

## Artigo Original

### **Avaliação funcional dos pacientes da unidade de terapia intensiva do Centro de Reabilitação e Readaptação Doutor Henrique Santillo**

#### ***Functional evaluation of the patients of the intensive care unit of the Rehabilitation and Readaptation Center Doctor Henrique Santillo***

Fernanda Silva Rocha<sup>1</sup>; Flávia Martins Gervásio<sup>2</sup>; Giulliano Gardenghi<sup>3</sup>

#### **Resumo**

**Introdução:** A CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) é hoje o modelo da OMS (Organização Mundial de Saúde) para saúde e incapacidade, constituindo a base conceitual para definição, mensuração e formulação de políticas nesta área. Dentre as áreas de saúde, uma das que mais tem relação com a funcionalidade e a incapacidade é a Fisioterapia. Um passo crítico para o futuro da profissão de fisioterapeuta é o desenvolvimento de estratégias diagnósticas condizentes com sua prática clínica. **Objetivo:** avaliar a aplicabilidade da CIF como parâmetro funcional da admissão e alta dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva do CRER. **Casuística e Métodos:** Estudo transversal e retrospectivo. Foram coletadas 192 fichas de CIF, das quais, 133 foram incluídas neste estudo. **Resultados:** Foram encontrados dados como alta porcentagem de inaplicabilidade da CIF; aumento do número de pacientes que recebem alta com ausência de deficiência do aparelho respiratório; piora do quadro de mobilidade articular; entre outros. **Conclusão:** A aplicação da CIF como método padrão de avaliação fornece uma descrição mais holística do paciente, com criação de um programa mais funcional, porém a extensão e a complexidade da classificação impedem seu uso efetivo. **Descritores:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Cuidados Críticos; Medicina Física e Reabilitação.

#### **Abstract**

**Introduction:** ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) is now the model of the WHO (World Health Organization) for health and disability, providing the conceptual basis for the definition, measurement and policy formulation in this area. Among the areas of health, one of which has more relation to functioning and disability is physical therapy. A critical step for the future of the profession of physiotherapist is developing diagnostic strategies consistent with their clinical practice. **Aim:** The aim of this study was to evaluate the applicability of the ICF as a functional parameter of the admission and discharge of patients admitted to the CRER Intensive Care Unit. **Casuistic and Methods:** Cross-sectional and retrospective. We collected 192 tokens CIF, of which 133 were included in this study. **Results:** We found a high percentage of data as inapplicability of the CIF; increased number of patients who are discharged with no respiratory impairment, worsening of joint mobility, among others. **Conclusion:** The application of CIF as a standard method of assessment provides a more holistic patient, creating a more functional, but the extent and complexity of classification prevents its effective use.

**Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health; Critical Care; Physical and Rehabilitation Medicine.

1. Fisioterapeuta; Especialista em Fisioterapia Hospitalar pelo CEAFI Pós-graduação, Goiânia/GO – Brasil.

2. Fisioterapeuta; Doutora em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília (UnB); Professora Titular da Universidade Estadual de Goiás, Goiânia/GO – Brasil.

2 Fisioterapeuta, Doutor em Ciências pela FMUSP, Coordenador Científico do Hospital ENCORE/GO, Coordenador Científico do CEAFI Pós-graduação/GO e Coordenador do Curso de Pós-graduação em Fisioterapia Hospitalar do Hospital e Maternidade São Cristóvão, São Paulo/SP – Brasil.

---

*Artigo recebido para publicação em 11 de setembro de 2016.*

*Artigo aceito para publicação em 30 de outubro de 2016.*

## Introdução

Uma das missões da Organização Mundial da Saúde (OMS) consiste na produção de Classificações Internacionais de Saúde que representam modelos consensuais a serem incorporados pelos Sistemas de Saúde, gestores e usuários, visando a utilização de uma linguagem comum para a descrição de problemas ou intervenções em saúde<sup>1</sup>.

A CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), aprovada pela 54ª Assembléia Mundial de Saúde no ano de 2001<sup>2,3</sup>, é hoje o modelo da OMS para saúde e incapacidade, constituindo a base conceitual para definição, mensuração e formulação de políticas nesta área<sup>4</sup>. Pertence à "família" das classificações internacionais desenvolvida pela OMS, na qual as condições de saúde são classificadas principalmente na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão) que fornece uma estrutura de base etiológica<sup>5</sup>, anatômica e de causas externas das lesões<sup>6</sup>. As duas classificações são complementares e devem ser utilizadas em conjunto, pois a CID-10 fornece um "diagnóstico" de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde, e estas informações são complementadas pelas informações adicionais fornecidas pela CIF sobre a funcionalidade<sup>4</sup>.

A CIF transformou-se, de uma classificação de "consequências da doença" (versão de 1980) em uma classificação de "componentes da saúde". Os "componentes da saúde" identificam o que constitui a saúde, enquanto que as "consequências" se referem ao impacto das doenças na condição de saúde das pessoas<sup>5</sup>. Descreve assim a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa "pode ou não pode fazer na sua vida diária", tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do

corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive<sup>7,8</sup>.

As informações contidas na CIF são divididas em duas partes: (1) Funcionalidade e Incapacidade e (2) Fatores Contextuais. Cada parte se constitui de dois componentes e podem ser expressos em termos positivos e negativos<sup>5</sup>. Estas informações encontram-se descritas no quadro 1.

**Quadro 1: Conceitos e terminologias da CIF**

COMPONENTES	PARTE I: INCAPACIDADE E FUNCIONALIDADE		PARTE II: FATORES AMBIENTAIS	
	Funções e Estruturas do corpo	Áreas vitais	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
CONSTRUCTOS	Mudança das funções do corpo  Mudança das estruturas do corpo	Capacidade Execução de tarefas em ambiente padrão  Desempenho Execução de tarefas em ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
ASPECTOS POSITIVOS	Integridade funcional e estrutural	Atividade e Participação	Facilitadores	Não aplicável
ASPECTOS NEGATIVOS	Deficiência  Incapacidade	Limitação da capacidade  Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável

**Fonte: OMS. CIF. São Paulo: Edusp, 2003. Pag.10.**

A CIF utiliza um sistema alfanumérico no qual as letras **b**, **s**, **d** e **e** são utilizadas para indicar Funções do Corpo; Estruturas do Corpo; Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Essas letras são seguidas por um código numérico que começa com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito cada). Todos os componentes classificados na CIF são quantificados através da mesma escala genérica, descritos a seguir<sup>2,5</sup>.

## Quadro 2: Descrição dos qualificadores

Código/ Qualificador	Descrição do Qualificador	Extensão do comprometimento	Percentil
xxx.0	NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa,...)	0-4 %
xxx.1	Deficiência LEVE	(leve, pequena,...)	5-24 %
xxx.2	Deficiência MODERADA	(média,...)	25-49 %
xxx.3	Deficiência GRAVE	(grande, extrema,...)	50-95 %
xxx.4	Deficiência COMPLETA	(total,...)	96-100 %
xxx.8		não especificada	
xxx.9		não aplicável	

**Fonte: Adaptado OMS, 2003. Pag. 21<sup>5</sup>**  
**Utilização da CIF pela equipe de fisioterapia na UTI**

Dentre as áreas de saúde, uma das que mais tem relação com a funcionalidade e a incapacidade é a Fisioterapia<sup>2</sup>. Um passo crítico para o futuro desta profissão é o desenvolvimento de estratégias diagnósticas condizentes com sua prática clínica<sup>4</sup>. O profissional deve estar apto a identificar as discrepâncias que existem entre o nível de função desejado pelo paciente e sua capacidade de alcançá-lo<sup>9,10</sup>. O tratamento deve ser baseado no perfil funcional identificado pelo fisioterapeuta, pois o diagnóstico médico não provê informações suficientes acerca das consequências das doenças e de seus impactos em todas as dimensões da funcionalidade humana<sup>4</sup>.

A utilização da CIF pelos profissionais envolvidos no processo de reabilitação aumenta a qualidade e a individualidade dos dados relativos aos pacientes, pois duas pessoas com a mesma doença podem apresentar diferentes manifestações funcionais e duas pessoas com capacidade funcional equivalente não necessariamente apresentam a mesma condição de saúde<sup>11</sup>.

A CIF possui como propostas de objetivos: criar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde, dos estados relacionados com a saúde, dos resultados e dos determinantes; estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde; proporcionar um esquema de codificação sistemático e universal com aplicação nos sistemas de informação de saúde<sup>5</sup>.

Assim sendo, faz-se objetivo deste trabalho avaliar a funcionalidade e incapacidade do paciente crítico admitido na Unidade de Terapia Intensiva do Centro de Reabilitação e Readaptação Doutor Henrique Santillo (CRER).

## Casuística e Métodos

Trata-se de um estudo, retrospectivo, descritivo a partir dos prontuários, especificamente, das fichas de avaliação no formato da CIF.

A amostra consistiu de 133 fichas de pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva do CRER, no período de outubro de 2011 a fevereiro de 2012, tendo como critérios de inclusão, fichas com todos os itens preenchidos e, como critérios de exclusão, fichas incompletas e óbitos. Cabe ressaltar que a população da UTI é composta em sua maioria por idosos, sexo masculino e com muitas comorbidades, sendo o principal diagnóstico de admissão o acidente vascular cerebral<sup>12</sup>.

Quanto aos aspectos éticos, os benefícios do estudo correlacionam-se à avaliação da funcionalidade e incapacidade do paciente crítico. Enquanto o risco apresenta-se nulo devido a não exposição da pessoa humana e a não influência sobre a conduta clínica.

Os dados referentes à: Funções da consciência; Dor; Função do aparelho respiratório; Função do aparelho cardiovascular; Funções relacionadas às articulações; Funções relacionadas à força muscular; Funções relacionadas ao tônus muscular; Mudança e manutenção da posição do corpo foram colhidas diretamente das fichas de avaliação da CIF. O preenchimento da mesma foi realizado, separadamente e criteriosamente, pelo fisioterapeuta durante a admissão e alta de todos os pacientes. Na CIF são avaliados alguns capítulos de funções do corpo (*b*) e suas atividades e participação (*d*).

Na análise dos resultados, os dados foram transcritos para o software Excel<sup>®</sup> sendo que posteriormente foram geradas tabelas, as quais tiveram seus resultados expressos de forma discursiva.

## Resultados

Foram coletadas 192 fichas de CIF, das quais 59 não se enquadravam nos critérios de inclusão/exclusão, restando uma amostra de 133 pacientes incluídos neste estudo.

Os dados coletados referem-se ao período de admissão e de alta dos pacientes internados na UTI Neurológica do CRER, no período de outubro de 2011

a fevereiro de 2012. Quanto às suas interpretações da CIF, os qualificadores numéricos variam de 0 a 9 e representam o grau de comprometimento funcional dos pacientes, já anteriormente apresentados no **Quadro 2** (Descrição dos qualificadores).

Em relação ao nível de consciência, 42,85 % são admitidos com ausência ou mínimo grau de comprometimento e 34,58% apresentam-se graves e/ou sem condições de avaliação. O nível de dor apresenta melhora na alta (tabela 1).

**Tabela 1- Avaliação funcional do nível de consciência e dor (N=133)**

CÓD.	Nível de consciência		Nível de dor	
	ADMISSÃO	ALTA	ADMISSÃO	ALTA
0	32	65	54	86
1	25	32	9	18
2	19	17	7	3
3	11	7	1	4
4	14	12	0	1
8	0	0	2	0
9	32	0	60	21
TOTAL= 133 pacientes				

Na avaliação funcional do aparelho respiratório (tabela 2) nota-se um aumento do número de pacientes que recebem alta com ausência de deficiência.

Quanto à frequência respiratória (FR), 28,56% dos pacientes são admitidos com moderada, grave e/ou completa deficiência. Na alta, 79,69% dos pacientes deixam a unidade com leve e/ou nenhuma deficiência.

Quanto ao ritmo respiratório (RR), 8,26% dos pacientes são admitidos com moderada, grave e/ou completa deficiência. Na alta, 94,73% apresentam-se com leve e/ou ausência de deficiência. E, 2,25% recebem alta com grave deficiência sendo liberados para o setor de internação em uso de ventilador portátil bilevel.

Quanto à tosse, 15,03% dos pacientes recebem alta apresentando grave e/ou completa deficiência.

Na avaliação da função dos músculos respiratórios torácicos (FMRT), 12,76% são admitidos com moderada, grave e/ou completa deficiência. E, 86,64% recebem alta com leve e/ou ausência de deficiência.

Quanto à função diafragmática (FD), 15,77% são admitidos com moderada, grave e/ou completa deficiência. E, 84,95% recebem alta com leve e/ou nenhuma deficiência.



**Tabela 2- Avaliação funcional do aparelho respiratório (N=133)**

CÓD.	FR		RR		Tosse		FMRT		FD		FMRSR	
	ADMIS	ALTA										
0	78	103	83	115	35	61	59	101	57	98	65	104
1	0	3	14	11	28	36	22	14	20	20	18	16
2	34	27	6	4	18	15	4	7	8	9	4	4
3	2	0	1	0	12	12	9	4	9	5	6	4
4	2	0	4	3	11	8	4	3	4	1	3	1
8	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
9	17	0	25	0	28	0	35	4	35	5	37	5
TOTAL = 133 pacientes												

**LEGENDA:** FR= frequência respiratória; FMRT= Função dos músculos respiratórios torácicos.

Na avaliação funcional do aparelho cardíaco ocorre estabilização da parte hemodinâmica dos pacientes no momento da alta. Percebe-se ainda 6,7% de pacientes na condição de impossibilidade de avaliação durante a alta na categoria Sensações associada às funções cardíacas e respiratórias (SAFCR) devido ao grau de comprometimento cognitivo dos mesmos (tabela 3).

**Tabela 3- Avaliação funcional do aparelho cardíaco (N= 133)**

CÓD.	FC		PA		SAFCR	
	ADMIS	ALTA	ADMIS	ALTA	ADMIS	ALTA
0	38	59	84	108	89	110
1	57	48	23	20	12	11
2	27	24	16	5	2	3
3	9	2	5	0	2	0
4	0	0	3	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0
9	2	0	2	0	28	9
TOTAL = 133 pacientes						

**LEGENDA:** FC: frequência cardíaca; PA= Pressão arterial;SAFCR= Sensações associadas às funções cardiovascular e respiratória.

Na avaliação funcional das articulações (tabela 4), nota-se no quadro de Mobilidade uma piora nesta categoria ao longo da internação, sendo que, 9,02% dos pacientes são admitidos com deficiência moderada e/ou grave na mobilidade de várias articulações e esse percentil se eleva para 12,58% no momento da alta.

Em relação à avaliação da estabilidade das articulações (tabela 4), 4,5% são admitidos com leve e/ou moderada deficiência em uma única articulação, mantendo-se o mesmo percentil no momento da alta.

#### 4- Avaliação funcional das articulações (N=133)

CÓD.	MOBILIDADE						ESTABILIDADE					
	MUA		MVA		MGA		EUA		EVA		EGA	
	ADMIS	ALTA	ADMIS	ALTA	ADMIS	ALTA	ADMIS	ALTA	ADMIS	ALTA	ADMIS	ALTA
0	50	53	52	54	84	78	59	64	58	62	98	105
1	4	2	1	4	5	8	3	3	2	5	5	3
2	1	3	6	7	5	10	3	3	3	3	0	3
3	1	3	6	6	3	3	0	1	3	4	0	0
4	1	3	6	11	3	4	2	3	1	2	1	1
8	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
9	75	68	61	50	33	30	65	58	65	56	28	20
TOTAL = 133 pacientes												

**LEGENDA:** MUA= Mobilidade de uma única articulação; EUA= Estabilidade de uma única articulação; MVA= Mobilidade de várias articulações; EVA= Estabilidade de várias articulações; MGA= Mobilidade geral das articulações; EGA= Estabilidade geral das articulações.

Na avaliação funcional da força muscular (tabela 5) o maior comprometimento ocorre em um hemicorpo (FMLC) chegando a 24,8% de paciente com grave e/ou completa deficiência. Porém no momento da alta este percentil sofre um decréscimo importante chegando à apenas 7,51% de pacientes com grave e/ou completa deficiência. A força dos músculos do tronco aparece bastante reduzida mesmo no momento da alta, chegando a 12,77% de pacientes com moderada e/ou grave deficiência.

#### Tabela 5- Avaliação funcional da força muscular (N= 133)

CÓD.	FMU		FMLC		FMMC		FMT		FMT		FTMC	
	M				C		M					
	ADMIS	ALT										
0	12	20	12	11	10	18	14	22	17	28	17	22
1	3	10	8	3	7	8	9	14	6	10	8	13
2	6	6	10	5	4	9	5	9	9	8	9	14
3	2	5	13	4	6	8	7	8	5	9	4	12
4	6	9	20	6	5	7	3	6	6	6	6	13
8	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
9	103	82	129	58	100	82	94	73	89	71	88	58
TOTAL = 133 pacientes												

**LEGENDA:** FMUM= Força de um único músculo; FMTM= Força dos músculos de todos os membros; FMLC= Força de um lado do corpo; FMT= Força dos músculos do tronco; FMMC= Força da metade inferior do corpo; FTMC= Força de todos os músculos do corpo.

Na avaliação funcional do tônus muscular, a maior prevalência de alteração ocorre em um lado do corpo (TMLC) com 15,03% de pacientes admitidos com

moderada e/ou grave deficiência. Este percentil cai apenas 1,5% na alta (ou seja, 13,53% recebem alta com moderada e/ou grave deficiência).

**Tabela 6- Avaliação funcional do tônus muscular (N= 133)**

CÓD.	TMUM		TMLC		TMMIC		TMTM		TMT		TMC	
	ADMIS	ALT	ADMI	ALT	ADMI	ALT	ADMI	ALT	ADMI	ALT	ADMI	ALT
0	42	52	44	54	48	53	46	50	53	53	67	72
1	3	8	5	7	4	9	4	9	4	5	5	8
2	8	5	13	11	6	8	6	7	3	7	6	7
3	5	5	7	7	3	1	3	5	4	5	4	7
4	2	7	6	11	3	6	2	2	3	4	2	4
8	1	1	1	0	2	1	2	1	2	1	2	1
9	73	55	57	44	67	55	70	59	64	58	47	34
TOTAL = 133 pacientes												

**LEGENDA:** TMUM= Tônus de um único músculo; TMTM= Tônus dos músculos de todos os membros; TMLC= Tônus de um lado do corpo; TMT= Tônus dos músculos do tronco; TMMIC= Tônus da metade inferior do corpo; TMC= Tônus de todos os músculos do corpo.

Com relação à avaliação funcional da mobilidade, a incapacidade de se avaliar os pacientes (qualificador 9) na capacidade de permanecer de pé chega à 76,69% na admissão dado o grau de comprometimento dos mesmos.

Quanto à capacidade de transferir-se enquanto deitado, o percentil de pacientes com completa deficiência vai de 14,2% no momento da admissão para 33,83% de pacientes completamente incapazes de executar tal tarefa no momento da alta.

**Tabela 7- Avaliação funcional da mobilidade (N= 133)**

Deitar-se		Sentar-se		Pôr-se em pé		Permanecer sentado		Permanecer em pé		Transferir-se enquanto sentado		Transferir-se enquanto deitado	
ADMI	ALT	ADMI	ALT	ADMI	ALT	ADMI	ALT	ADMI	ALT	ADMI	ALT	ADMI	ALT
5	39	8	23	4	13	13	35	4	14	5	23	10	33
7	11	13	21	2	16	8	15	4	16	7	18	7	12
7	9	6	11	4	9	5	7	1	6	2	4	7	8
5	8	8	8	0	7	3	9	1	7	5	11	3	6
18	41	21	43	23	45	18	39	20	46	21	44	19	45
0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
75	24	76	27	99	42	85	28	102	43	92	32	86	28
TOTAL = 133 pacientes													

## Discussão

Na atualidade, os modelos de reabilitação refletem uma mudança de paradigma e definem saúde em termos mais amplos<sup>9,13</sup>, no entanto, os sistemas preditivos utilizados em terapia intensiva ainda primam pela probabilidade de morte e grau de disfunção orgânica, avaliados por índices de gravidade. Os resultados

são quantificados e descritos em números fixos que refletem o quadro clínico<sup>14</sup>. Assim, torna-se imprescindível o uso de parâmetros que avaliem características funcionais relacionadas ao estado de morbidade que sejam capazes de mensurar a funcionalidade<sup>15</sup>, possibilitando melhor compreensão do processo vivenciado pelo indivíduo, desde a instalação da doença até suas consequências funcionais<sup>16,17</sup>.

A utilização da CIF permite a avaliação da função e/ou incapacidade do paciente após uma lesão, seja qual for sua origem. Além de apresentá-la de forma padronizada a fim de se unificar a linguagem<sup>1,2,5</sup>.

No presente estudo, a equipe de fisioterapia da Unidade de Terapia Intensiva do CRER, implantou uma ficha de CIF a fim de avaliar em qual grau de funcionalidade e/ou incapacidade se encontravam os pacientes deste setor no momento da admissão e da alta.

Nota-se na avaliação da função cognitiva, a inaplicabilidade da CIF na fase admissional, em função da gravidade do quadro clínico ou pelo uso de sedativos, em um quantitativo considerável de pacientes. Outro estudo chegou a apresentar um percentil de 81% de pacientes em uso de sedação e 19% com deficiência moderada ou grave quanto ao nível e qualidade de consciência e imprecisão da orientação mental em relação ao tempo, lugar e pessoas do seu ambiente imediato<sup>15</sup>. Também ocorreram limitações na avaliação da dor seja pelo grau de comprometimento clínico ou mesmo cognitivo.

A avaliação funcional do sistema respiratório e cardíaco faz-se necessária, pois parâmetros gerais como estabilidade hemodinâmica e parâmetros específicos como frequência respiratória menor que 25 (FR < 25 irpm), pressão inspiratória máxima menor que -20 cmH<sub>2</sub>O (função diafragmática, pressão expiratória máxima, capacidade de tosse) entre outros são critérios de extubação<sup>18</sup>.

Por essa razão o presente estudo também avaliou a função do aparelho respiratório concluindo que as admissões, na maioria, ocorrem com alteração de moderada a grave dos marcadores funcionais, estando os enfermos submetidos à ventilação mecânica invasiva (VMI). Dados correspondentes também foram verificados na pesquisa realizada com 21 pacientes acometidos por acidente vascular encefálico e assistidos por uma UTI na cidade de Campina Grande (PB) demonstrando que, no tocante ao modo ventilatório utilizado 70,1% dos pacientes apresentaram ventilação mecânica invasiva orotraqueal, seguida de 19,1% de

traqueostomia<sup>15</sup>. Na alta, há predominância da deficiência leve ou mesmo ausência da deficiência nesta função.

A maior limitação funcional dos pacientes está relacionada à capacidade de tosse, que mesmo no momento da alta, apresenta um percentil de 84,95% de pacientes que deixam o serviço com deficiência grave a completa. Estes são os eleitos, muitas vezes, para utilização da traqueostomia.

Os resultados apresentados acima são esperados, visto que nos estudos realizados sobre imobilismo dos pacientes críticos evidenciam-se redução do volume minuto, capacidade pulmonar total, capacidade residual funcional, volume residual e volume expiratório forçado, movimentos diafragmáticos e intercostais diminuídos com posterior perda de força muscular, dificuldade na eliminação das secreções, sendo a tosse menos efetiva e a função ciliar reduzida<sup>19</sup>.

Na função do aparelho cardíaco percebe-se estabilização hemodinâmica na alta. A dificuldade de avaliação na categoria Sensações associadas às funções cardíacas e respiratórias (SAFCR) são aparentes e ocorrem em função da dificuldade de manuseio dos pacientes em decúbitos mais elevados e grau de comprometimento cognitivo.

Quanto ao domínio das funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento nota-se a presença de deficiência moderada a grave na mobilidade de várias articulações com aumento do percentil de pacientes nesta classificação no momento da alta. É sabido que a articulação necessita do movimento para que o líquido sinovial lubrifique e aumente a nutrição da cartilagem, e que a inatividade gera atrofia desta, com desorganização celular nas inserções ligamentares, proliferação do tecido fibrogorduroso e conseqüentemente espessamento da sinóvia e fibrose capsular<sup>20</sup>. Uma amostra de 38% de indivíduos com deficiência completa para a subcategoria mobilidade de várias articulações também foi descrita em outro trabalho<sup>15</sup>.

O sistema músculo-esquelético geralmente é o sistema mais acometido pelo imobilismo e as limitações funcionais podem: prejudicar as transferências, posturas e movimento no leito, em cadeiras de rodas, dificultar nas atividades de vida diária e alterar o padrão da marcha<sup>20</sup>.

Na avaliação funcional da força muscular e na avaliação do tônus, verificados neste estudo, que ocorre predomínio do comprometimento dos

músculos e do tônus dos músculos em um hemicorpo. Dados também encontrados em outro estudo onde 52,0% e 47,0% tiveram deficiência grave para força e tônus dos músculos de um lado do corpo respectivamente, causados pela hemiparesia secundária ao acidente vascular encefálico<sup>15</sup>. A função dos músculos do tronco também merece destaque por apresentarem deficiência moderada e/ou grave mesmo no momento da alta. Tais achados justificam, na avaliação funcional da Mobilidade, a incapacidade ou completa deficiência dos pacientes em executar atividades básicas como transferir-se enquanto deitado e ainda apresentam piora durante o período de internação.

### **Conclusão**

A visão avaliativa da CIF apresenta-se como método que mais vai de encontro à necessidade de uma avaliação holística do paciente. A utilização dos qualificadores mostra-se imprescindível para o acompanhamento da funcionalidade dos mesmos. No entanto, a extensão e a complexidade da classificação impedem seu uso efetivo, sendo comum, seu desmembramento no momento da prática. Vale ressaltar que várias discordâncias ocorreram em meio à equipe em como se operacionalizar a CIF. A deficiência de trabalhos que utilizem a CIF como instrumento epidemiológico foi um fator limitante no debate dos dados apresentados.

### **Referências**

1. [WHO] World Health Organization. *The WHO Family of International Classifications*. Disponível em: URL<<http://www.who.int/classifications/en>> [ access in 2012 March 20].
2. Araújo ES. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica. São Paulo: 2008. Disponível em: [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br)
3. Depolito C, Leocadio PLLF, Cordeiro RC. Declínio funcional de idosa institucionalizada: aplicabilidade do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2009; 16(2):183-9.
4. Nubila VBH. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35(121):122-123.
5. OMS. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Tradução Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: Edusp, 2003.
6. OMS. *CID-10*. Tradução do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português. 9 ed. revisada - São Paulo: EDUSP, 2003.

7. Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Revista Sentidos. 2003; ano 02, nº17.
8. Krasnoff J, Painter P. The physiological consequences of bed rest and inactivity. *Adv Ren Replace Ther.* 1999;6(2): 124-132.
9. Sabino GS, Coelho CM, Sampaio RF. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. *Acta Fisiatr.* 2008; 15(1): 24-30
10. Farias N, Buchalla C M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(2).
11. Terzi RG, Gomez MI, Araújo S, Dragosavac D, Falcão ALE, Machado HC. Índices prognósticos em Medicina Intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva.* 2002;14(1): 6-21.
12. Batalha FMB. A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da Fisioterapia. [mestrado] – Instituto de Medicina Social, UFRJ. Rio e Janeiro; 2002.
13. Rosa TE, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2007;37(1): 24-31.
14. Oliveira PC, Tufanin AT. Perfil Epidemiológico da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de Reabilitação. [monografia na internet]. Goiânia: Especialização em Fisioterapia/PUC-GO; 2013. [acesso em 18 dez 2016]. Disponível em <http://www.ceafi.com.br/biblioteca/pagina/40/perfil-epidemiologico-da-unidade-de-terapia-intensiva-de-um-hospital-de-reabilitao>
15. Haruna Y, Kawakubo R, Yanagibori R, Gunji A. Incremental rest in basal metabolism during 20-days bed rest. *Acta Physiol Scand.* 1994;150(suppl.616): 43.
16. Moura JV, Franco CIF, Souza CG, Monteiro KS. Caracterização Funcional de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico assistidos em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2013; 17(3): 269-274.
17. Sampaio RF *et al.* Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2005; 9(2): 129-136.
18. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Rev Bras Fisioter.* 2002; 6(3): 113-118.
19. Sampaio RF *et al.* Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2005; 9(2): 129-136.
20. Moraes R, Sasaki S. O Desmame na Ventilação Artificial. *Lato & Sensu.* 2003; 4(2):6.

**Endereço para correspondência:**

Fernanda Silva Rocha

Rua T-36 qd: 119 B Lt 05\06, Edifício *Two Life*, apartamento 201, Setor Bueno

Goiânia-GO

CEP: 74550-023

E-mail: [fernandarocha\\_13@hotmail.com](mailto:fernandarocha_13@hotmail.com)