

O presente estudo é caracterizado como qualitativo e de natureza pragmática.

Os estudos qualitativos procuram responder a questões particulares se ocupando com os significados, motivos, crenças, valores e atitudes entendendo que esses fenômenos fazem parte da realidade humana numa realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes. As pesquisas com essa fundamentação metodológica se dão “no cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que a vivenciam” (MINAYO, 2014, p.24).

“O nível de realidade dos estudos qualitativos é não visível e precisa ser exposto e interpretado, em primeira instância, pelo próprio pesquisador” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2012). Assim, questões de interesse em estudos qualitativos se mostram e se definem ao longo do estudo, conforme o pesquisador realiza a coleta e a análise das informações.

Minayo, Deslandes, Gomes (2012), relataram que estudos qualitativos costumam se dividir em três etapas:

- fase exploratória, na qual se produz o projeto da pesquisa e se faz os procedimentos exploratórios para escolher o espaço em que será realizado e qual a amostra participará;
- trabalho de campo, na qual a base teórica desenvolvida na etapa anterior é colocada em prática e fundamenta a confirmação de hipóteses e construção da teoria do estudo;
- análise e tratamento do material empírico e documental, que busca valorizar, compreender, interpretar os dados articulando-os com a base teórica desenvolvida ou com outras leituras realizadas ao longo do período de estudo de acordo com as demandas apresentadas tanto pelo trabalho de campo quanto na análise dos dados.

Ao contextualizar as etapas descritas ao presente estudo, contemplou-se na primeira, a delimitação do objeto de estudo e a estruturação do projeto e seus pressupostos. Na segunda, uma aplicação de sensibilização aos acadêmicos com presença de pesquisadores observadores. Após a sensibilização houve a observação

em campo pela pesquisadora. A terceira etapa contemplou o tratamento e análise do material documental que incluiu as fichas de avaliação fisioterapêutica antes e após a sensibilização, diagramas realizados pelos acadêmicos baseados no conteúdo da ficha para expressar o raciocínio clínico sobre o caso e, os diários de campo realizados pelos pesquisadores observadores da sensibilização e pela pesquisadora durante o ano letivo em que acompanhou os acadêmicos que realizaram a sensibilização.

A escolha pelos materiais documentais se deu por eles permitirem ao pesquisador obter a linguagem e as palavras dos participantes. Além disso, representam dados criteriosos, uma vez que os participantes colocaram sua atenção em produzi-los (CRESWELL, 2014, p.213).

Estudos pragmáticos se caracterizam pelo enfoque nos resultados- nas ações, situações e consequências da investigação. O aspecto importante no qual a pesquisa centra-se é no problema que está sendo estudado e as perguntas feitas sobre esse problema (CRESWELL, 2014, p.38).

A condução de maneira menos rígida com relação aos métodos, técnicas e procedimentos, comparados à dos ensaios clínicos randomizados, tanto apresentam condições mais próximas das encontradas na prática profissional, quanto se adequam às necessidades e objetivos do estudo. As amostras são mais heterogêneas, portanto, mais representativas dos indivíduos na rotina clínica real; e os estudos podem ser mais flexíveis, respeitando as necessidades individuais e ao máximo as condições naturais do contexto (COUTINHO; HUF; BLOCH, 2003; CRESWELL, 2014, p.38). Estudos pragmáticos são uma boa alternativa para profissionais que questionam suas práticas e fazem perguntas sobre a realidade (COUTINHO; HUF; BLOCH, 2003; CRESWELL, 2014, p.38).

Apesar de os estudos pragmáticos não se comprometerem com sistemas de filosofia, há concordância de que as pesquisas ocorrem em contextos sociais, históricos e políticos (CRESWELL, 2014, pg.38). Assim, a partir da leitura de Minayo (2014), considerou-se a temática dos modelos de saúde e a forma de trabalho gerada a partir das concepções deles aproximadas aos pensamentos do marxismo histórico dialético, cujos filósofos são Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895).

Alguns princípios da corrente filosófica que emergiram da literatura de Minayo (2014) como a compreensão do contexto, as práticas realizadas, os conflitos e as contradições estimularam a análise do diário de campo produzido pela pesquisadora.

À luz do pragmatismo questionou-se como o modelo biopsicossocial foi operado na rotina clínica fisioterapêutica após o processo de sensibilização aos acadêmicos.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS E PERÍODO DO ESTUDO

A realização do estudo foi permitida após uma sondagem inicial e explicação da proposta do estudo ao Coordenador do Curso de Fisioterapia e diretor da Clínica escola da época, que foi o signatário do termo de autorização da instituição. O projeto foi então submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob o número 2.727.875 (ANEXO A).

O estudo foi desenvolvido durante o período de junho de 2018 a janeiro de 2020.

4.3 PARTICIPANTES E CENÁRIO DO ESTUDO

Os participantes foram os acadêmicos do penúltimo ano da graduação de Fisioterapia do ano de 2018 que consentiram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, participaram dos quatro encontros da sensibilização e que cursaram o estágio obrigatório da área musculoesquelética durante o ano de 2019.

Inicialmente a pesquisadora esclareceu os objetivos de pesquisa a um professor do curso, o qual ofereceu parte de sua disciplina para a realização da sensibilização. Os acadêmicos foram contatados no início de uma aula em que o professor apresentou a pesquisadora. Em seguida do esclarecimento sobre o estudo e do convite aos acadêmicos foi gerada uma lista dos interessados. Combinou-se a data de início da sensibilização e o local onde seria realizada. Dos 46 interessados no primeiro contato, 27 iniciaram a sensibilização e 18 concluíram os quatro encontros. Os demais acadêmicos relataram terem tido dificuldades em conciliar prazos para entrega do projeto de conclusão de curso e a concomitante frequência nas demais disciplinas que cursavam.

O cenário do estudo foi uma clínica escola de Fisioterapia de uma universidade privada do município de Curitiba- PR que presta atendimentos à comunidade nas áreas musculoesquelética, neurológica, reumatológica, pediátrica e dermatológica-funcional. A área musculoesquelética apresenta maior demanda por atendimentos na clínica escola. Tal demanda também é identificada na prática profissional dos fisioterapeutas do estado do Paraná, que atuam majoritariamente na área Fisioterapia

musculoesquelética, ou conhecida também pela especialidade traumato-ortopédica funcional (MARIOTTI et al., 2017).

A clínica escola funciona em um espaço de 900m², com uma equipe atuante composta de oito profissionais fisioterapeutas, professores da instituição, para a supervisão e orientação de alunos em aulas, atividades práticas e estágio. Diariamente são realizados 50 atendimentos por alunos do último ano do curso de graduação de Fisioterapia durante o estágio supervisionado aos indivíduos da comunidade.

A procura para tratamento de diversas condições de saúde pela comunidade, o acesso a serviços fisioterapêuticos de qualidade e a identificação dos atendimentos que embasam a formação de profissionais que irão atuar em vários contextos clínicos da assistência prestada no estado do Paraná e fora dele, conferiram representatividade ao local do estudo quanto às necessidades apresentadas pela comunidade curitibana.

Devido à necessidade de contribuir para a qualidade das práticas fisioterapêuticas e à área musculoesquelética ser de grande demanda não apenas na clínica escola, mas no contexto da reabilitação, ela foi escolhida como foco para o desenvolvimento da metodologia proposta.

4.4 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

4.4.1 Identificação e descrição dos registros de informações em funcionalidade realizados no serviço de Fisioterapia

Esta etapa refere-se ao momento anterior à sensibilização e teve como alvo fichas de avaliações, diagramas, relatórios acadêmicos e evolução dos pacientes que receberam alta do serviço, para uma análise exploratória que permitiu conhecer o teor do preenchimento das fichas. O modelo da ficha utilizada no contexto do estudo pode ser observado no anexo A.

Em julho e agosto de 2018 foram coletados dados das fichas de avaliações referentes ao período de julho de 2017 a julho de 2018. Foram excluídas fichas que se referiam a atividades práticas de outros semestres acadêmicos e a condições agudas de saúde, com fase patológica inferior a três meses. As fichas incluídas contemplaram as preenchidas e legíveis e que denotassem informações potenciais

do conteúdo da CIF. Todas as fichas foram codificadas numericamente assegurando a confidencialidade das informações referentes aos acadêmicos e dados pessoais dos pacientes.

O campo Anamnese foi alvo de uma análise aprofundada pelo seu potencial de identificar a perspectiva do indivíduo/paciente e foi entendido como o campo com maior potencial para abstrair informações do impacto das condições de saúde na vida dele. Os registros de informações desse campo poderiam traduzir o olhar do profissional e o seu modelo norteador, visto ser esse campo construído pela demanda de informações por parte do fisioterapeuta, refletindo em maior ou menor grau o olhar biopsicossocial, inclusive nos diagnósticos e objetivos fisioterapêuticos.

Após a aproximação com o material percebeu-se que alguns itens da anamnese eram coletados a partir de campos semiestruturados e campos abertos para observações, a partir das quais poderiam ser complementadas informações sobre a experiência vivida, as particularidades do caso do paciente.

Percebeu-se que no item exame físico, no sub tópico sobre uso de acessórios, havia um campo aberto para descrição, a partir do qual poderiam surgir conteúdos que ampliassem as informações referentes ao paciente e que, conseqüentemente, pudessem refletir outros domínios da saúde vivida, como as atividades e participação e os fatores ambientais. Desse modo, este campo também foi objeto de análise qualitativa.

4.4.2 Análise das informações registradas para identificar as potenciais contribuições para operacionalização da CIF

Para a análise dos dados qualitativos, o conteúdo geralmente é decomposto em unidades de registro representadas por palavras, frases ou orações, temas, ou o próprio contexto e conduz a uma busca da lógica peculiar e interna do grupo que está sendo analisado (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2012).

A partir da decomposição, as unidades de registro são diferenciadas e distribuídas em categorias que podem ser reagrupadas segundo a analogia recebendo um título genérico (BARDIN, 2011). Cieza et al. (2016) desenvolveram um processo similar de identificação de conteúdo de instrumentos da prática clínica com as categorias da CIF, registros das informações identificadas e exposição dos resultados. O presente estudo se embasou na concepção teórico-metodológica de

Cieza et al. (2016) no sentido da identificação dos conteúdos da ficha de avaliação com as categorias da CIF, porém, não seguiu as etapas metodológicas propostas pelos autores com relação ao registro e expressão dos resultados, bem como não foi realizada a identificação de todo o material por pares.

A categorização do material deverá ser exaustiva, ou seja, deve dar conta de todo o material analisado (MINAYO; DESLANTES; GOMES, 2012). Para tanto, o presente estudo também se fundamentou na codificação proposta por Saldanã (2016), o qual sugere métodos para a análise dos dados qualitativos em dois ciclos de codificação, entre eles há um ciclo intermediário para exploração dos achados e associações. O quadro 6 demonstra os métodos propostos por Sandaña (2016).

Quadro 6 Métodos de codificação do primeiro e segundo ciclo

Métodos de codificação de primeiro ciclo	
Métodos gramaticais Codificação de Atributo Codificação de Magnitude Subcodificação Codificação Simultânea Métodos Elementares Codificação Estrutural Codificação Descritiva Codificação <i>In Vivo</i> Codificação de Processo Codificação Inicial Codificação de Conceito Métodos afetivos Codificação de Emoções Codificação de Valores Codificação <i>Versus</i> Codificação de Avaliação	Métodos literários e de linguagem Codificação Dramatúrgica Codificação de motivos Codificação Narrativa Codificação de Troca Verbal Métodos exploratórios Codificação Holística Codificação Provisória Codificação de Hipóteses Métodos Procedurais Codificação de Protocolo Codificação de OCM (<i>Outline of Cultural Materials</i>) Codificação de domínio e taxonomia Codificação Causal
Método de codificação do primeiro para o segundo ciclo	
Codificação Eclética	
Métodos de codificação do segundo ciclo	
Codificação de Padrão Codificação Focada Codificação Axial Codificação teórica Codificação Elaborativa Codificação Longitudinal	

Fonte: adaptado de Saldaña, 2016 p.105.

A compreensão, interpretação e descrição à luz da teoria é uma contribuição fundamental, singular e contextualizada pelo pesquisador (MINAYO; DESLANTES; GOMES, 2012).

O material foi analisado a partir do conhecimento e entendimento do modelo biopsicossocial, CIF e funcionalidade da pesquisadora. Tal conhecimento foi adquirido ao longo da sua formação no mestrado, período no qual realizou um dos primeiros cursos *on-line* em CIF realizados no Brasil e fez o uso empírico do *core set* resumido para lombalgia num programa teórico educativo chamado Escola da Coluna (SCHARAN et al., 2018), além de leituras exaustivas de documentos oficiais, dissertações e teses na área, bem como leitura de artigos de diferentes grupos de pesquisa sobre o tema.

Em 2017, para minorar dúvidas remanescentes, a pesquisadora realizou um *workshop em CIF* pelo *ICF Research Branch* na Suíça, cujos professores colaboradores e o local de realização do curso, o Instituto Guido Zäch, são parceiros do Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais sediado na Alemanha. A pesquisadora também visitou a unidade de pesquisa para saúde biopsicossocial no departamento de informática médica, biometria e epidemiologia na Universidade de Ludwig-Maximilian, em Munique na Alemanha, para conhecer os projetos de pesquisa desenvolvidos para a operacionalização da classificação, como o *Lighthouse Project Hand* (CIEZA et al., 2013; LIGHTHOUSE PROJECT HAND, 2013; KUS et al., 2017).

Todas as fichas incluídas foram codificadas e seu conteúdo transcrito para uma planilha Excel. Os dados referiam-se à descrição básica do aluno, como sexo e período acadêmico; e aos dados referentes ao sujeito avaliado: dados pessoais; diagnóstico clínico; informações dos itens da anamnese; informação do item inspeção, sobre uso de acessórios e descrição; diagnóstico fisioterapêutico e objetivo fisioterapêutico. Uma coluna foi designada às memórias analíticas, uma vez que a análise dos dados qualitativos ocorre concomitantemente ao procedimento de coleta (CRESWELL, 2014, p.218).

A pesquisadora realizou primeiramente uma leitura completa do material transcrito (CRESWELL, 2010, p.218) para corrigir erros de digitação, ter uma boa compreensão do material e para ganhar um conhecimento de cada avaliação.

Os títulos das colunas da planilha foram adequados para a importação ao software de apoio à análise dos dados qualitativos Atlas.ti versão 8.0. A planilha foi importada no Atlas.ti e foi criado o projeto “Análise fichas prévias à sensibilização” com os 20 documentos incluídos nessa etapa.

Em um primeiro momento, denominado por Saldanã de primeiro ciclo de codificação, foi aplicado um método exploratório de codificação holística (SALDAÑA, 2016) buscando identificar nos itens da ficha a que componentes de CIF os conteúdos pertenciam.

A codificação do conteúdo aos fatores pessoais se deu quando apresentou: histórico particular de vida e do estilo de vida, sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, hábitos, criação, formas de enfrentamento, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência prévia e atual, padrão geral de

comportamento e caráter, qualidades psicológicas individuais (Organização Mundial da Saúde, 2015).

O conteúdo referente às funções e sentidos humanos básicos foram codificados ao componente Funções do corpo (Quadro 7).

Quadro 7 Conteúdo do componente Funções do Corpo

Capítulo	Título
1	Funções mentais
2	Funções sensoriais e dor
3	Funções da voz e da fala
4	Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório
5	Funções dos sistemas digestivo, metabólico e endócrino
6	Funções geniturinárias e reprodutivas
7	Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento
8	Funções da pele e estruturas relacionadas

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2015.

As descrições de estruturas anatômicas do corpo, membros e seus componentes (músculos, tendões, ligamentos etc.) foram codificadas pelo componente Estruturas do corpo (Quadro 8).

Quadro 8 Conteúdo do componente Estruturas do Corpo

Capítulo	Título
1	Estruturas do sistema nervoso
2	Olho, ouvido e estruturas relacionadas
3	Estruturas relacionadas à voz e à fala
4	Estruturas dos sistemas cardiovascular, imunológico e respiratório
5	Estruturas relacionadas aos sistemas digestório, metabólico e endócrino
6	Estruturas relacionadas aos sistemas geniturinário e reprodutivo
7	Estruturas relacionadas ao movimento
8	Pele e estruturas relacionadas

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2015.

Já as Atividades foram representadas por verbos de ação e por relatos de níveis de dificuldades (ex. dificuldade para levantar-se, andar, permanecer de pé). A participação foi identificada pelo envolvimento nas atividades (ex. não ir ao mercado ou banco por ter dificuldade em conseguir permanecer longos períodos em pé). Tais conteúdos foram codificados pelo componente Atividades e Participação (Quadro 9).

Quadro 9 Conteúdos referentes aos capítulos do componente Atividades e Participação

Capítulo	Título
1	Aprendizagem e aplicação de conhecimento
2	Tarefas e demandas gerais
3	Tarefas e demandas gerais
4	Mobilidade
5	Cuidado pessoal
6	Vida doméstica
7	Relações e interações interpessoais
8	Áreas principais da vida
9	Vida comunitária, social e cívica

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2015.

Os fatores ambientais foram identificados pelas características do mundo físico, social e de atitude de terceiros, bem como o contato direto com outros indivíduos como família, conhecidos, colegas e estranhos; as estruturas sociais formais e informais, regras de conduta ou sistemas predominantes na comunidade ou sociedade que têm um impacto sobre os indivíduos. Este nível inclui organizações e serviços relacionados ao ambiente de trabalho, atividades comunitárias, órgãos governamentais, serviços de comunicação e de transporte e redes sociais informais bem como leis, regulamentações, regras formais e informais, atitudes e ideologias de terceiros (Organização Mundial da saúde, 2015). Todos esses exemplos são cobertos por cinco capítulos do componente Fatores Ambientais (Quadro 10).

Quadro 10 Conteúdos referentes aos capítulos do componente Fatores Ambientais

Capítulo	Título
1	Produtos e tecnologia
2	Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano
3	Apoio e relacionamentos
4	Atitudes
5	Serviços, sistemas e políticas

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2015.

Durante a fase inicial da análise, a pesquisadora percebeu a aparição de informações referentes aos diferentes componentes da CIF num mesmo item da ficha de avaliação. Portanto, criou no software grupos de códigos dos itens para cada componente (exemplo: para o subitem queixa principal: anam.qp-fatores pessoais;

anam.qp-funções do corpo; anam.qp-estruturas do corpo; anam.qp-atividades e participação; anam.qp-fatores ambientais). Assim, buscou facilitar a codificação nos demais documentos e para que pudesse inferir posteriormente a frequência de aparição de cada componente da CIF por item. Os códigos e grupos de códigos estão expressos no apêndice E.

Depois da identificação dos componentes de todos os documentos, iniciou-se a codificação do conteúdo às categorias da CIF. Para isso, a pesquisadora estruturou em outra planilha Excel, um “*codebook* da CIF” (SCHARAN, 2020). Nele estavam contidas todas as categorias, definições e agrupamentos dentro dos respectivos capítulos da classificação, somando mais de 1424 categorias. Após a conferência desse documento, o mesmo foi importado para o projeto do Atlas.ti e iniciou-se o ciclo de subcodificação. Essa codificação foi realizada sempre consultando a classificação no próprio *codebook* importado para o Atlas.ti, ou em sua versão em formato *.PDF* (Organização Mundial da Saúde, 2008) ou em versão impressa (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Para os itens diagnóstico fisioterapêutico e objetivos fisioterapêuticos foi aplicada a codificação *in vivo* (SALDAÑA, 2016, p.152), ou seja, foi mantida a nomenclatura descrita no documento.

Em seguida do tratamento e análise foi realizada a inferência, que é a dedução de maneira lógica de algo do conteúdo que está em análise. Comumente ela ocorre a partir de premissas e pressupostos acerca do assunto em questão para então interpretar o conteúdo (MINAYO; DESLANTES; GOMES, 2012).

Os conteúdos foram descritos com relação a aparição e a abrangência dos componentes presentes no registro e em quais domínios da CIF concentram-se as informações advindas da anamnese; a conexão implícita ou explícita entre o diagnóstico fisioterapêutico e o conteúdo da CIF; a conexão explícita ou implícita entre as metas do paciente e os objetivos do fisioterapeuta.

4.4.2.1 Estratégias para validação dos dados

O presente estudo buscou aplicar estratégias citadas na literatura com o intuito de potencializar a validade, a confiabilidade e a replicabilidade dos resultados atingidos (TRACY, 2010; CRESWELL, 2014, p.28; SAMPAIO; LYCARIÃO, 2018).

A validade é o princípio da pesquisa qualitativa que define a maior aproximação possível dos pesquisadores dos participantes do estudo, abrangendo “a realidade observada, o dado empírico e sua interpretação” por meio da escolha dos instrumentos adequados e pertinentes à coleta das informações (CRESWELL, 2014, p.28; SAMPAIO; LYCARIÃO, 2018). Ainda, em momentos oportunos em conversas informais a pesquisadora buscou validar suas impressões com os acadêmicos e supervisores.

A confiabilidade representa a precisão dos instrumentos escolhidos, bem como a acurácia das categorias, que visam não permitir distorções e erros. Ela visa padronizar “as formas com que diferentes codificadores compreendem as mesmas categorias, aumentando a chance de interpretação comum, intersubjetiva” SAMPAIO; LYCARIÃO, 2018). Ainda segundo Sampaio e Lycarião (2018), esse princípio se aproxima da validade externa, enquanto a validade interna se aproxima da validade.

A validade distingue-se em interna, que se relaciona à definição conceitual e operacionalização das categorias e externa, referida aos resultados serem generalizados (MORO, 1989; SAMPAIO; LYCARIÃO, 2018). O presente estudo seguiu as propostas delineadas por Sampaio e Lycarião (2018) com relação à validade interna e os procedimentos para pesquisas individuais e externa, com os procedimentos para pesquisas para mais de um codificador. Portanto, um conjunto de 50 citações dos dados foi avaliada nesse processo.

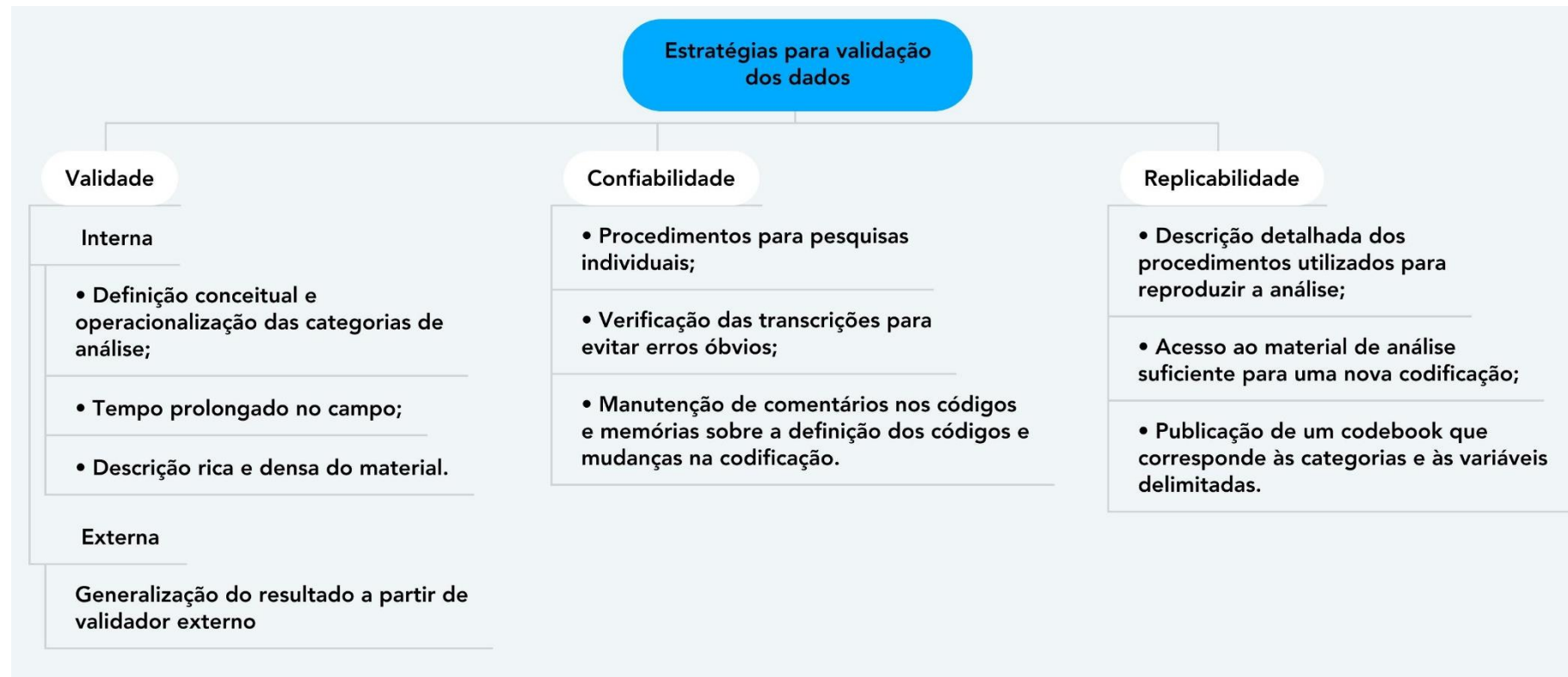
A validade interna se deu pela codificação de 50 citações com relação à escolha dos componentes da CIF pela pesquisadora e após o intervalo de uma semana foi realizada a segunda codificação. Para a validade externa, a pesquisadora considerou sua primeira codificação e a comparou com a codificação realizada da mesma forma por um profissional de saúde com conhecimento em CIF. Para ambas situações, foi realizado o teste estatístico alpha de Krippendorff (KRIPPENDORF, 2004; HAYES; KRIPPENDORF, 2007), pelo programa estatístico SPSS em sua versão 25. Como o pacote estatístico do SPSS não dispunha do teste, seguiu-se o passo a passo disponibilizado na literatura (HAYES; KRIPPENDORF, 2007) e operacionalizado por (LÖFGREN, 2017). O resultado desse índice pode variar de -1 a 1, sendo 1 concordância perfeita, acima de 0,9 muito confiável, acima de 0,8 suficientemente confiável, abaixo disso, falta de confiabilidade e -1 discordância (NEUENDORF, 2002; SAMPAIO; LYCARIÃO, 2018). No presente estudo, tanto a validade interna quanto a

validade externa tiveram o mesmo resultado de 0,933, indicando a codificação muito confiável.

Além disso, a replicabilidade confere o nível que a pesquisa pode ser realizada em outro contexto, por outros pesquisadores. A Figura 9 apresenta as estratégias adotadas no presente estudo para cada um dos princípios fundamentais da pesquisa qualitativa.

Em relação ao critério de amostragem em estudos qualitativos, comumente se segue um critério de saturação quanto às informações coletadas, ou seja, o conteúdo deve refletir a totalidade das dimensões do estudo. A não persistência da coleta de dados se dá a partir do momento em que, na avaliação do pesquisador, começarem a aparecer repetições e redundâncias das informações (MINAYO; DESLANTES; GOMES, 2012; FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008). Para dar transparência aos estudos qualitativos quanto ao critério de saturação, sugere-se que sejam registrados os conjuntos de fatores que contribuíram para o ponto de saturação amostral (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

Figura 9 Estratégias adotadas para os princípios de validade, confiabilidade e reprodutibilidade



Fonte: Adaptado de Sampaio; Lycarião, 2018; Creswell, 2014, p224-228.

4.4.3 Delineamento e aplicação de uma estratégia de sensibilização sobre o modelo biopsicossocial e a CIF aos acadêmicos

A proposta de delinear e aplicar a sensibilização aos acadêmicos se deu a partir de uma exploração na grade curricular e com acadêmicos e professores na qual não havia na época, uma disciplina ou momento específico que abordasse a classificação de forma sistematizada, fato esse que limitaria a pesquisadora no entendimento dos campos potenciais que denotassem o modelo biopsicossocial tanto para a coleta das informações da Ficha de Avaliação Fisioterapêutica quanto na observação da prática clínica.

Percebeu-se que apenas uma iniciativa do uso da classificação permeava uma disciplina denominada Projeto Integrador, no qual desde o primeiro ano do curso os acadêmicos delimitavam um tema e desenvolviam-no ao longo de 4 etapas, uma por semestre. Nesse percurso, aumentava-se a complexidade e a prática com o projeto. Eles eram então estimulados a apenas selecionar as categorias pertinentes ao conteúdo estruturado no projeto de pesquisa utilizando o livro da CIF em sua versão física ou digital.

Frente à essa demanda, a sensibilização foi então delineada entre maio e outubro de 2018, e teve como norteador a ferramenta *ICF e-learning tool* (ICF Research Branch, 2017 b).

O *ICF e-learning tool* foi criado pelo *ICF Research Branch* que tem sua sede no *Swiss Paraplegic Research* em Nottwil, na Suíça. O *ICF Research Branch* está em cooperação com do Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais sediado na Alemanha. Ambos, o *ICF Research Branch* e o Centro Colaborador da OMS dedicam-se ao desenvolvimento e à disseminação do ensino CIF de maneira acessível e padronizada. O conteúdo do *ICF e-learning tool* segue as especificações das diretrizes curriculares para ensino de CIF, elaboradas conjuntamente pelos membros do Grupo de Referência de Funcionalidade e Incapacidade e do Comitê de Educação e Implantação da OMS (ICF Research Branch, 2017 b).

As diretrizes provêm uma estrutura para o desenvolvimento de programas educacionais e de treinamento genéricos sobre a CIF, portanto,

capazes de serem acompanhados por uma gama de usuários em diferentes países. Elas estão disponibilizadas em uma versão revisada e testada.

O *ICF e-learning tool* pode ser acessado nos seis idiomas oficiais da OMS (inglês, francês, mandarim, espanhol, árabe e russo) e pode ser acompanhado por vários públicos, como pessoas com limitações em suas funcionalidades e incapacidades, profissionais de saúde, professores e pessoas de outros setores, pois tem por objetivo fornecer informações gerais ao usuário sobre os antecedentes e o contexto da CIF, e aumentar o conhecimento e melhorar a compreensão dela com exemplos práticos. A ferramenta também disponibiliza um questionário sobre a CIF, com orientação para que seja respondido antes e após a realização dos capítulos a fim de o usuário avaliar seu aprendizado. O *e-learning tool* apresenta, atualmente, um módulo introdutório composto por sete capítulos intitulados: necessidades da CIF, objetivos da CIF, usos da CIF, uso do modelo da CIF, estrutura e categorias, qualificadores da CIF, Família de Classificações internacionais da OMS.

No que diz respeito aos capítulos do módulo introdutório, há uma apresentação geral do que será tratado no capítulo, bem como os objetivos esperados quanto ao aprendizado do conteúdo. De maneira similar isso se deu no presente estudo.

Em relação à parte teórica da sensibilização, inicialmente foi abordado o processo histórico da CIF e dos modelos norteadores em saúde (biomédico e biopsicossocial), em seguida foi explicado sobre a estrutura da CIF, seus componentes e suas categorias. No último encontro foi rememorada a ficha de avaliação fisioterapêutica para se trabalhar a convergência entre os itens anamnese, diagnósticos e objetivos de tratamento fisioterapêuticos. Cada etapa teórica teve sua respectiva aplicação prática como forma de reforçar o conteúdo e estimular o aluno a refletir e perceber as diferenças entre as abordagens tanto no modelo biomédico quanto no modelo biopsicossocial.

O Quadro 11 apresenta o conteúdo que foi abordado em cada encontro, os recursos que foram utilizados e as atividades propostas. Quanto ao conteúdo abordado em momentos expositivos, o material desenvolvido está disponibilizado no apêndice A. Os dois casos desenvolvidos estão apresentados no apêndice B e C.

Durante a sensibilização foi abordada a importância do campo anamnese para o levantamento de informações não apenas biofísicas dos indivíduos, mas em que atividades do dia-a-dia os sinais e sintomas poderiam impactar a condição de saúde do sujeito, bem como os fatores ambientais e pessoais envolvidos, quais são eles e como estão interferindo na vida dos indivíduos.

Quadro 11 Estratégia de sensibilização da CIF aos acadêmicos de Fisioterapia

Encontro	Conteúdo abordado	Recurso utilizado	Atividade prática
1	<ul style="list-style-type: none"> Contextualização histórica da CIF Apresentação do modelo biomédico e do modelo biopsicossocial 	Sala de aula de metodologia ativa; Aula expositiva (Apêndice A) com projetor de slides; Material impresso para leitura;	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação pessoal com exposição das expectativas sobre a sensibilização em CIF; Reflexão e escrita à pergunta “O que é a CIF para mim”; seguida da colagem desse material em parede da sala para um <i>overview</i> em relação às respostas dos demais alunos; Leitura de dois casos com versões no modelo biomédico e no modelo biopsicossocial; escolha do caso para seguir as próximas atividades; com caneta marca-texto destacaram informações relevantes do caso no modelo biomédico (o caso foi mais focado em funções e estruturas do corpo); em seguida da leitura de um modelo estruturado que contemplou informações de todos os componentes da CIF, representando o modelo biopsicossocial (Apêndices B e C); Discussão em grupo sobre as diferenças que notam entre os dois casos.
2	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação da estrutura da CIF e seus componentes 	Sala de aula de metodologia ativa; Aula expositiva (Apêndice A) com projetor de slides; Material impresso para completar conteúdo da CIF.	<ul style="list-style-type: none"> Preenchimento de uma figura das interações dos componentes da CIF (Apêndice D); Em 4 subgrupos, uso das informações destacadas no caso selecionado do encontro anterior para completar as interações dos componentes da CIF colando figuras do caso no diagrama; Discussão em grupo com relação à aproximação do conteúdo do caso ao conteúdo da CIF; discussão sobre concordâncias e discordâncias nas colagens; Percepção da abrangência das informações dispostas com a prática acadêmica em atendimentos de estágio.

Fonte: a autora, 2020.

(continua)

Quadro 11 Estratégia de sensibilização da CIF aos acadêmicos de Fisioterapia (continuação)

3	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da estrutura hierarquizada da CIF e as categorias 	Sala de aula de metodologia ativa; Aula expositiva (Apêndice A) com projetor de slides	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das informações mais precisas na CIF a partir das informações destacadas no caso (uso do livro ou pdf da CIF, ou o aplicativo CREFITO MOBILE FISIO para identificar os conteúdos); • As informações do caso foram mantidas no desenho do diagrama e com as categorias selecionadas foram passadas para a “árvore da CIF”; • Ao fazer essa construção pretendeu-se que o aluno percebesse a diferença no conteúdo das informações de ambos os casos reforçando que o modelo biomédico apresenta apenas parte das informações em saúde e que o modelo biopsicossocial poderia ser mais abrangente;
4	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da Ficha de Avaliação da Clínica escola 	Sala de aula de metodologia ativa; Aula expositiva (Apêndice A) com projetor de slides	<ul style="list-style-type: none"> • Rememorar o conteúdo de uma ficha de avaliação fisioterapêutica e discutir os exemplos da convergência entre anamnese, diagnóstico e objetivos de tratamento fisioterapêuticos dos casos.

Fonte: a autora, 2020

(conclusão).

A aplicação da sensibilização ocorreu em outubro de 2018 para dois grupos um de 16 acadêmicos e o outro de 11, um no período da manhã e um no da noite, semanalmente, por um mês. Ela ocorreu nas salas de metodologias ativas da instituição. A aplicação não foi gravada, porém, foi registrada por 3 observadores que participaram um em cada encontro e anotaram livremente as falas, impressões, comportamentos dos alunos e as reações dos mesmos sobre a sensibilização e os modelos em saúde que seriam trabalhados. Dessa forma, haveria um retrato do estado atual dos acadêmicos com relação à CIF, com impressões registradas que pudessem passar despercebidas à pesquisadora durante sua atuação na sensibilização. Um diário das observações foi compilado e passado à pesquisadora do estudo em documento de Word e tiveram seu conteúdo analisado. Os observadores eram alunos da pós-graduação, componentes do grupo de pesquisa, de formação semelhante à da pesquisadora e com conhecimento em CIF. Foram instruídos e treinados para realizar a observação do presente estudo. Após o material impresso e lido, a pesquisadora separou os conteúdos por encontro e por atividade realizada. Os resultados foram expressos compilando as respostas de ambos turnos devido a semelhança das informações.

4.4.4 Acompanhamento das práticas clínicas para identificação da evolução do modo de abordagem depois da sensibilização

Esta etapa ocorreu depois da sensibilização e contemplou a observação pela pesquisadora às abordagens realizadas pelos acadêmicos, bem como a coleta das fichas de avaliações e diagramas produzidos. Para isso, foi necessário compreender a rotina em que estavam inseridos e quais seriam os potenciais momentos para as ações pretendidas. Assim, após uma aproximação exploratória do campo a pesquisadora percebeu o ciclo de atividades executado pelos acadêmicos durante o período de estágio supervisionado.

A estratégia adotada para a entrada no campo foi a apresentação da pesquisadora por um dos professores supervisores em um momento oportuno de suas falas no primeiro dia do estágio.

Aos professores supervisores foi relatado, individualmente, o processo ao qual os alunos foram expostos e das possíveis repercussões advindas na abordagem clínica. Além disso, a pesquisadora deixou declarado sobre sua presença no campo de estágio ser parte da etapa de observação e que não objetivava interferir na rotina das atividades do estágio, para além do acompanhamento em avaliações e tratamentos. Também declarou que não intencionava avaliar em nenhum momento os acadêmicos.

Quando lhe era passada a palavra, num período de aproximadamente 30 minutos, a pesquisadora resgatava seu foco de pesquisa e realizava uma revisão do conteúdo abordado na sensibilização incentivando os alunos a verbalizarem o que recordavam sobre os temas trabalhados resgatando o diagrama da CIF com seus componentes, a estrutura alfanumérica das categorias e as características de qualificadores para cada componente.

Reforçava-se a importância de se associar as informações da ficha de avaliação com a CIF, e a convergência entre o diagnóstico, objetivos fisioterapêuticos com os objetivos do sujeito. Nesse momento da fala da pesquisadora os supervisores ajustavam as fichas e os horários dos acadêmicos em outro espaço da clínica.

Durante a observação de campo optou-se inicialmente por uma abordagem livre, denominada observação descritiva (MINAYO, 2014, p.194), para explorar os diferentes momentos aos quais os acadêmicos estavam expostos e identificar momentos denotadores para aquisição de conteúdo do modelo biopsicossocial.

A partir da abordagem livre, delimitou-se a observação sobretudo em momentos de avaliação fisioterapêutica, de acompanhamento de tratamento ao sujeito e de atividades exercidas na sala em que utilizavam para deixar seus objetos pessoais, organizarem seus estudos e documentos. Durante esses momentos, a pesquisadora anotava informações relevantes em seu diário de campo, ou mesmo, logo em seguida do período do estágio. Usou como guia para o registro de sua observação os itens: data, momento observado, o que foi observado, trechos de falas ou comportamentos, e as impressões e reflexões da pesquisadora.

A pesquisadora passou um ano letivo em campo, participando diariamente das atividades no primeiro semestre de 2019, que ocorriam das 07:30 as 10:00; três vezes por semana a partir do segundo semestre reduzindo sua permanência para duas vezes por semana no último grupo de estágio e uma vez por semana nas últimas semanas do ano letivo.

As fichas de avaliação e os diagramas produzidos foram coletados ao longo do primeiro e segundo semestre de 2019, conforme os acadêmicos os completassem e encerrassem as discussões com os supervisores. Tanto as fichas quanto os diagramas foram digitalizados, codificados e entregues novamente aos acadêmicos.

4.4.5 Identificação das repercussões da assimilação do modelo biopsicossocial e da CIF na abordagem clínica e no estabelecimento de diagnóstico, metas e objetivos terapêuticos

Esta etapa também se refere ao período posterior à sensibilização. A partir dos materiais digitalizados, a pesquisadora transcreveu os dados das fichas seguindo o mesmo padrão de registro das informações anteriores à sensibilização. O material foi lido integralmente e depois importado ao software Atlas.ti no projeto intitulado “Análise fichas posteriores à sensibilização”. Também foi importado o *codebook* da CIF com as categorias. Um primeiro ciclo de codificação foi aplicado às 25 fichas incluídas identificando os componentes da CIF e em seguida, a codificação pelas categorias.

Os diagramas foram digitalizados e receberam o mesmo título das respectivas fichas, somado com a indicação “_diagrama”. Durante a transcrição dos dados das fichas a pesquisadora também observava os diagramas e redigia suas impressões em uma coluna da planilha sobre memórias analíticas dos diagramas. As informações referentes ao conteúdo dos diagramas foram analisadas diretamente no software Atlas.ti a partir da codificação *in vivo* (SALDAÑA, 2016, p.152), uma vez que o conteúdo era a própria categoria da CIF.

Concomitantemente ao processo de análise das fichas, a pesquisadora produzia e analisava o material de seu diário de campo. Quanto à organização desses dados a pesquisadora compilou os 3 cadernos usados para anotações e imprimiu o material que havia produzido em documento do Word. Antes de iniciar a codificação, também realizou uma leitura completa dos documentos. Duas categorias centrais emergiram desse material: o contexto e as práticas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DESCRIÇÃO DOS REGISTROS DE INFORMAÇÕES EM FUNCIONALIDADE E POTENCIAIS CONTRIBUIÇÕES PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA CIF

Após acessar o arquivo morto da clínica escola, foram identificadas 68 fichas preenchidas entre junho de 2017 e junho de 2018. A partir aproximação inicial e leitura completa do material, 44 fichas referiam-se aos estágios realizados em disciplinas até o sexto período da formação e não foram incluídas. Outras 4 fichas foram excluídas por não caracterizarem uma condição de saúde com fase patológica crônica. Assim, 20 fichas de avaliação do mesmo padrão foram consideradas com potencial conteúdo de análise previamente à sensibilização.

Com relação a caracterização dos acadêmicos que preencheram as fichas prévias, a maior parte era do sexo feminino (n=13) e cursaram o oitavo período (n=16). Com relação às características dos indivíduos avaliados, a maior parte foi do sexo feminino (n=12) com média de idade e desvio padrão de $49,14 \pm 16,92$ anos e tempo de fase patológica de $39,95 \pm 47,64$ meses, com mediana de 19 meses, sendo o mínimo de 3 e o máximo de 180 meses experienciados com a condição de saúde.

A partir de uma ficha de avaliação em branco, a pesquisadora elencou as informações às da CIF (apêndice F). Foram identificadas na estrutura da avaliação em branco, informações sobre todos os componentes da classificação, com maior enfoque para Funções do Corpo e Estruturas do Corpo. Ao analisar uma ficha preenchida, percebeu-se que as informações relatadas pelos indivíduos denotavam conteúdo referente aos componentes Atividades e Participação e Fatores Ambientais em maior ou menor grau.

Desde este princípio a abordagem fisioterapêutica registrada nas fichas de avaliação contemplou potencial conteúdo da CIF, mesmo antes da sensibilização. A pesquisadora refletiu que as informações apenas não eram nomeadas no conteúdo da CIF.

Na reabilitação a funcionalidade deve ser contemplada pelos aspectos biológicos referentes às estruturas e funções do corpo e, também, pela saúde vivida, a qual se refere às experiências relacionadas às atividades e à participação, segundo STUCKI, BICHENBACH, 2017). No presente estudo, percebeu-se que aspectos biofisiológicos se expressaram inicialmente pelo conteúdo do item diagnóstico clínico.

As estruturas do corpo foram majoritariamente expressadas nesse item sendo a totalidade dos achados referentes às estruturas relacionadas ao movimento (por exemplo, fasceíte plantar que remeteu à categoria s75023 Ligamentos e fâscias do tornozelo e do pé). As funções do corpo denotaram conteúdo das funções sensoriais e de dor (exemplo: lombalgia, que remeteu à categoria b28013 Dor lombar). O conteúdo referente a cada ficha está descrito no Quadro 12.

Quadro 12 Componentes e categorias representativas do item diagnóstico clínico

Número da ficha	Componentes/ Capítulos	Categorias	Conteúdo das citações
1	s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s75020 Ossos do tornozelo e do pé s75023 Ligamentos e fâscias do tornozelo e do pé	Esporão de calcâneo bilateral e fascíte plantar
2		s76000 Coluna vertebral cervical	Redução do espaço discal de C5-C6, osteófitos C4-C7 alterações degenerativas C2-C3, C6-C7
3		s7200-ossos da região do ombro	Fratura da cabeça do úmero, fratura do corpo do úmero, próximo da tuberosidade deltoidea
4		s75001 Articulação do quadril	Artroplastia total de quadril direito
6	b2 Funções sensoriais e dor	b28013 Dor nas costas b2803 Dor irradiante em um dermatomo	Lombalgia com irradiação para membro inferior D e E, lombociatalgia
7	s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s76000 Coluna vertebral cervical	Protusões discais direita em C4-C5, foraminal a esquerda C5-C6. Protusão posterior foraminal direita associada a complexo do disco osteofitário no disco intervertebral C4-C5
8	b2 Funções sensoriais e dor	b28016 Dor nas articulações	Pubalgia
9	s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s76002 Coluna vertebral lombar s76003 Coluna vertebral sacral	Retrolistese de L5, desidratação de anel fibroso e diminuição do espaço articular de L4-L5 e L5-S1
10		s7200 Ossos da região do ombro s7202 Músculos da região do ombro s76000 Coluna vertebral cervical	Artrose acrômio clavicular tendinopatia de supra espinhoso em MSD osteófitos em coluna vertebral
11		s75020 Ossos do tornozelo e do pé	Fratura de calcâneo
12	b2 Funções sensoriais e dor s7 Estruturas relacionadas ao movimento	b28013 Dor nas costas b2803 Dor irradiante em um dermatomo s7202 Músculos da região do ombro s7208 Estrutura da região do ombro, outra especificada	Bursite subacromial, tendinite do supreespinhoso direito e lombociatalgia
14	s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s7401 Articulações da região pélvica s75011 Articulação do joelho s76002 Coluna vertebral lombar	Artrose de quadril e joelho, diminuição do espaço intervertebral, osteófitos em corpos vertebrais lombares
15		s75012 Músculos da perna s75023 Ligamentos e fâscias do tornozelo e do pé	Fascíte plantar e tendinite calcanear bilateral

16		s7202 Músculos da região do ombro	Ruptura parcial do supra-espinhoso e tendinite do subescapular
17		s73002 Músculos do braço	Epicondilite lateral
18		s7208 Estrutura da região do ombro, outra especificada s7600 Estrutura da coluna vertebral	Trauma e coluna toraco lombar e bursite em ombro esquerdo (síndrome do impacto)
19		s76002 Coluna vertebral lombar	Hérnia de disco lombar
20		s75001 Articulação do quadril s75011 Articulação do joelho s76002 Coluna vertebral lombar	Artrodese L4-L5 com redução do espaço (realizada há 80 dias) prótese do quadril cimentada (realizada há 3 anos) artrose do joelho

Fonte: a autora, 2020.

O diagnóstico clínico por si só não associa a causa ou a natureza da condição que trouxe o indivíduo ao atendimento (CANESQUI, 2007) e nem é suficiente para direcionar a prática fisioterapêutica (SAHRMANN, 1988). Ele confirma uma alteração real em uma estrutura ou função corporal que poderá balizar a abordagem clínica fisioterapêutica.

A disposição do item diagnóstico clínico no início da ficha levou a pesquisadora à reflexão da importância dele para contextualizar e delimitar o conteúdo da avaliação do acadêmico e, a partir do qual traça seu raciocínio clínico. Percebeu-se então, que o diagnóstico clínico permitiu o início de um guia ao acadêmico e que a identificação de informações sobre alguns aspectos da funcionalidade referente aos componentes Função do Corpo e Estrutura do Corpo que, alterados em algum grau, conduzem o indivíduo a buscar o atendimento fisioterapêutico. Porém, ainda que auxilie e direcione, o diagnóstico clínico, segundo o modelo de saúde biopsicossocial, contempla parte dos construtos do estado de saúde de um indivíduo (Organização Mundial da Saúde, 2015), além de revelar a informação a partir da perspectiva do profissional de saúde.

Numa ótica de complementaridade e não de antagonismo, a apropriação do diagnóstico clínico pelo acadêmico, para além da codificação estatística e da descrição de sinais clínicos, é o ponto de partida para o aprofundamento dos desdobramentos da condição de saúde nas atividades, na participação social e a interação com o ambiente em que vive (STUCKI; BICKENBACH, 2017). Borrel-Carrió, Schuman e Estein (2004) ao defenderem o modelo biopsicossocial como uma

contribuição necessária ao método científico clínico, também corroboraram a parcimônia entre os dois modelos em saúde às necessidades de cada paciente.

Assim, ao diagnóstico clínico devem ser agregadas outras informações em saúde para que, no exercício da atenção fisioterapêutica, possa se realizar “a avaliação cinético-funcional integral do ser humano” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

O item anamnese se evidenciou como o campo no qual emergiram os conteúdos sobre funções do corpo para além da dor e, sobre as atividades e a participação, permitindo explorar e agregar outros aspectos vinculados ou não com a condição clínica. Ela compôs o item mais longo da ficha e sua subdivisão em queixa principal, história da doença atual, pregressa e histórico da dor valorizaram os registros advindos da perspectiva do paciente.

Com relação ao conteúdo referente às funções do corpo, ele se fez presente inicialmente no subitem queixa principal. Apesar do conteúdo referente às funções sensoriais e de dor ter sido bastante descrito nesse item, também houve conteúdo que denotou impactos na mobilidade como: “*dor ao realizar movimentos*”, “*dificuldade para realizar movimentos acima da cabeça*” (Quadro 13). Esse conteúdo remeteu às deficiências nas funções de amplitude de movimento (ADM) do capítulo de funções neuro musculoesqueléticas e relacionadas ao movimento (b7). Habitualmente, a informação de ADM era novamente acessada e mensurada durante exame físico pelo acadêmico denotando uma conexão entre o que foi expresso pelo indivíduo aos achados clínicos.

Quadro 13 Componentes/Capítulos, Categorias e Citações representativas da queixa principal

Componente/Capítulo da CIF	Categorias	Exemplos das citações
b2 Funções sensoriais e dor	b265 Função tátil	“Dor lombar com irradiação para MIE, sensação de formigamento até 4 e 5 metatarsofalangena”.
	b280 Sensação de dor	“dor ao movimento e edema”.
	b28010 Dor na cabeça ou pescoço	“dor na cervical, do lado direito”.
	b28013 Dor nas costas	“Quadro álgico em cervical irradiação para MMSS, dor na lombar com irradiação para MMII”; “dor na cervical, torácica e região de escápulas irradiada para o MSE”; “quadro álgico em toda a extensão da coluna, desde a cervical até a lombar. Com maior intensidade na lombar”.

	b28014 Dor em membro superior	“desconforto e dor em hiperextensão de punho e em posição de carga esquerdo”; “dor no ombro esquerdo ao pegar peso e desconforto em coluna toracolombar”; “dor em ombro e escápula”; “dor em região de cotovelo e antebraço”.
	b28015 Dor em membro inferior	“ <i>dor nos pés</i> , na região calcanear e na lateral externa”; “ <i>dor em região de panturrilha</i> , dificuldade nas avd’s, dor no joelho”.
	b28016 Dor nas articulações	“dor no <i>joelho</i> ”, “dor em <i>ombro</i> ”; “dor em região de <i>sínfise púbica</i> ”.
	b2803 Dor irradiante em um dermatomo	“dor na cervical, torácica e região de escápulas <i>irradiada</i> para o MSE”; “Quadro <i>algico</i> em cervical <i>irradiação</i> para MMSS, dor na lombar com irradiação para MMII”; “Dor lombar <i>irradiando</i> para MIE”.
b7 Funções neuromúsculoesqueléticas e relacionadas ao movimento	b7100 Mobilidade de uma única articulação	“dor ao realizar abdução e <i>ao realizar movimentos acima de 90 graus</i> no ombro direito”; “desconforto e dor <i>em hiperextensão de punho</i> e em posição de carga esquerdo”
	b7150 Estabilidade de uma única articulação	“torce com frequência o pé direito” “A paciente relata que sente “estralar” o joelho direito e ao sentir isso sente dor”
	b730 Funções relacionadas à força muscular	“fraqueza muscular”
Atividades e Participação	d	“dificuldades nas AVDs”.
d4 Mobilidade	d4300 Levantar objetos	“dor no ombro esquerdo ao pegar peso”.
	d4301 Carregar nas mãos	“desconforto e dor em hiperextensão de punho e em posição de carga esquerdo”
s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s7502 Estrutura do tornozelo e pé	“dor ao movimento e <i>edema</i> ”

Fonte: a autora, 2020.

Neste momento anterior à sensibilização, na queixa principal, houve menor aparição de citações contextualizadas com as atividades dificultadas no dia-a-dia ou, até mesmo o envolvimento em situações sociais, representadas pelo componente Atividades e Participação. Houve registros genéricos referentes a esse componente como “*dificuldades nas AVDs*”, “*dor ao movimento*”, “*redução da funcionalidade*”, não sendo possível saber em que exatamente a condição de saúde estava impactando o indivíduo. Thonnard e Penta (2007), em uma revisão para identificar os conteúdos de instrumentos de avaliação em fisioterapia, identificaram que a prática clínica enfatiza a dimensão corporal da funcionalidade (representada pelos componentes de Funções e Estruturas do Corpo) e que os instrumentos contemplam informações sobre as atividades e participação. Portanto, o uso desses instrumentos seria uma importante estratégia inicial para estimular a coleta das informações sobre a experiência dos

indivíduos em diversas atividades e participação no dia-a-dia e que fundamentariam a codificação das categorias da CIF posteriormente.

Ainda no item queixa principal, não houve conteúdo que remeteu a pesquisadora aos Fatores Ambientais. Isso denotou a influência da abordagem biomédica em saúde que enfatiza sinais e sintomas, porém, descontextualizados do ambiente e de seu potencial determinante e condicionante da condição de saúde (ALONSO, 2004). Por outro lado, nos itens subsequentes da ficha, há campos nos quais as perguntas podem ir trazendo à memória as implicações das condições de saúde desvelando mais detalhes que podem não ter sido evocados em um primeiro momento. Ou, também pode-se entender que na queixa foi dito o mais importante primeiro, naquele momento.

Apreendidas a presença e definição de diagnóstico e a queixa principal, o item subsequente, o da anamnese, permite ao sujeito relatar a perspectiva dele em relação à condição de saúde atual.

O componente de Atividades e Participação foi mais bem explorado no subitem da história da doença atual. Esse item retomou as informações sobre Funções do Corpo e Estruturas do Corpo, se assemelhando aos achados da queixa principal e do diagnóstico clínico, uma vez que o paciente retoma a história dele. Para evitar repetição da exposição do conteúdo, o Quadro 14 apresentada as informações apenas das atividades e participação.

Quadro 14-Conteúdo das atividades e participação representativos da história da doença atual, prévio à sensibilização

Componentes/ Capítulos da CIF	Categorias da CIF	Exemplos das citações
d4 Mobilidade	d4108 Mudar a posição básica do corpo, outra especificada (rotação)	“após rotacionar e tracionar o tronco em um acidente de trabalho, iniciou com as dores na região lombar.”
	d4153 Permanecer sentado	“...iniciou após ficar em posições que ocasionassem a dor (sentada). Trabalha como secretária há 20 anos.”
	d4154 Permanecer em pé	“fica muito tempo em pé devido a profissão”
	d4301 Carregar nas mãos	“...quando pegou peso com o punho direito sentiu dor”
	d450 Andar	“...há mais de 15 anos sente dor na coluna e que a mesma travou há mais ou menos 4 anos e o impediu de andar”
	d4702 Utilização de transporte público	“...estava em pé no ônibus em movimento, o mesmo freou bruscamente”
	d4750 Dirigir transporte com tração humana	“estava indo para o trabalho de bicicleta e foi abordado por um assaltante, caiu no chão...”
d6 Vida doméstica	d660 Ajudar os outros	“cuidadora de cadeirante dependente”
d8 Áreas principais da vida	d850 Trabalho remunerado	“devido a profissão”
d9 Vida comunitária, social e cívica	d9201 Praticar esportes	“jogo de futsal (lesões recidivantes)”

Fonte: a autora, 2020.

Acredita-se que o campo da história atual, ao oportunizar o sujeito a relatar os fatos sob sua perspectiva, permitiu trazer aspectos da saúde vivida. Além disso, propiciou uma maior abrangência das informações por ser menos direto que a queixa principal.

As informações desse item podem nutrir o entendimento do desencadeamento ou recidiva da condição de saúde. Por exemplo, as fichas contemplaram conteúdos referentes ao trabalho do sujeito, a como levantar peso e também sobre a prática esportiva. A agregação da informação biopsicossocial consistiria no rastreamento de informações sobre as funções corporais e as atividades do sujeito que poderiam estar impactadas e sobre o ambiente dele, por exemplo, buscando reduzir as chances de recorrência da situação ou algum ajuste necessário para favorecer sua funcionalidade (STEINER et al., 2002; STUCKI; BICKENBACH, 2017).

Outro item a partir do qual emergiram informações referentes ao componente de Atividades e Participação foi o histórico da dor. Ele foi o mais longo dentro do campo anamnese, portanto, um espaço privilegiado denotando o *locus* central da dor

dentro da ficha de avaliação corroborando com a necessidade de aprofundamento da avaliação a partir do quadro doloroso identificado nas queixas. O seu conteúdo inclui características, comportamento, fatores agravantes e desencadeantes da dor.

Os tópicos como “quando a dor aparece” (Quadro 15), que remetia à frequência de aparição da dor e “como a dor está” destacaram-se quanto ao potencial de expressar conteúdo referente às atividades e participação. As respostas advindas de “como a dor está” remeteram novamente ao conteúdo do capítulo d4 sobre mobilidade e que se relacionava também aos conteúdos descritos na queixa principal.

Quadro 15 Componentes/Capítulos, categorias e citações representativos de “quando a dor aparece”

Componentes/Capítulos da CIF	Categorias da CIF	Exemplos das citações
b2- Funções sensoriais e dor	b2702 Sensibilidade à pressão	movimentos de tornozelo e <i>palpação</i>
b7 Estruturas relacionadas ao movimento	b7100 Mobilidade de uma única articulação	ao movimento
Atividades e Participação	d	ao movimento; movimentos de tornozelo; após atividades
d4 Mobilidade	d4101 Agachar-se	“ao fazer agachamento”
	d415 Manter a posição do corpo	“em repouso (pela manhã piora)”
	d4154 Permanecer em pé	Ficar muito tempo na posição ortostática
	d4300 Levantar objetos	“...quando levanta peso”
	d4301 Carregar nas mãos	com movimento e <i>carga no punho E</i>
	d450 Andar	quando anda
	d4551 Subir	ao subir escadas
d8 Áreas principais da vida	d850 Trabalho remunerado	“no meio do dia, <i>no trabalho</i> ”

Fonte: a autora, 2020.

Nos subitens citados foi identificado o registro de expressões genéricas com potencial para interpretar a citação tanto quanto função como atividade e participação, por exemplo, “*a dor aparece com o movimento*”. Essa citação permite entender que se vincularia tanto com função de mobilidade de uma articulação, quanto com a possibilidade de ligar ao capítulo de mobilidade do componente Atividades e

Participação. Dessa forma, percebeu-se que possivelmente uma alteração na função poderá ser contextualizada com uma atividade que a simule: a dor relatada aos movimentos do tornozelo e a dificuldade na atividade de subir escadas, por exemplo. Jacob (2013), ao descrever sobre a implementação da CIF em centros de reabilitação de Israel, identificou o relato de dificuldade em diferenciar função e participação. Porém, o autor não explorou a descrição de como isso se deu na prática clínica do profissional, o que dificulta o entendimento das aplicações e lacunas da classificação a serem superadas na rotina em saúde.

Percebeu-se também que a estruturação da ficha pode limitar a exploração de conteúdo, não instigando o registro, por exemplo, em quais movimentos a dor piora ou, como ocorre, como o sujeito percebe a dificuldade. Stallinga et al. (2013) compararam o conteúdo de avaliações convencionais com as no modelo biopsicossocial e concluíram que algumas informações se mantêm despercebidas em condições de saúde crônicas no modelo biomédico de avaliação, enquanto que uma avaliação na perspectiva biopsicossocial pode concentrar informações mais significativas dos pacientes relacionadas às atividades e participação e fatores ambientais, o que beneficia as atividades do profissional nesses componentes. Esses achados indicam que alguns ajustes e mudanças no que já é realizado são bem-vindos para ajustar o modelo biopsicossocial nas rotinas em saúde.

O componente de Atividades e Participação foi bem explorado na questão da anamnese em que se registra se a dor impede o indivíduo de realizar alguma atividade de vida diária. O capítulo com maior frequência de conteúdo foi o 4, de mobilidade, oportunizando a reflexão de que é na rotina e em movimentos que compõem o agir na vida (MALTA; MERHY, 2003), ou a experiência vivida (STUCKI; RUBINELLI; BICKENBACH, 2018) que surge o grande potencial de conhecimento da funcionalidade do sujeito (Quadro 16).

Quadro 16- Conteúdo da questão “a dor impede você de realizar suas atividades diárias?”, prévio à sensibilização

Componentes/Capítulos	Categorias	Exemplos de citações
b2 Funções sensoriais e dor	b28010 Dor na cabeça ou pescoço	“quando o pico está alto, dificuldade para realizar as AVD´s”
	b28013 Dor nas costas	“faz todas as atividades domésticas porém com restrição devido ao quadro <i>algico</i> ”
b6 Funções geniturinárias e reprodutivas	b640 Funções sexuais	dançar e atividade sexual
b7 Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento	b730 Funções relacionadas à força muscular	“trabalhos que exijam esforços com movimentos de hiperextensão”
Atividades e Participação	D	“faz atividades mas com dor” “quando o pico está alto, dificuldade para realizar as AVD´s” “dificulta AVD´s e atividade profissional”
d4 Mobilidade	d4 mobilidade	“trabalhos que exijam esforços com movimentos de hiperextensão”
	d4104 Levantar-se	“...dificuldade para levantar-se da posição sentada”
	d4154 Permanecer em pé	“não consegue ficar muito tempo em pé” “ficar muito tempo na posição ortostática”
	d4300 Levantar objetos	“pegar objetos pesados do chão”
	d4501 Andar distâncias longas	“andar por longo período”
	d4551 Subir	“limita na realização de subir e descer escadas”
d6 Vida doméstica	d6 Vida doméstica	“não consegue realizar as atividades domésticas” “...dificulta o trabalho doméstico (mora sozinha)”
	d630 Preparação de refeições	“...cozinhar”
	d6400 Lavar e secar roupas	“lavar louça, roupa...”
	d6402 Limpar a habitação	“durante as atividades de limpeza, pegar objetos pesados do chão, passar pano...”
	d660 Ajudar os outros	“manter os cuidados com sua mãe”
d8 Áreas principais da vida	d850 Trabalho remunerado	“dificulta nas atividades do trabalho”
d9 Vida comunitária, social e cívica	d9201 Praticar esportes	“limita na realização de subir e descer escadas, jogar bola e andar por longo período”
	d9202 Arte e cultura	“dançar e atividade sexual”

Fonte: a autora, 2020.

Ainda que a pergunta tenha propiciado emergir importantes informações, dois aspectos foram percebidos com potencial para reduzir o registro das informações no item. O primeiro aspecto é do enfoque à incapacidade total do indivíduo em realizar suas atividades relacionada à dor. Houve casos, porém, em que a atividade não ficava

impedida, mas era realizada com alguma dificuldade. Para esses casos o uso da escala genérica da CIF poderia contribuir para identificar a magnitude da dificuldade relatada e para ser acompanhada ao longo do tratamento (Organização Mundial da Saúde, 2015). Somado a isso, a atividade identificada poderia ser acrescida no diagnóstico e no objetivo fisioterapêutico, podendo ser incluída como alvo ou meta no programa de tratamento e nas orientações aos sujeitos, por exemplo. Essa ação contextualiza o caso particular do paciente e centra o cuidado à saúde nas necessidades dele.

O outro aspecto que pode diminuir o registro das informações no item é quando o indivíduo não apresenta dor. Como a pergunta já apresenta associação da limitação da atividade pela dor, o acadêmico acaba avançando os campos do histórico da dor, do qual essa pergunta faz parte, e acaba por não registrar o impacto da condição de saúde na funcionalidade do paciente. Expressou-se, ainda que em poucos casos, que as atividades e participação podem estar alteradas em alguma magnitude, ainda que não se apresente dor, mas apresente fraqueza muscular, por exemplo.

Percebeu-se que as atividades restringidas se contextualizam a partir da dor relatada pelo sujeito, a partir da alteração na amplitude de movimento ou, da força muscular ou comprimento muscular, aspectos esses acessados pelo exame físico. Portanto, os três componentes de funcionalidade da classificação (Funções do Corpo, Estruturas do Corpo e Atividades e Participação) deveriam estar articulados no decorrer da avaliação fisioterapêutica.

É importante relatar que a informação biopsicossocial pode até estar presente e até mesmo registrada, mas se o profissional não utilizar a “lente” adequada, pouca nitidez terá ao que vê. O ajuste à lente adequada se faz ao próprio aprofundamento no conhecimento da classificação que permitirá enxergar quais são os conteúdos englobados sobre os quais se espera registrar as informações em saúde, dentro das necessidades do indivíduo/paciente. Isso também quer dizer que o conteúdo registrado deve refletir-se nos objetivos do tratamento. O que não ocorreu explicitamente no momento anterior à sensibilização.

Quanto ao conteúdo do componente Fatores Ambientais, no momento anterior à sensibilização, ele foi expresso apenas no tópico “uso de acessórios” do item Exame físico. O conteúdo denotado referiu-se a cadeira de rodas, muleta, óculos de grau, que remeteu ao capítulo 1 (Produtos e tecnologia), categoria e1151 (Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária).

Os fatores ambientais devem ser observados em paralelo à condição de saúde e aos demais componentes da classificação com o intuito de favorecer a funcionalidade máxima do sujeito (STUCKI; BICKENBACH, 2017), uma vez que são de fundamental importância pelo seu papel tanto de condicionante como de condicionado no âmbito da funcionalidade humana. Esse componente não denotou conteúdo nos demais itens da ficha.

Com relação à análise de conteúdo dos diagnósticos e objetivos fisioterapêuticos prévios à sensibilização, destacaram-se entre os diagnósticos fisioterapêuticos o encurtamento muscular, diminuição de amplitude de movimento, fraqueza muscular e algia.

Quanto aos objetivos fisioterapêuticos, a maior parte foi descrita como o antônimo da informação identificada no diagnóstico fisioterapêutico: fortalecimento muscular, o aumento da amplitude de movimento, o alongamento muscular e a analgesia.

A partir da análise da ficha buscou-se verificar a conexão implícita ou explícita dos diagnósticos fisioterapêuticos com os conteúdos da CIF. Identificou-se, todavia, que o conteúdo referente a esse item se referiu exclusivamente ao componente Funções do Corpo e, especificamente ao capítulo 7 (b7) intitulado como Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento. O conteúdo abordado nos dois itens contemplou as informações advindas principalmente da queixa principal e do exame físico, o que confere a abordagem centrada nas necessidades do sujeito e no modelo biopsicossocial, porém, ainda parcialmente. A complementaridade dessas informações poderá ser feita a partir da contextualização às Atividades e Participações do sujeito, bem como a consideração de seu ambiente e fatores pessoais, quando houver.

Dessa forma, houve reflexão por parte da pesquisadora em como a perspectiva do paciente poderia complementar os achados fisioterapêuticos para de fato operacionalizar o modelo biopsicossocial. É necessário haver um equilíbrio entre o que o paciente relata e precisa, com o que o profissional escuta, identifica e corrobora com sua avaliação (BORREL-CARRIÓ, 2012; BORRELL-CARRIÓ; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004). Ao observar o título dos itens, a pesquisadora refletiu que é explícito no próprio campo de diagnóstico e objetivos fisioterapêuticos, apenas a perspectiva do profissional, já denotando o modelo que seguirá suas práticas e que revelará os

domínios que abordará em seus tratamentos. Isso confirmou-se na descrição dos objetivos fisioterapêuticos.

Percebeu-se também que para haver o equilíbrio e a consideração da perspectiva do paciente, deve estar clara qual é a meta, ou o objetivo dele com o atendimento fisioterapêutico. Apesar de em diversos campos a denotação de conteúdos referentes aos componentes Atividades e Participação e Fatores ambientais terem sido registrados, essas informações acabam não sendo explícitas aos objetivos de tratamento.

A unilateralidade na definição do diagnóstico e nos objetivos de tratamento pode culminar em uma subutilização das informações coletadas e a subvalorização delas durante o processo de tratamento (STEINER et al., 2002; STALLINGA et al., 2013).

Com relação a análise de conteúdo propriamente dito ao objetivo do estudo, buscando a contribuição da CIF na abordagem fisioterapêutica, percebeu-se que há conteúdo explícito registrado, para potencial uso no desenvolvimento de diagnóstico e objetivos de tratamento com um olhar mais amplo do paciente.

Minayo (2016 p.67), traz a reflexão a partir da Carta de Otawa em que a definição de saúde tem sido considerada como um processo social: se é verdade que os problemas sociais se expressam nas condições de saúde, é porque o social está simultaneamente na própria produção fisiopatológica e epidemiológica, permeando e modificando suas manifestações e não apenas lhes dando contingência". Portanto, nosso acompanhamento e cuidado em saúde, na Fisioterapia, deve também abranger conteúdos referentes a isso. De tantos paralelos e exemplos que podem ser elencados, um deles é explorar a participação social do sujeito em atendimento, pois a condição de saúde pode interferir nesse aspecto social, considerando sempre o que é importante para ele, a partir de sua experiência subjetiva, como traz a autora.

A autora contextualiza um cenário em epidemiologia no qual as práticas de análise de saúde enfermidade ou produzem "um alto nível de abstração e uso de esquemas macrossociais", ou, buscam aperfeiçoar explicações e técnicas bioestatísticas para os problemas de saúde. Segundo a autora: "no meio, foi gerado um vazio interpretativo dos processos sociais vivenciados no cotidiano" (Minayo, 2016, p.70).

A partir da observação de avaliações, percebeu-se uma linearidade no modo de pensar e propor o diagnóstico e objetivos a partir do diagnóstico clínico. Porém, em

condições crônicas de saúde informações importantes sobre a rotina, os hábitos, os sucessos e insucessos terapêuticos frente às recidivas não devem ser desconsideradas. Parece estar nessa investigação parte de uma orientação, ou ajuste, para que não piore o quadro e não permaneça num ciclo de recidiva do quadro. Stallinga et al. 2013, ao compararem as fichas de avaliações centradas no modelo biomédico, no modelo biopsicossocial e um instrumento para acessar a funcionalidade preenchido pelo paciente observaram que a avaliação embasada no modelo biopsicossocial refletiu mais as necessidades dos pacientes ao compararem o documento com a avaliação preenchida por eles.

Nessa perspectiva que se fundamenta na educação aos modelos em saúde, França et al. (2019) identificaram que profissionais recém formados acreditam ser complicado captar e tratar informações referentes ao modelo biopsicossocial. A principal barreira relatada para essa percepção de complicação ao uso foi justamente a lacuna das informações durante o processo de formação e a subsequente prática clínica para experimentar os desafios por ele proporcionado.

Como forma de concluir a presente seção, apresentarei uma compilação sucinta das potenciais contribuições para o uso da CIF no contexto anterior à sensibilização. Essa situação caracteriza inicialmente que, mesmo em um contexto com maior enfoque biomédico, é possível explorar o modelo biopsicossocial de forma concomitante.

A primeira contribuição potencial é a de que o preenchimento das fichas é centrado no relato do paciente garantindo, portanto, o enfoque nas necessidades apontadas por ele. O campo diagnóstico clínico é um norteador para o desdobramento da avaliação e os campos da anamnese como queixa principal, história atual e o histórico da dor são fundamentais para agregar informações sobre aspectos da saúde que vão além do local e intensidade da dor. Esses outros aspectos se relacionam às experiências vividas e limitadas em alguma magnitude pelo indivíduo, seja na perspectiva individual ou social. Ainda, essas informações agregam ao arcabouço técnico do acadêmico, que pode valorizar e customizar a assistência prestada.

Conteúdos referentes à mobilidade, como funções do corpo, representadas por alterações na amplitude de movimento, na força muscular e no comprimento muscular reforçam a atuação fisioterapêutica na área músculo-esquelética estudada e, são agregadas à contextualização pelo indivíduo, quando esse relata em que no seu dia-a-dia as referidas alterações estão impactando. Essas informações contextualizadas

se concentram e se expressam no componente de Atividades e Participação, especificamente estão no capítulo 4 desse componente, denominado Mobilidade. Dessa forma, percebe-se que o uso da classificação pode fornecer um “filtro” aos profissionais fisioterapeutas da área, o que pode também ser uma estratégia de início para a utilização dela. E, na medida em que o acadêmico vai se apropriando do conteúdo e explorando também outros aspectos da condição de saúde, expande também o conteúdo da CIF, dentro das suas competências profissionais.

5.2 ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO: INICIANDO UM DIÁLOGO

O momento da sensibilização no presente estudo no sexto período dos acadêmicos foi pelo fato do conteúdo da CIF ainda não estar inserido de forma transversal e progressiva na formação acadêmica. Essa realidade não é exclusiva do contexto do presente estudo, mas sim, uma realidade enfrentada em diferentes instituições de ensino (BORNBAUM et al., 2015; STALLINGA et al., 2018). A implementação da CIF nos currículos de formação dos diferentes profissionais de saúde é uma atualização necessária para enfrentar os desafios em saúde do século XXI (STUCKI; RUBINELLI; BICKENBACH, 2018). Tais inserções já no processo de formação contribuirão para facilitar o entendimento do modelo e do conteúdo da classificação, bem como reduzir a lacuna desse conhecimento na prática (SCHOLTEN; ROSS; BICKFORD, 2019).

Autores tem voltado a atenção para a importância de estimular um olhar mais holístico sobre os sujeitos e que esse olhar deve ser estimulado desde o início da formação dos fisioterapeutas. Assim, diferentes propostas e guias foram e estão sendo desenvolvidos com o intuito de desvelar o uso dos modelos em saúde mais atuais e organizar a aplicação deles no conhecimento, habilidades e valores do fisioterapeuta (Darrah et al., 2006; DAL BELLO-HAAS; WOJKOWSKI; KHO, 2015; DARRAH et al., 2018).

Darrah et al. (2006), por exemplo, apresentaram dois modelos para serem operacionalizados na formação de fisioterapeutas. Eles podem contribuir para a pesquisa e prática com tomada de decisões orientadas no sujeito. Os autores reforçaram que os usos de modelos em saúde são subutilizados na Fisioterapia e

como profissão devem ser discutidos e desenvolvidos em práticas que reflitam as pesquisas e teorias contemporâneas.

No primeiro encontro, seguido da apresentação pessoal de cada um dos participantes, a pesquisadora perguntou quais eram as expectativas em relação à sensibilização. Essa estratégia serviu como uma aproximação aos acadêmicos e para perceber suas inquietudes e conhecimentos com relação a CIF. Nos textos produzidos pelos observadores, a partir das falas dos acadêmicos, foram identificados segmentos que remeteram aos tópicos da necessidade de entender a CIF; dúvidas e porquês da classificação; dificuldades, aplicabilidade, percepção interdisciplinar de seu uso e *feedback* do uso das categorias da CIF. As citações referentes a essas categorias foram expressas no Quadro 17.

Quadro 17- Análise do conteúdo do material produzido a partir da observação da sensibilização em ambos turnos

Categorias emergentes	Citações
Necessidade de entender a CIF	<p>“entender de um modo mais simples” (Acadêmico 1); “nas palestras as coisas são jogadas e fica muito vago, quero entender mais fácil” (Acadêmico 2); “A CIF cai de paraquedas na nossa vida..., mas para que serve, como se aplica?” (Acadêmico 3); “como aplicar, quando estou com o paciente, devo pegar a CIF? O que fazer com ela” (Acadêmico 4); “Todos os tópicos são parecidos, mas qual usar, como usar, qual escolher?” (Acadêmico 8); “como entender os códigos, para quem servem os números, vai usar isso?” (Acadêmico 9); “Qual a ordem de importância dos códigos?” (Acadêmico 11).</p>
Dúvidas	<p>“...quando estou com o paciente devo parar e pegar CIF?” (Acadêmico 4); “...qual código usar? Focam na parte musculoesquelética, mas tem várias categorias, ficamos perdidos” (Acadêmico 8); ; “Uso um código ou todos? Por exemplo, sobre musculoesquelética, por que as pessoas tem tudo relacionado às categorias...” (Acadêmico 14); Além dos trabalhos de estágio que fazem com a CIF, em que mais ela pode ser útil para eles (Observador 3).</p>

Fonte: a autora, 2020.

(continua)

Nota: as citações com aspas referem-se à fala in vivo dos acadêmicos quando assim descrito pelo observador, enquanto as citações sem aspas referem-se às descrições feitas utilizando a linguagem do observador.

Quadro 17- Análise do conteúdo do material produzido a partir da observação da sensibilização em ambos turnos (continuação)

Categorias emergentes	Citações
Dificuldades encontradas	Dificuldade em aplicar (Observador 3); Dificuldade em diferenciar os códigos quando os utilizam, e por não saberem acabam “jogando” o que acham que está certo e “deixam lá” (Observador 3); “Dificuldade de achar a versão atualizada” (Acadêmico 7); “Porque não é de fácil acesso?” (Acadêmico 7).
Obrigatoriedade de uso	“somos obrigados a fazer o fluxograma e colocar a CIF, mas como colocar a CIF nele?” (Acadêmico 5); “existe a demanda do uso da CIF nos estágios mas não sabemos como usar, somos obrigados a usar mas não sabemos como” (Acadêmico 6).
Percepção interdisciplinar	“Falta de integração entre os profissionais” (Acadêmico 12); “É universal, mas nem todos os profissionais usam, existe falta de integração entre todo mundo.” (Acadêmico 13).
Aplicabilidade	Aplicam a CIF, mas ficam restritos em colocar um número ao lado de uma palavra. (Observador 3)
<i>Feedback</i>	Relatam não receber correção em relação aos códigos utilizados. (Observador 3)

Fonte: a autora, 2020.

(conclusão)

Nota: as citações com aspas referem-se à fala *in vivo* dos acadêmicos quando assim descrito pelo observador, enquanto as citações sem aspas referem-se às descrições feitas utilizando a linguagem do observador.

Em seguida foi entregue e assinado o TCLE. Os acadêmicos responderam, então, em uma folha em branco a resposta para a seguinte pergunta: “O que é a CIF para mim?” O Quadro 18 elenca as respostas descritas pelos acadêmicos e permite uma aproximação dos seus conhecimentos sobre a classificação.

Quadro 18-Respostas à pergunta “O que é a CIF para mim?”

Categorias emergentes	Citações
Sistema	<p>“CIF: <i>sistema</i> para padronizar assuntos da saúde através de códigos” (Acadêmico 5)</p> <p>“Ferramenta de classificação...” (Acadêmico 10)</p> <p>“<i>Sistema</i> de classificação de funcionalidade” (Acadêmico 17)</p>
Código	<p>“<i>Um código!</i> Vários” (Acadêmico 1)</p> <p>“<i>Códigos importantes</i> para classificar a funcionalidade dos indivíduos” (Acadêmico 6)</p> <p>“<i>Utilizar códigos</i> para delimitar ou definir algo sobre as pessoas/paciente” (Acadêmico 7)</p>
Definição com caráter positivo	<p>“Classificação importante, totalmente positiva para definir o estado de saúde do indivíduo.”(Acadêmico 8)</p> <p>“...foi criada para maior acessibilidade mundial linkando as patologias e funções de forma global.” (Acadêmico 12)</p> <p>“É a forma de auxiliar no plano de tratamento do paciente, como forma de chegar ao funcional do paciente, como um início e intermédio, para chegar nos objetivos iniciais do plano de tratamento.”;(Acadêmico 13)</p> <p>“Uma classificação usada mundialmente.” (Acadêmico 18)</p> <p>“É uma ferramenta que auxilia na avaliação do paciente como um todo.”; (Acadêmico 26)</p> <p>“Classificação referente a determinadas disfunções.” (Acadêmico 27)</p>
Definição com caráter negativo	<p>“A CIF para mim é dispensável.”(Acadêmico 2)</p> <p>“A CIF é um tema muito complexo de se entender” (Acadêmico 9)</p> <p>“É uma ferramenta de classificação complexa” (Acadêmico 10)</p> <p>“Classificação mal consolidada e organizada, NÃO COMPREENDIDA PELOS ESTUDANTES!” (Acadêmico 11)</p> <p>...” Não entendo o fundamento dela, não sei como eu, em uma avaliação com o paciente eu aplico ela.”; (Acadêmico 12)</p> <p>Deveria ser um instrumento de auxílio, apoio ao tratamento, porém, pelo desconhecimento de como utilizar da melhor forma acaba dificultando o raciocínio (dor de cabeça).” (Acadêmico 25)</p> <p>“CIF é um norteador acredito, ainda que mal orientado seu uso e entendimento muitas vezes vago.” (Acadêmico 14)</p> <p>“A dificuldade da minha ficha musculoesquelética.”; (Acadêmico 28)</p>
Dúvidas	<p>“Como e porque usar?” (Acadêmico 3)</p> <p>“Como aplico na avaliação?” (Acadêmico 4)</p>

Fonte: a autora, 2020.

Em seguida dessa atividade, houve explanação sobre os dois modelos de saúde, o biomédico e o biopsicossocial. A pesquisadora distribuiu um exemplo de abordagem fisioterapêutica refletindo o modelo biomédico juntamente com uma caneta marca texto para que destacassem informações importantes sobre o caso. O exemplo foi construído a partir de um caso real atendido na clínica escola. Segundo o relato do observador: *“os alunos receberam um exemplo de avaliação com o modelo biomédico, em que os mesmos deveriam identificar se a forma era semelhante ao que é aplicado na clínica escola, principalmente na área de traumatologia-ortopedia. Todos concordaram com a cabeça, afirmando ter afinidade com o modelo”* (Observador 3).

Em um segundo momento, a pesquisadora distribuiu o mesmo caso, porém, denotando o modelo biopsicossocial. Solicitou a leitura e a demarcação das informações e na sequência, questionou quais eram as diferenças percebidas. Os seguintes relatos foram registrados pelo Observador 2: *“esse olhar é mais humanizado”; “um olhar mais global”; “quando for fazer avaliação vou pensar diferente, usamos mais o biomédico”; “os professores falam que tem que ter um olhar global, mas não explicam como, agora entendemos o que é este olhar melhor”; “para chegar num objetivo precisamos saber o que o paciente precisa, e antes não fazíamos assim”; “talvez os professores não saibam passar pra gente como usar o modelo biopsicossocial”; “tornou mais simples encontrar os objetivos e como escolher o tratamento”;* e os seguintes pelo Observador 3: *“abordagem de aspectos externos a somente a patologia, então a interferência que isso tá causando no dia a dia, como que isso reflete nas atividades e não somente na fisiologia da paciente”; “observar os sentimentos, pois eles podem piorar a condição do paciente”; “direcionar o tratamento de acordo com a rotina e dos limites do paciente.”*

A apresentação de um caso real para contextualizar os dois modelos em saúde e as abordagens referentes a eles foi a estratégia para que pudessem perceber de forma menos abstrata como as informações dos dois modelos são utilizadas na prática clínica e no consequente registro das informações. Essa estratégia de estudos de casos foi observada como importante para a experiência do aprendizado no estudo de Scholten, Ross e Bickford (2019) em que aplicaram um *survey* à acadêmicos de fonoaudiologia. Bornbaum et al. (2015) identificaram em uma revisão sobre o uso da CIF na educação em saúde que o aprendizado baseado em casos e problemas de casos também auxiliam na integração da terminologia e filosofia da CIF para a prática. Scholten, Ross e Bickford (2019) relataram, ainda, que os materiais desenvolvidos

devem estar associados às necessidades dos estudantes. No presente estudo, uma das necessidades reveladas era justamente “visualizar” como a CIF poderia ser aplicada na rotina clínica.

Durante a comparação dos dois modelos, o Acadêmico 2 relatou: “*a gente já faz isso na avaliação...na verdade, na inicial. Só não coloca assim no papel, mas essas informações a gente já coleta na primeira... no primeiro contato, só não faz a descrição né.*” Segundo o Observador 3: “*neste momento nenhum dos outros alunos concorda ou faz expressão de aprovação para a firmação desta aluna, dando a entender que esta é uma opinião particular dela, e não representa a situação dos demais alunos durante a prática das avaliações*”. Continua: “*ao serem questionados se eles usam essas informações para o tratamento do paciente, nenhum aluno se manifestou de forma verbal, fazendo expressão de dúvida (pensativos)*”.

Houve outro relato de incentivo ao uso da CIF, por exemplo: “*Na nossa ficha de avaliação a gente já tem que colocar a descrição da CIF, aí o que a gente fala do paciente a gente já coloca lá, só que coloca os códigos junto, mas não no diagnóstico né*” (Acadêmico 2). Esse relato referiu-se a uma disciplina com atendimentos práticos à comunidade na qual são estimulados a descrever a condição de saúde dos sujeitos usando a CIF e um campo aberto após os objetivos de tratamento. Realizam, portanto, um relato do caso identificando as categorias mais representativas para os dados coletados. Nessa disciplina não tem obrigatoriedade de fazer uso dos qualificadores da CIF. Apesar do estímulo por parte do professor, percebe-se pelo relato dos acadêmicos, que carregam dúvidas e dificuldades em compreender e operar o modelo e a classificação. Scholten, Ross e Bickford (2019) também perceberam o desafio de se operacionalizar a classificação ao mesmo tempo que os acadêmicos apresentam lacunas em relação à sua fundamentação teórica e aspectos conceituais, por exemplo.

A pesquisadora questionou qual era o modelo mais fácil para identificar as dificuldades do sujeito e traçar um plano de tratamento e uma aluna rapidamente respondeu o biomédico. A pesquisadora perguntou se os demais concordavam com a afirmação e a mesma aluna respondeu: “*É mais fácil para a gente pelo menos...*” (Acadêmico 3). Logo depois outra aluna comentou que seguir os protocolos no momento é mais fácil, pois não teria que considerar muita coisa; citando uma experiência própria e de outras colegas com pacientes que apresentavam sinais de

depressão, e que isso se tornava uma dificuldade no tratamento, pois em alguns dias a paciente estava “*muito diferente*” (Observador 3).

Segundo Bornbaum et al. (2015), uma mudança cultural na educação em saúde está a caminho, pois uma vez que a cultura da formação do profissional se dá por ensino e aprendizado, a mudança vem ocorrendo no sentido de educar as próximas gerações de acadêmicos, profissionais e público em geral para além de constatar o uso da CIF nas rotinas em saúde. Os autores concluem que o ensino e o aprendizado são veículos para a mudança cultural e que uma vez inserida na cultura dos profissionais de saúde, o modelo e a operacionalização da classificação são predados e então a cultura muda. Além disso, a educação em saúde é apenas o início do ganho desse momento. A pesquisadora acrescenta que é necessário se desafiar, buscar pensar em como se pode melhorar o serviço prestado e isso exige sair da forma habitual com que se faz saúde atualmente.

Num momento seguinte a pesquisadora procurou fazê-los refletir que, ao usarem informações do modelo biopsicossocial poderiam captar detalhes das dificuldades na rotina do paciente e esses detalhes poderiam permear o tratamento proposto ora como ação a ser executada e treinada, ora como objetivo a ser alcançado. Para isso, se trabalham os itens captados no exame físico da ficha de avaliação como a força muscular, o comprimento muscular, o ganho da amplitude de movimento, para relatar os mais comumente usados nas descrições das fichas de avaliação como forma de superar tais dificuldades. Uma aluna então relatou: “*No caso da intervenção, tipo... em separado por exemplo: eu vou ganhar amplitude de ombro! Você vai trabalhar flexão, extensão, tal... tudo separadamente. Só que na situação da atividade diária você não faz um movimento isolado. É tipo muita associação...*” (Acadêmico 1).

Uma aluna deu um exemplo prático de associação de atividade à condição de saúde de seu paciente: ele era ciclista e estava parado da atividade por um problema no punho. A aluna relatou como estratégia de tratamento que fez o aquecimento antes dos exercícios usando a bicicleta e relatou: “*para ele é algo que faz diferença, dá mais incentivo*” (Acadêmico 8).

As citações relatadas nos dois últimos parágrafos denotam a percepção de uma expansão do olhar do acadêmico às novas possibilidades. Durante toda a sensibilização a pesquisadora buscou estar imersa nas intenções dos acadêmicos, bem como na entrega das informações. Essa imersão foi importante para motivar os

acadêmicos a refletir também a partir de suas experiências. Talo, Rytokoski e Hamalainen (2009) identificaram que treinamentos ou sensibilização em CIF de forma presencial, estimulou os participantes e, as aplicações práticas foram relevantes para o raciocínio clínico, segundo Reed et al. (2008) e Francescutti et al. (2009).

Uma das percepções percebidas claramente pela pesquisadora foi que há um entendimento de funcionalidade apenas englobando as funções e estruturas do copo. Porém, para a CIF, ela engloba também as Atividades e a Participação do indivíduo em seus afazeres, sua rotina vivida e na sociedade. Portanto, o exemplo da aluna mostra que a proposta da CIF é, para além da coleta de dados, um convite a refletir sobre o retrato, um instantâneo, da condição de saúde do indivíduo e o seu agir, buscando englobar a realidade dele nos atendimentos. Bem como, apreendê-la e usar das informações trazidas pelo paciente no programa terapêutico, incluindo exercícios que remetam às atividades que tenham alguma dificuldade relatada. Esse processo foi percebido como uma contextualização das informações do indivíduo com as informações acessadas pelo acadêmico referente aos aspectos biofisiológicos.

Como resultado expressado aos acadêmicos, foi estruturado um texto representando o discurso coletivo das turmas em relação a CIF:

“A CIF agrupa, reúne e organiza informações de funcionalidade e de estados de saúde usando códigos. Foi desenvolvida para ser utilizada mundialmente. Dessa forma, o uso dos códigos gera uma padronização da linguagem usada pelos profissionais de saúde. Ela foi criada para gerar maior acessibilidade dos dados sobre a saúde dos indivíduos e o uso de tais códigos delimita e classifica as informações.

Ela parece complexa e isso pode ser pelo fato de ainda não ser totalmente compreendida pelos profissionais de saúde e por não estar consolidada na prática clínica reforçando sua complexidade e até mesmo o pensamento de sua dispensa.

Por outro lado, ela é capaz de complementar as informações sem saúde coletadas atualmente. O modelo de saúde proposto pela CIF pode facilitar a compreensão do profissional sobre a condição de saúde ou patologia sendo possível associar aspectos funcionais à elas.

Dessa forma, ela pode ser entendida como um norteador para se obter informações do indivíduo/ paciente usando o modelo biopsicossocial e a CIF em sua avaliação fisioterapêutica e em pesquisa.”

No final do primeiro encontro, ao serem questionados sobre o que levavam daquele dia, um acadêmico relatou ter dúvida sobre “o *total significado de biopsicossocial, se era considera algo além do físico*” (Acadêmico 9); outro, se a CIF foi criada para ser usada pelos fisioterapeutas (Acadêmico 10).

Outro acadêmico trouxe alguns pontos importantes como apesar de terem que fazer, não sabem exatamente como fazer; relatou fazerem as etapas de forma segmentada: “*por a gente não saber muito como funciona, a gente acaba fazendo meio as coisas separadas, de... a ficha, o diagnóstico, a CIF... agora o professor da vez... fica meio dividido. No caso, nunca tinha visto uma forma*” (Acadêmico 3).

Outros alunos relataram a percepção de que “*quando a gente utiliza, a gente tem um diferencial no atendimento, isso é importante né.*” (Acadêmico 2) Outra motivação relatada foi a de buscar inserir o modelo no tratamento, segundo a informação captada pelo observador: “*quando a gente for fazer o próximo atendimento já vai colocar isso no tratamento...(alguns colegas concordam com a cabeça) porque realmente a gente não tinha essa noção. É muito importante.*” (Acadêmico 3). Houve unanimidade sobre que usar a CIF ficaria mais fácil depois desse encontro. Esses relatos corroboram os achados de Leonardi et al. (2005) ao apresentarem as estratégias de ensino da CIF pela Itália. Os autores relataram que os treinamentos auxiliam na ampliação do conhecimento da CIF e também no melhor entendimento de como o modelo e o conteúdo dela podem ser aplicados na prática clínica.

A pesquisadora do presente estudo percebeu a importância da fundamentação teórica e contextualização histórica da classificação para o melhor entendimento na abordagem profissional. Essa característica em uma formação foi relatada como um pilar central para Francescutti et al. (2009) que reportaram as experiências dos 150 treinamentos em CIF num período de 5 anos e que atingiu mais de 7000 pessoas por toda a Itália.

Com relação a uma observação ao papel da pesquisadora pelos observadores, em momentos que a turma contribuía após serem questionados sobre algo, “*a pesquisadora (sem intenção) acabava interrompendo as falas para fazer suas colocações sobre o que a aluna estava relatando (o até mesmo para concordar com a mesma), porém em alguns momentos isso “cortou” o raciocínio da aluna, ou acabou inibindo a resposta*” (Observador 3).

Com relação aos outros encontros, o segundo contemplou a estruturação da CIF. Os alunos utilizaram o mesmo caso do primeiro encontro para que, a partir das informações destacadas, pudessem colar as placas com as informações nos devidos componentes da CIF, conforme descrito no método. Para essa atividade foram estimulados a usar o livro da CIF e aplicarem o conteúdo apreendido sobre a estrutura da classificação, ao mesmo tempo que a leitura dos conteúdos ao passar das páginas já ia familiarizando-os com a relação conteúdo e componentes. Para respeitar a divisão do conteúdo da CIF proposto no livro, foi adaptado o diagrama separando Funções e Estruturas do Corpo e unindo Atividades e Participação.

Nessa atividade, para o grupo do turno da manhã, os acadêmicos dividiram-se em 4 subgrupos. Para o grupo da noite, que era menor, os acadêmicos preferiram fazer a atividade conjuntamente. Os observadores relataram que “*as figuras trouxeram maior envolvimento dos alunos*” (Observador 3) e que a mesma atividade e proporcionou a busca de consenso entre os acadêmicos, uma vez que poderiam interpretar a figura de acordo com suas perspectivas, dependendo do olhar de cada um (Observador 2). Porém, sempre estimulados pela pesquisadora a retomarem ao caso e perceberem a perspectiva da informação que advinha dele. Com relação ao estímulo a da perspectiva do caso e, conseqüentemente, do sujeito, uma relação com os achados da observação de campo foi da tendência do acadêmico selecionar, e escolher as categorias e os qualificadores a partir da perspectiva dele, sem muitas vezes validar com o sujeito. Percebeu-se uma forte tendência de considerar apenas o ponto de vista técnico no agir em saúde.

Algumas percepções foram captadas dessa atividade como: “*alguns itens fiquei confusa*” (Acadêmico 1); “*o que mais confunde são os fatores pessoais e ambientais*” (Acadêmico 2). Isso pode ter ocorrido pela figura não apresentar nenhuma descrição, mas estar relacionada a algum item importante destacado. Por exemplo, havia uma figura que simulava a paciente do caso com um homem ao lado. A figura poderia denotar tanto que a paciente era casada (o que poderia indicar um fator pessoal) quanto que tinha o apoio do parceiro (o que poderia indicar um fator ambiental), por exemplo. No final dessa atividade, todos os painéis ficaram dispostos e os alunos foram estimulados a circular pelos outros grupos e verificar semelhanças e diferenças (Anexo C, pg. 228).

A atividade subsequente foi a da pesquisadora demonstrar a estruturação da CIF fazendo uma analogia com o desenho de uma árvore. Para isso, contou com a

ajuda dos acadêmicos para ditarem qual era a estrutura a partir do quadro adaptado de Prodinger et al. (2016). A atividade dessa etapa pode ser visualizada no Anexo C (pg. 229). Os alunos então, deveriam pegar as figuras do diagrama e uma por uma deveriam percorrer pela “árvore da CIF” até localizarem onde a informação se posicionava. Para isso, deveriam identificar a categoria mais apropriada da classificação pelo livro disponibilizado pela pesquisadora ou, baixando o aplicativo sugerido, CREFFITO-4.

As atividades práticas, que objetivaram concretizar aspectos relacionados à teoria ou estrutura da CIF foram percebidas como positivas na compreensão e participação dos acadêmicos para completá-las. Essa estratégia de desenvolver e aplicar atividades práticas também é reportada em estudos de treinamentos com a classificação por diminuírem a abstração dos conteúdos, ao mesmo tempo que estimula o raciocínio e a organização (LEONARDI et al., 2005; FRANCESCUTTI et al. 2009; SCHOLTEN; ROSS; BICKFORD, 2019).

Da percepção da pesquisadora, um outro item que estimulou os alunos a buscarem as categorias foi que dentre a literatura da CIF na língua portuguesa, havia também alguns documentos na língua inglesa e na língua espanhola, o que possibilitou alunos que tivessem domínio nesses idiomas se desafiarem a buscar as categorias e lê-las para os colegas e terem a percepção da semelhança das categorias e também das contextualizações. Essa situação deixou o ambiente descontraído e até mesmo divertido, pois os alunos intonavam a voz ao ler no outro idioma. Esse estímulo denota também o objetivo maior da CIF quanto à padronização da linguagem a nível mundial (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Para o grupo da manhã, foram feitas 4 árvores. Um primeiro exemplo foi feito junto com a pesquisadora e os demais feitos por cada grupo. Segundo os observadores, esse exercício exigiu a concentração e interpretação das categorias pelos alunos e um relato captado pelo observador com relação a dificuldade dessa busca foi: “*diffcil né*” (Acadêmico 2), “*imagina a CIF no fluxograma, vai ficar gigante*” (Acadêmico 3). Houve uma retomada do assunto sobre a classificação depender do ponto de vista da pessoa que está classificando.

As figuras das atividades podem ser visualizadas tanto na apresentação de slides utilizada nos encontros (APÊNDICE A), quanto no resumo expandido submetido ao I Encontro Nacional de Ciência, Saúde e Tecnologia, realizado pelo Instituto

Federal do Paraná. Tal resumo foi publicado nos anais do evento (SCHARAN; MOSER, 2019) e está expresso no ANEXO C.

Também houve um relato de uma aluna sobre a mudança em seu olhar na prática de estágio e, segundo o observador o acadêmico relatou como *“o ensinamento da CIF transformou a condução da terapia do seu grupo, citou que após o primeiro encontro, mudaram o programa de tratamento de um dos pacientes, adaptaram os exercícios propostos de uma forma a atingirem um dos objetivos do paciente que tinha ficado esquecido: conseguir se abaixar para brincar de carrinho com seu filho, na sessão seguinte, o paciente retornou informando que havia conseguido o almejado. As alunas ficaram impressionadas, exprimiram: -Relembrar a queixa do paciente na avaliação e adaptar os exercícios para isso, fez toda a diferença”* (Descrição do Observador 2 sobre o relato do Acadêmico 3).

Houve também percepção sobre as possibilidades de usar as categorias mais específicas ou mais abrangentes da CIF. Um acadêmico classificava até o terceiro nível, mas *“achava que estava fazendo algo errado”*. *“Agora percebe que é assim mesmo, e que não precisa chegar até a “folha” da classificação. Porém, haverá uma necessidade de reflexão para encontrar categorias mais específicas”* (Descrição do Observador 2 sobre o acadêmico 4).

O observador descreveu: *“os alunos identificaram que o momento da avaliação onde as informações e as palavras chave para a classificação deveriam ser extraídas é a Anamneses, e manifestaram que isso exigiria um maior tempo de atendimento. Outros alunos apresentaram que não se consegue rápido essas informações, mas sim ao longo dos atendimentos.”* (Observador 2)

Esses relatos foram corroborados pela observação de campo e pela análise das informações vindas da ficha de avaliação e do diagrama. Portanto, quando um conjunto de categorias for sugerido a ser usado, deve-se sempre deixar em aberto a possibilidade de inserir categorias pertinentes a necessidade de cada caso.

Quanto à explicação da ficha de avaliação os alunos acabaram não respondendo aos questionamentos, porém um acadêmico notou que para o fluxograma, ao captar as informações dos dois modelos trabalhados, o segundo, que se refere ao biopsicossocial *“é mais fácil”* de fazer por ser a opção *“mais completa”* (Acadêmico 5). Ao avançar para a explicação de fatores ambientais, alguns alunos trouxeram exemplos de que já vivenciaram situações nas quais a família não foi um facilitador na avaliação. Outra aluna relatou que prepararem-se com *“outras perguntas*

além das que são relacionadas com a dor, facilitam a preparação que antecede a avaliação” (Acadêmico 6), quando se pensa em um modelo biopsicossocial.

Os seguintes relatos foram expressados quando perguntados sobre o que levaram da sensibilização: *“olhar a CIF com outros olhos, sem olhar de medo, que não vai atrapalhar e sim ajudar o trabalho”* (Acadêmico 1); *“unir os objetivos do tratamento com os do paciente”* (Acadêmico 2); *“ao simular as atividades do paciente na fisioterapia, ajuda o paciente a entender os movimentos* (Acadêmico 3); *“importante para clarear a ligação de um acometimento com o outro e correlacionar com os códigos. E o final de tudo isso é que gera um outro olhar”* (Acadêmico 4); *“se preparar melhor para ganhar tempo na avaliação”* (Acadêmico 5); *“ajuda a investigar melhor o paciente durante a avaliação”* (Acadêmico 6).

No contexto estudado, percebeu-se a iniciativa do curso em propor aos acadêmicos um contato com a CIF e o estímulo a usá-la em projetos de pesquisa as categorias da classificação, com o objetivo de fazer uma aproximação do conteúdo da classificação. No entanto, corroborado por Darrah et al. (2006) é importante que os acadêmicos recebam formalmente um conteúdo que apresente as bases teóricas dos modelos em saúde para que suas práticas sejam alicerçadas por eles. A partir da observação em campo e dos relatos da sensibilização é preciso continuar avançando na implementação da classificação, estimulando, por exemplo, o raciocínio clínico a partir do uso dos diferentes componentes da CIF e, para além da seleção de categorias, pois sem a complementação do qualificador os acadêmicos relataram não compreender o sentido de usá-la na rotina clínica. Além disso, a ausência de *feedback* por parte dos professores e supervisores, segundo os acadêmicos, quanto a escolha das categorias e a subsequente codificação, quando a fazem, os deixa inseguros, com dúvidas, o que acaba reforçando a falta de sentido e até mesmo importância que se dá à operacionalização da CIF.

Percebe-se que a importância do papel do supervisor para nortear o acadêmico na reflexão do modelo e o aprendizado contínuo de ambos com relação às possibilidades de uso da CIF e da escolha das categorias, a partir das experiências no contexto e da busca por pesquisas que enriqueçam a formação acadêmica (DARRAH et al., 2006; SCHOLTEN; ROSS; BICKFORD, 2019). A inserção de pesquisas envolvendo a CIF poderiam servir como balizadores desse processo de aprendizagem favorecendo a compreensão da seleção de categorias, por exemplo.

Sandborgh et al. (2018) descreveram o desenvolvimento, as características e os desafios à implementação de conteúdos e competências sobre medicina comportamental num curso de graduação em Fisioterapia. Os mesmos autores sustentaram a justificativa do conteúdo no currículo para maximizar os resultados fisioterapêuticos na capacidade funcional uma vez que se integra a avaliação dos comportamentos subjacentes aos movimentos e queixas do sujeito incluindo o seu olhar sobre o seu tratamento e as suas necessidades.

Assim, como percebido no presente estudo, é preciso compreender a partir da análise do acadêmico/profissional quais são os fatores que influenciam as incapacidades ou dificuldades dos sujeitos e que devem ser alvo de atenção no tratamento. Sandborgh et al. (2018) relataram que essa análise pode resultar em uma combinação de fatores comportamentais, patofisiológicos e biomecânicos, ambiental e pessoal.

Ghul e Marsh (2013) realizaram uma pesquisa ação com acadêmicos de Terapia Ocupacional e um de seus questionamentos incluiu como poderiam ajudar os acadêmicos a compreenderem um modelo mais abrangente em saúde. Com relação às abordagens dos autores, assim como na do presente estudo, consideraram relevante apresentar os aspectos históricos dos modelos de saúde e, por meio de narrativas de casos, permitiam que os acadêmicos refletissem e se sensibilizassem pelas abordagens. No estudo citado, um dos acadêmicos relatou que foi importante considerar o contexto histórico e que percebeu que a partir dele as práticas em saúde são desenvolvidas. Com relação à percepção da participação dos sujeitos na sociedade e suas restrições funcionais, a leitura das narrativas de casos permitiu com que os acadêmicos visualizassem conteúdos que poderiam ser contemplados e que previamente ao curso, talvez não recebessem o mesmo enfoque.

No presente estudo, diferentes relatos foram captados no sentido da facilidade no uso da CIF após a sensibilização, com relação a enxergar outros aspectos relacionados à condição de saúde dos sujeitos. Conseguiram, além de perceber, perguntarem sobre outras atividades impactadas, por exemplo, e coletarem as informações. Alguns acadêmicos relataram ter esquecido de usar os qualificadores.

Percebeu-se um melhor entendimento, porém, alguns ajustes devem ocorrer para dar suporte às dúvidas dos acadêmicos quanto aos registros dos qualificadores e ao conteúdo relacionado a cada componente de forma coerente com o conteúdo que querem registrar. Por exemplo, alguns acadêmicos selecionaram diminuição de

força muscular ou encurtamento muscular como estruturas do corpo. Essas duas situações não estão erradas, mas podem ser completadas e mais facilmente qualificadas se as utilizassem em conjunto com as funções do corpo de força e comprimento muscular.

5.3 ACOMPANHAMENTO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS E REPERCUSSÕES DA ASSIMILAÇÃO DO MODELO BIOPSISSOCIAL

5.3.1 Acompanhamento das práticas clínicas para identificar a evolução no modo de abordagem

Em relação ao ciclo de atividades dos acadêmicos no estágio, no primeiro dia, recebiam o cronograma de atendimentos conjuntamente com a fichas de avaliações dos pacientes já atendidos.

Em caso de uma primeira avaliação do sujeito na clínica escola, o acadêmico a realizava em aproximadamente 40 minutos, sendo a maior parte desse tempo utilizada para o detalhamento do exame objetivo, que inclui o exame físico, a mensuração e realização de testes específicos. Quando o paciente já estava sendo atendido, o aluno dedicava 20 minutos à avaliação e os outros 20 minutos destinavam-se à continuidade do tratamento anterior, com base nos materiais deixados pelo acadêmico que o antecedeu.

O acadêmico tinha para as duas situações de 3 a 4 encontros para completar toda a ficha de avaliação, desenvolver os diagnósticos e os objetivos fisioterapêuticos e o plano de tratamento e, discuti-la com o supervisor.

Dentre as demais atividades a serem desenvolvidas pelo acadêmico no período do estágio estavam a discussão do caso clínico fundamentando-o com literatura científica, desenvolvimento da evolução diária do paciente e relatório acadêmico semanal. Ao finalizar a ficha e discuti-la, o acadêmico deveria compor um diagrama, um mapa mental, com o raciocínio clínico do caso, a partir das informações da avaliação fisioterapêutica e de informações coletadas ao longo dos atendimentos. As informações dos diagramas embasavam a busca e o registro de categorias da CIF. O desenvolvimento do diagrama era obrigatório no processo de avaliação do acadêmico. Na etapa final do período de atendimento, desenvolvia um folder com orientações aos pacientes.

O atendimento do paciente podia perdurar seis semanas, referentes ao período de estágio. Caso o paciente progredisse positivamente antes desse período era realizada uma reavaliação, passavam-se orientações ao paciente e lhe era dada alta ambulatorial. No caso de o tratamento se manter as seis semanas, ao final delas, o acadêmico sugeria a continuidade do tratamento, descrevendo em um Relatório Acadêmico Final o prognóstico do sujeito para o próximo grupo de acadêmicos que frequentaria o local de estágio.

Com relação à observação, percebeu-se que as avaliações, reavaliações e os tratamentos ocorriam em três locais da clínica: em uma das três salas de avaliação, nos 20 *boxes* e no saguão de Cinesioterapia. Cada um desses **contextos** apresentou uma particularidade.

A sala de avaliação se destinava às primeiras avaliações dos indivíduos na clínica-escola e o acadêmico habitualmente avisava o supervisor. Algumas situações ocorriam nesse local a depender do supervisor: ou o acadêmico entrava na sala de avaliação com o sujeito e iniciava a coleta dos dados pessoais, em seguida o supervisor entrava na sala e acompanhava, intervindo quando o aluno expressava dúvida ou solicitava ajuda, intercalava a fala do aluno quando percebia apropriado ou em caso de dúvida sobre algum aspecto relacionado ao raciocínio clínico de ambos; ou, entrava junto com o acadêmico e com o sujeito e seguia a mesma abordagem descrita acima; ou ainda, participava ativamente de todo o processo incluindo a realização de testes, comentários sobre o caso ao acadêmico e explicações eventuais ao indivíduo.

Normalmente a disposição dos atendimentos realizados na sala de avaliação ocorria de forma que o acadêmico se sentava em frente ao sujeito e o supervisor sentava a maior parte ao lado do acadêmico. Essa disposição favorecia o acadêmico olhar para o sujeito e pausar quando percebia que o sujeito iria dar continuidade em uma fala, ou questionava algo a mais quando percebia a não compreensão do sujeito ou expressão de dúvida ou silêncio.

Os atendimentos nos *boxes* pareceram à pesquisadora os mais frequentemente utilizados pelos acadêmicos para as reavaliações e tratamentos. Na clínica escola, eles estão dispostos em seguida da recepção. Neles, estavam dispostos uma maca e um suporte para os recursos eletrotermofototerapêuticos utilizados nos tratamentos.

A disposição do atendimento nos *boxes* se dava de forma que o paciente ficava sentado na maca ou na cadeira de frente para a parede do *box* e o acadêmico de pé, com seu material apoiado no suporte dos aparelhos e, normalmente, sem estar de frente para o paciente (Figura 10). O ambiente mais reservado apresentava mais silêncio, e pareceu também proporcionar menos diálogo entre o acadêmico e o sujeito durante as reavaliações, uma vez que o acadêmico se centrava no que escrevia e o sujeito olhava para a parede ou para o chão nos intervalos de suas respostas.

Figura 10- Croqui do atendimento em *box*



Fonte: a autora, 2020.

Em apenas 2 atendimentos realizados nos *boxes* os acadêmicos posicionaram duas cadeiras para que ficassem no mesmo nível e de frente ou, diagonalmente com o sujeito, o que pareceu à pesquisadora ter favorecido uma certa continuidade de diálogo. O ambiente pode favorecer as situações de diálogo, porém, o fato de os indivíduos serem submetidos aos itens da avaliação novamente pode também contribuir para respostas mais breves e diretas. O paciente pode entender que a avaliação já foi realizada e que o acadêmico já tem sua ficha, logo, já sabe sobre seu caso, ainda que o acadêmico seja orientado a realizar a reavaliação do que considera pertinente a ser reavaliado para focar na continuidade do tratamento. Essa situação

demonstra uma lacuna no *feedback* ao paciente com relação à sua evolução e consequente adesão e comprometimento com a continuidade do atendimento.

Também foi observado nas avaliações que os indivíduos passavam a maior parte do tempo passivos, aguardando as perguntas a serem feitas e as respostas a serem anotadas pelos acadêmicos. Essa percepção pela pesquisadora ao longo do período da observação a fez refletir sobre como os modelos de saúde e o comportamento geral dos profissionais também podem impactar no comportamento do paciente.

Outra situação que ocorreu durante a avaliação foi a de o acadêmico buscar explorar outros componentes da CIF, como os conteúdos de Atividades e Participação e Fatores Ambientais, porém, o paciente persistia respondendo de forma similar. O acadêmico avançou na avaliação e durante os atendimentos optou por selecionar uma escala que cobrisse aspectos da condição de saúde do indivíduo e relatou que o sujeito respondeu à escala com comprometimentos que não haviam sido identificados na avaliação, mesmo tendo tentado explorar de diferentes formas e em diferentes momentos. Assim, parece razoável que ao perceber que o sujeito não expõe mais informações sobre o caso pode-se lançar mão de outras estratégias durante a avaliação ou tratamento que possam complementá-los.

Thonnard e Penta (2007) realizaram uma revisão de literatura em avaliações funcionais em Fisioterapia na qual objetivaram identificar os instrumentos funcionais usados na fisioterapia que tivessem evidência das propriedades psicométricas, investigar como os instrumentos se relacionavam com a CIF e o uso deles. Os autores identificaram que os questionários apresentam algumas vantagens como a percepção da incapacidade nas atividades descritas a partir do ambiente do sujeito sobre um período, o que torna essas informações representativas.

Durante alguns acompanhamentos nos atendimentos no *box* percebeu-se que o sujeito tinha mais foco para responder o acadêmico e que esse, em momentos oportunos, enquanto operava um recurso do tratamento, por exemplo, questionava sobre o dia-a-dia do sujeito, como estava passando. Essa atitude por parte do acadêmico favoreceu o vínculo com o indivíduo, oportunizando-o discorrer não apenas sobre sua condição de saúde, mas como um diálogo e, conseqüentemente, o acesso a informações que poderiam compor sua história de vida, suas percepções, opiniões. Em outros momentos, o silêncio permitiu o indivíduo relaxar e desfrutar do tratamento.

Em outras situações, especialmente durante os atendimentos, houve espaços em que o acadêmico escutava o paciente contar sua história e segundo a percepção de uma aluna: *“a paciente parece estar ressignificando alguns fatos de sua vida”*. Portanto, esse espaço também permitiu o indivíduo a se expressar. Uma característica que ocorria em sequência desses relatos era de o acadêmico perguntar sobre o que paciente tinha mantido de suas atividades, o que gostava de fazer, denotando um olhar sobre a funcionalidade em seu aspecto positivo e não exclusivo às incapacidades. Percebeu-se essa estratégia como um recurso na abordagem que pode englobar informações biopsicossociais.

Quanto à reavaliação ou aos atendimentos no saguão de cinesioterapia (Figura 11), era o local onde os supervisores passavam a maior parte do tempo sentados em uma mesa de frente para todo o espaço. Alguns alunos, habituados com os supervisores, pareciam não se incomodar com o fato de estarem presentes o tempo todo, porém, outros alunos pareciam não ficar muito à vontade, principalmente se o supervisor corrigisse em voz alta algo de sua abordagem. Por ser um local amplo, os sujeitos pareciam sempre à vontade para ocupar os espaços durante os atendimentos e havia sempre mais conversas nesse local.

Figura 11 Croqui saguão de Cinesioterapia



Fonte: a autora, 2020.

A partir desses contextos citados, percebeu-se que o tempo dedicado tanto à avaliação quanto ao atendimento se expressou como um fator positivo para explorar conteúdos relacionados à rotina do indivíduo. Além disso, a relação profissional-

paciente refletida por Merhy e Feuerwerker (2016) explorou que em cada encontro pode haver a construção de relação e vínculo para se estabelecer um bom contato, confiança e identificar os problemas e as possibilidades para o tratamento. Os autores não consideraram o indivíduo como uma caixa vazia, mas um agente ativo em construção conjunta para ampliar e enriquecer as possibilidades de compreender e comunicar o caso. Nesta relação que se configura como um encontro de saberes (saber científico e o senso comum) a construção conjunta de um raciocínio clínico que leve ao estabelecimento de metas de tratamento refletirão uma atenção à saúde ancorada em um conceito ampliado incluindo o bem-estar físico, mental e social (Organização Mundial da Saúde, 2015; MERHY e FEUERWERKER, 2016).

Um outro local para o acompanhamento, foi a permanência da pesquisadora juntamente com os acadêmicos na sala de aula que utilizavam para realizar as atividades do estágio. Esse local permitiu a escuta de relatos e percepções dos acadêmicos com relação ao estágio e suas **práticas**. Era possível conversar mais informalmente com os acadêmicos e validar impressões. Por exemplo, alguns acadêmicos questionaram seus pacientes durante os atendimentos sobre os objetivos deles com o tratamento e as seguintes respostas foram reportadas em uma conversa: *“sabe o que o meu paciente tem como meta do tratamento? Voltar a ajudar sua esposa ao carregar as compras do mercado”, “quero voltar a fazer minha escova no cabelo sozinha”, “quero conseguir caminhar com meus cachorros”; “quero subir na escadinha de casa para pegar algo no alto da prateleira”; “quero voltar a jogar tênis com meus amigos, isso me desestressa”*.

Diante desses relatos, percebeu-se que os diagnósticos e objetivos comumente propostos com maior ênfase aos aspectos biológicos comumente registrados, não se distancia do que o sujeito almeja, mas ao saber exatamente o que o sujeito busca, o acadêmico pode usar desse conhecimento para enriquecer suas práticas e torná-las mais funcionais ao sujeito e, conseqüentemente, mais atrativas e desafiadoras para o progresso da funcionalidade dele.

Alguns pontos devem ser elencados para que esse salto ao biopsicossocial ocorra por parte do acadêmico, ao mesmo tempo que há uma grande demanda pela cientificidade das propostas terapêuticas, ela deve ser compassada com a autonomia e o estímulo à criatividade do acadêmico. Um acadêmico acompanhou um sujeito que havia fraturado o punho e estava com dificuldade em comer sozinho e, portanto, não estava participando em eventos sociais, pois tinha dificuldade em segurar os talheres

ou copo, pois normalmente os derrubava. A acadêmica o estimulou então no decorrer dos atendimentos que experimentasse sair e, em dado dia o sujeito relatou ter conseguido sair para jantar com os amigos, sem derrubar os talheres ou o copo. Assim, os protocolos e técnicas, podem ser contextualizados para a rotina do paciente, tornando o atendimento mais próximo dos seus objetivos reais.

Um aspecto geral observado foi o relato de alguns pacientes com relação ao comprometimento de suas atividades na hora da execução de testes físicos. Esse campo, que em princípio não apontava diretamente um campo com potencial perspectiva do indivíduo na ficha de avaliação, se mostrou muito complementar ao remeter o sujeito à realização do movimento e, conseqüentemente, à alguma atividade em seu dia que requeira aquela memória motora. Assim, ter um *feedback* constante do paciente com relação ao que está sendo feito, sempre buscando por atividades e ações que faça podem ser um bom caminho para explorar sua funcionalidade.

Doody e McArteer (2002), concluíram ao estudar o raciocínio clínico de fisioterapeutas novíços e experientes, que nem sempre os acadêmicos conseguiam abstrair e avaliar as pistas e conseqüentemente avaliar uma hipótese, então habitualmente tratam os problemas específicos do paciente e os autores estimulam a educação de um processo hipotético dedutivo aos acadêmicos em momentos iniciais da formação para que assim como os mais experientes, possam ir desenvolvendo esse raciocínio, bem como formando uma bagagem de conhecimento para que possam identificar os casos dos sujeitos e deduzir as informações por reconhecimento de padrões. Essa situação ocorreu com os fisioterapeutas experientes do estudo em especial os que trabalhavam com terapia manual, uma vez que tinham por hábito gerarem uma hipótese, tratarem e confirmar a hipótese.

Um exemplo para retratar essa citação foi do sujeito que gostaria de voltar a carregar as sacolas do supermercado com sua esposa. O sujeito perguntou ao acadêmico quando poderia retornar a fazer a atividade, de que forma saberia que já era capaz de realizá-la. O processo em relação à força muscular é tão focado que o acadêmico não conseguiu abstrair à ideia de que ao já estar trabalhando com carga nos flexores do cotovelo, poderia questionar o paciente em relação ao que ele normalmente costumava carregar, para ter uma percepção mais aproximada da realidade dele e verificar a carga que estava trabalhando. Uma próxima etapa poderia ser colocar os pesos dentro de uma sacola e simular a atividade almejada, por exemplo. Isso não está longe do que é feito, porém o processo é isolado da atividade

e distancia a percepção tanto do paciente quando do acadêmico sobre a evolução e o alcance da atividade e da participação social, para esse caso.

Um outro tema que emergiu da observação foi relacionado às práticas dos supervisores. Apesar do foco do estudo não ter sido no modelo de supervisão, algumas características emergiram e foram descritas entendendo que o professor tem fundamental contribuição no processo de ensino e aprendizado (ENGEL, 1978; BORNBAUM et al., 2015; SCHOLTEN; ROSS; BICKFORD, 2019). Portanto, assim como nas demais etapas o estudo também evidenciou potenciais momentos em que o modelo poderia ser estimulado ou inibido.

No primeiro semestre, por exemplo, houve apresentações de duplas ou trios sobre as condições clínicas mais frequentes nos atendimentos. A estratégia de apresentação pareceu bastante contributiva e interativa aos acadêmicos e os faziam buscar pesquisas atuais, com abertura a terapias complementares, desde que fundamentadas teoricamente e que apresentassem benefícios ao paciente. Porém, em nenhuma apresentação instigou-se aspectos relacionados à funcionalidade, explorando conteúdo dos componentes Atividades e Participação, ou dos fatores Ambientais ou pessoais. A pesquisadora refletiu que esse seria um momento potencial para estimular discussões sobre os aspectos funcionais comumente impactados na condição de saúde e trazer a realidade associada à teoria da condição de saúde.

As observações revelaram comportamentos e eventos que podem ter sido inibidores do referido modelo biopsicossocial. A interferência do supervisor no acompanhamento da avaliação, como citado anteriormente e a tendência a citar, ditar ou até mesmo escrever informações sobre o sujeito para o aluno, apesar de uma boa intenção em talvez acelerar um pouco a avaliação pode restringir o acadêmico de seguir seu raciocínio clínico e enfrentar os desafios do atendimento.

Percebeu-se a importância do papel do supervisor para nortear o acadêmico na reflexão do modelo e o aprendizado contínuo de ambos com relação às possibilidades de uso da CIF e da escolha das categorias, a partir das experiências no contexto e da busca por pesquisas que enriqueçam a formação acadêmica (DARRAH et al., 2006; SCHOLTEN; ROSS; BICKFORD, 2019). A inserção de pesquisas envolvendo a CIF poderiam servir como balizadores do processo desse processo de aprendizagem favorecendo a compreensão da seleção de categorias, por exemplo.

Compreendeu-se que o alicerce teórico conceitual da formação do acadêmico nos modelos de saúde, o modelo de supervisão e o estímulo ao raciocínio clínico ampliado a outros componentes de saúde são características determinantes para a operacionalização do modelo biopsicossocial. Esse potencial revelado, porém, ainda carece de expressão nos registros de funcionalidade e nas práticas de atendimento do cenário do estudo. À frente será discorrido sobre esse novo tema que engloba o *feedback* do acadêmico ao indivíduo e uma possível ressignificação desse momento de reavaliação para ambos.

5.3.2 Repercussões da assimilação do modelo biopsicossocial

5.3.2.1 Fichas de avaliação

Para a análise posterior à sensibilização foram contempladas 25 fichas de avaliação fisioterapêutica referentes aos 13 acadêmicos que realizaram os quatro encontros. Não foram consideradas as produções de três acadêmicos que estavam no último grupo de estágio e que realizaram os quatro encontros da sensibilização, pois foi o único grupo em que o estágio iniciou em dia diferente da semana e não houve a mesma forma de apresentação da pesquisadora e nem teve o mesmo tempo para realizar da mesma forma a retomada de conteúdo aos acadêmicos. Além disso, a análise das fichas realizadas até então já apresentava saturação do conteúdo qualitativo quanto à sistematização da aparição das informações dos componentes da CIF. Ainda assim, a pesquisadora acompanhou a rotina do grupo para observar se algo a mais emergia do campo.

Posterior à sensibilização, todas as fichas consideradas advieram de acadêmicos do sexo feminino dos quais 7 realizaram o estágio no sétimo período e 6 no oitavo. Com relação aos indivíduos avaliados, 14 eram do sexo feminino e a amostra teve média de idade e desvio padrão de $47,91 \pm 14,23$, e tempo de fase patológica de $85,76 \pm 144,66$, com mediana 23,8, mínimo de 3 meses e máximo de 588.

A repercussão na abordagem posterior à sensibilização revelou-se na progressão mais explícita do conteúdo das fichas com o diagnóstico e objetivos fisioterapêuticos, culminando com a expressão de todos os componentes da

classificação nos diagramas. Portanto, o uso do modelo biopsicossocial foi expresso na atitude do acadêmico em captar as informações do indivíduo.

Scholten, Ross e Bickford (2019) analisaram o conteúdo de um *survey* aplicado a 101 estudantes de fonoaudiologia sobre como a CIF era usada e quais os fatores que contribuíam para a aceitação dela. Os autores perceberam a estrutura da CIF como uma “forma de pensar”, segundo o relato de um acadêmico, o aprendizado sobre o modelo biopsicossocial foi um pano de fundo para realizar as colocações clínicas mais ampliadas. Portanto, complementa-se aos autores e reafirma-se o pressuposto do estudo de que o modelo norteador da prática em saúde traduz-se nas atitudes e abordagens clínicas.

Com relação aos conteúdos contemplados pelo diagnóstico clínico, identificou-se a presença dos mesmos componentes e capítulos prevalentes anteriormente à sensibilização da CIF. Porém, houve aparição de uma categoria referente ao capítulo de Funções geniturinárias e reprodutivas e uma de Estruturas relacionadas aos sistemas urinário e genital relacionadas, respectivamente, a condição de multimorbidade e crônica de saúde, como o câncer (Quadro 19).

Quadro 19 Item diagnóstico clínico e categorias posteriores à sensibilização

Número da ficha	Componentes/ Capítulos	Categorias	Conteúdo das citações
1	s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s7201 Articulações da região do ombro s7202 Músculos da região do ombro	“artrose acromioclavicular, artropatia degenerativa glenoumeral e ruptura dos tendões supra e infraespinhal”
2	s6 Estruturas relacionadas aos sistemas urinário e genital s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s6302 Mama e mamilo s730 Estrutura da extremidade superior	“linfedema em MSD, pós mastectomia radical total com esvaziamento axilar”
3		s75011 Articulação do joelho	“osteoartrite, osteoartrose em joelho esquerdo e direito”
4	s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s7301 Estrutura do antebraço s73011 Articulação do pulso s7302 Estrutura da mão	“artrodese de punho direito (rádio-escafoide-semilunar)”
5	b6 Funções geniturinárias e reprodutivas s7 Estruturas relacionadas ao movimento	b6202 Continência urinária s73011 Articulação do pulso s76002 Coluna vertebral lombar	“fibromialgia, espondiloartrose + escoliose lombar sinistro convexa, síndrome do túnel do carpo, bexiga neurogênica e incontinência urinária”

Fonte: a autora 2020.

(continua)

Quadro 19 Item diagnóstico clínico e categorias posteriores à sensibilização (continuação)

Número da ficha	Componentes/ Capítulos	Categorias	Conteúdo das Citações
6	b2 Funções sensoriais e dor s7 Estruturas relacionadas ao movimento	b28013 Dor nas costas b2803 Dor irradiante em um dermatomo s75023 Ligamentos e fâscias do tornozelo e do pé	“lombociatalgia e fasceíte plantar em pé direito”
7	s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s7001 Articulação do quadril s75023 Ligamentos e fâscias do tornozelo e do pé s76002 Coluna vertebral lombar	“pós operatório de artroplastia toral de quadril direito, hérnia discal lombar (L3-L5) e extrusão em S5-S1, fasceíte plantar em pé direito”
8		s730 Estrutura da extremidade superior s76000 Coluna vertebral cervical	“espondilose cervical, hemangioma em T1, oetoeartrose acromioclavicular, tendinopatia do supra espinhoso e subescapular, bursite subacromial e subdeltoídea”
9		s7202 Músculos da região do ombro s7402 Músculos da região pélvica s76002 Coluna vertebral lombar	“tendinopatia e ruptura parcial das fibras do glúteo mínimo, osteoartrose em L4, L5 com anterolistese grau 1 de L4 + suspeita de tendinite do supra espinhoso”
10		s76002 Coluna vertebral lombar	“fratura de L4; calcificação de L3,L4,L5; radiculopatia bilateral ramo ciático”
11		b2 Funções sensoriais e dor s7 Estruturas relacionadas ao movimento	b28015 Dor em membro inferior s75023 Ligamentos e fâscias do tornozelo e do pé
12	s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s720 Estrutura da região do ombro	“bursite deltoídea e subacromial, tendinite do supra espinhoso, subescapular e porção longa do bíceps”
13		s7202 Músculos da região do ombro s7209 Estrutura da região do ombro, não especificada s7400 Ossos da região pélvica s7402 Músculos da região pélvica	“Osteoartrose bilateral do quadril, tendinopatia do manguito rotador, tendinopatia do glúteo médio e mínimo, bursite subacromial”
14		s75011 Articulação do joelho	“tendinopatia degenerativa de extensores de joelho direito; edema ósseo em joelho direito; bursite de quadril”
15		s7301 Estrutura do antebraço	“Epicondilite lateral em ambos MMSS”
16		s75011 Articulação do joelho	“Fratura de patela esquerda”
17		s76002 Coluna vertebral lombar	“Fratura lombar decorrente de acidente automobilístico aos 15 anos”
18		s7402 Músculos da região pélvica s75023 Ligamentos e fâscias do tornozelo e do pé	“Tendinose de glúteo médio e tendinopatia calcanear”
19		s76000 Coluna vertebral cervical	“Artrose na coluna cervical com descalcificação das vértebras cervicais”

Fonte: a autora 2020.

(continua)

Quadro 19 Item diagnóstico clínico e categorias posteriores à sensibilização (continuação)

20		s73012 Músculos do antebraço	"Epicondilite medial e lateral (cotovelo esquerdo)"
21	b2 Funções sensoriais e dor s7 Estruturas relacionadas ao movimento	b28013 Dor nas costas s76000 Coluna vertebral cervical	"Cervicalgia refratária, com protusões em C3-C7"
22		s76002 Coluna vertebral lombar	"Hérnia de disco lombar entre as vértebras L4-L5"
23		s75011 Articulação do joelho	"Rompimento do LCA"
24	s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s720 Estrutura da região do ombro	"Tendinite do supra espinhoso e bursite subacromial, compatível com a síndrome do impacto."

Fonte: a autora, 2020.

(conclusão)

Na anamnese, o conteúdo de Funções Corpo relacionado à dor também foi mais registrado no item queixa principal, porém, esse item denotou conteúdo das atividades e participação contextualizando a dificuldade para a realização de determinada ação e a presença de dor. Além disso, houve fichas em que a queixa principal não foi a dor, mas foi relacionada às funções de força e de comprimento muscular, e alteração no padrão da marcha. O quadro 20 explana esses e os demais resultados.

Quadro 20 Componentes, capítulos, categorias e citações representativos da queixa principal posterior à sensibilização

Componente/Capítulo da CIF	Categorias	Exemplos das citações
b2 Funções sensoriais e dor	b265 Função tátil	"algia em trapézio bilateral, <i>parestesia em MSE...</i> " "queimação no antebraço ao realizar movimentos como no final do treino de natação"
	b280 Sensação de dor	"dificuldade para realizar movimentos acima da cabeça e dor"
	b28010 Dor na cabeça ou pescoço	"dor na região cervical"
	b28013 Dor nas costas	"dor lombar" "dores musculares difusas, algia em punhos, ombros, <i>coluna</i> , fraqueza em MMSS" "dor em região lombar irradiada para MMII..." "sinto muita dor na cervical que vai para o ombro..."
	b28014 Dor em membro superior	"parestesia em MSE, <i>algia em antebraço direito, algia próximo do acrômio bilateral</i> " "... <i>algia em cintura escapular</i> " "dor em região anterior do ombro direito que piora com a mão elevada acima da cabeça"
	b28015 Dor em membro inferior	"dor em região plantar do pé direito (2 metatarso)" "dor na perna esquerda" "dor leve no joelho direito"
	b28016 Dor nas articulações	" <i>algia no ligamento pubofemoral E</i> " "dor em região sacroilíaca direita" "sensação <i>álgica</i> interna a cicatriz de <i>reconstrução do LCA</i> "
	b2803 Dor irradiante em um dermatomo	"dor em região lombar irradiada para MMII até o joelho"
	b2804 Dor irradiante em um segmento ou região	"dor em região sacroilíaca direita com irradiação para a região antero lateral da coxa" "Sinto muita dor na cervical que vai para o ombro, com sensação de choque"

Fonte: a autora, 2020.(continua)

Quadro 20 Componentes, capítulos, categorias e citações representativos da queixa principal, posterior à sensibilização (continuação)

Componente/Capítulo da CIF	Categorias	Exemplos das citações
b7 Funções neuromúsculoesqueléticas relacionadas ao movimento	b710 Funções relacionadas à mobilidade das articulações	“dor em região anterior do ombro direito que piora com a mão elevada acima da cabeça”
	b7100 Mobilidade de uma única articulação	“dor ao flexionar a articulação do joelho do membro esquerdo” “dificuldade para realizar movimentos acima da cabeça” “rigidez articular, claudicação, dor, edema restrição de mobilidade da articulação do quadril”
	b7150 Estabilidade de uma única articulação	“crepitação ao flexionar os dois joelhos”
	b730 Funções relacionadas à força muscular	“dor lombar, fraqueza muscular e dificuldade para andar. Sente fraqueza principalmente na perna direita.” “fraqueza em membros inferiores” ou “em membros superiores”
	b7300 Força de músculos isolados e de grupos de músculos	“fraqueza muscular na região da perna e do pé”
	b749 Funções musculares, outras especificadas e não especificadas (comprimento muscular)	“encurtamento muscular”
	b770 Funções relacionadas ao padrão da marcha	“rigidez articular, claudicação, dor, edema” “dor ao flexionar a articulação do joelho do membro esquerdo, principalmente durante a marcha”
Atividades e Participação	D	“dor no ombro direito e <i>redução da funcionalidade</i> do membro superior ipsilateral”
d4 Mobilidade	d450 Andar	“...dificuldade para andar”
	d4551 Subir	“subir e descer degraus”
	d4750 Dirigir transporte com tração humana	“...ao empurrar muito a cadeira”
d9 Vida comunitária, social e cívica	d9201 Praticar esportes	“queimação no antebraço ao realizar movimentos como no final do treino de natação...”
s7 Estruturas relacionadas ao movimento	s730 Estrutura da extremidade superior	“fibrose em MSD”
	s75011 Articulação do joelho	“...edema”
	s75011 Articulação do joelho	“...artropatia de joelho...”
	s8100 Pele da região da cabeça e do pescoço	“...cicatriz na nuca”

Fonte: a autora, 2020.

(conclusão)

Alguns fatores observados pela pesquisadora no campo, podem ter contribuído para que a situação descrita da exploração das atividades e participação ocorresse. Foi observado que para instigar alguns fatores biopsicossociais os acadêmicos, por vezes, lançavam mão de perguntas adicionais às que estavam contidas na ficha, uma segunda versão delas, como: “*algo mais?*”, “*mais alguma coisa que você lembre?*”, “*caso você lembre algo em qualquer outro momento pode me falar, sem problemas*”. Essas colocações, quando aconteciam, resultavam em um resgate de informações que remetiam à complementação das experiências vividas pelo indivíduo. Além disso, quando o sujeito falava algo o acadêmico buscava ouvir e “entrava” na conversa.

A busca pela complementação das informações se mostrou como um processo ativo por parte do acadêmico, traduzido pela atitude dele em instigar o paciente e para que esse participe também de forma mais ativa no processo de avaliação, uma vez que o paciente é o *expert* na vivência com a condição de saúde e tem muito a contribuir para que o acadêmico possa dar o suporte necessário.

Ranner et al. (2019) identificaram a perspectiva dos pacientes em relação a experiência vivida e o significado de participar de forma ativa em um processo de intervenção depois de terem tido um acidente vascular encefálico. Os autores concluíram que a inclusão dos pacientes permite um processo mais transparente. Relataram, ainda, que o paciente está num processo de redescoberta após a condição de saúde e proporcionar que delimitem metas em conjunto com os profissionais de saúde engaja o paciente. Além disso, os pacientes expressaram confiança tanto no tratamento quando ao lidar com as experiências diárias, proporcionadas pela aliança terapêutica na continuidade no processo de reabilitação.

Cabe então ao fisioterapeuta, imbuído de um olhar biopsicossocial, estimular através de perguntas ancoradas no contexto de vida do indivíduo e de uma “escuta ativa” para a emergência de informações a partir do que o sujeito experiencia com uma condição de saúde. Assim, na medida em que vai enriquecendo seu repertório biopsicossocial usufrui da CIF como estrutura para operacionalizar as experiências dos indivíduos, traduzindo então, o entendimento do que importa à saúde deles (STUCKI; RUBINELLI; BICKENBACH, 2018).

Apesar de o conteúdo referente ao componente Atividades e Participação ter aparecido inicialmente na queixa principal, foi no item história da doença atual que denotou o predomínio de suas informações. O capítulo 4, de mobilidade, também foi

o mais frequente impactado (Quadro 21), mas, também houve um registro sobre Fator Pessoal e um sobre Fator Ambiental expressando a possibilidade de captar informações de todos os construtos do modelo biopsicossocial e um certo avanço na ampliação do olhar do acadêmico sobre o indivíduo. A apropriação das informações pelo acadêmico pode contribuir para elucidar seu raciocínio clínico e levar em consideração as particularidades de cada caso.

Quadro 21 Capítulos, categorias e citações referentes a atividades e participação representativos do item história da doença atual, posterior à sensibilização

Componente/ Capítulos da CIF	Categorias da CIF	Exemplos das citações
d4 Mobilidade	d4153 Permanecer sentado	“Permanece sentada por muito tempo e com postura inadequada”
	d4159 Manter a posição do corpo, não especificada	“Começou sentir dores na região dos epicôndilos laterais sempre que realiza digitação por tempo prolongado.”
	d429 Mudar e manter a posição do corpo, outras especificadas e não especificadas	“Permanece sentada por muito tempo e com <i>postura inadequada</i> ” “Esforço repetitivo no trabalho, <i>compensações posturais</i> , calçado não muito confortável”
	d4300 Levantar objetos	“A dor também surge ao <i>erguer objetos pesados</i> .” “...após <i>levantar peso</i> ao exercitar-se.” “ao levantar um compressor que estava posicionado ao chão... sentiu dor intensa na região sacroilíaca na metade da amplitude de movimento. Em outra ocasião, sentiu dor na mesma região com a mesma intensidade ao realizar a flexão da coluna para pegar uma criança da sua família no colo”
	d450 Andar	“Estava caminhando e sofreu uma entorse em inversão do pé esquerdo”
	d850 Trabalho remunerado	“virou o pé enquanto segurava um bebê em seu colo à trabalho, desde então sente dores frequentes embaixo do pé (fáscia plantar)” “Queda durante o trabalho e movimentos repetitivos”
	d9201	“Excesso de uso durante os treinos de natação associados a musculação (over training)” “A dor teve início em maio de 2018 após levar peso ao exercitar-se. Paciente acredita que também forçou a lombar ao praticar jiu-jitsu.” “Paciente relatou que <i>praticou natação</i> durante o período de 3 a 4 anos atrás. <i>Há 7 meses parou</i> , pois começou a sentir dores agudas no ombro direito. O principal movimento envolvido quando a sensação iniciou foi durante a etapa de tração do braço”
e1	e1351 Produtos e tecnologia de assistência para o trabalho	“Esforço repetitivo no trabalho, <i>compensações posturais</i> , calçado não muito confortável”
Fator pessoal		A dor “surge com maior intensidade no membro direito, por ser o <i>membro dominante</i> ”

Fonte: a autora, 2020.

Frente ao achado do item apresentar potencial para explorar todos os componentes da CIF percebe-se a importância e a necessidade mais frequente da incorporação dos conteúdos contextualizados aos aspectos relacionados às Atividades e Participação e aos Fatores Contextuais no processo de formação dos acadêmicos, fomentando discussões, por exemplo, que alicerçarão e ajudarão o raciocínio clínico e prática deles.

Scholten, Ross e Bickford (2019) descreveram como o uso da CIF era percebido por acadêmicos de fonoaudiologia e identificaram que o suporte dos supervisores e as discussões dos casos clínicos foram importantes para os fazer perceber como o modelo biopsicossocial estava embutido na prática e como poderia ser melhor explorado. A reflexão desse parágrafo se deu a partir do relato na sensibilização de que exemplos de como operar a CIF na rotina clínica com casos reais não haviam sido apresentados até então e, na observação em campo, o relato frequente de que a discussão com o supervisor contribui para maximizar o olhar para aspectos que ainda não haviam sido refletidos pelos acadêmicos.

O componente de Atividades e Participação apareceu ainda no item sobre quando a dor aparece (Quadro 22). As citações identificadas denotaram explicitamente a influência cíclica da queixa dolorosa com a atividade comprometida: “...após realizar a digitação. Se esta for realizada diariamente, a dor também está presente diariamente”; “dor permanece durante todo o dia; dependendo da atividade que realiza, piora”; “postura inadequada; sente mais vezes ao dia”. Outro item foi a dor identificada após uma atividade, como a dor aparece “após o horário de trabalho”.

Quadro 22 Componentes/ Capítulos, categorias e citações representativos do item “quando a dor aparece?”

Componentes/ Capítulos da CIF	Categorias da CIF	Exemplos das citações
b7 Estruturas relacionadas ao movimento	b7100 Mobilidade de uma única articulação	“sempre que movimenta o membro superior direito acima de, aproximadamente, 30 graus de abdução e quando realiza algum tipo de rotação de ombro”
	b7101 Mobilidade de várias articulações	em movimentos que ultrapassam a ADM
Atividades e Participação	d	“atividades diárias”; “com movimentação”/ “quando realiza movimentos”; “em movimentos que ultrapassam a ADM”; “intensifica-se quando realiza algum esforço”; “dor permanece durante todo o dia”; “dependendo da atividade que realiza”, “piora ao realizar qualquer movimento em que precisa flexionar a coluna”
d4 Mobilidade	d4 Mobilidade	“movimentação” “em atividades que exigem a flexão do joelho” “No glúteo, quando estende a coluna e de forma aleatória, às vezes”
	d3601 Utilização de máquina de escrever	“após realizar a digitação. Se esta for realizada diariamente, a dor também está presente diariamente”
	d4154 Permanecer em pé	“ao permanecer muito tempo em pé” “quando permanece muito tempo em pé sem se movimentar”
	d429 Mudar e manter a posição do corpo, outras especificadas e não especificadas	“postura inadequada; sente mais vezes ao dia”
	d450 Andar	“no pé, após descanso quando precisa caminhar novamente.”
	d4501 Andar distâncias longas	“ao caminhar por muito tempo” “em <i>atividades de longa extensão/duração</i> (caminhar, dirigir, etc.)”
	d4751 Dirigir veículos motorizados	“em atividades de longa extensão/duração (caminhar, <i>dirigir</i> , etc.)”
d9 Vida comunitária, social e cívica	d920 Recreação e lazer	“em atividades que exigem a flexão do joelho; iniciou a prática de exercícios em casa”
	d9201 Praticar esportes	“durante a realização de atividade física, como caminhada, ciclismo e corrida”
e2 Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano	e2250 Temperatura	“mudança de temperatura”

Fonte: a autora, 2020.

Nesse subitem de quando a dor aparece também se identificou o registro de expressões genéricas com potencial para interpretar a citação a dois componentes distintos, da mesma forma que ocorreu no item queixa principal nos dois momentos pré e pós sensibilização. Isso se deu para a informação “ a dor aparece com o movimento”, permitindo entender que se vincularia tanto com função de mobilidade de uma articulação, quanto com a possibilidade de ligar ao capítulo de mobilidade do componente Atividades e Participação. Dessa forma, percebeu-se que possivelmente uma alteração na função poderá ser contextualizada com uma atividade que a simule, como citado anteriormente.

Essa reflexão foi validada na observação em campo, quando um sujeito associou os movimentos limitados em suas atividades diárias no momento em que o acadêmico executava os testes específicos no exame clínico. Esse tópico pareceu um importante campo a ser valorizado, a partir da compreensão em quais atividades ou até mesmo participações a dor aparece, em vez de se restringir apenas à frequência. Se utilizadas de modo encadeado, as informações poderiam conduzir a um exame físico ancorado em uma abordagem multidimensional que culminaria na realização de ações assertivas e orientações com relação ao fator desencadeante do quadro clínico.

Em outra situação relatou-se o fator ambiental “mudança de temperatura” como agravante do quadro doloroso. Assim, os dois campos que buscaram instigar informações explorando a realidade do sujeito até agora (história da doença atual e quando a dor aparece) revelaram-se com potencial para registrar informações advindas também do ambiente no qual o sujeito está inserido e de que forma interfere em sua vida.

Alguns registros como: “*paciente relata posição de conforto em decúbito dorsal com rolo de toalha posicionado em região cervical, principalmente quando pressiona o rolo com o pescoço*”, abrem espaço para buscar compreender a rotina do paciente em relação a sua dor e os aspectos em que ele age para reduzi-la, ou o que percebe aumenta-la. Configuram-se como campos a serem mais explorados, pois neles estarão as oportunidades de educar o paciente em relação aos seus hábitos, orientando-o e esclarecendo suas dúvidas ou desconhecimentos e contribuindo de forma mais assertiva no tratamento.

Segundo o relato de uma acadêmica à pesquisadora, houve dificuldade em aplicar o modelo conforme aprendido na sensibilização já na primeira avaliação com

o paciente por muitas vezes não se abrir a oportunidade de investigar mais detalhadamente o que o paciente traz, portanto, ela concluiu que ao longo dos atendimentos, **conforme vai tendo mais abertura com o paciente, aí sim, consegue coletar outras informações relevantes.**

O relato acima vem de encontro à importância do estabelecimento de vínculos com o paciente, o que não acontece quando se tem a premência de cumprir um roteiro estruturado de perguntas em um tempo restrito. Esse vínculo é construído paulatinamente ao longo dos atendimentos. Essa afirmação encontra eco na portaria nº 2.488 (Ministério da Saúde, 2011), que em seu texto expressa a ideia de que a “longitudinalidade” do cuidado se expressa na contínua relação clínica. Ainda, pressupõe a construção de vínculo e compartilhamento de responsabilidade ao longo do tempo tanto no que diz respeito aos efeitos das intervenções na vida dos usuários, quanto à preservação de referências culturais e valores cotidianos decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

Durante a observação em campo também se percebeu que foi a partir de uma pergunta do acadêmico, questionando como o sujeito passou, como tem sido a rotina, ou alguma pergunta específica que o sujeito tenha relatado que tinha dificuldade que emergem informações. Portanto, o diálogo e a abertura à escuta foram características a partir das quais emergiram informações potenciais do modelo biopsicossocial. Porém, é importante que os acadêmicos se familiarizem cada vez mais com o conteúdo da CIF, pois assim saberão os conteúdos abordados e que poderão usar como referência para acompanhar a evolução do sujeito.

Diante dos conteúdos biopsicossociais que podem emergir da relação com o paciente pode ser gerada uma sensação de também não saber, como descreveram Seixas et al. (2019). Segundo esses autores que problematizaram sobre a potência do vínculo entre profissional-usuário como estratégia para transformar as práticas em saúde centrada nas demandas e necessidades dos usuários, “não é possível prever o que acontecerá em ato, que é pleno de incertezas”.

Com a CIF em sua primeira versão temos muito mais a construir sobre as possibilidades de seu modelo e do seu uso do que apreendê-las de algum lugar. Em um dos acompanhamentos de atendimento, por exemplo, a acadêmica perguntou à paciente: “E como passou da semana passada para essa depois dos atendimentos? Dormiu melhor?” e a paciente relatou: “ah, sim, dormi bem melhor. Mas sabe que reparei que até para me ensaboar eu estou melhor?” A acadêmica relatou depois do

atendimento que essa informação não havia emergido anteriormente, assim como em outro dia mais para frente relatou em uma conversa de corredor com a pesquisadora, que a paciente estava progredindo e que ela conseguia ver a evolução a partir do momento em que a paciente relatou que passou a pentear os cabelos sozinha e sem dor.

De forma análoga à análise prévia à sensibilização, o campo que mais denotou conteúdos sobre Atividades e Participação foi o da dor impedir a realização das atividades diárias. Esse componente refletiu citações majoritariamente referentes às atividades relacionadas à mobilidade, porém, avançou para conteúdos referentes à vida comunitária e social, vida doméstica, cuidado pessoal e tarefas e demandas gerais. A questão também permitiu registrar conteúdo do fator ambiental (Quadro 23).

Quadro 23 Conteúdo da questão “a dor impede você de realizar suas atividades diárias?” posterior à sensibilização

Componentes/ Capítulos	Categorias	Exemplos de citações
b2 Funções sensoriais e dor	b265 Função tátil	“Queimação após exercícios (treino de natação)”
b7 Funções neuromusculares e relacionadas ao movimento	b7100 Mobilidade de uma única articulação	“Sente um pouco de falta de força com o braço elevado acima da cabeça”
	b730 Funções relacionadas à força muscular	
Atividades e participação	d Atividades e Participação	“Impedimento para realizar AVDs” “Realiza mesmo sentindo dor”
d2 Tarefas e demandas gerais	d230 Realizar a rotina diária	“Sente dificuldade para diversas atividades, principalmente em seus afazeres domésticos. Costuma distribuir as tarefas ao longo da semana, pois não consegue realizar muitas atividades no mesmo dia.”
d4 Mobilidade	d4 Mobilidade	“Todas as atividades que venham a ser realizadas acima da cabeça”
	d4101 Agachar-se	“Agachar, treinar...”
	d4103 Sentar-se	“Trabalhar, estudar, caminhar, levantar e sentar”
	d4104 Levantar-se	
	d4153 Permanecer sentado	“Permanecer muito tempo sentada ou em pé”
	d4154 Permanecer em pé	“Permanecer muito tempo sentada ou em pé”
	d4302 Carregar nos braços	“Girar trinco, girar chave, carregar objetos pesados” “carregar peso”

Fonte: a autora, 2020.

Quadro 23 Conteúdo da questão “a dor impede você de realizar suas atividades diárias?” posterior à sensibilização (continuação)

Componentes/ Capítulos	Categorias	Exemplos de citações
	d4401 Agarrar	“Girar trinco, girar chave, carregar objetos pesados”
	d450 Andar	“Menor facilidade para realização de atividades domésticas e para <i>caminhar</i> ” “Encontra muita dificuldade para caminhar, mesmo em pequenas distâncias”
	d4501 Andar distâncias longas	“ <i>Caminhar longas distâncias</i> , varrer a casa, passar aspirador de pó, lavar roupas na mão” “ <i>caminhar durante tempo maior</i> ”
	d4551 Subir	“ <i>Subir e descer escadas</i> , sendo que para descer é pior (mora em sobrado)”
d4 Mobilidade	d4552 Correr	“ <i>Correr</i> , saltar, carregar peso, atividades de lazer e laborais”
	d4553 Pular	“... <i>saltar</i> ...”
	d4750 Dirigir transporte com tração humana	“ <i>Caminhar, andar de bicicleta</i> e atrapalha nas atividades de vida diária”
d5 Cuidado Pessoal	d510 Lavar-se	“ <i>Tomar banho, vestir camiseta e colocar meias e sapatos</i> ”
	d5400 Vestir-se	
	d5402 Calçar	
d6 Vida doméstica	d6 Vida doméstica	“ <i>Atividades domiciliares</i> ” “ <i>Menor facilidade para realização de atividades domésticas</i> ”
	d6400 Lavar e secar roupas	“... <i>lavar roupas na mão</i> ”
	d6402 Limpar a habitação	“... <i>varrer a casa, passar aspirador de pó...</i> ”
	d6506 Cuidar de animais	“Subir e descer escadas, sendo que para descer é pior (paciente mora em sobrado), <i>passar com os cachorros.</i> ”
d8 Áreas principais da vida	d830 Educação superior	“Trabalhar, <i>estudar</i> ...”
	d850 Trabalho remunerado	“ <i>Atividades de lazer e laborais</i> ”
d9 Vida comunitária, social e cívica	d920 Recreação e lazer	“... <i>atividades de lazer</i> ”
	d9201 Praticar esportes	“ <i>Encontra dificuldades com as atividades sociais como dançar e praticar esportes</i> ” “ <i>treinar</i> ” “ <i>Treino de natação</i> ”
	d9202 Arte e cultura	“ <i>Encontra dificuldades com as atividades sociais como dançar e praticar esportes</i> ”
e1 Produtos e tecnologia	e155 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios de uso privado	“ <i>Mora em sobrado</i> ”

Fonte: a autora, 2020

(conclusão)

Percebeu-se uma descrição um pouco mais longa nesse item quando observados os registros prévios à sensibilização e um detalhamento das informações registradas. Alguns acadêmicos comentaram que o fato de os pacientes se comunicarem verbalmente, diferente de outros locais de estágio que frequentaram, acabava facilitando a avaliação e o tratamento.

Os fatores ambientais registrados no item “uso de acessórios”, no exame físico, foram: bengala, associado à descrição de uma percepção pessoal do indivíduo/paciente de que “algumas vezes usa bengala, mas quando sente pequena melhora, já deixa de usá-la”; muleta, cadeira de rodas, prótese de mama. Esses dados também denotaram conteúdo potencial para ligação aos fatores ambientais da CIF, especificamente ao capítulo 1 (Produtos e tecnologia), à categoria e1151 (Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária).

Ainda que a sensibilização tenha tratado do conceito de funcionalidade sob a perspectiva da CIF, considerando a inter-relação entre os componentes Funções do Corpo, Estruturas do Corpo e Atividades e Participação (Organização Mundial da Saúde, 2015; STUCKI; BICKENBACH, 2017), percebeu-se ao longo da observação no campo uma redução da conceituação entendendo que a funcionalidade se referia essencialmente às Funções do Corpo e às estruturas alteradas. Esse olhar é incompleto à luz do modelo biopsicossocial e da perspectiva da CIF. Compreende-se que as Funções e Estruturas do Corpo influenciam e são influenciados pelas Atividades e Participação e também pelos Fatores Ambientais, razão pela qual se torna relevante captar tais informações para associá-las à condição de saúde.

Com relação aos diagnósticos fisioterapêuticos posteriores à sensibilização, esses se apresentaram mais longos e mais detalhados, porém, com predomínios similares quando comparados à análise dos diagnósticos elencados previamente à sensibilização. Percebeu-se que parte dessas últimas descrições adveio de informações relatadas pelo sujeito. Portanto, houve agregação de informações de ambas as partes para gerar o diagnóstico.

As informações corroboraram a contemplação de informações advindas do campo queixa principal, bem como dos demais itens do Exame Físico a partir do qual o acadêmico identificou alterações no sujeito.

Ainda que os conteúdos de todos os componentes da CIF tenham sido registrados nas fichas, durante a observação em campo percebeu-se um enfoque na

realização de exame físico e testes específicos quando comparado à exploração dos itens da anamnese com maior profundidade.

Outra observação, advinda das notas de campo, foi o relato de que depois que fechavam a avaliação, pouco voltavam na ficha para refletir sobre o caso do paciente e fazer associações. A demanda com outras atividades e entregas de materiais fazia com que tivessem essa retomada na hora de fazer o diagrama, e quando o faziam e pensavam no sujeito enquanto folheavam a CIF, percebiam quantos conteúdos se relacionavam com o caso e que poderiam ter sido coletados e acompanhados (informação advinda do diário de campo).

Em torno da quarta semana de estágio, quando estruturavam seus diagramas e retornavam à avaliação, desafiaram-se a questionar os indivíduos sobre objetivos do ponto de vista deles e obtiveram as seguintes respostas: querer voltar a carregar sacolas do mercado com a cômputo, levar os cachorros para passear, lavar o cabelo e fazer a própria escova, lavar roupa; caminhar mais, realizar seu esporte; ensaboar-se; carregar caixa de mercado.

A pesquisadora percebeu, a necessidade de uma prática ancorada em exercícios que reflitam o modelo biopsicossocial, que se revele não apenas na coleta das informações, mas na atitude do acadêmico e o suporte pelo supervisor, respeitando também o curso evolutivo do tratamento e a dedicação do acadêmico e do indivíduo. Ao acadêmico/profissional também cabe sensibilizar o paciente para o autocuidado e permitir que assuma parte do processo, agregando, portanto, informações em saúde e prevenção.

Os diagnósticos fisioterapêuticos e objetivos de tratamento refletiram explicitamente os conteúdos descritos na queixa principal e nas mensurações referentes à amplitude de movimento das articulações afetadas, à força e ao comprimento muscular. Os conteúdos registrados na anamnese, para além da queixa principal, repercutiram especialmente na exposição do raciocínio clínico dos diagramas e em uma abordagem clínica mais ampla dos acadêmicos, acessando informações referentes às atividades e participações limitadas e o impacto do ambiente em suas vidas. Algumas experiências têm encorajado uma revolução na reabilitação com relação a exploração de componentes não contemplados até então as abordagens fisioterapêuticas e à atenção centrada nas necessidades do sujeito que busca o atendimento (SANDBORGH et al., 2018; VARGUS-ADAMS; MAJNEMER, 2014).

Portanto, não explorar com o sujeito sobre seu agir e viver pode fazer com que o acadêmico e até mesmo o profissional estejam subutilizando suas competências técnicas para auxiliar o paciente em seu processo de reabilitação.

O modelo biopsicossocial nas rotinas clínicas é ainda bastante recente (JACOB, 2013; BIZ; CHUN, 2020) e para a maior parte das instituições de ensino superior e é um desafio a ser superado tanto pelos supervisores quanto pelos acadêmicos que ainda precisam de um direcionamento às possibilidades dos casos (LEONARDI et al., 2005; BORNBAUM et al., 2015; SCHOLTEN; ROSS; BICKFORD, 2019).

As informações sobre a funcionalidade e outros aspectos da saúde ou relacionados a ela acabam por não ocupar um espaço nas discussões sobre o caso, do ponto de vista dos acadêmicos. Isso pode contribuir para a subvalorização das competências profissionais a serem desenvolvidas no processo pedagógico frente às novas tendências populacionais, não direcionando totalmente às necessidades dos sujeitos e com maior ênfase em prova de conhecimentos aos supervisores.

A complementação das informações coletadas nas fichas e ao longo dos atendimentos se refletiu na completude dos diagramas e na exploração dos diferentes componentes após a sensibilização, o que será explicitado no item a seguir.

5.3.2.2 Diagramas

Com relação à análise dos diagramas, percebeu-se sua finalidade de explicitar os conteúdos da CIF abordados nos casos e no raciocínio clínico do acadêmico. Todos os componentes da CIF foram utilizados nos diagramas sendo o de Atividades e Participação com os conteúdos de seus capítulos o mais explorado, uma vez que todos os capítulos tiveram categorias selecionadas. Os achados estão dispostos nos quadros 24, 25, 26 e 27 pelos capítulos e categorias por componente da CIF.

b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8
b117 Funções intelectuais	b260 Função proprioceptiva	-	b4102 Força de contração dos músculos ventriculares	b5158 Funções digestivas, outras especificadas	b6202 Continência urinária	b710 Funções relacionadas à mobilidade das articulações	b810 Funções protetoras da pele
b1263 Estabilidade psíquica	b265 Função tátil		b415 Funções dos vasos sanguíneos	b530 Funções de manutenção do peso		b7100 Mobilidade de uma única articulação	b820 Funções reparadoras da pele
b1265 Otimismo	b280 Sensação de dor		b4152 Funções das veias			b7101 Mobilidade de várias articulações	b830 Outras funções da pele
b1266 Confiança	b2800 Dor generalizada		b4202 Manutenção da pressão sanguínea			b715 Funções relacionadas à estabilidade das articulações	
b130 Funções da energia e de impulsos	b28013 Dor nas costas		b4350 Resposta imunológica			b7150 Estabilidade de uma única articulação	
b140 Funções da atenção	b28014 Dor em membro superior		b4353 Funções dos nódulos linfáticos			b7151 Estabilidade de várias articulações	
b152 Funções emocionais	b28015 Dor em membro inferior		b440 Funções respiratórias			b7200 Mobilidade da escápula	
b1522 Faixa de emoções	b28016 Dor nas articulações					b7201 Mobilidade da pelve	
b1641 Organização e planejamento	b28018 Dor localizada, outra especificada					b7209 Funções da mobilidade óssea, não especificadas	
b1801 Imagem do corpo	b2802 Dor em múltiplas partes do corpo					b730 Funções relacionadas à força muscular	
	b2803 Dor irradiante em um dermatomo					b7300 Força de músculos isolados e de grupos de músculos	
	b2804 Dor irradiante em um segmento ou região					b7301 Força dos músculos de um membro	
	b299 Funções sensoriais e dor, não especificadas					b7302 Força dos músculos de um lado do corpo	
						b7305 Força dos músculos do tronco	
						b7308 Funções relacionadas à força muscular, outras especificadas	
						b749 Funções musculares, outras especificadas e não especificadas	
						b7601 Controle dos movimentos voluntários complexos	
						b770 Funções relacionadas ao padrão da marcha	
						b7800 Sensação de rigidez muscular	
						b799 Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas aos movimentos, não especificadas	

Fonte: a autora, 2020

s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8
-	-	-	s4102 Veias	-	-	s7102 Ossos da região do pescoço	s8101 Pele da região do ombro
			s420 Estrutura do sistema imunológico			s7103 Articulações da região da cabeça e pescoço	s8102 Pele da extremidade superior
			s4200 Vasos linfáticos			s7104 Músculos da região da cabeça e pescoço	s8105 Pele do tronco e das costas
			s4201 Linfonodos			s720 Estrutura da região do ombro	
						s7200 Ossos da região do ombro	
						s7201 Articulações da região do ombro	
						s7202 Músculos da região do ombro	
						s7203 Ligamentos e fâscias da região do ombro	
						s7208 Estrutura da região do ombro, outra especificada	
						s7209 Estrutura da região do ombro, não especificada	
						s73000 Ossos do braço	
						s73001 Articulação do cotovelo	
						s73011 Articulação do pulso	
						s7401 Articulações da região pélvica	
						s7402 Músculos da região pélvica	
						s75001 Articulação do quadril	
						s7501 Estrutura da perna	
						s75011 Articulação do joelho	
						s75012 Músculos da perna	
						s75021 Articulação do tornozelo e articulações do pé e dedos	
						s75022 Músculos do tornozelo e do pé	
						s75023 Ligamentos e fâscias do tornozelo e do pé	
						s760 Estrutura do tronco	
						s7600 Estrutura da coluna vertebral	
						s76000 Coluna vertebral cervical	
						s76001 Coluna vertebral torácica	
						s76002 Coluna vertebral lombar	
						s7601 Músculos do tronco	
						s7701 Articulações	
						s7702 Músculos	

Fonte: a autora, 2020.

Quadro 26 Capítulos e categorias referentes ao componente Atividades e Participação

d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9
d110 Observar	d2102 Realizar uma tarefa única, de forma independente	d3601 Utilização de máquina de escrever	d410 Mudar a posição básica do corpo	d5 Cuidado Pessoal	d610 Aquisição de um lugar para morar	d740 Relações formais	d825 Treinamento profissional	d920 Recreação e lazer
d166 Ler	d220 Realizar tarefas múltiplas		d4154 Permanecer em pé	d510 Lavar-se	d620 Aquisição de bens e serviços	d7700 Relações românticas	d830 Educação superior	d9201 Praticar esportes
d170 Escrever	d2201 Concluir tarefas múltiplas		d4208 Transferir a própria posição, outra especificada	d540 Vestir-se	d640 Realização das tarefas domésticas	d7701 Relações maritais	d8450 Procurar emprego	d9202 Arte e cultura
d175 Resolver problemas	d230 Realizar a rotina diária		d430 Levantar e carregar objetos	d5700 Garantir o próprio conforto físico	d6402 Limpar a habitação		d850 Trabalho remunerado	d9204 Hobbies
d179 Aplicação de conhecimento, outra especificada	d2302 Concluir a rotina diária		d4300 Levantar objetos		d6408 Realização das tarefas domésticas, outra especificada		d860 Transações econômicas básicas	d9205 Socialização
	d2402 Lidar com crise		d4301 Carregar nas mãos		d6506 Cuidar de animais			
			d4302 Carregar nos braços		d669 Cuidar dos objetos domésticos e ajudar os outros, outros especificados e não especificados			
			d4305 Abaixar objetos					
			d445 Uso da mão e do braço					
			d450 Andar					
			d4500 Andar distâncias curtas					

Fonte: a autora, 2020.

(continua)

Quadro 26 Capítulos e categorias referentes ao componente Atividades e Participação (continuação)

d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9
			d4501 Andar distâncias longas					
			d455 Deslocar- se					
			d4551 Subir					
			d4600 Deslocar-se dentro de casa					
			d469 Andar e mover-se, outros especificados e não especificados					
			d470 Utilização de transporte					

Fonte: a autora, 2020

(conclusão)

Quadro 27 Capítulos e categorias dos diagramas referentes ao componente Fatores Ambientais

e1	e2	e3	e4	e5
e1101 Medicamentos	e2255 Variação sazonal	e310 Família imediata	e415 Atitudes individuais de membros da família ampliada	-
e135 Produtos e tecnologia para o trabalho		e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	e435 Atitudes individuais das pessoas em posições subordinadas	
		e335 Pessoas em posições subordinadas		
		e350 Animais domésticos		

Fonte: a autora, 2020.

Com relação ao conteúdo geral, foram contabilizadas 264 categorias selecionadas, das quais 109 repetiram-se. Portanto, os acadêmicos usaram 155 categorias de todos os componentes da CIF para os diferentes 25 casos que avaliaram.

Os componentes prevalentes seguiram o mesmo padrão identificado na avaliação, com ênfase em Funções do Corpo, porém, com o capítulo mais relatado foi o 7 sobre Funções neuro musculoesqueléticas e relacionadas ao movimento seguido do b2, referente às Funções sensoriais e dor. Percebeu-se a tendência de o acadêmico expressar e ligar informações advindas do exame clínico, que engloba os aspectos das funções neuro musculoesqueléticas, uma vez que já havia completado a ficha de avaliação e discutido com a supervisão.

O segundo componente mais registrado foi o de Atividades e Participação com maior prevalência de informações referentes ao capítulo 4, sobre Mobilidade. As demais informações ficaram mais distribuídas entre os outros capítulos, como observa-se no quadro 29. Esse foi o único componente em que foram utilizados conteúdos de todos os seus 9 capítulos. Esse resultado denota a diversidade de dificuldades enfrentadas pelos sujeitos avaliados em sua funcionalidade, considerando o impacto nas atividades e participação, funções do corpo e também de estruturas do corpo. Assim, compreender a relação desses componentes se torna um passo importante para a assertividade na terapêutica do sujeito.

O componente menos trabalhado foi o dos fatores ambientais. Apesar de ser o componente com menor número de capítulos (total de cinco), quatro deles foram utilizados. Sendo o 3, de Apoio e relacionamentos com o maior número de categorias selecionadas.

A pesquisadora percebeu que quanto mais se apropriavam dos conteúdos da CIF, principalmente quando estavam montando seus diagramas, mais percebiam os conteúdos aos quais estavam relacionados ao estado de saúde do indivíduo e buscavam coletar os dados.

Ao explorar a funcionalidade com ênfase nas atividades e participação e nos fatores contextuais, como os ambientais, compreendeu-se como possível instigar e coletar informações relevantes trazidas pelos sujeitos como forma de acompanhar a evolução para além da dor, avaliada no início e no final do atendimento no contexto estudado. Assim, retornavam aos atendimentos e questionavam os pacientes sobre o motivo, a atividade, a ação que o paciente poderia querer retomar em sua vida, para além da dor. Esse processo cíclico de investigar, acessar a informação e evoluir o caso pareceu explicitar informações para a abordagem clínica e pode auxiliar no delineamento de intervenções.

O anexo D contempla um diagrama típico desenvolvido por um acadêmico após a sensibilização.

A partir das observações, percebeu-se o uso mais explícito da CIF a partir da terceira semana de estágio, na qual os acadêmicos iniciavam a estruturação dos diagramas. O diagrama se revelou como o espaço no qual os acadêmicos expressavam seu raciocínio clínico em uma forma menos rígida, diferente da ficha, que é previamente estruturada.

O momento de operacionalização da CIF e de seu registro foi percebido no diagrama, portanto, à parte da ficha de avaliação. Em um estudo anterior no mesmo contexto Scharan et al. (2017) reportaram como esse recurso vinha sendo utilizado pelos acadêmicos do último ano do curso para operacionalizar a CIF. Os autores identificaram um predomínio de informações referentes aos componentes Funções e Estruturas do Corpo e. concluíram que o diagrama favoreceu o uso da CIF. Porém, era necessário avançar para a inclusão de informações dos demais componentes da classificação. O anexo E contempla um diagrama típico desenvolvido por um acadêmico, porém, previamente à sensibilização.

Dentre as validações feitas pela pesquisadora aos acadêmicos uma foi com relação ao tempo que tem para entregar os materiais à supervisão. Um relato comum era sobre a quantidade de materiais que devem desenvolver para cada indivíduo atendido e acabavam por seguir “o ritual de preenchimento” e acabavam “seguindo um padrão”.

Alguns acadêmicos relataram perceber que poderiam explorar mais coisas, inclusive no diagrama, porém acabavam focando muito no diagnóstico clínico, na queixa principal, no diagnóstico e objetivos de tratamento fisioterapêuticos e, no plano de tratamento.

A busca constante dos acadêmicos para mostrar o desenvolvimento de seus diagramas fez com que a pesquisadora percebesse o hábito que eles têm de mostrar o que produzem e ao mesmo tempo de buscarem por confirmações de suas estratégias. No entanto, isso era feito prioritariamente em um diálogo com o supervisor e não com o paciente, denotando o privilegiar do saber acadêmico em detrimento do saber do indivíduo e a percepção da condição da saúde vivida.

A pesquisadora percebeu que o desafio e o estímulo são fundamentais para que sigam progredindo em seus raciocínios clínicos. Por exemplo, uma acadêmica veio mostrar que inseriu todos os componentes no caso que estava tratando. A pesquisadora respondeu: *“Parabéns, você incluiu todos os componentes pelo que vejo!”*, e a acadêmica relatou: *“você não viu o outro que estou fazendo. Fiquei das 18:00 às 21:00 estruturando ele, quando olhava a CIF, via que tudo podia ir se encaixando. Dá para entender que eu preciso ver como o paciente está funcionando no dia a dia dele”*.

Diante desse relato, percebeu-se que a aproximação do conteúdo da CIF requer um tempo de dedicação por parte do acadêmico e que se estiver sobrecarregado com outras tantas demandas para serem entregues, possivelmente não apresente a qualidade almejada em seu raciocínio clínico. Portanto, uma prerrogativa que parece ser necessária é o tempo para captar as informações trazidas pelos pacientes, processá-la com as características da condição clínica e, ao aproximar do conteúdo da CIF, buscar as associações possíveis para o caso. Maximizar o tempo de qualidade para reflexões e observações do caso parecem ser boas estratégias para explorar os casos.

Nos momentos em que houve troca de experiências entre acadêmicos e pacientes, os acadêmicos pareciam empoderados ao descobrir algo em que

pudessem atuar com seus recursos técnicos. Esses momentos tão ricos eram pouco explorados em conjunto e ocorria na maior parte das vezes nos corredores ou mesmo em sala de aula. Talvez um momento de discussão sobre casos similares e das individualidades percebidas, as características biopsicossociais possam também estimular o uso da classificação e reforçar o trabalho em grupo.

Outro acadêmico deu um *feedback* a experiência que teve com o modelo biopsicossocial e a percepção do impacto em seu atendimento, inclusive sobre as opções dos pacientes com o tratamento. Relatou que percebeu o paciente mais comunicativo e social com as pessoas da clínica e com os trabalhadores. Relatou ter tido realizado outros cursos com abordagem mais holística e disse ter simpatizado com o modelo biopsicossocial, a soma dessas experiências o fizeram ampliar o olhar para “*além das opções convencionais*”.

Um acadêmico veio mostrar o diagrama e relatou ter se identificado com o modelo biopsicossocial e que percebia ser “*interessante para acompanhar o paciente e é uma proteção para o registro das informações para o profissional e para o paciente. Também é uma forma de não expor o paciente*”. O mesmo aluno relatou buscar incentivar acadêmicos de outros períodos a usar a CIF, portanto, a partir de seu conhecimento, explicava e orientava os acadêmicos em como podem traçar uma estratégia para usá-la em seus atendimentos. Pareceu que esses momentos de compartilhamento de informações foram bastante positivos para as duas partes e para os supervisores, pois há co-construção do conhecimento e empodera o acadêmico mais adiantado, enquanto o mais novato acaba por vezes sendo motivado.

Uma acadêmica relatou que as discussões com a supervisão ampliavam o seu olhar sobre a globalidade do sujeito e aos poucos conseguia avançar para outros componentes da CIF. Apesar de, de forma geral ter sido observado que não há um enfoque predominante sobre o modelo biopsicossocial, há momentos em que se exploram tais aspectos.

Alguns acadêmicos apontaram sugestões para que houvesse alguma incorporação da CIF no contexto. Um deles sugeriu que fosse entregue um diagrama até a primeira devolutiva e um segundo, como acompanhamento do desdobramento da evolução do caso na segunda devolutiva. Um supervisor havia sugerido em um dos grupos para que isso ocorresse, mas em detrimento de concluir a ficha e discuti-la juntamente com os aspectos patológicos e biomecânicos dos casos nos primeiros encontros não havia tempo por parte do acadêmico para concluir essa tentativa.

Quanto à entrega do diagrama na etapa final, forma geral, os acadêmicos captavam e aplicavam conteúdo da classificação e habitualmente as informações eram complementadas com as vivências dos atendimentos e a coleta de informações adicionais ao que já estava registrado na avaliação. O diagrama foi o documento que retratou mais informações sobre a CIF.

5.3.3 A escuta do paciente como espaço para a atitude biopsicossocial

O exemplo abaixo elucidava a importância dessas reflexões e a necessidade de viabilizar abordagens que explorem os conteúdos potenciais nos registros de avaliação do sujeito à luz do modelo biopsicossocial.

Uma das avaliações ocorreu com um indivíduo que trabalhava com jardinagem e se deu ao seu relato de dificuldade de erguer o braço. Relatou sua história de que desde os 10 anos trabalhava erguendo peso. Já adulto, vivia numa comunidade carente em que havia violência e drogas, assim, preocupava-se constantemente com seus filhos e netos nesse ambiente. Para “esfriar a cabeça” ia pescar aos finais de semana e sempre andava de bicicleta. Porém, deixou de fazer essas atividades para proteger sua saúde, pois foi ao médico e esse disse que para resolver o problema no ombro tinha que realizar uma cirurgia. Com medo de ser mandado embora caso precisasse ficar afastado por um tempo, preferiu tomar os remédios que o médico mandou e buscou o atendimento na clínica escola. Relatou que com a fisioterapia tem melhorado e evitado conseqüentemente, a necessidade da cirurgia. Faz seu trabalho e suas atividades com limitações, mas considera importante manter-se ativo, pois assim esquece de seus problemas. O acompanhamento dessa avaliação pareceu rico de informações biopsicossociais espontaneamente relatadas pelo sujeito entre uma pergunta e outra do item anamnese.

Também se acompanhou os atendimentos desse paciente. Um dos acadêmicos que o atendeu, relatou em seguida do atendimento que perguntou o que o paciente mais gostava e ele respondeu que gostava de escutar música. Assim em um atendimento ou outro selecionavam uma música e colocavam para tocar enquanto era realizado o atendimento. O acadêmico relatou perceber que o paciente não ficava tão ansioso e agitado, pois era bastante ativo, e prestava atenção na música e executava melhor os exercícios.

Os casos normalmente se apresentavam com certa riqueza de detalhes, mas enxerga-los à luz do modelo biopsicossocial, dependerá da “lente” que o profissional estará usando e qual enfoque ele busca em sua prática. Foi possível perceber no exemplo os impactos que uma condição de saúde pode causar em diferentes dimensões que são relevantes sob a perspectiva de quem vive com o diagnóstico clínico, porém, quer ter autonomia para viver sua vida.

Advindo das notas de campo, percebeu-se que muitos pacientes agem de forma passiva, apenas respondendo ao que lhes é perguntado numa primeira avaliação e que oportunidades de saber mais sobre suas condições de saúde ocorrem ao longo dos atendimentos. Portanto, o acadêmico/profissional tem um papel importante no sentido de se apropriar das informações relatadas pelo paciente e de acrescentá-las em seu atendimento.

Portanto, escutar, captar a informação, compreende-la sob a perspectiva do caso do paciente e pensar na biomecânica e na fisiologia a partir das atividades do paciente, parece que vai de encontro às suas necessidades e pode estimular o profissional em aspectos criativos do seu tratamento

Os objetivos acima estão englobados pelo componente de Atividades e Participação e revelam situações que os sujeitos gostariam de ter atingidas sendo completamente pertinentes aos saberes e práticas fisioterapêuticas. Esses achados denotaram a importância do contato com o conteúdo da CIF, bem como do treino de associação dos achados clínicos com as atividades restringidas em algum grau do sujeito, assim como realizam o raciocínio que devem ter e fazer a partir do conhecimento do diagnóstico clínico dos sujeitos. Assim, somado à coleta das informações, há um trabalho vivo, no qual articula a coleta das informações com a vida pulsante do indivíduo que sofre e que tem sua funcionalidade impactada em maior ou menor grau (MERHY, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou a contribuição da CIF na abordagem biopsicossocial de acadêmicos de Fisioterapia a partir da emergência do conteúdo de todos os componentes da classificação nos registros de avaliação fisioterapêutica, e

no acompanhamento de avaliações e tratamentos fisioterapêuticos realizados no contexto traumato-ortopédico da clínica escola de Fisioterapia após a sensibilização.

O estudo oportunizou reflexões sobre a concepção de saúde, a formação em saúde e o trabalho dos futuros fisioterapeutas. Percebeu-se na análise do conteúdo anterior à sensibilização que, mesmo com o predomínio do modelo biomédico, é possível identificar conteúdos referentes ao modelo biopsicossocial e à CIF. Porém, foi a partir da sensibilização que se evidenciou o uso da CIF na capacitação clínica dos estudantes de Fisioterapia denotando a importância da inserção de seu ensino no processo de formação dos acadêmicos. A educação ao modelo biopsicossocial deve educar para o trabalho com a saúde e ao cuidado às pessoas avançando para além da formação acadêmica à doença e à atuação procedimento-centrada.

A riqueza do conteúdo biopsicossocial se deu no registro das informações advindas da perspectiva do indivíduo-paciente, conseqüente da relação acadêmico-paciente durante a avaliação fisioterapêutica e nos atendimentos subseqüentes, nos quais se explorou, especialmente na anamnese, a compreensão das atividades e participação dos sujeitos, bem como seu contexto. A consideração da perspectiva do indivíduo é fundamental no uso no modelo biopsicossocial na prática clínica. O relato do paciente, expressando a experiência dele com a condição de saúde, pode complementar e contextualizar os achados fisioterapêuticos para de fato operacionalizar o modelo biopsicossocial.

Uma prática clínica centrada no indivíduo, conseqüentemente, deve ter registrada e expressa de forma clara qual é a meta, o objetivo contextualizado em uma ação e/ou participação nas mais diversas atividades do dia-a-dia. Isso se traduzirá em objetivos fisioterapêuticos que perpassem as alterações anátomo-funcionais e que se contextualizem contemplem as referidas necessidades dos indivíduos. Compreende-se saúde, então, como a condição de realização das potencialidades do ser humano nas mais diferentes dinâmicas, tratando-o de forma customizada e intervindo na dimensão particular do indivíduo. O acadêmico pareceu concretizar o aprendizado sobre a CIF ao produzir o mapa mental do caso, momento no qual retomava a ficha e buscava na CIF os conteúdos a serem expressados por ela. Isso denota que para operar o modelo é preciso conhecer seu conteúdo explorando-o no documento da classificação.

O tempo para avaliar e o subseqüente acompanhamento ao tratamento do indivíduo se torna um fator positivo para o diálogo e a captura de informações

relevantes da rotina, permitindo inclusive que se saiba o aspecto positivo da funcionalidade, ou seja o que o indivíduo tem mantido em sua rotina, para além da dificuldade ou incapacidade. Assim, permite que se refine o que o indivíduo busca e o acadêmico pode enriquecer suas práticas e torna-las mais funcionais aos indivíduos sendo, conseqüentemente, mais atrativas e mais desafiadoras para o progresso da funcionalidade. Esses detalhes também pareceram refinar a atitude profissional, que permitiram ao acadêmico a sensibilidade e o interesse pelo bem-estar do paciente, possivelmente induzidas pelo uso da CIF. Os acadêmicos perceberam a necessidade de incluir o que o paciente precisa e de somar à avaliação e ao tratamento algum outro fator, como o emocional, por exemplo que poderia piorar a condição de saúde, segundo a reflexão de um acadêmico durante a sensibilização.

A apropriação do modelo e a prática na rotina clínica denotaram que o modelo biopsicossocial pode expressar a compreensão multi-causal da condição de saúde, à qual o profissional deve estar sensibilizado. Nesse sentido, ele apresenta uma mudança em sua postura profissional que pode resultar na customização da assistência prestada, valorizando e incluindo o indivíduo e as necessidades dele no tratamento, sendo essas enriquecidas pelo conhecimento técnico. Esse panorama demonstra uma inovação na postura do profissional fisioterapeuta neste início do século XXI.

Os resultados denotaram no contexto estudado que foi justamente a rotina diária e em movimentos que compõem o agir na vida, ou a experiência vivida, que emergiram os potenciais conteúdos e possibilidade de conhecimento da funcionalidade do sujeito. Na descrição da CIF, o capítulo Mobilidade trata “do movimento ao mudar o corpo de posição ou de lugar, carregar, mover ou manipular objetos, ao andar, correr ou escalar e quando se utilizam várias formas de transporte”. Portanto, ao explorar essas informações sobre o agir e viver do paciente pode fazer com que o profissional maximize suas competências técnicas para auxiliar o paciente.

O uso da classificação e seu modelo de saúde pode avançar de forma complementar ao existente atualmente, permitindo o uso da criatividade como substrato para enriquecer a prática profissional que vem se alicerçando em uma forma de pensar e agir mais abrangente no contexto da Fisioterapia. Assim, as informações de incapacidade ou em alguma magnitude de dificuldade vivida pelo paciente, ao ser explorada e exposta, pode contribuir à abordagem fisioterapêutica aproximando os objetivos de tratamento da realidade do indivíduo.

Ainda que os potenciais conteúdos tenham sido englobados na abordagem fisioterapêutica após a sensibilização, percebeu-se alguns limitadores com relação a operacionalização do modelo e da estrutura da CIF. Percebeu-se dificuldade de visualização da funcionalidade integrada pelos componentes Funções do Corpo, Estruturas do Corpo e contextualizada às Atividades e Participação. Essa dificuldade relacionou-se com o conhecimento e o processo de formação acadêmico, com o relato dos acadêmicos sobre não ter sido mostrado anteriormente em seu processo de formação o que exatamente compreende avaliar um sujeito de forma biopsicossocial; por parte do modelo de supervisão, ao enfatizar discussões sobre aspectos biofisiológicos e patológicos, segundo os acadêmicos; condicionado pela estruturação da ficha de avaliação fisioterapêutica, e do sistema quantitativo de avaliação do acadêmico.

Os desafios continuam a se expressar, como no paradoxo da necessidade do conhecimento técnico para atender e tratar concomitantemente com uma abordagem abrangente e compreensiva o ser humano, num ambiente de cobrança e avaliação com uma abordagem que exige o desafio e a criatividade. O reforço desse modelo e de seu conteúdo deve ser uma constante na rotina clínica e de ensino aprendizagem justamente para que se efetive a incorporação do modelo biopsicossocial e do conteúdo da CIF como um novo hábito do fisioterapeuta.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Lúcia de Jesus; GUIMARÃES, Raul Borges. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, p. 82-88, 2009.

ALONSO, Yolanda. The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. **Patient education and counseling**, v. 53, n. 2, p. 239-244, 2004.

ARAÚJO, Eduardo Santana; BUCHALLA, Cássia Maria. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquiridos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 18, n. 3, p. 720-4, 2015.

ARAÚJO, Dolores; De MIRANDA, Maria Claudina G; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 20, 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. Poliomielite, filantropia e Fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 941-954, 2008.

BATTISTELLA, Linamara Rizzo; DE BRITO, Christina May Moran. Classificação internacional de funcionalidade (CIF). **Acta Fisiátrica**, v. 9, n. 2, p. 98-101, 2002.

BERALDO, Pedro. **O uso pedagógico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a equipe multiprofissional que atua junto a pacientes renais crônicos em hemodiálise, com foco na qualidade de vida**. 2016. 101f. Tese (Pós-graduação em Odontologia) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2016.

BIM, Cíntia Raquel; GONZÁLEZ, Alberto. Distribuição territorial de fisioterapeutas no Paraná e inserção em equipes na atenção básica. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 1, p. 83-91, 2020.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 655-668, Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000300005>.

BIZ, Maria Cristina Pedro; CHUN, Regina Yu Shon. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. **CoDAS- Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 32, n. 2, p.1-15, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-

17822020000200301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2020.

BORNBAUM, Catherine C. et al. Exploring use of the ICF in health education. **Disability and rehabilitation**, v. 37, n. 2, p. 179-186, 2015.

BORRELL-CARRIÓ, Francesc; SUCHMAN, Anthony L.; EPSTEIN, Ronald M. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. **The Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 6, p. 576-582, 2004.

BORREL-CARRIÓ, Francesc. **Entrevista Clínica- Habilidades de comunicação para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 344 p. 978-85-363-2775-4.

BRASIL. **outubro de 1969**. Diário Oficial, Brasília, 16 de outubro de 1969. (Seção 1. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta profissional e dá outras providências).

BRASIL. **dezembro de 1975**. Diário Oficial, Brasília, 18 de dezembro de 1975. (Seção 1. Cria Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências).

BRASILEIRO, Ismênia de Carvalho; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; BUCHALLA, Cássia Maria. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde e seu uso no Brasil. **Acta fisiátrica**, 2013.

BUCHALLA, Cássia Maria; CAVALHEIRO, Telma Regina. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e a Aids: uma proposta de core set. **Acta Fisiátrica**, v. 15, n. 1, p. 42-48, 2008.

BUYL, Ronald; NYSSSEN, Marc. An electronic registry for physiotherapists in Belgium. **Studies in health technology and informatics**, v. 136, p. 383, 2008.

CANESQUI, Ana Maria. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. **Canesqui AM, organizadora. Olhares sócio-antropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, p. 19-51, 2007.

CASTANEDA, Luciana; CASTRO, Shamyry Sulyvan de. Publicações brasileiras referentes à Classificação Internacional de Funcionalidade. **Acta Fisiátrica**, v. 20, n. 1, p. 29-36, 2013.

CASTANEDA, Luciana; BERGMANN, Anke; BAHIA, Ligia. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 17, n. 2, p. 437-51, 2014.

CASTANEDA, Luciana; CASTRO, Shamyry Sulyvan de. **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): experiências acadêmicas no Brasil**. 1. ed.: Curitiba: EDITORA CRV, 2020. p.164. Disponível em: <https://editoracrv.com.br/produtos/detalhes/34665-classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif>

brexperiencias-academicas-no-brasil. Acesso em: 18 mar. 2020.

CASTRO, Shamyra Sulyvan de. *et al.* O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O MODELO BIOPSISSOCIAL ENTRE SUPERVISORES DE UM CURSO DE FISIOTERAPIA: ESTUDO QUALITATIVO EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA. **CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA**, 2, n. 3, 2015.

CERNIAUSKAITE, Milda *et al.* Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. **Disability and Rehabilitation**, v. 33, n. 4, p. 281-309, 2011.

CIEZA, Alarcos *et al.* Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 34, n. 5, p. 205-210, 2002.

CIEZA, Alarcos. *et al.* ICF linking rules: an update based on lessons learned. **Journal of Rehabilitation Medicine**. v. 37, n.4 p. 212-218, 2005.

CIEZA, Alarcos *et al.* **Lighthouse Project Hand-** ICF implementation. 2013 Disponível em: <http://www.who.int/classifications/whofic2013c500.pdf?ua=1> Acesso em: 10 mai. 2018.

CIEZA, Alarcos *et al.* Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. **Disability and Rehabilitation**, p. 1-10, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Brasil. **Resolução N.º 260/2004**. DOU nº. 32, Seção1, 11/02/2004, p. 66/67. Acesso em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3018> . Disponível em: 07 mai. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Brasil. Resolução nº 370/2009. DOU nº 225, Seção1, 25/11/2009:101. Disponível em; http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view. Acesso em: 23 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Brasil. **Resolução nº. 414/2012**, de 25 de maio de 2012. D.O.U. nº99, Seção 1, 23/05/2012. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1727>. Acesso em: 04 mar. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Portal da transparência- Dados estatísticos**. Disponível em: <https://coffito-br.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/Conteudos?id=7a78081c-cba0-47bd-b0c7-6e374c661418>. Acesso em: 02 mai. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Homologação da Resolução CNS nº559, de 18 de setembro de 2017. Aprovação do parecer técnico nº161/2017 que dispõe sobre as recomendações do CNS à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso559.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO. **Dados estatísticos.** Disponível em: <https://www.crefito8.gov.br/pr/index.php/o-crefito-8/dados-estatisticos>. Acesso em 02 mai. 2020.

CORDEIRO Eduardo Santana, BIZ Maria Cristina Pedro. **Implantando a CIF- O que acontece na prática?** 1ª Ed. Rio de Janeiro: Walk Editora, 2017. 296p.

COSSICH, Juliana; SOUZA; Íris Nascimento de; CASTANEDA, LUCIANA. A funcionalidade nos projetos de extensão- MULTIPLICA- CIF. CASTANEDA, Luciana; CASTRO, Shamyry Sulyvan de. **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): experiências acadêmicas no Brasil.** 1. ed.: Curitiba: EDITORA CRV, 2020. p.164. Disponível em: <https://editoracrv.com.br/produtos/detalhes/34665-classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-brexperiencias-academicas-no-brasil>. Acesso em: 18 mar. 2020.

COUTINHO, Evandro da Silva Freire; HUF, Gisele; BLOCH, Katia Vergetti. Ensaio clínico pragmático: uma opção na construção de evidências em saúde Pragmatic clinical trials: an option in the construction of health-related evidence. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 1189-1193, 2003.

CRESWELL, John. W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa:- Escolhendo entre Cinco Abordagens.** Penso Editora, 2014.

CRUZ, Maury. Rodriguez. da. **A essencialidade da minha consciência.** Curitiba: Editora Eslética, 2016 2016. 80 p.

DAL BELLO-HAAS, V.; WOJKOWSKI, S.; KHO, M. Review of an entry-level physiotherapy cardiorespiratory curriculum: use of scoping review methodology and development of an ICF decision-making framework. **Physiotherapy**, 101, p. e282-e283, 2015.

DARRAH, JOHANNA *et al.* Role of conceptual models in a physical therapy curriculum: application of an integrated model of theory, research, and clinical practice. **Physiotherapy theory and practice**, 22, n. 5, p. 239-250, 2006.

DE ARAUJO, Eduardo Santana; MAGGI, Luis Eduardo; REICHERT, Tatiana Tanaka. CIF NOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Revista CIF Brasil**, v. 3, n. 3, 2015.

DE ARAUJO, Eduardo Santana; NEVES, Sebastião Fernando Pacini. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, e-SUS e TABWIN: as experiências de Barueri e Santo André, São Paulo. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 39, n. 2, p. 470- 477, 2015.

DE CASTRO, Carmen Lucia Natividade *et al.* Qualidade de vida em diabetes mellitus e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- estudo de alguns aspectos. **Acta Fisiátrica**, v. 15, n. 1, p. 13-17, 2008.

DE LIMA, Alexandra *et al.* Uma abordagem qualitativa das interações entre os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Acta Fisiátrica**, v. 17, n. 3, p. 94-102, 2010.

DE MARCO, Mário Alfredo. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2005.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura. **Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2007.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 324-335, 2008.

DOODY, Catherine; MCATEER, Mary. Clinical reasoning of expert and novice physiotherapists in an outpatient orthopaedic setting. **Physiotherapy**, 88, n. 5, p. 258-268, 2002.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

ENGEL, George L. The biopsychosocial model and the education of health professionals. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 310, n. 1, p. 169- 181, 1978.

ENGEL, George L. The clinical application of the biopsychosocial model. **American journal of Psychiatry**, v. 137, p. 535-544, 1980.

ENGEL, George L. From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. **Psychosomatics**, 38, n. 6, p. 521-528, 1997.

EDWARDS, Ian *et al.* Clinical reasoning strategies in physical therapy. **Physical Therapy**, v. 84, n. 4, p. 312-330, 2004.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, p. 187-193, 2005.

FERREIRA, Fabiane Ribeiro *et al.* Aging and urbanization: the neighborhood perception and functional performance of elderly persons in Belo Horizonte Metropolitan Area—Brazil. **Journal of Urban Health**, v. 87, n. 1, p. 54-66, 2010.

FONTES, Ana Paula; FERNANDES, Ana Alexandre; BOTELHO, Maria Amália. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 171-178, 2010.

FRANCESCUTTI, Carlo *et al.* Italian ICF training programs: describing and promoting human functioning and research. **Disability and Rehabilitation**, v.21, S1, p.S46-S49, 2009.

FRANÇA, Andressa Alves *et al.* 'It's very complicated': Perspectives and beliefs of newly graduated physiotherapists about the biopsychosocial model for treating people experiencing non-specific low back pain in Brazil. **Musculoskeletal Science and Practice**, v. 42, p. 84-89, 2019.

GAZOLA, Nayala Lirio Gomes. **Registro eletrônico de Fisioterapia baseado na CIF/2003 para pacientes da terapia intensiva**. 2015. 319 f. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2015.

GIMIGLIANO, Francesca; NEGRINI, Stefano. The World Health Organization "rehabilitation 2030—a call for action". *European Journal of Physical Rehabilitation Medicine*, v. 53, n. 2, p. 155-168, 2017.

HAYES, Andrew F.; KRIPPENDORFF, Klaus. Answering the call for a standard reliability measure for coding data. **Communication methods and measures**, v. 1, n. 1, p. 77-89, 2007.

HOPFE, Maren *et al.* Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information. **Disability and rehabilitation**, p. 1-6, 2017.

GHUL, Rayya; MARSH, Ian. Teaching participation in occupations to first year occupational therapy students: An action research study. **British Journal of Occupational Therapy**, 76, n. 2, p. 101-107, 2013.

ICF RESEARCH BRANCH a. **ICF-based Documentation Form**. 2017. Disponível em: <https://www.icf-core-sets.org/en/page0.php>. Acesso em: 25 abr. 2018.

ICF RESEARCH BRANCH b. **ICF e-learning**. 2017. Disponível em: <https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool>. Acesso em: 25 abr. 2018.

ICF RESEARCH BRANCH c. **ICF Generic Set and Rehabilitations sets**. Disponível em: <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/diverse-situations/generic-and-disability-set>. Acesso em: 25 abr. 2018

ISRAEL, Vera Lúcia; GUIMARÃES, Ana Tereza Bittencourt; PARDO, Maria Benedita Lima. Práticas integrativas e complementares em saúde: hidrotermalismo como ambiente e recurso de atuação do fisioterapeuta. **Divers@!**, v. 10, n. 2, p. 79-90, 2017.

JACOB, Tamar. The implementation of the ICF among Israeli rehabilitation centers—the case of physical therapy. **Physiotherapy theory and practice**, v. 29, n. 7, p. 536-546, 2013.

JAKOB, Robert et al. The WHO family of international classifications. **Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz**, v. 50, n. 7, p. 924-931, 2007.

JELSMA, Jennifer *et al.* A pilot to investigate the use of the ICF in documenting levels of function and disability in people living with HIV. **South African Journal of Physiotherapy**, v. 62, n. 1, p. 7-13, 2006.

JELSMA, Jennifer. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 41, n. 1, p. 1-12, 2009.

JELSMA, Jennifer; SCOTT, Des. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study. **Physiotherapy**, v. 97, n. 1, p. 47-54, 2011.

JÚNIOR, Basílio Henrique Pereira *et al.* Desenvolvimento de um software para suporte à avaliação fisioterápica baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. v. 11, n. 4, 2017.

KRIPPENDORF, Klaus. **Content Analysis An Introduction to Its Methodology**. 4 ed. Los Angeles, SAGE, 2018. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=nE1aDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=content+analysis++AN+INTRODUCTION+TO+its+methodology&ots=yYfi-phL8y&sig=ZZo0ewIC6rPuW3_Gjl-7eRxxvE#v=onepage&q=content%20analysis%20%20AN%20INTRODUCTION%20TO%20its%20methodology&f=false. Acesso em: 20 mar. 2020.

KRUG, Etienne; CIEZA, Alarcos. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. **Neuropsychological rehabilitation**, p. 1-3, 2017.

KUS, Sandra *et al.* International Classification of Functioning, Disability and Health: development of an assessment set to evaluate functioning based on the Brief ICF Core Set for Hand Conditions–ICF HandA. **Journal of Hand Surgery (European Volume)**, v. 42, n. 7, p. 731-741, 2017.

LAURELL, Cristina. Medicina y capitalism en México. **Cuadernos políticos**, n.5, p.80-93, 1975. Disponível em: <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.5/CP5.9Laurell.pdf>. Acesso em: 13 Mar. 2020.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, p. 407-417, 1991.

LAURENTI, Ruy; BUCHALLA, Cassia Maria. O uso em epidemiologia da família

de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 687-700, 1999.

LEONARDI, Matilde et al. Training on the international classification of functioning, disability and health (ICF): The ICF–DIN basic and the ICF–DIN advanced course developed by the disability Italian network. **The journal of headache and pain**, v. 6, n. 3, p. 159, 2005.

LIGHTHOUSE PROJECT HAND. **Implementation of the ICF Core Sets for Hand Conditions in clinical practice**. 2013. Disponível em: <http://leuchtturmprojekt-hand.de/frontpage_eng/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

LÖFGREN, Kent. Nominal dichotomous yes/no data: Krippendorff alpha inter-rater reliability. **YouTube**, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NcC99TrynKQ>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MALTA, Deborah. Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **REME rev. min. enferm**, 7, n. 1, p. 61-66, 2003.

MADDEN, Rosamond H.; BUNDY, Anita. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disability and rehabilitation*, v. 41, n. 12, p. 1450-1462, 2019.

MACHADO, Wiliam César A.; SCRAMIN, Ana Paula. (In) dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in) substituíveis pais/cuidadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, 2010.

MARITZ, Roxanne; ARONSKY, Dominik; PRODINGER, Birgit. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Electronic Health Records. **Applied clinical informatics**, v. 8, n. 03, p. 964-980, 2017.

MARIOTTI, Milton Carlos *et al.* Características profissionais, de formação e distribuição geográfica dos fisioterapeutas do Paraná-Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 295-302, 2017.

MATURANA, Águila A M *et al.* Influência de las epidemias de poliomiélitis sobre la rehabilitación en Espana (1949–1969). **Rehabilitacion**, v. 36, n. 1, p. 42-49, 2002.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial: novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. **Lugar Comum**, n. 33-34, 2011.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E. O., Rosana (Ed.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. Buenos Aires: Editora Hucitec, 1997. cap. 2, p. 385.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Merhy EE**,

Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 1, p. 59-72, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. aprova a **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS)** [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 Acesso em: 31 jan 2020. disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Homologa a **Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 452**, de 10 de maio de 2012, nos termos do Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, v. 109, p. 137-138 6 de jun. de 2012.

MINAYO, Maria Cecília. de Souza. **O desafio do conhecimento- Pesquisa qualitativa em Saúde**. 14 ed. São Paulo: 2014. 407 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32 ed. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2012.

MORO, Maria Lúcia Faria. O problema da validade na pesquisa sobre a alfabetização. **Educar em Revista**, n. 8, p. 157-181, 1989.

MYEZWA, Hellen. et al. Status of referral to physiotherapy among hiv positive patients at Chris Hani Baragwaneth hospital Johannesburg South Africa 2005. **South African Journal of Physiotherapy**, v. 63, n. 2, p. 27-31, 2007.

MYEZWA, Hellen *et al.* HIV/AIDS: use of the ICF in Brazil and South Africa—comparative data from four cross-sectional studies. **Physiotherapy**, v. 97, n. 1, p. 17-25, 2011.

NEGREIROS, Igor Soares. **Sistema digital de avaliação através Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**. 2010. 44 f. Trabalho de conclusão de curso de Engenharia de Teleinformática. Ceará, 2010.

NEUENDORF, Kimberly A. The content Analysis Guidebook. 2nd Ed. Los Angeles, SAGE, 2002.

NEUMANN, Donald A. Historical Perspective—Polio: Its Impact on the People of the United States and the Emerging Profession of Physical Therapy. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, v. 34, n. 8, p. 479-492, 2004.

NICHOLLS David. A. **The end of Physiotherapy**. 1st Ed. New York, Routledge, 2018. 349p.

NICKEL, Renato *et al.* Estudo descritivo do desempenho ocupacional do sujeito

com doença de Parkinson: o uso da CIF como ferramenta para classificação da atividade e participação. **Acta Fisiátrica**, v. 17, n. 1, p. 13-17, 2010.

OCARINO, Juliana de Melo *et al.* Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 4, p. 343-9, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde**. 7. ed. São Paulo: EDUSP, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS. Acesso em 18 mar. 2020. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf> .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Reabilitação. 2011. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4_por.pdf. Acesso em: 25 abr. 2018.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Filice de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.

PRODINGER, Birgit *et al.* European initiative for the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health: development of Clinical Assessment Schedules for specified rehabilitation services. **European journal of physical and rehabilitation medicine**, v. 53, n. 2, p. 319-332, 2017.

PRODINGER, Birgit *et al.* Towards system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in routine practice: Developing simple, intuitive descriptions of ICF categories in the ICF Generic and Rehabilitation Set. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 48, n. 6, p. 508-514, 2016.

RANNER, Maria *et al.* Experiences of participating in a client-centred ADL intervention after stroke. **Disability and rehabilitation**, v. 41, n. 25, p. 3025-3033, 2019.

RAYMOND, Chris Anne. Polio survivors spurred rehabilitation advances. **Journal of the American Medical Association** v.11, n.255, 1986.

RAUCH Alexandra, CIEZA Alarcos, STUCKI Gerold. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health for rehabilitation management in clinical practice. **European journal of physical and rehabilitation medicine**. v.44, p.329-42, 2008.

REBELATTO José Rubens, BOTOMÉ Silvío Paulo. *Fisioterapia no Brasil. Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. 2ª Ed. São Paulo, Manole, 1999. 309p.

REED, Geoffrey M. et al. Three model curricula for teaching clinicians to use the ICF. **Disability and rehabilitation**, v. 30, n. 12-13, p. 927-941, 2008.

RESOLUÇÃO, Conselho Nacional de Educação. CNS nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, v. 4, p. 11, 2002.

RUARO, João A. et al. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil: uma década de história. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 16, n. 6, p. 454-62, 2012.

SAMPAIO, Rosana Ferreira; LUZ, Madel Terezinha. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 475-483, 2009.

SAHRMANN, Shirley A. Diagnosis by the physical therapist—a prerequisite for treatment: a special communication. **Physical therapy**, v. 68, n. 11, p. 1703-1706, 1988.

SALDAÑA, Johnny. **The Coding Manual for Qualitative Researchers**. 3 ed. Grã-Bretanha: SAGE, 2016. 452 p. 978-1-4739-0248-0.

SAMPAIO, Rafael; LYCARIÃO, Diógenes. Eu quero acreditar! Da importância, formas de uso e limites dos testes de confiabilidade na Análise de Conteúdo. **Revista de Sociologia e Política**, 26, n. 66, p. 31-47, 2018.

SANDBORGH, Maria et al. Integration of behavioral medicine competencies into physiotherapy curriculum in an exemplary Swedish program: rationale, process, and review. **Physiotherapy theory and practice**, p. 1-13, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1488192>. Acesso em: 18 jun. 2020.

SCHARAN, Karoleen Oswald. **Validação do core set resumido para lombalgia, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), no contexto de uma escola da coluna**. 2016, 77 f., Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba. 2016. Disponível em: http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3361. Acesso em: 18 jun. 2020.

SCHARAN, Karoleen Oswald. **ICF portuguese codebook for Atlas.ti**. doi: 10.5281/zenodo.3844790. Disponível em: <https://zenodo.org/record/3844790#.XswYYEBFxPY>. Acesso em: 18 jun. 2020.

SCHARAN Karoleen Oswald, BERNARDELLI, Rafaella Stradiotto, CORRÊA, Katren Pedroso, DA SILVA, Tauane Gomes, MARTINS, Fernanda Cury, MOSER, Auristela Duarte de Lima. A training tool for international classification of functioning, disability and health application by physical therapy students. **International Journal of Development Research**. v.7, n.11, 17230-17235, 2017. Disponível em: <http://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/11237.pdf> Acesso em: 18 jun. 2020.

SCHARAN Karoleen Oswald, SANTOS Bárbara Cordeiro, BERNARDELLI Rafaella Stradiotto, MOSER Auristela Duarte de Lima. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in a Therapeutic-Educational approach for chronic low back pain. **International Journal of Development Research** v. 08, n.01, 18631-18638, 2018. Disponível em: <http://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/11945.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2018.

SCHARAN, Karoleen Oswald e MOSER, Auristela Duarte de Lima. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), recurso tecnológico na formação profissional para aprimoramento da abordagem e avaliação em saúde. Anais do I Encontro Nacional de Ciência, Tecnologia e Sociedade, 2019. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1iJv6sbG2PGvnRUGILsLGQT6pUgmFhoZN/view> Acesso em: 14 mar. 2020.

SCHOLTEN, Ingrid; ROSS, Kate; BICKFORD, Jane. "A way to think of the client holistically": Factors influencing students' ICF regard and uptake. **MedEdPublish**, 8, 2019.

SEIXAS, Clarissa Terenzi *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 23, p. e170627, 2019.

SELB, Melissa *et al.* A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. **European Journal of Physical Rehabilitation Medicine**, v. 51, n. 1, p. 105-17, 2015.

SILVA, Ana Clarissa Lopes; NEVES, Robson da Fonseca; RIBERTO, Marcelo. A formação fisioterapêutica no campo da ortopedia: uma visão crítica sob a óptica da funcionalidade. **Acta fisiátrica**, v. 15, n. 1, p. 18-23, 2008.

SNYMAN, Stefanus, PRESSENTIN Klaus B. von e CLARKE Marina. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for interprofessional education and collaborative practice. **Journal of Interprofessional Care**. v.29, n.4, p. 313-319, 2015.

STALLINGA, Hillegonda A. *et al.* Functioning assessment vs. conventional medical assessment: a comparative study on health professionals' clinical decision-making and the fit with patient's own perspective of health. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 7-8, p. 1044-1054, 2013.

STALLINGA, Hillegonda A. *et al.* Perceived usefulness of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) increases after a short training: A randomized controlled trial in master of advanced nursing practice students. **Nurse education in practice**, 33, p. 55-62, 2018.

STEINER, Werner A. *et al.* Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. **Physical Therapy**, v. 82, n. 11, p. 1098-1107, 2002.

STUCKI Gerold, BICKENBACH Jerome. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. **European Journal of Physical Rehabilitation Medicine**, v. 53, n. 1, p. 134-138, 2017.

STUCKI, Gerold; RUBINELLI, Sara; BICKENBACH, Jerome. We need an operationalisation, not a definition of health. **Disability and Rehabilitation**, v.42, n. 3, p. 442-444, 2018.

SWISS PARAPLEGIC RESEARCH. **Introduction to the ICF case-studies**. 2015 Disponível em: <https://www.icf-research-branch.org/download/send/17-icf-based-case-studies/191-introduction-to-the-icf-case-studies>. Acesso em: 25 abr. 2018.

SWISS PARAPLEGIC RESEARCH. **ICF case-studies** – Translating interventions into real life gains- a Rehab cycle approach. 2017. Disponível em: <https://www.icf-casestudies.org>. Acesso em: 25 abr. 2018

TALO, Seija; RYTÖKOSKI, Ulla; HAMALAINEN, Anneli. Educational program for quantification of functional profile by multiprofessional measurement of ICF-concepts. **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 32, p. S67, 2009.

TESTA, Mario. Análisis de instituciones hipercomplejas. *In*: EMERSON ELIAS MERHY, R. O. (Ed.). **O agir em saúde- um desafio para o público**. 2 ed. Buenos Aires: HUCITEC, 1997. cap. 1.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

THONNARD, Jean-Louis.; PENTA, M. Functional assessment in physiotherapy. A literature review. **Europa medicophysica**, 43, n. 4, p. 525, 2007.

TRACY, Sarah. J. Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. **Qualitative inquiry**, 16, n. 10, p. 837-851, 2010.

VAN AS, Melissa *et al.* The International Classification of Function Disability and Health (ICF) in adults visiting the HIV outpatient clinic at a regional hospital in Johannesburg, South Africa. **Aids Care**, v. 21, n. 1, p. 50-58, 2009.

VARGUS-ADAMS, Jilda N.; MAJNEMER, Annette. International classification of

functioning, disability and health (ICF) as a framework for change: revolutionizing rehabilitation. **Journal of child neurology**, 29, n. 8, p. 1030-1035, 2014.

WIEGAND, Niklas M. et al. All talk, no action?: the global diffusion and clinical implementation of the international classification of functioning, disability, and health. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 91, n. 7, p. 550-560, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability And Health (ICF)**. GENEVA, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICF Check list**. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION a. **Constitution of WHO: principles**. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/about/mission/en/>. acesso em: 23 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION b. **Classifications**. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/en/> Acesso em: 17 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps – A Manual of Classification Relating to the Consequences of Diseases**. Geneva: WHO. 1980. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf;jsessionid=05088540287E44FF0A08583076784382?sequence=1 . Acesso em: 25 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>. Acesso em: 04 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rehabilitation 2030: A call for action**. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>. acesso em: 04 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS)**. 2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 4 mar. 2018.

APÊNDICE A – SLIDES USADOS NAS 4 AULAS EXPOSITIVAS DOS ENCONTROS DE SENSIBILIZAÇÃO



*Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS*



Sensibilização sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Karoleen Oswald Scharan

Fisioterapeuta CREFITO 193559-F
Mestre em Tecnologia em Saúde
Doutorado em andamento pelo Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde



CAPES

Apresentações pessoais e expectativas para a sensibilização



 *Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde - PPGTS*


Material embasado no ICF e-learning tool da Organização Mundial da Saúde

Welcome to the ICF e-learning Tool!

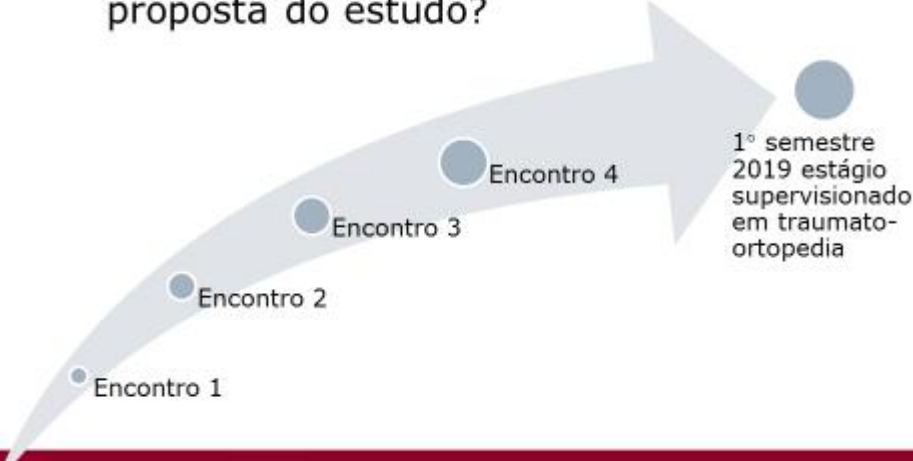
 **ICF e-learning**



Realização do workshop da CIF em 2017 em Notwill, na Suíça

 *Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde - PPGTS*

Como vai ocorrer a sensibilização? Qual a proposta do estudo?



Encontro 1

Encontro 2

Encontro 3

Encontro 4

1º semestre 2019 estágio supervisionado em traumatologia-ortopedia



*Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS*

- Encontro 1 – conhecer o que é a CIF e o modelo de saúde proposto por ela;
- Encontro 2 – apresentação da estrutura e do conteúdo da CIF;
- Encontro 3 – especificação dos componentes, capítulos e categorias da CIF junto com os qualificadores;
- Encontro 4 – o modelo de saúde proposto pela CIF e a CIF na avaliação fisioterapêutica.



*Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS*

Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinaturas



*Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS*

Encontro 1

Tema: conhecer o que é a CIF e o modelo de saúde proposto por ela.



*Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS*

O que é a CIF para mim?





Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS

PUCPR

ENCONTRO 1

O que é a CIF?

Classificação – classifica, agrupa, ordena, categoriza.

Sitematiza a linguagem para comparação dos dados a nível local, regional, nacional e mundial.

FAMÍLIA DAS CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS DA OMS (FAMILY OF INTERNACIONAL CLASSIFICATIONS OU WHO-FIC)

Classificações de Referência: (Classificações que cobrem o domínio da área de saúde)

(OMS, 1996; OMS, 2001; STUCKI e BICKENBACH, 2017)



Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS

PUCPR

ENCONTRO 1

FAMÍLIA DAS CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS DA OMS (FAMILY OF INTERNACIONAL CLASSIFICATIONS OU WHO-FIC)

Classificações de Referência: (Classificações que cobrem o domínio da área de saúde)



1893

- Mortalidade
- Morbidade



2001

-Funcionalidade

(OMS, 1996; OMS, 2001; STUCKI e BICKENBACH, 2017)



Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID)



Primeira versão: **1893**

Indicadores de saúde:
-Mortalidade (principalmente até a década de 1950)

-Morbidade (a partir da década de 50)

DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS MAIS COMUNS

1. HEPATITE B	6. DÊNGUE
2. HEPATITE C	7. MALÁRIA
3. (SIDA) HIV	8. MENINGITE
4. TUBERCULOSE	9. FEBRE TIFÓIDE
5. CÔLERA	10. SARAMPO



Como surgiu a CIF? Que necessidade fez ela surgir?



... diminuição de doenças infectocontagiosas e aparecimento e aumento de DCNTs ao longo do século XX.



O que é a CIF?



“Fornece descrição de situações relacionadas às funções do ser humano e suas restrições ao longo dos ciclos de vida.” (OMS, 2015 p.20)

2001

-Funcionalidade



54ª Assembleia Mundial de Saúde em 2001

- Publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)
- Urge os Países Membros a utilizar a CIF na sua pesquisa, vigilância e relatórios como apropriado, levando em consideração situações específicas nos Países Membros e, em particular, em vista de possíveis revisões futuras (Resolução WHA54.21).

Brasil

- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) Resolução nº 370/2009 – uso da CIF por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais
- Política Nacional de Saúde Funcional, 2011

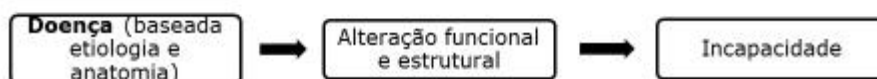


O uso e a aplicação das classificações são norteadas por modelos de saúde

Modelo: exemplo, molde, reprodução



Modelo biomédico de atuação com o foco na doença e que o profissional é detentor do conhecimento da cura.



A CIF complementa as informações sobre saúde e propõe um modelo biopsicossocial





*Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS*

ENCONTRO 1

Exemplos de casos de abordagem fisioterapêutica seguindo os modelos biofisiológico/ biomédico e biopsicossocial

Ler os exemplos e destacar as informações
relevantes de cada modelo.



*Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS*

ENCONTRO 1

Recapitulando...

O que é a CIF?

Como ela surgiu?

Qual é o modelo que ela
propõe?



*Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS*

PUCPR

O que eu levo de hoje?



*Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS*

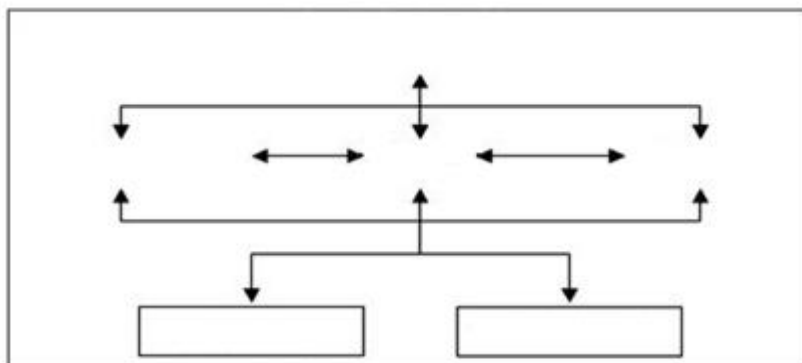
PUCPR

Encontro 2

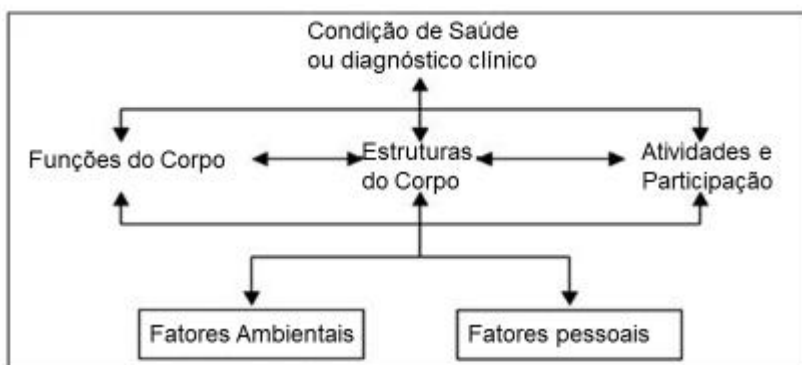
Tema: Apresentação da estrutura e do conteúdo
da CIF



Componentes da CIF e suas interações



Componentes da CIF e suas interações





Componente **Funções do Corpo (*b-body functions*)**:

São as funções fisiológicas dos sistemas corporais, incluindo as funções psicológicas.

Componente **Estruturas do Corpo (*s-body structure*)**:

São as partes anatômicas do corpo, como os órgãos, membros e o que os compõe.

(Organização Mundial da Saúde, 2015)



Componente **Atividades e Participação (*d- domain*)**:

As atividades são as execuções de tarefas ou ações pelos indivíduos e a participação é o envolvimento deles na ação.

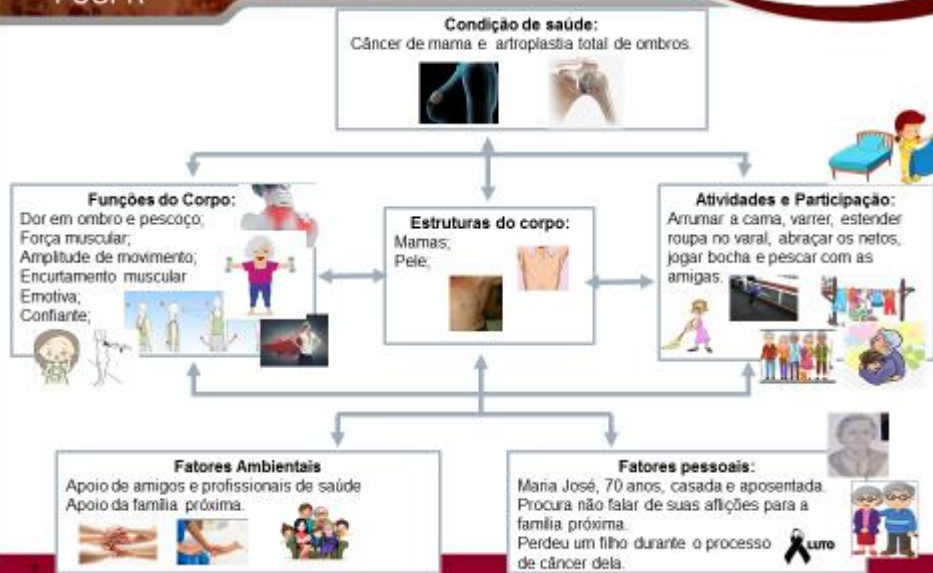
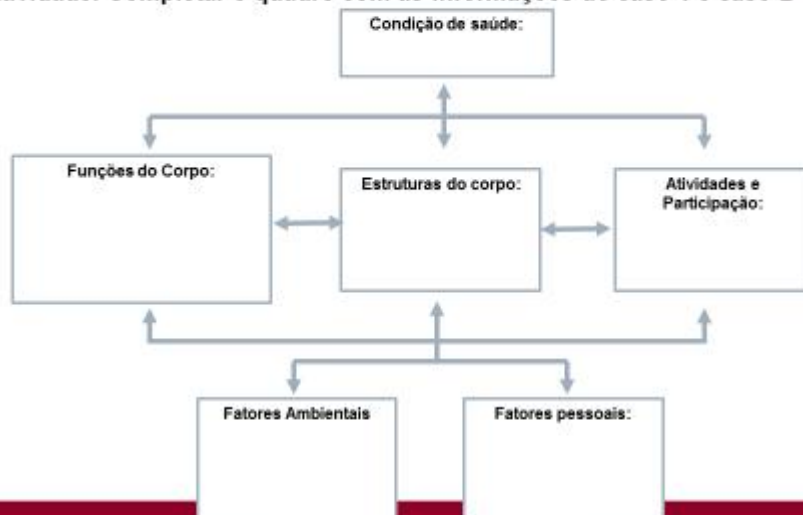
Componente **Fatores Ambientais (*e- environmental factors*)**:

Constitui o ambiente físico, social e de atitudes que as pessoas vivem e conduzem sua vida.

(Organização Mundial da Saúde, 2015)



Atividade: Completar o quadro com as informações do caso 1 e caso 2





Atividade: Completar o quadro com as informações do caso 2

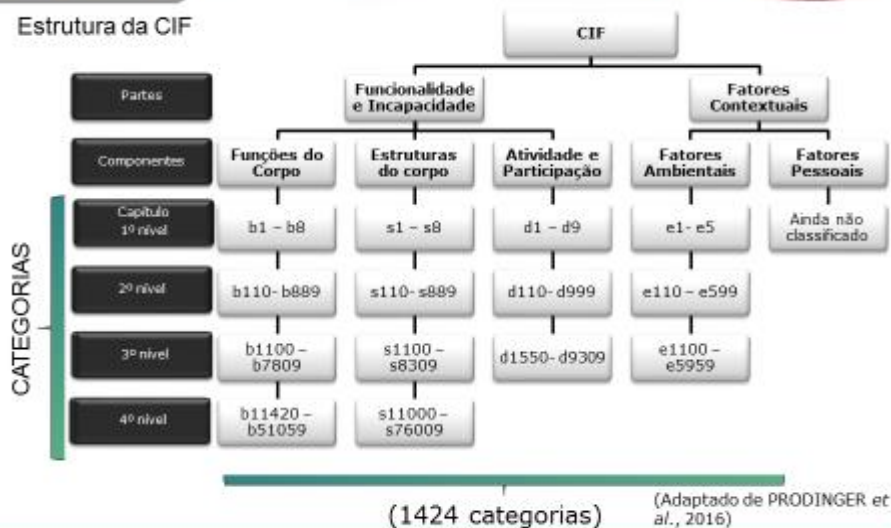


Vamos conhecer a estrutura da CIF
montando uma árvore





Estrutura da CIF

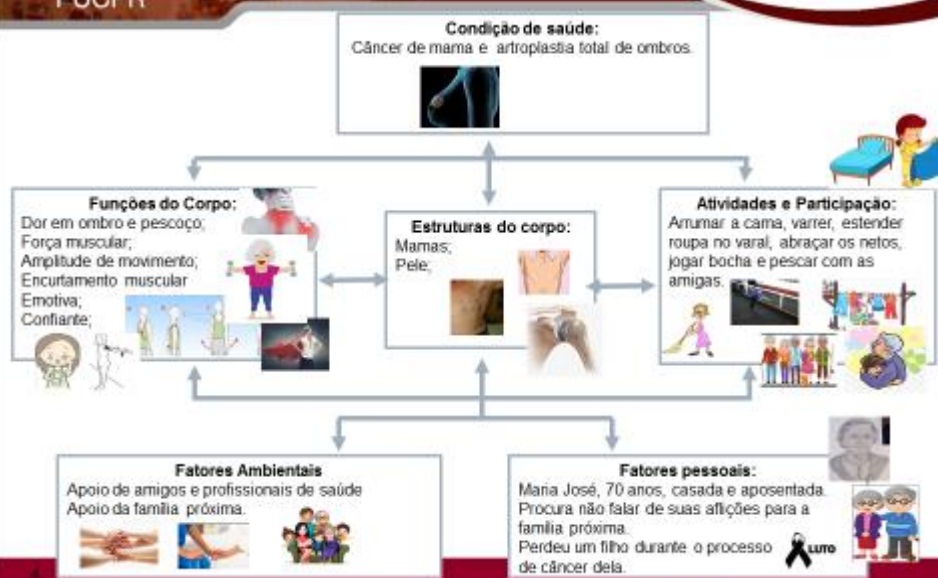
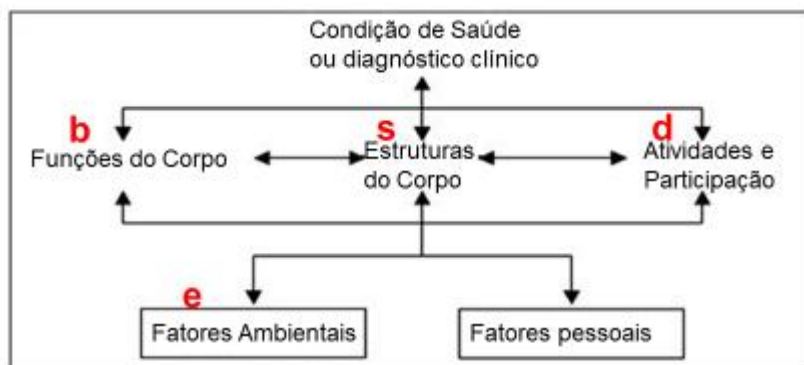


Encontro 3

Tema: Continuação da apresentação da estrutura da CIF, suas categorias e seus qualificadores



Componentes da CIF e suas interações





Aproximação da estrutura da CIF montando uma árvore. CONTINUAÇÃO
COM IDENTIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DO CASO DE MARIA JOSÉ



Qualificadores da CIF

- A CIF visa à **codificação de diferentes estados de saúde**.
- Todos os componentes são quantificados por meio de uma **escala genérica**.
- A utilização de qualquer categoria deve **acompanhar pelo menos 1 qualificador**.
- SEM QUALIFICADORES AS CATEGORIAS NÃO TEM SIGNIFICADO** (Por definição a OMS interpreta os **códigos incompletos** como a **ausência do problema**)



bxxx._

Primeiro qualificador

Qualificador comum com escala negativa utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência:!

xxx.0 NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa,...)	0-4 %
xxx.1 Deficiência LEVE	(leve, baixa,...)	5-24 %
xxx.2 Deficiência MODERADA	(média, regular,...)	25-49 %
xxx.3 Deficiência GRAVE	(elevada, extrema,...)	50-95 %
xxx.4 Deficiência COMPLETA	(total,...)	96-100 %
xxx.8 não especificada		
xxx.9 não aplicável		



A codificação da categoria pode ser feita a partir do relato do paciente:

– Maria José, você considera sua dor no ombro como leve, moderada, elevada, completa?


– Estou em um dos meus piores dias de dor, considero a pior dor que tenho.”

Primeiro qualificador

Qualificador comum com escala negativa utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência:!

xxx.0 NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa,...)	0-4 %
xxx.1 Deficiência LEVE	(leve, baixa,...)	5-24 %
xxx.2 Deficiência MODERADA	(média, regular,...)	25-49 %
xxx.3 Deficiência GRAVE	(elevada, extrema,...)	50-95 %
xxx.4 Deficiência COMPLETA	(total,...)	96-100 %
xxx.8 não especificada		
xxx.9 não aplicável		


b28014.4


**Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS**

Estruturas do corpo

SXXX.


Primeiro Qualificador	Segundo Qualificador	Terceiro Qualificador
Magnitude da Deficiência	Natureza da Mudança	Localização
sxxx.0 Nenhuma	0 Nenhuma mudança na estrutura	0 Mais de uma região
sxxx.1 Leve	1 Ausência total	1 Direita
sxxx.2 Moderada	2 Ausência parcial	2 Esquerda
sxxx.3 Grave	3 Parte adicional	3 Ambos os lados
sxxx.4 Completa	4 Dimensões aberrantes	4 Parte dianteira
sxxx.8 Não especificada	5 Descontinuidade	5 Parte traseira
sxxx.9 Não aplicável	6 Posição desviada	6 Proximal
	7 Mudanças qualitativas, incluindo acúmulo de líquido	7 Distal
	8 Não especificada	8 Não especificada
	9 Não aplicável	9 Não aplicável


**Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS**

Estruturas do corpo

s6302.4 1 4

Primeiro Qualificador	Segundo Qualificador	Terceiro Qualificador
Magnitude da Deficiência	Natureza da Mudança	Localização
sxxx.0 Nenhuma	0 Nenhuma mudança na estrutura	0 Mais de uma região
sxxx.1 Leve	1 Ausência total	1 Direita
sxxx.2 Moderada	2 Ausência parcial	2 Esquerda
sxxx.3 Grave	3 Parte adicional	3 Ambos os lados
sxxx.4 Completa	4 Dimensões aberrantes	4 Parte dianteira
sxxx.8 Não especificada	5 Descontinuidade	5 Parte traseira
sxxx.9 Não aplicável	6 Posição desviada	6 Proximal
	7 Mudanças qualitativas, incluindo acúmulo de líquido	7 Distal
	8 Não especificada	8 Não especificada
	9 Não aplicável	9 Não aplicável





Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS

Atividades e Participação

d6400.4 0

Primeiro Qualificador

Desempenho

dxxx.0_ Nenhuma
dxxx.1_ Leve
dxxx.2_ Moderada
dxxx.3_ Grave
dxxx.4_ Completa
dxxx.8_ Não especificada
dxxx.9_ Não aplicável

Segundo Qualificador

Capacidade

dxxx._0 Nenhuma
dxxx._1 Leve
dxxx._2 Moderada
dxxx._3 Grave
dxxx._4 Completa
dxxx._8 Não especificada
dxxx._9 Não aplicável



Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS

Fatores Ambientais

exxx. _ ou exxx+ _

Primeiro qualificador

A seguir apresentamos a escala negativa e positiva que denota a extensão na qual um fator ambiental atua como um obstáculo ou um facilitador. Um ponto decimal sozinho indica um obstáculo, enquanto o sinal "+" indica um facilitador, como indicado abaixo:

xxx.0	NENHUMA barreira	(nenhuma, ausente, escassa...)	0-4 %
xxx.1	Barreira LEVE	(leve, baixa...)	5-24 %
xxx.2	Barreira MODERADA	(média, regular...)	25-49 %
xxx.3	Barreira GRAVE	(alta, extrema...)	50-95 %
xxx.4	Barreira COMPLETA	(total...)	96-100 %
xxx+0	NENHUM facilitador	(nenhum, ausente, escasso...)	0-4 %
xxx+1	Facilitador LEVE	(leve, baixo...)	5-24 %
xxx+2	Facilitador MODERADO	(médio, regular...)	25-49 %
xxx+3	Facilitador CONSIDERÁVEL	(alto, extremo...)	50-95 %
xxx+4	Facilitador COMPLETO	(total...)	86-100 %
xxx.8	Barreira não especificada		
xxx+8	Facilitador não especificado		
xxx.9	não aplicável		



exxx +4



Primeiro qualificador

A seguir apresentamos a escala negativa e positiva que denota a extensão na qual um fator ambiental atua como um obstáculo ou um facilitador. Um ponto decimal sozinho indica um obstáculo, enquanto o sinal "+" indica um facilitador, como indicado abaixo:

xxx.0	NENHUMA barreira	(nenhuma, ausente, escassa...)	0-4 %
xxx.1	Barreira LEVE	(leve, baixa...)	5-24 %
xxx.2	Barreira MODERADA	(média, regular...)	25-49 %
xxx.3	Barreira GRAVE	(alta, extrema...)	50-95 %
xxx.4	Barreira COMPLETA	(total...)	96-100 %
xxx+0	NENHUM facilitador	(nenhuma, ausente, escassa...)	0-4 %
xxx+1	Facilitador LEVE	(leve, baixo...)	5-24 %
xxx+2	Facilitador MODERADO	(média, regular...)	25-49 %
xxx+3	Facilitador CONSIDERÁVEL	(alto, extremo...)	50-95 %
xxx+4	Facilitador COMPLETO	(total...)	96-100 %
xxx.8	Barreira não especificada		
xxx+8	Facilitador não especificado		
xxx.9	não aplicável		



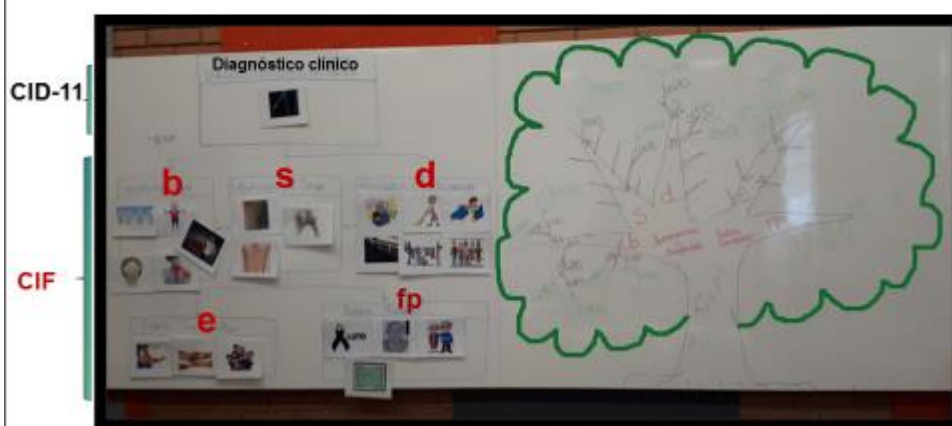
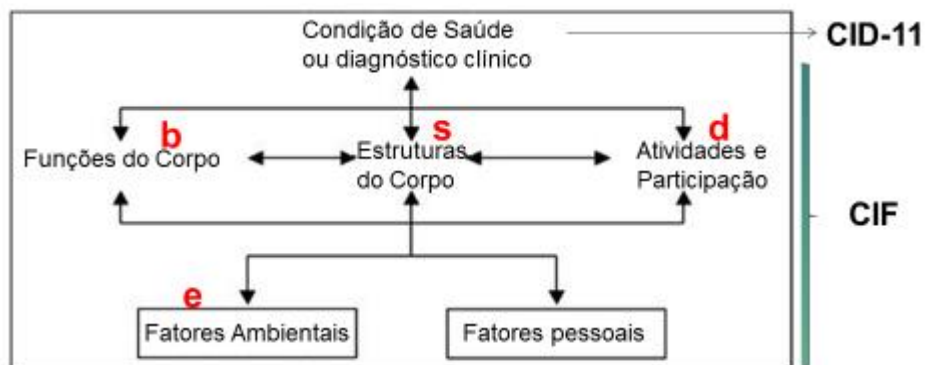
Encontro 4 – último encontro

Tema: Apresentação dos qualificadores da CIF;

Uso conjunto do modelo biopsicossocial e da CIF
com a Ficha de Avaliação Neuro
músculoesquelética da Clínica Escola de
Fisioterapia



Componentes da CIF e suas interações





Qualificadores da CIF

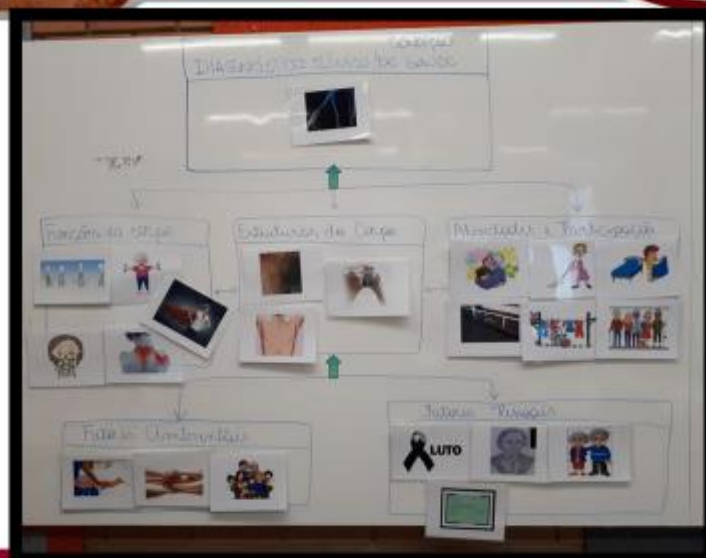
- ❑ A utilização de qualquer categoria deve **acompanhar pelo menos 1 qualificador**.
- ❑ **SEM QUALIFICADORES AS CATEGORIAS NÃO TEM SIGNIFICADO** (Por definição a OMS interpreta os **códigos incompletos** como a **ausência do problema**)



5. Modelo de Funcionalidade e de Incapacidade

5.1 Processo de Funcionalidade e de Incapacidade

Como uma classificação, a CIF não estabelece um modelo de “processo” de funcionalidade e incapacidade. No entanto, ela pode ser utilizada para descrever o processo fornecendo os meios para a descrição dos diferentes construtos e domínios. Ela constitui uma abordagem com múltiplas perspectivas da classificação da funcionalidade e da incapacidade como um processo interativo e evolutivo. Ela fornece as bases para os usuários que desejam criar modelos e estudar os diferentes aspectos deste processo. Nesse sentido, a CIF pode ser vista como uma linguagem: os textos elaborados com base nesta classificação dependem dos usuários, da sua criatividade e da sua orientação científica. O diagrama apresentado na Fig. 1 pode ser útil¹⁵ para visualizar a compreensão atual da interação dos vários componentes.





- Outra forma para codificar, vamos usar a criatividade?

A partir da EVA:

Primeiro qualificador

Qualificador comum com escala negativa utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência:/

xxx.0	NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa,...)	0-4 %	0
xxx.1	Deficiência LEVE	(leve, baixa,...)	5-24 %	1 e 2
xxx.2	Deficiência MODERADA	(média, regular,...)	25-49 %	3 e 4
xxx.3	Deficiência GRAVE	(elevada, extrema,...)	50-95 %	5 a 9
xxx.4	Deficiência COMPLETA	(total,...)	96-100 %	10
xxx.8	não especificada			
xxx.9	não aplicável			

b28014.4



d110.04




Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde - PPGTS

Atividades e Participação

d4751.0 4


Primeira vez

Desempenho

dxxx.0
 dxxx.1
 dxxx.2
 dxxx.3
 dxxx.4
 dxxx.8
 dxxx.9

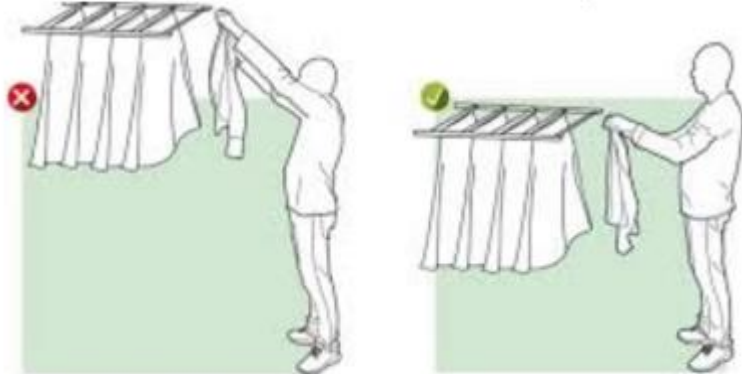


qualificada
 vel


Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde - PPGTS

Atividades e Participação

d6400.4 0





*Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS*

ENCONTRO 4

- Outros exemplos para codificar, vamos usar a criatividade?

A partir da EVA

A partir de teste de força

A partir de exame de imagem

A partir de pergunta

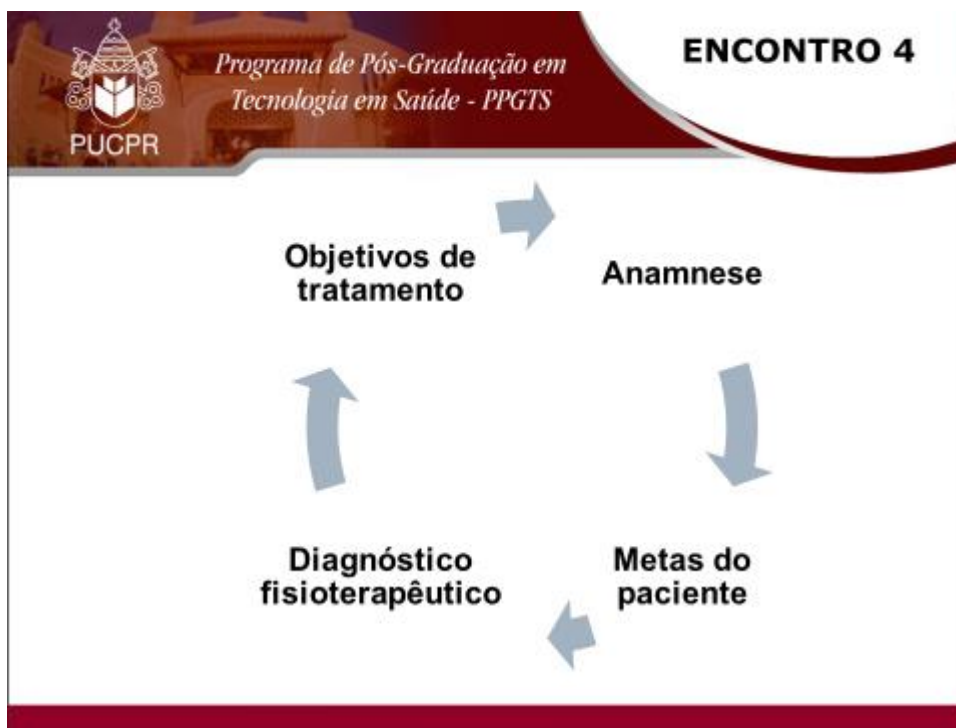


*Programa de Pós-Graduação em
Tecnologia em Saúde - PPGTS*

ENCONTRO 4

A CIF e a Ficha de Avaliação Neuro
músculoesquelética da Clínica Escola de
Fisioterapia

- Modelo de saúde biopssicossocial;**
- Anamnese como campo privilegiado** para extração de informações não apenas da Função e Estrutura do corpo, mas das atividades que estão limitadas e do ambiente do indivíduo.



APÊNCIDE B – CASOS DE MODELOS EM SAÚDE USADOS NA SENSIBILIZAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da PUC-PR

Exemplos de casos de abordagem fisioterapêutica seguindo os modelos de saúde biofisiológico/biomédico e biopsicossocial

Material desenvolvido a partir de avaliações fisioterapêuticas da clínica escola de Fisioterapia da PUC-PR para o entendimento de modelo em saúde com características biomédicas e com características biopsicossociais.

Exercícios para a parte prática da sensibilização sobre a CIF desenvolvida e aplicada pela aluna de doutorado do referido programa, Karoleen Oswald Scharan, sob a orientação da Professora Doutora Auristela Duarte de Lima Moser.

Caso 1 – Abordagem fisioterapêutica representada pelo modelo em saúde com características biofisiológicas/biomédicas

Dados pessoais: Maria José, 70 anos, casada e aposentada.

Diagnóstico clínico: artroplastia total das articulações dos ombros. História da doença pregressa: câncer de mama bilateral cujo tratamento inicial foi a mastectomia das duas mamas e seguiu com tratamento de quimioterapia e radioterapia. História da condição de saúde atual: Após o tratamento da radioterapia precisou fazer artroplastia total das duas articulações dos ombros.

Anamnese: dor nas regiões dos ombros e pescoço. Durante o processo do tratamento para o câncer percebeu diminuição da força e da amplitude de seus movimentos para executar as atividades de vida diária.

Exame físico: confirmou perda de força muscular global do ombro e diminuição de amplitude de movimento de ombro. Apresentou aderências na região das mamas mastectomizadas e na região anterior dos ombros.

Diagnóstico fisioterapêutico: diminuição da amplitude de movimento em flexo-extensão e abdução e rotação externa de ombro, diminuição da força muscular global em ombros, principalmente em peitoral maior, rotadores externos e bíceps, e encurtamento muscular dos rotadores internos, peitoral menor e bíceps.

A intervenção fisioterapêutica foi realizada a partir dos seguintes objetivos fisioterapêuticos: realizar analgesia, diminuir as aderências, aumentar a amplitude de movimento e a força muscular global do ombro.

Caso 1 - Abordagem fisioterapêutica representada modelo em saúde com características biopsicossociais

Dados pessoais: Maria José, 70 anos, casada e aposentada.

Diagnóstico clínico: artroplastia total das articulações dos ombros. História da doença pregressa: câncer de mama bilateral cujo tratamento inicial foi a mastectomia das duas mamas e seguiu com tratamento de quimioterapia e radioterapia. História da condição de saúde atual: Após o tratamento da radioterapia precisou fazer artroplastia total das duas articulações dos ombros.

Anamnese: Durante todo o processo do tratamento para o câncer sentiu perda de força muscular e conseqüente diminuição da amplitude de seus movimentos durante suas atividades em casa, principalmente ao arrumar a cama, varrer e estender roupa no varal. Além disso, relatou que queria reduzir a dor e melhorar sua força e seus movimentos para poder abraçar os netos, ir jogar bocha e pescar com as amigas. Essas duas últimas atividades eram suas favoritas. Maria José relatou que um pouco antes do seu processo de luta contra o câncer o filho mais novo dela faleceu, porém seu maior apoio para continuar lutando foram as amigas nos jogos de bocha, na pescaria e dos profissionais de saúde. Para não deixar a família próxima preocupada, procurava não falar de suas aflições. Mostrou-se emotiva, porém confiante que o atendimento fisioterapêutico auxiliaria a alcançar suas metas.

Exame físico: confirmou perda de força muscular global do ombro e diminuição de amplitude de movimento de ombro. Apresentou aderências na região das mamas mastectomizadas e na região anterior dos ombros.

Diagnóstico fisioterapêutico: apresentou diminuição da amplitude de movimento em flexo-extensão e abdução e rotação externa de ombro, diminuição da força muscular global em ombros, principalmente em peitoral maior, rotadores externos e bíceps, e encurtamento muscular dos rotadores internos, peitoral menor e bíceps impactando em suas atividades de vida diária (como arrumar a cama, varrer, estender roupa no varal) e em suas atividades com amigos e parentes (abraçar os netos, jogar bocha e pescar com as amigas).

A intervenção fisioterapêutica foi realizada a partir dos seguintes objetivos fisioterapêuticos: realizar analgesia, diminuir as aderências, aumentar a amplitude de movimento e a força muscular global do ombro com atividades que remetessem aos movimentos de arrumar a cama, varrer, estender a roupa no varal, abraçar, jogar

bocha e pescar para que alcançasse sua meta de abraçar os netos, jogar bocha e pescar com as amigas.

APÊNCIDE C – CASOS DE MODELOS EM SAÚDE USADOS NA SENSIBILIZAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da PUC-PR

Exemplos de casos de abordagem fisioterapêutica seguindo os modelos de saúde biofisiológico/biomédico e biopsicossocial

Material desenvolvido a partir de avaliações fisioterapêuticas da clínica escola de Fisioterapia da PUC-PR para o entendimento de modelo em saúde com características biomédicas e com características biopsicossociais.

Exercícios para a parte prática da sensibilização sobre a CIF desenvolvida e aplicada pela aluna de doutorado do referido programa, Karoleen Oswald Scharan, sob a orientação da Professora Doutora Auristela Duarte de Lima Moser.

Caso 2 - Modelo em saúde com características biofisiológicas/ biomédicas

Dados pessoais: Antônio, 57 anos, 78 kg e 1,70m, casado e latoeiro.

Diagnóstico clínico: fratura da cabeça do 2º, 3º e 4º metacarpo.

História da condição de saúde atual: devido ao trauma com uma serra circular (makita) houve lesão tendínea dos extensores do punho esquerdo e edema. A cicatriz da cirurgia realizada no dorso da mão levou a uma mobilidade do punho diminuída.

Anamnese: dor ao se realizar pressão do 1º contra 2º dedo e não consegue realizar todas as atividades diárias.

Exame físico: apresentou diminuição da amplitude de movimento de punho, diminuição de força muscular de punho e dos adutores dos dedos, edema, e redução da sensibilidade térmica.

Diagnóstico fisioterapêutico: diminuição da amplitude de movimento de punho, diminuição de força muscular de punho e dos adutores dos dedos, presença de edema e redução da sensibilidade térmica.

A intervenção fisioterapêutica foi realizada a partir dos seguintes objetivos fisioterapêuticos: realizar analgesia, reduzir edema, aumentar a amplitude de movimento e a força muscular do punho e dos adutores dos dedos, e estimular a sensibilidade térmica.

Caso 2 - Modelo em saúde com características biopsicossociais

Dados pessoais: Antônio, 57 anos, 78 kg e 1,70m. Diagnóstico clínico: fratura da cabeça do 2º, 3º e 4º metacarpo.

História da condição de saúde atual: devido ao trauma com uma serra circular (makita) há 9 meses houve lesão tendínea dos extensores do punho esquerdo e edema. A cicatriz da cirurgia realizada no dorso da mão levou a uma mobilidade do punho diminuída.

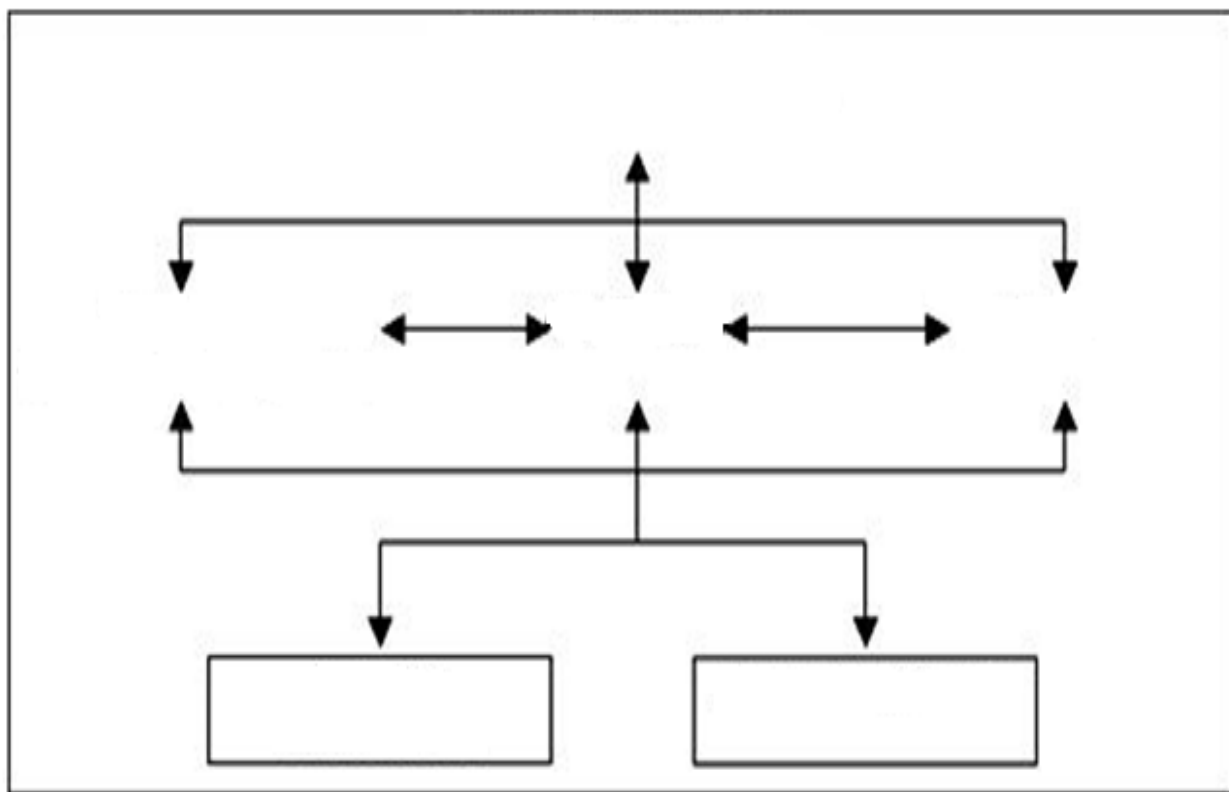
Anamnese: dor ao realizar pressão do 1º contra 2º dedo que melhora com o repouso e se agrava com o movimento. Também relatou que sente dor durante o sono, principalmente quando está em decúbito lateral. Disse que não consegue realizar todas as atividades diárias e que sente falta de atividades como: pegar xícaras e copos, garfos e escrever. O trauma acabou por interferir nas suas atividades sociais, uma vez que relatou sentir-se incomodado de sair em público e não conseguir usar o garfo adequadamente para comer ou pegar copos. Por outro lado, ao trabalhar como latoeiro em um período de 12 a 14 horas por dia com 1 hora de intervalo, relatou que em seu trabalho com a pistola de pintura não sente dificuldade ao executar a atividade. O que incomoda é manter o gatilho da pistola acionado por períodos longos. Ainda, sente que a sensibilidade às temperaturas é diferente da mão direita.

Exame físico: apresentou diminuição da amplitude de movimento de punho, diminuição de força muscular de punho e dos adutores e flexores dos dedos, edema, e redução da sensibilidade térmica.

Diagnóstico fisioterapêutico: algia ao realizar movimento de pressão do 1º contra 2º dedo e em decúbito lateral durante o sono; diminuição da amplitude de movimento de punho, diminuição de força muscular de punho e dos adutores dos dedos, presença de edema. Essas condições o impede de pegar xícaras ou copos, garfos e escrever limitando-o de sair socialmente. Com relação ao seu trabalho, a falta de força dos adutores e flexores dos dedos não o incapacita de realizar a atividade, porém não consegue manter a ação por períodos mais longos. Além disso, a sensibilidade térmica está reduzida.

A intervenção fisioterapêutica foi realizada a partir dos seguintes objetivos fisioterapêuticos: realizar analgesia, reduzir edema, aumentar a amplitude de movimento e a força muscular do punho e dos adutores dos dedos, e estimular a sensibilidade térmica para que pudesse pegar xícaras ou copos, garfos e escrever

estimulando-o a retomar suas atividades sociais, bem como realizar o seu trabalho com manutenção da força por maiores períodos.

APÊNDICE D- INTERAÇÃO DOS COMPONENTES DA CIF

(ADAPTADO DE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015 P.32)

APÊNDICE E- Quadro de códigos e grupos de códigos utilizados no software atlas.ti

Códigos	Comentário	Grupo de Documentos
CA.fp-pac.peso (kg)	Código de atributo referente ao fator pessoal peso	
CA.fp-pac.altura(m)	Código de atributo referente ao fator pessoal altura	
CA.fp-pac.atividade profissional	Código de atributo referente ao fator pessoal atividade profissional	
Condição de Saúde	Conteúdo referente ao diagnóstico clínico	
ANAM.QP	Item da anamnese referente à queixa principal	
ANAM.HDA-O que aconteceu?	Item da anamnese referente à história da doença atual: mecanismo de lesão	
ANAM.HD-local da dor	Item da anamnese referente ao histórico da dor: local da dor.	
ANAM.HD-local da irradiação	Item da anamnese referente ao histórico da dor: descrição do local da irradiação.	
ANAM.HD-quando a dor aparece?		
ANAM.HD-posição que dorme		
ANAM.HD-Rigidez matinal	Item da anamnese referente ao histórico da dor:	

	rigidez matinal e a descrição do local.	
ANAM.HD- quais atividades são limitadas?	Item da anamnese referente ao histórico da dor: descrição de quais atividades estão limitadas pela dor.	
ANAM.AP- descrição	AP- atividade profissional. Esse código contempla a descrição das atividades profissionais, do item "atividade profissional-descreva".	
ANAM.Dieta alimentar-motivo	Descrição do motivo pelo qual se realizava a dieta alimentar	
ANAM.Atividade e física- qual	Descrição de qual atividade física era praticada	
ANAM- comorbidades	As informações desse item referem-se às respostas sobre doenças associadas.	
ANAM.HDP- doenças anteriores	Item da história da doença pregressa com descrição das doenças que o paciente relatou já ter tido.	
ANAM.HDP- tratamento	Neste item estão descritos os tratamentos adotados às doenças relatadas (cirúrgico, medicamentoso, fisioterapêutico ou alternativo).	
ANAM.HDP- descrição	Neste item estão descritos os tratamentos adotados às doenças relatadas	
ANAM.HDP- evolução	Neste item havia descrição da evolução das doenças	

	pregressas de acordo com os tratamentos adotados.	
EX.FÍSICO.insp .uso de acessório	Neste item do exame físico, no subitem inspeção, foi verificada a descrição dele em caso de afirmação para o uso.	
ANAM.QP- atividade e participação ANAM.QP-estrutura do corpo ANAM.QP-fator ambiental ANAM.QP-função do corpo	Item da anamnese referente à queixa principal.	ANAM.QP- componentes da CIF
ANAM.HDA- atividade e participação ANAM.HDA-estrutura do corpo ANAM.HDA-fator ambiental ANAM.HDA-função do corpo	Item da anamnese referente à história da doença atual.	ANAM.HDA- componentes da CIF
ANAM.HD- atividade e participação ANAM.HD-estrutura do corpo ANAM.HD-fator ambiental ANAM.HD-função do corpo	Item da anamnese referente ao histórico da dor.	ANAM.HD- componentes da CIF

<p>ANAM.AP- atividade e participação ANAM.AP-estrutura do corpo ANAM.AP-fator ambiental ANAM.AP-função do corpo</p>	<p>Item da anamnese referente à descrição da atividade profissional.</p>	<p>ANAM.AP- componentes da CIF</p>
<p>ANAM.HDP- atividade e participação ANAM.HDP-estrutura do corpo ANAM.HDP-fator ambiental ANAM.HDP-função do corpo</p>	<p>Item da anamnese referente à descrição da história da doença pregressa.</p>	<p>ANAM.HDP- componentes da CIF</p>
<p>DF- alteração sensibilidade DF- diminuição ADM* DF- fraqueza musc* DF-algia* DF-alteração postural* DF-aumento do turgor muscular DF-claudicação DF-crepitação DF-déficit da marcha DF-déficit na realização das atividades diárias DF-diminuição do</p>	<p>Diagnóstico fisioterapêutico</p>	<p>DF</p>

<p>equilíbrio*</p> <p>DF-diminuição do trofismo</p> <p>DF-edema</p> <p>DF-enc muscular*</p> <p>DF-fibroses e aderências</p> <p>DF-irradiação</p> <p>DF-receio</p> <p>DF-tensão musc*</p>		
<p>OF- alongamento musc*</p> <p>OF-analgesia*</p> <p>OF-aumentar ADM*</p> <p>OF-desensibilização</p> <p>OF-diminuir edema</p> <p>OF-diminuir fibroses e aderências</p> <p>OF-estimular propriocepção</p> <p>OF-evitar comorbidades*</p> <p>OF-fortalecimento musc*</p> <p>OF-melhora da qualidade de vida</p> <p>OF-melhorar equilíbrio*</p> <p>OF-melhorar sinergismo muscular</p>	<p>Objetivos fisioterapeúticos</p>	<p>OF</p>

<p>OF-orientação de atividades*</p> <p>OF-orientar vida diária e peso</p> <p>OF-possibilitar realização de atividades</p> <p>OF-promover cond físico*</p> <p>OF-promover processo cicatricial</p> <p>OF-readequar marcha*</p> <p>OF-reduzir tensão</p> <p>OF-reeducação postural*</p>		
<p>COND.SAÚDE-estrutura do corpo</p> <p>COND.SAÚDE-função do corpo</p>	<p>Item da ficha de avaliação referente ao diagnóstico clínico, considerado no presente estudo como a condição de saúde do sujeito.</p>	<p>COND.SAÚDE -componentes da CIF</p>

Fonte: a autora, 2020.

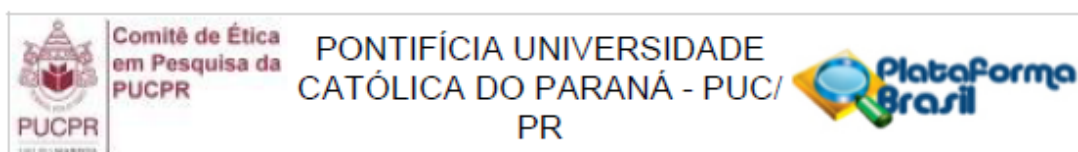
Legenda: os itens com "*" tanto para DF quanto OF foram identificados na análise do material prévio à sensibilização. Os mesmos também se repetiram na análise pós, somado aos demais itens descritos.

APÊNDICE F-COMPONENTES E CATEGORIAS DA CIF A PARTIR DA FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Item de referência na Ficha de avaliação	Conteúdo da Ficha de avaliação	Componente da CIF	Categoria
Dados pessoais	Nome, idade, sexo, peso, altura, cor, profissão, endereço, estado civil; atividade estática ou dinâmica do trabalho, horas/dia trabalhadas, intervalos para descanso e tempo; dieta alimentar e o motivo da dieta; prática de atividades físicas, frequência semanal.	Fatores Pessoais	ainda não classificado pela CIF
	IMC	Funções do Corpo	b530- Funções de manutenção do peso
Diagnóstico clínico	Diagnóstico principal, doenças associadas, doença pregressa	Condição de saúde	Codificado pela CID-10, porém, conteúdo denotado pelos
Anamnese	Local da dor	Funções do Corpo	b280- Sensação de dor
	Irradiação da dor	Funções do Corpo	b2803- Dor irradiante em um dermatomo
	Sono	Funções do Corpo	b134- Funções do sono
	Rigidez matinal	Funções do Corpo	b710- Funções relacionadas à mobilidade das articulações
	Evacuação (fezes ou urina)	Funções do Corpo	b5250- Eliminação de fezes b6200- Micção
	Relações sexuais	Atividades e Participação	d7702- relações sexuais
	Atividades diárias	Atividades e Participação	d
	Dieta alimentar	Atividades e participação	d5701- controle da dieta e forma física
	Atividade física	Atividades e participação	e9201- Praticar esportes
	Medicamento	Fatores Ambientais	e1101 Medicamentos
Exame físico	Trofismo muscular	Funções do Corpo	b780- Sensações relacionadas aos músculos e funções do movimento
	Textura da pele	Funções do Corpo	b810 Funções protetoras da pele
	Edema	Estrutura do Corpo	s
	Hematoma	Funções do Corpo	b4303- Funções de coagulação
	Escoriações	Funções do Corpo	b810 Funções protetoras da pele
	Cicatrizes	Funções do Corpo	b810 Funções protetoras da pele
	Deformidade	Estrutura do Corpo	s
	Uso de acessório	Fatores Ambientais	e1151- produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária
	Temperatura	Funções do Corpo	b2700- Sensibilidade à temperatura
	Sensibilidade tátil epicrítica	Funções do Corpo	b2702- sensibilidade à pressão
Sensibilidade tátil protopática	Funções do Corpo		

	Sensibilidade térmica ao frio	Funções do Corpo	b2700 Sensibilidade à temperatura
	Sensibilidade térmica ao calor		
	Turgor muscular	Funções do Corpo	b780 - Sensações relacionadas aos músculos e funções do movimento ou, s7 Estruturas relacionadas ao movimento
	Mobilidade ativa	Funções do Corpo	b710- Funções relacionadas à mobilidade das articulações
	Mobilidade passiva	Funções do Corpo	
	Mobilidade das articulações	Funções do Corpo	
	Volume		b780 - Sensações relacionadas aos músculos e funções do movimento ou, s7 Estruturas relacionadas ao movimento
	Comprimento muscular	Funções do Corpo	b749- Funções musculares, outras especificadas e não especificadas (comprimento muscular)
Força muscular	Funções do Corpo	b730 Funções relacionadas à força muscular	

ANEXO A– APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA LOCAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA ABORDAGEM CLÍNICA FISIOTERAPÊUTICA

Pesquisador: AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91422818.2.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.727.875

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como objetivo identificar a contribuição do uso da CIF na abordagem clínica do fisioterapeuta. A pesquisadora acredita que o estudo seja importante porque atualmente a Organização Mundial da Saúde recomenda o uso da CIF para ampliar os registros de informação em saúde e para padronizar as informações sobre funcionalidade e incapacidade das pessoas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Identificar a contribuição do uso da CIF na abordagem clínica do fisioterapeuta.

Objetivos Específicos

- Identificar e descrever os registros de informações em funcionalidade realizados atualmente em um serviço de Fisioterapia de referência em Curitiba.

- Analisar as informações registradas para identificar as potenciais contribuições para a operacionalização da CIF;

- Delinear e aplicar uma estratégia de sensibilização sobre o modelo biopsicossocial e a CIF aos alunos e professores supervisores de Fisioterapia;

- Acompanhar as avaliações, para identificar a evolução do modo de abordagem clínica durante o semestre após a sensibilização;

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

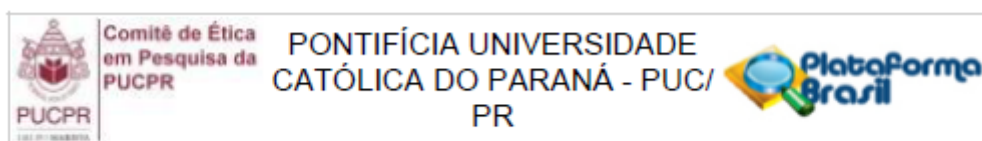
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2103

Fax: (41)3271-2103

E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.727.875

- Identificar as repercussões da assimilação do modelo biopsicossocial e da CIF na abordagem clínica e no estabelecimento de diagnóstico, metas e objetivos terapêuticos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora apresenta riscos e benefícios nos dois TCLE's apresentados. Ela prevê que o(a) participante pode esperar alguns benefícios, tais como aprendizado adquirido sobre os modelos em saúde, a própria CIF e colaborar para a melhoria da qualidade de registros de informações dos pacientes. Receberam também a informação de que é possível que ocorram desconfortos ou riscos de constrangimento por não entender ou não conseguir inicialmente aplicar as orientações sobre os modelos em saúde e sobre a CIF, e nesse sentido os pesquisadores estarão à minha disposição para minimizar qualquer constrangimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A participação no referido estudo será de contribuir para a identificação do uso da CIF na abordagem clínica. Para tanto, os participantes farão um minicurso de sensibilização sobre o modelo biopsicossocial e a CIF, enquanto estiver cursando o sexto período da graduação em Fisioterapia. Essa sensibilização ocorrerá em quatro encontros de três horas cada um e responderá perguntas sobre o seu conhecimento da CIF antes e depois dessa atividade. A sensibilização terá um caráter teórico-prático, e serão abordados temas como a contextualização histórica da CIF, os modelos de saúde vigentes na área e estrutura da CIF. Cada tema terá uma atividade prática relacionada ao conteúdo. No primeiro dia de estágio supervisionado o participante fará uma revisão da sensibilização e nos dias subsequentes seguirá as condutas normais da clínica escola de Fisioterapia e realizará o preenchimento das fichas de avaliação dos pacientes a serem atendidos pelo participante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram anexados a contento pela pesquisadora, atendendo integralmente as exigências deste comitê.

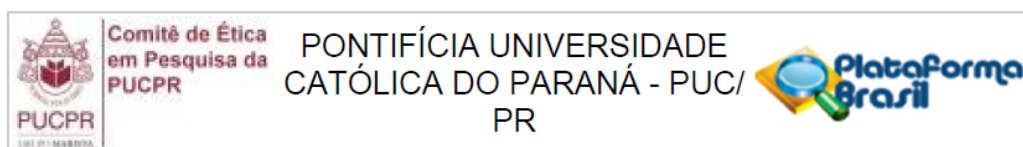
Recomendações:

O pesquisador responsável deverá datar o termo de compromisso da folha de rosto. A anexada veio com data em branco.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.727.875

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1155915.pdf	12/06/2018 17:30:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	12/06/2018 17:30:35	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	12/06/2018 17:14:54	AURISTELA DUARTE DE LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_da_instituicao.pdf	11/06/2018 10:59:04	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFESSORES_SUPERVISORES_DE_FISIOTERAPIA.pdf	11/06/2018 10:54:05	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ALUNOS_DE_FISIOTERAPIA_2018.pdf	11/06/2018 10:53:46	AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 21 de Junho de 2018

**Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)**

ANEXO B FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLÓGICA
CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

Avaliação Fisioterapêutica

Estagiário:.....

Supervisor:.....

Data da Avaliação:/...../.....

1. DADOS PESSOAIS

Nome:

Data de nascimento: Sexo: () F () M Peso:

Altura: Profissão:

Endereço:

Nº: compl: Bairro:

Cidade:

Cor: Estado Civil: Telefone:.....

2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

.....

.....

3. ANAMNESE

Queixa Principal:.....

.....

.....

História Doença Atual:

O que aconteceu? (mecanismo de lesão)

.....

.....

Há quanto tempo? (fase patológica).....

Histórico da DOR

Local:.....

Irradiação da dor: () ausente () presente. Local:.....

Intensidade da dor. Nota – Escala Numérica -0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Tipo de dor: () agulhada () choque () peso () aperto () queimação () outros – avaliar melhor através da Escala de Mc Gill.(apostila Prof. Maristela)

Quando a dor aparece? (freqüência).....

A dor está () igual () piorando ou () diminuindo a cada dia.

Piora com: () movimento () repouso () calor () frio () outros fatores

Reduz com: () movimento () repouso () calor () frio () outros fatores.....

Dor durante o sono: () N () S Posição em que dorme:

Apresenta Rigidez Matinal? (articulações rígidas e dolorosas ao acordar) () N () S

Local?

Apresenta dor durante a evacuação (fezes e/ou urina)? () N () S

Observações:.....

.....

Apresenta dor durante as relações sexuais? () N () S

Observações:.....

.....

.....

Esta dor impede de realizar alguma atividade da sua vida diária (**Limitação Funcional**) () N () S

Quais?.....

.....

.....

Qual sua Atividade Profissional:

Atividade: Estática () Dinâmica () – Descreva.....

.....

Quantas horas por dia: Há intervalo para descanso: () N () S Quanto?

Faz dieta alimentar: Motivo:

Pratica atividade física: Freqüência Semanal:

Doenças associadas: () Diabetes () Hipertensão () Outras:.....

.....

Faz uso de algum medicamento? ()N ()S

Qual(ais).....

.....

Faz uso de alguma prótese de metil metacrilato?(Não usar recursos eletrotermofototerapêuticos de calor)

() N () S

Aonde.....

Exames Complementares ()N ()S

Laudo médico:

.....

História da Doença Progressiva

Doenças anteriores:.....

Tratamento: () cirúrgico () medicamentoso () fisioterapêutico () alternativo.

Descreva.....

.....

Evolução:

.....

4. EXAME FÍSICO

4.1 Inspeção:

Contorno anatômico – (Trofismo Muscular): () normal () alterado - Local.....

Textura da pele: () normal () alterada - Descreva.....

Edema: () sim () não - Local:

Hematoma: () sim () não - Local:

Varizes: () sim () não - Local:

Escoriações: () sim () não - Local:

Cicatrizes: () sim () não - Local:

Deformidade: () sim () não - Descreva.....

Utiliza acessórios? () não () sim - Descreva:

Inspeção na Avaliação Postural

Vista lateral.....

.....

.....

 Vista anterior.....

.....

 Vista posterior.....

4.2 Palpação (Adaptado de Mark Dutton, 2012):

Dor: ()sim ()não - Local:

Temperatura: ()aumentada ()normal ()diminuída

Sensibilidade tátil epicrítica: ()aumentada ()normal ()diminuída

Sensibilidade tátil protopática: ()aumentada ()normal ()diminuída

Sensibilidade térmica de calor: ()aumentada ()normal ()diminuída

Sensibilidade térmica de frio: ()aumentada ()normal ()diminuída

Cicatrizes: ()normal ()hipertrófica ()quelóide ()aderida

Turgor muscular: ()normal ()diminuído

4.3 Mobilidade

Mobilidade Ativa - (o paciente realiza o movimento)

Articulação.....

Prova de Alcance ()ADM normal ()ADM reduzida – realize a goniometria no item mensuração

Mobilidade Passiva – (o terapeuta realiza o movimento)

Articulação.....

Prova de alcance ()ADM normal ()ADM reduzida – realize a goniometria no item mensuração

5. MENSURAÇÃO

5.1 Goniometria (Marques, 1997; 2002):

Articulação	Movimento / ampl. de mov.	Direito	Esquerdo
Coluna Cervical	Flexão (0 – 65)		
	Extensão (0 – 50)		

	Inclinação (0 – 40)		
	Rotação (0 – 55)		
Ombro	Flexão (0 – 180)		
	Extensão (0 – 45)		
	Adução (0 – 40)		
	Abdução (0 – 180)		
	Rotação medial (0 – 90)		
	Rotação lateral (0 – 90)		
Cotovelo	Flexão (0 – 145)		
	Extensão (145 – 0)		
Radio-ulnar	Pronação (0 – 90)		
	Supinação (0 – 90)		
Punho	Flexão (0 – 90)		
	Extensão (0 – 70)		
	Desvio Ulnar (0 – 45)		
	Desvio Radial (0 – 20)		
Quadril	Flexão (0 – 135)		
	Extensão (0 – 15)		
	Adução (0 – 15)		
	Abdução (0 – 45)		
	Rotação medial (0 – 45)		
	Rotação lateral (0 – 45)		
Joelho	Flexão (0 – 140)		
	Extensão (140 – 0)		

	Rotação medial (0 – 30)		
	Rotação lateral (0 – 40)		

Tornozelo	Dorsiflexão (0 – 20)		
	Plantiflexão (0 – 45)		
	Inversão (0 – 40)		
	Eversão (0 – 20)		
Coluna Lombar	Flexão (0 – 95)		
	Extensão (0 – 35)		
	Inclinação (0 – 40)		
	Rotação (0 – 35)		

5.2 Perimetria: ()coxa ()perna ()braço ()antebraço

Ponto de referencia MMII _____

Ponto de referencia MMSS _____

Distância a partir do ponto de referencia	Direito	Esquerdo

5.3 Teste de Comprimento Muscular (Kendall, 1995):

	Qualidade do comprimento muscular
--	-----------------------------------

Grupo muscular	Encurtado	Normal	Hiper alongado

5.4 Teste de Força Muscular (Kendall,1995):

0 – Paralisia total

1 – Contração visível ou palpável

2 – Movimento ativo sem oposição à força de gravidade

3 - Movimento ativo com oposição à força de gravidade

4 - Movimento ativo com oposição à força de gravidade e contra leve resistência

5 - Movimento ativo com oposição à força de gravidade e contra grande resistência

Músculo	Direito	Esquerdo

6. TESTE ESPECÍFICOS

Nome do Teste	Positivo	Negativo

7. DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

.....

.....

.....

.....

.....

8. OBJETIVO FISIOTERAPÊUTICO

.....

.....

.....

9. INDICAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

- () **Cinesioterapia:** () Alongamento – () Fortalecimento – () Massoterapia
- () Técnica de Mobilização Articular – () Recurso mecânicos
- () Técnicas Manual
- () **Termoterapia:** () D.U.S (Diatermia por Ultra Som) – () Parafina
- () **Eletroterapia:** () T.E.N.S – () Interferencial – () Russa – () D.O.C - () D.M.O
- () **Fototerapia:** () L.A.S.E.R Hélio Neônio – () L.A.S.E.R Arsenieto de Gálio -
- () Radiação Infra Vermelha através das Lâmpada (pequenas áreas)
- () Radiação Intra Vermelha através dos Termóforo de Bier (grande áreas)
- () **Hidroterapia:** () Turbilhão - () Bolsas Térmicas (Ice) – () Compressa ou Envoltórios
- () Banho de Contraste () Fisioterapia Aquática (piscina aquecida)

OBS- Anexar os protocolos dos Recursos Eletrotermofototerápicos ao Programa de Tratamento.

10. PROGRAMA DE TRATAMENTO – Elabore e Anexe

11. ESCALA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE (Adaptado de Mark Dutton, 2012)– Elabore

Ficha de Avaliação específica da Área de Traumatologia, Ortopedia, Desportiva e Reumatologia elaborada pelos professores: Auristela Mozer, Enio Funchal, Cássio Preis, Luiz Bertassoni, Maristela Palma, Zuleika Gomes.

ANEXO C CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF), RECURSO TECNOLÓGICO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA APRIMORAMENTO DA ABORDAGEM E AVALIAÇÃO EM SAÚDE



CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF), RECURSO TECNOLÓGICO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA APRIMORAMENTO DA ABORDAGEM E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF), TECHNOLOGICAL RESOURCE IN THE PROFESSIONAL FORMATION TO THE IMPROVEMENT OF HEALTH APPROACH AND EVALUATION

Karoleen Oswald Scharan¹
Auristela Duarte de Lima Moser²

Resumo: Aprimorar a formação de profissionais da saúde abrange o acompanhamento das tendências de perfis demográficos e o uso de tecnologias atuais, mundialmente referenciadas, que atendam as demandas populacionais. Nesse contexto, tanto a abordagem profissional quanto sua avaliação clínica, atualmente ancoradas no modelo biomédico de saúde, retratam aspectos limitados à condição clínica ou do diagnóstico do indivíduo. Um modelo que tem sido fortemente recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é o biopsicossocial. Nesse modelo, passa-se a considerar a experiência vivida de saúde do indivíduo, considerando o que importa em relação a saúde para ele, busca-se respeitar sua individualidade, seu ambiente, suas atividades cotidianas, sejam elas possíveis de serem executadas ou limitadas devido as suas funções e estruturas corporais e até mesmo do contexto que o cerca. A estrutura de referência para ensinar e operacionalizar esse modelo é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O uso dessa classificação pode ser feito ainda durante a formação profissional ou por profissionais formados, e ainda, por gestores e desenvolvedores de políticas públicas. **Objetivo:** descrever as impressões de um processo de sensibilização sobre o modelo biopsicossocial utilizando a CIF a alunos de graduação de Fisioterapia. **Método:** a sensibilização ocorreu em quatro encontros de três horas cada, semanalmente na PUC-PR, com dois grupos de 15 alunos do sexto período do curso de Fisioterapia, um no período da manhã e um no da noite. Sua estrutura teórico-prática seguiu o formato orientado pela OMS (*ICF e-learning tool*) e pelo *workshop* em CIF ofertado por universidade parceira a ela. Todos os encontros contaram com um pesquisador-observador, para registrar qualitativamente impressões e relatos dos alunos sobre a sensibilização. **Resultados alcançados:** após a leitura dos registros percebeu-se que com a explicação do modelo biopsicossocial e da estrutura da CIF tornou-se "mais simples encontrar os objetivos para o tratamento", pois precisam "saber o que o paciente precisa" que esse modelo apresenta um "olhar mais humanizado", que os faz "pensar diferente", de forma mais "global". Uma das conclusões alcançadas pelos alunos foi que para acessar tais informações é necessário escutar o paciente, aproveitando melhor o campo de anamnese. Porém, isso exige uma dedicação de tempo maior durante o atendimento e, muitas vezes as informações podem ser acrescidas ao longo dos atendimentos.

¹ Mestre em Tecnologia em Saúde, PUC-PR, karoleen.scharan@pucpr.edu.br

² Pós Doutora em Funcionalidade Humana e Qualidade de Vida pela Universidade Central da Catalunha, Professora no Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde da PUCPR, auristela.lima@pucpr.br.



Palavras-chave: Modelo biopsicossocial; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Educação em saúde; Funcionalidade.

Abstract: Improving the training of health professionals encompasses the monitoring of trends in demographic profiles and the use of current, globally referenced technologies that meet population demands. In this context, both the professional approach and its clinical evaluation, currently anchored in the biomedical health model, depict aspects limited to the clinical condition or the diagnosis of the individual. A model that has been strongly recommended by the World Health Organization (WHO) is biopsychosocial. In this model, the individual's health experience is considered, considering what matters in relation to health for him, seeking to respect his individuality, his environment, his daily activities, whether they are possible to be executed or limited due to its bodily functions and structures, and even the environment surrounding it. The reference framework to teach and operationalize this model is the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The use of this classification can be done even during professional training or by trained professionals, and also by managers and developers of public policies. Objective: to describe the impressions of a process of sensitization on the biopsychosocial model using the ICF to undergraduate Physiotherapy students. Method: the sensitization occurred in four meetings of three hours each, weekly in the PUC-PR, with two groups of 15 students of the sixth period of the Physiotherapy course, one in the morning and one in the evening. Its theoretical and practical structure followed the WHO-oriented format (ICF e-learning tool) and the ICF workshop offered by the university partner with it. All the meetings had a researcher-observer, to qualitatively record impressions and reports of the students on the sensitization. Results achieved: after reading the records it was noticed that with the explanation of the biopsychosocial model and the structure of the ICF it became "simpler to find the objectives for the treatment", since they need to "know what the patient needs" that this model presents a "more humanized look" that makes them "think differently" in a more "global" way. One of the conclusions reached by the students was that to access such information it is necessary to listen to the patient, taking better advantage of the field of anamnesis. However, this requires a greater dedication of time during care and, often, the information can be increased throughout the care.

Keywords: Biopsychosocial model. International Classification of Functioning, Disability and Health. Health Education. Functioning.

1 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica e as tendências demográficas que vem ocorrendo mundialmente tem trazido desafios com relação a provisão de serviços em saúde, especialmente os de reabilitação (Krug e Cieza, 2017). Essas mudanças retratam um cenário de diminuição de doenças infectocontagiosas e um aumento expressivo no número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e também de pessoas idosas (Laurenti e Buchalla, 1999; Nubila *et al.*, 2008; Política Nacional de Saúde Funcional, 2011). Fato esse que tem acarretado em pessoas vivendo mais e com maiores alterações na sua funcionalidade (Organização Mundial da Saúde, 2015).



No sentido de melhor compreender esses fenômenos da saúde e o impacto deles na funcionalidade e no modo de viver das pessoas, a OMS lançou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em 2001 (Organização Mundial da Saúde, 2015). Ela é uma estrutura de referência para ser utilizada por diferentes profissões, gestores e desenvolvedores de políticas públicas.

A CIF tem como objetivos retratar os estados de saúde da população sob a perspectiva biopsicossocial, considerando não apenas o diagnóstico clínico dela, mas além, sobre como a condição de saúde que ela apresenta está interferindo em sua vida diária, em sua participação na vida social e de que forma seu ambiente está influenciando de forma positiva ou negativa o seu agir (Stucki e Grimby, 2004).

Essa perspectiva possibilita ao profissional de saúde escutar e dialogar com as necessidades locais e regionais dos indivíduos (Vale, 2009), podendo agir de forma mais assertiva.

Em 2017, a OMS publicou um chamado para ação denominado “*Rehabilitation 2030: a call for action*” (Gimigliano e Negrini, 2017), no qual elenca ações para que as pessoas além de viver mais, que vivam melhor. Isso significa que tenham mantida ou aumentada sua funcionalidade, ainda que elas tenham um diagnóstico clínico (Organização Mundial da Saúde, 2015). Dentre as ações previstas está a disseminação de alta qualidade de profissionais de saúde (Gimigliano e Negrini, 2017; Krug e Cieza, 2017). Dessa forma, garantir o aprimoramento da formação de profissionais da saúde abrange o acompanhamento das tendências de perfis demográficos e o uso de tecnologias atuais, mundialmente referenciadas que atendam as demandas populacionais.

Para que a abordagem e a avaliação do profissional de saúde cubra os aspectos supracitado, é necessário que sua formação esteja ancorada em um modelo de saúde que os englobe. Esse modelo é chamado biopsicossocial (Organização Mundial da Saúde, 2015), e visa retratar aspectos da saúde para além da condição clínica ou do diagnóstico do indivíduo. Ela passa a considerar a experiência vivida de saúde, considerando o que importa em relação a saúde para ele, respeitando sua individualidade, seu ambiente, suas atividades cotidianas, sejam elas possíveis de serem executadas ou limitadas



devido as suas funções e estruturas corporais e até mesmo do contexto que o cerca.

À luz das definições propostas por Merhy e Feuerwerker (2016), para o presente estudo, considerou-se a CIF como uma tecnologia leve-dura. Para o autor, operacionalizar tecnologias leve-duras consiste em permitir o olhar do profissional da saúde sobre o indivíduo, apreendendo o mundo dele e suas necessidades. Isso é permitido a partir de saberes já definidos e a soma do raciocínio clínico do profissional. Portanto, o objetivo do presente estudo foi descrever as impressões de um processo de sensibilização sobre o modelo biopsicossocial utilizando a CIF como referência a alunos de graduação de Fisioterapia.

2 DESENVOLVIMENTO E RESULTADOS

2.1 Percurso metodológico

O presente estudo contempla uma etapa metodológica de uma tese de doutorado que está em andamento pelo Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição pelo parecer número 2.727.875.

A sensibilização realizada ocorreu em quatro encontros de três horas cada, semanalmente na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), com dois grupos de 15 alunos do sexto período do curso de Fisioterapia, um no período da manhã e um no da noite. Todos os encontros contaram com um pesquisador-observador, para registrar qualitativamente impressões e relatos dos alunos sobre a sensibilização. Tais informações foram analisadas posteriormente quanto ao conteúdo conforme recomendado por Minayo, Delandés, Gomes (2012).

A estrutura teórica seguiu o formato orientado em uma ferramenta *online* e gratuita da OMS, chamada *ICF e-learning tool* (ICF Research Branch, 2017). O acesso em português a esse conteúdo ainda está em processo de



desenvolvimento. O desenvolvimento das atividades práticas para a sensibilização se deu após a pesquisadora participar do workshop da CIF, realizado no Centro de Paraplegia da Suíça. Esse local está em cooperação com o Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais, sediado na Alemanha.

2.1.1 Descrição dos encontros

Na abertura do primeiro encontro ocorreu a apresentação pessoal e foi perguntado quais as expectativas com relação a sensibilização. Ao buscar seguir uma ordem das ideias que foram expostas nesse momento saiu o seguinte: “a CIF cai de paraquedas em nossas vidas”, gostaria de saber “para que serve”, “entender de um modo mais simples, mais fácil” o que é a CIF; “muitas vezes em palestras as coisas sobre a classificação ficam vagas e parecem jogadas”. A partir dessas colocações a pesquisadora responsável pela sensibilização complementou que as dúvidas e colocações seriam esclarecidas nos momentos oportunos e contextualizou, já no momento de apresentação da CIF, o porque ela foi criada, em qual contexto. Tal esclarecimento foi possível a partir das leituras prévias dos materiais de Laurenti (1991), Laurenti e Buchalla (1999) e da própria CIF.

Outras colocações se referiram à estrutura da classificação e seu uso: “como se aplica”, “não sabemos como usar”, “como entender os códigos, qual a ordem de importância deles?”, “é universal, mas nem todos os profissionais usam. Falta integração entre os profissionais”, “como achar os códigos certos que devo usar e como faço isso?”, “em que momento devo escolher o código? Quando estou com o paciente devo parar e pegar a CIF?”

A pesquisadora responsável pela sensibilização explicou sobre a fundamentação teórica da sensibilização, conforme as diretrizes da OMS e expôs o que seria trabalhado em cada um dos quatro encontros (Quadro 1). Em seguida, foi distribuído e assinado pelos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



O tema do primeiro encontro foi “Conhecer a CIF e o modelo de saúde proposto por ela”. Para tanto, foi dada uma folha A4 em branco para cada aluno e um canetão preto para que pudessem refletir e responder “O que é a CIF para mim?”. Cada aluno colou seu papel na parede e foi sugerido que olhassem os demais papéis para que pudessem ter uma visão geral das respostas do grupo. Assim, a pesquisadora foi acrescentando as informações levantadas pelo grupo durante a explanação do material expositivo. Foi definido o que é a CIF em relação a ser uma classificação e o que isso representa. Foi contextualizado o processo histórico para se chegar até ela. Para isso, a pesquisadora contou o processo de desenvolvimento da Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e o perfil epidemiológico a que ela respondia. O material utilizado para essa etapa foi o de Laurenti (1991) e Laurenti e Buchalla (1999), que fazem tal resgate histórico.

Foi abordado que a CID e a CIF são complementares e juntas geram um olhar mais amplo sobre as informações relacionadas às condições de saúde de um indivíduo.

Ainda, abordou-se que cada uma das classificações traz consigo uma forma de o profissional realizar sua abordagem ao indivíduo que atende, portanto, um modelo de saúde.

Nesse momento, explicou-se o modelo biomédico representando a CID e o modelo biopsicossocial, representado pela CIF. Para auxiliar a visualização desses dois modelos, a pesquisadora desenvolveu dois casos de pacientes que acompanhou durante a sua formação na Clínica Escola de Fisioterapia da instituição do estudo.

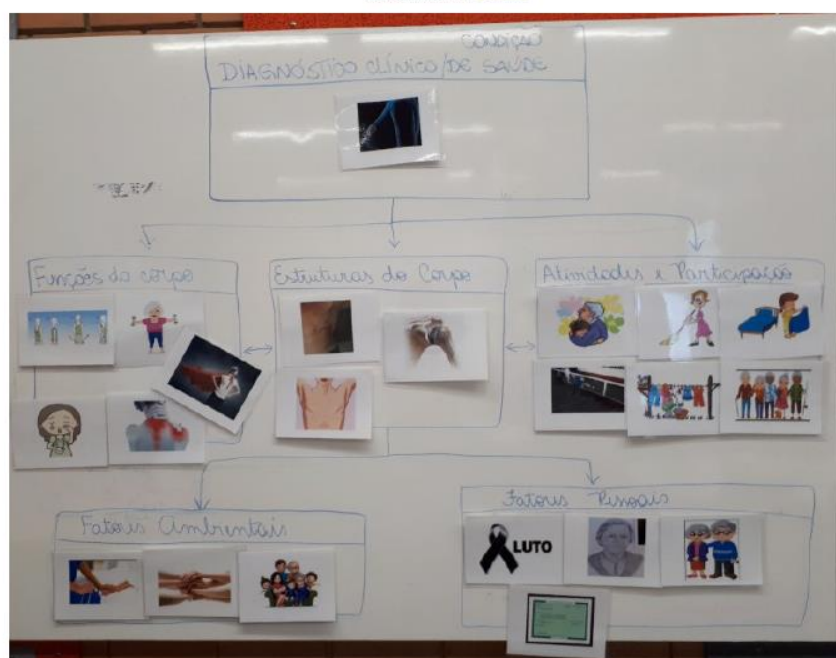
Nesses dois casos, desenvolveu uma versão para cada do modelo biomédico e do modelo biopsicossocial. Nesse momento, os alunos tiveram um tempo para ler os casos e marcar com uma caneta marca texto que receberam, o que tinham percebido de relevante nos dois casos. Foram estimulados pela pesquisadora a relatar diferenças que percebiam (Quadro 1). Anterior ao término do primeiro encontro foi recapitulado o que foi visto relembando as seguintes perguntas: “O que é a CIF?”, “Como ela surgiu?” e “Qual é o modelo de saúde que ela propõe?”.



Para finalizar o encontro foi perguntado à eles “O que eu levo do encontro de hoje?”. As informações obtidas podem ser visualizadas no Quadro 1.

No segundo encontro o tema foi “Apresentação da estrutura e do conteúdo da CIF”. Para esse encontro, todos os alunos tiveram o livro da CIF atualizado disponível para uso. Iniciou-se o encontro pelo diagrama da CIF. Em uma folha com o diagrama em branco, os alunos foram completando as informações para terem uma visão geral do conteúdo contemplado pela CIF. Em seguida, foi explicado sobre cada um dos quatro componentes da CIF e as respectivas letras que os representam. Os alunos então completaram o diagrama com as letras representadas por cada um dos componentes. Para aproximá-los do conteúdo da CIF, a pesquisadora havia desenhado previamente o mesmo diagrama no quadro da sala. Orientou-se que escolhessem quais dos dois casos apresentados gostariam de trabalhar. Ao escolherem, a pesquisadora distribuiu figuras impressas e plastificadas das informações mais representativas do caso. Assim, distribuídos em três grupos de cinco alunos, eles olhariam as figuras e as disporiam nos diagramas desenhados. Ao terminarem, percorreriam os demais grupos e verificariam semelhanças e diferenças. Em seguida, todos realizaram seus comentários e tiraram suas dúvidas. O resultado dessa atividade pode ser visto na Figura 1 e os comentários dos alunos no Quadro 1.

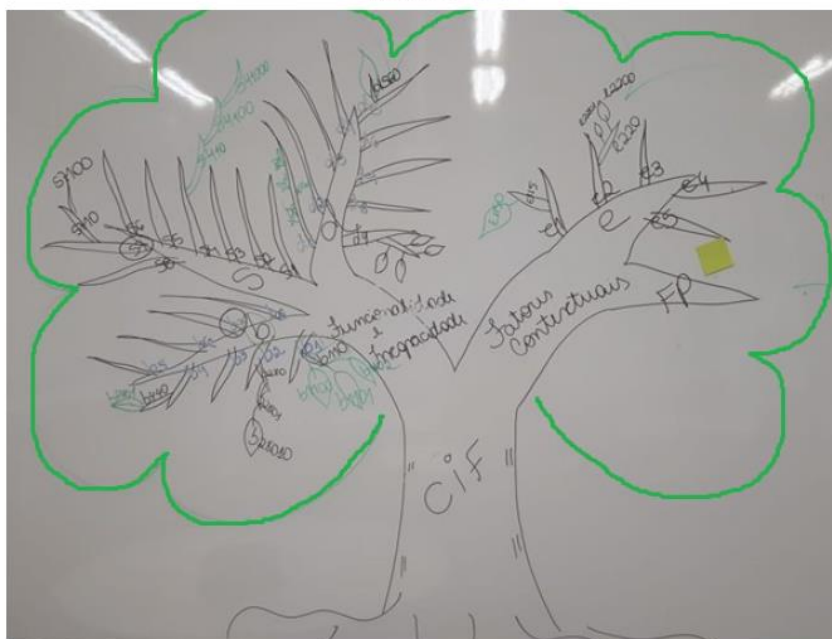
Figura 1- Inserção das informações do estudo de caso no diagrama da CIF



Fonte: as autoras, 2018.

Em seguida, foi distribuído um diagrama do conteúdo da CIF. Esse material foi adaptado do estudo de Prodingler *et al.* (2016). A pesquisadora deixou exposto na tela do projetor e foi percorrendo o diagrama junto com os alunos. A cada etapa, mostrava na CIF onde estavam percorrendo. Para fixar essa etapa complexa da estruturação e do conteúdo mais geral da CIF, foi construída uma árvore na qual cada um poderia escolher um componente e desmembrar a classificação no seu sistema tronco-ramo-folha. O resultado desse exercício pode ser visualizado na figura 2.

Figura 2- Exercício para explorar o sistema tronco-ramo e folha da CIF



Fonte: as autoras, 2018.

No terceiro encontro, como forma de relembrar o sistema da CIF, foi sugerido que retomassem o caso que foi trabalhado, e com as figuras trabalhadas no diagrama, que identificassem na CIF as categorias que melhor representassem aquele conteúdo. As categorias que acharam foram inseridas por eles na estrutura da árvore construída em sala. Assim, depois de identificadas todas as possíveis categorias, a árvore ficou conforme a figura 3. Eles seguiram o conceito teórico de tronco-ramo-folha.

Figura 3- Sistema tronco-ramo-folha usando informações do estudo de caso



Fonte: as autoras, 2018.

Em seguida dessa atividade, foi apresentado a eles os qualificadores de cada componente da CIF. Os exemplos trabalhados foram referentes ao caso e foi apresentado para cada componente uma categoria e sua codificação.

No quarto e último encontro, foi rememorada a ficha de avaliação fisioterapêutica e foi exercitada a convergência entre os itens anotados em uma anamnese, com o diagnóstico fisioterapêutico e com os objetivos de tratamento fisioterapêutico.

Como forma de expressar os resultados, um quadro foi construído para contemplar as informações sobre os encontros e as impressões registradas de forma qualitativa. De cada encontro analisou-se qualitativamente o material registrado pelas pesquisadoras observadoras e registraram-se as impressões mais representativas referidas pelos alunos.

Quadro 1- Impressões representativas dos alunos durante os encontros de sensibilização sobre a CIF



Encontro	Temática	Impressões relatadas pelos alunos
1	Conhecer o que é a CIF e o modelo de saúde proposto por ela;	“A sensibilização deveria ter sido no início do semestre, não entendíamos, nem fazíamos assim”
2	Apresentar a estrutura e o conteúdo da CIF	“Alguns itens confundem, como os fatores ambientais e os pessoais”; “Identificar a queixa do paciente a partir de um olhar no modelo biopsicossocial e adaptar os exercícios para que as metas fossem atingidas fez toda a diferença”
3	Especificar os componentes, capítulos e categorias da CIF junto com os respectivos qualificadores;	“As ramificações da árvore da CIF são iguais a um desktop, você entra em uma pasta, em outra e em outra até chegar na mais específica”; “Imagine usar a CIF no fluxograma, vai ficar gigante!”; “Esse olhar é mais humanizado”; “Quando for fazer a avaliação vou pensar diferente”; “Para chegar num objetivo precisamos saber o que o paciente precisa”; “Tornou mais simples encontrar os objetivos e como escolher o tratamento”
4	O modelo de saúde proposto pela CIF e a CIF na avaliação fisioterapêutica	“Selecionar perguntas para fazer ao paciente, além das que estão relacionadas com a dor facilitam a preparação que antecede a avaliação”; “Olho a CIF com outros olhos, sem medo, que não vai atrapalhar e sim ajudar o meu trabalho”; “Une os meus objetivos com os do paciente”; “Simular as atividades do paciente na fisioterapia o ajuda a compreender os movimentos”; “Foi importante para clarear a ligação de um acometimento com o outro e correlacionar com os códigos. E o final gera um outro olhar”; “Ajuda a investigar melhor o paciente durante a avaliação”

Outras observações captadas pelos pesquisadores observadores foram de que as atividades práticas com as figuras do modelo permitiram maior



envolvimento com os alunos e entre eles. Eles conseguiram, por exemplo, consenso sobre as escolhas das categorias nos locais mais adequados no diagrama da CIF, pois dependerá do olhar do profissional e do próprio indivíduo que está sendo avaliado. Conseguiram também levar o conhecimento aprendido para suas atividades acadêmicas, mudando inclusive a condução da terapêutica de um paciente que um dos grupos atendia. Assim, uma das alunas relatou que esse olhar fez toda a diferença para que o paciente atingisse o objetivo almejado.

Um outro aluno relatou que antes do encontro achava que escolhia as categorias de forma errada, e percebeu que não precisava usar sempre as categorias mais específicas (analogia com as folhas da CIF).

Outras colocações se relacionam à completude das informações, que é um dos objetivos da CIF. Os alunos identificaram que o momento da avaliação onde as informações e as palavras-chave para gerar informações da CIF deveriam ser extraídas é a anamnese. Porém, manifestaram que isso exigiria um maior tempo de atendimento. Outros alunos apresentaram que não se conseguem as informações de forma rápida, mas sim ao longo dos atendimentos.

O entendimento e uso da CIF vem sendo explorado em diferentes estudos no Brasil e no mundo. Na primeira década após sua publicação em 2001, os estudos tinham características mais teóricas de conceitos da classificação (Ruaro *et al.*, 2012). Alguns, tinham o enfoque de abordar quais conteúdos da CIF já eram utilizados em instrumentos de medida na área da saúde (Fayed *et al.*, 2011). Em seguida, outros estudos iniciaram a aplicação da CIF (Castaneda *et al.*, 2014). Primeiro de suas categorias e em seguida com o uso de seus qualificadores, porém sem muito discorrer qualitativamente sobre as impressões de seus usuários. Dois estudos realizaram sensibilizações sobre a CIF, um com profissionais de diferentes áreas da saúde (Beraldo, 2017) e o outro com alunos de Fisioterapia que atendiam crianças com alterações neurológicas (Jelsma e Scott, 2011). Ambos passaram informações sobre a CIF aos participantes e tinham como objetivo avaliar as informações obtidas dos pacientes após a sensibilização. Identificaram maior abrangência e aumento do número de informações coletadas sobre funcionalidade. O recorte do presente visou descrever as impressões do processo de sensibilização



sobre o modelo biopsicossocial com o entendimento de que a operação de uma tecnologia é realizada a partir de um modo operante do usuário, que, segundo Merhy (2016) “dará ou não a razão instrumental” para a tecnologia.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que com a explicação do modelo biopsicossocial e da estrutura da CIF tornou-se “mais simples encontrar os objetivos para o tratamento”, pois precisam “saber o que o paciente precisa” que esse modelo apresenta um “olhar mais humanizado”, que os fazem “pensar diferente”, de forma mais “global”. Uma das conclusões alcançadas pelos alunos foi que para acessar tais informações é necessário escutar o paciente, aproveitando o campo de anamnese. Porém, isso exige uma dedicação de tempo maior durante o atendimento e, muitas vezes as informações podem ser acrescidas ao longo dos atendimentos.

REFERÊNCIAS

- BERALDO, Pedro. **O uso pedagógico da Classificação, Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a equipe multiprofissional que atua junto a pacientes renais crônicos em hemodiálise, com foco na qualidade de vida.** 2016. Tese (Pós graduação em Odontologia) – Pontofícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2016.
- CASTANEDA, L.; BERGMANN, A.; BAHIA, L. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais.** Rev Bras Epidemiol, v. 17, n. 2, p. 437-51, 2014.
- FAYED, N.; CIEZA, A.; EDMOND BICKENBACH, J. **Linking health and health-related information to the ICF: a systematic review of the literature from 2001 to 2008.** Disability and rehabilitation, v. 33, n. 21-22, p. 1941-1951, 2011. ISSN 0963-8288.
- GIMIGLIANO, F.; NEGRINI, S. **The World Health Organization “Rehabilitation 2030—a call for action”.** European journal of physical and rehabilitation medicine, v. 53, n. 2, p. 155-168, 2017. ISSN 1973-9087.
- ICF RESEARCH BRANCH. **ICF e-learning.** 2017 Disponível em: <https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool>. Acesso em: 15 abr. 2019.



JELSMA, J.; SCOTT, D. **Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study.** *Physiotherapy*, v. 97, n. 1, p. 47-54, 2011. ISSN 0031-9406.

KRUG, E.; CIEZA, A. **Strengthening health systems to provide rehabilitation services.** *Neuropsychological rehabilitation*, p. 1-3, 2017. ISSN 0960-2011.

LAURENTI, R. **Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças.** *Rev Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 407-17, 1991.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. **O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde Use of disease family classification in epidemiology.** *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 4, p. 685-700, 1999.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro: Hexis, v. 1, p. 59-72, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 32 ed. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2012.

NUBILA, D.; VENTURA, H. B.; BUCHALLA, C. M. **O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade.** *Rev. bras. epidemiol.*, v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008. ISSN 1415-790X.

ORGANIZATION, W. H. **The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millenium: report of a WHO scientific group.** 2003.

PRODINGER, B.; BALLERT, C. S.; CIEZA, A. **Setting up a cohort study of functioning: From classification to measurement.** *Journal of rehabilitation medicine*, v. 48, n. 2, p. 131-140, 2016. ISSN 1650-1977.

RUARO, J. A. et al. **An overview and profile of the ICF's use in Brazil-a decade of history.** *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 16, n. 6, p. 454-462, 2012. ISSN 1413-3555.

SAÚDE, M. D. **Política Nacional de Saúde Funcional - Construindo MAIS saúde para a população.** p. 31, 2011. Acesso em: 20/06/2016.

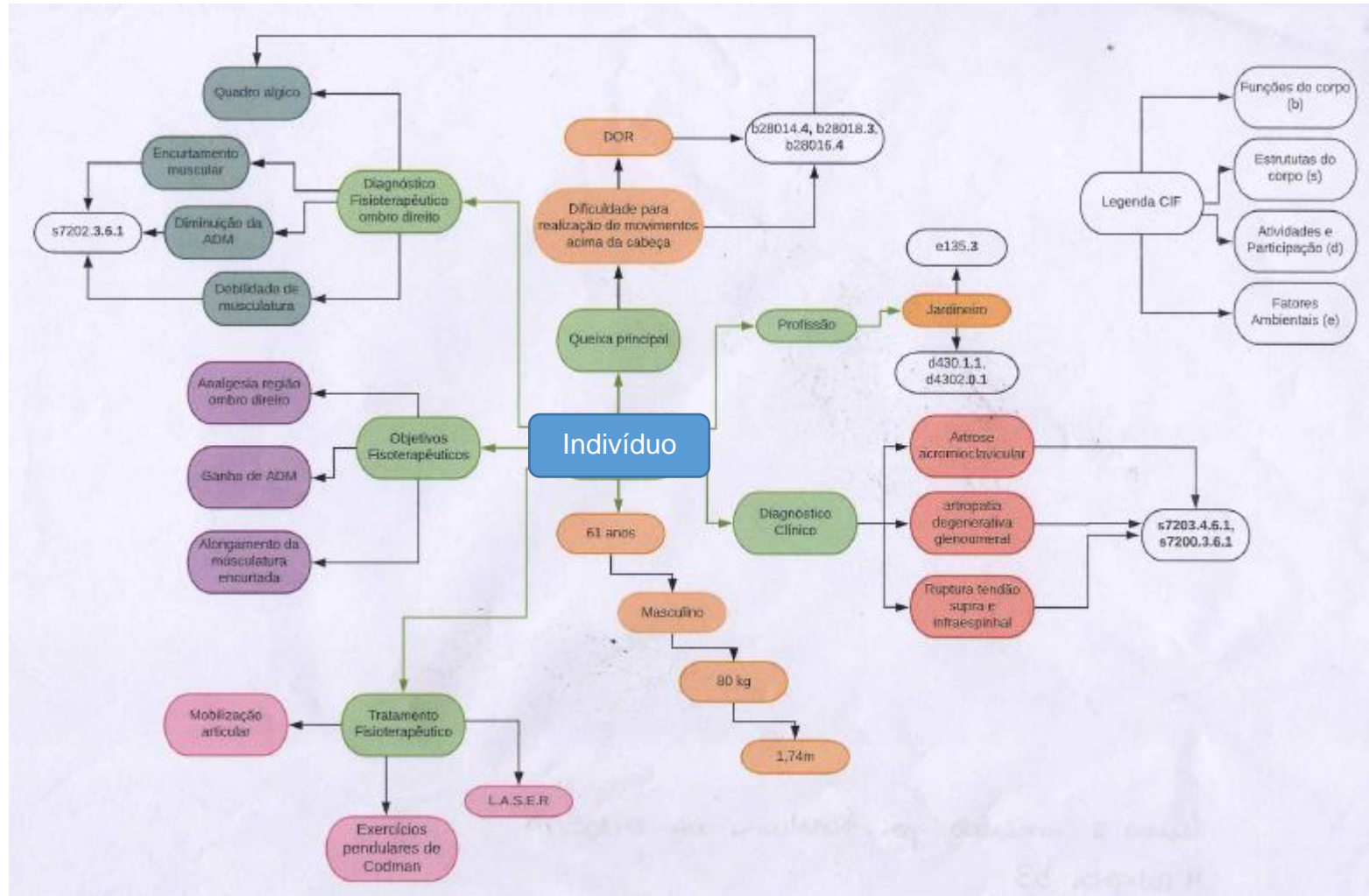
SAÚDE, O. M. D. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** São Paulo: EDUSP, 2003.

STUCKI, G.; GRIMBY, G. **Applying the ICF in medicine.** *Journal of Rehabilitation Medicine*, n. 44 Suppl, p. 5, 2004. ISSN 1650-1977.



VALE, M. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF): Conceitos, Preconceitos e Paradigmas. Contributo de um Construto para o Percorso Real em Meio Natural de Vida. 2009.

ANEXO D DIAGRAMA TÍPICO DESENVOLVIDO DEPOIS DA SENSIBILIZAÇÃO



ANEXO E DIAGRAMA TÍPICO DESENVOLVIDO ANTES DA SENSIBILIZAÇÃO

