

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): AMPLIANDO O OLHAR SOBRE A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA MOTORA

*International classification of functionality,
disability and health (icf): extending the look at
children with motor deficiency*

RESUMO: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, é um sistema de classificação em saúde direcionado para a funcionalidade e fatores contextuais. A CIF compreende 5 domínios: função e estrutura do corpo, atividade, participação, fatores ambientais, e pessoais e pode ser utilizada em todos os níveis de atenção à saúde. Através dessa classificação, os profissionais de saúde conseguem ampliar o olhar durante a avaliação, desenvolver objetivos viáveis e realistas para a intervenção, além de identificar o momento correto para a alta terapêutica. O crescente número de crianças com deficiência motora no Brasil tem impulsionado os profissionais a utilizarem a CIF para avaliar aspectos específicos do desenvolvimento em crianças. A participação em atividades de lazer em casa, escola e comunidade contribui para o desenvolvimento, funcionalidade e qualidade de vida dessa população com deficiência motora. O uso da CIF na avaliação e reabilitação de crianças com deficiência motora deve ser visto como uma estratégia de mudança no modelo tradicional de reabilitação, ampliando o olhar sobre a criança e identificando aspectos relacionados à funcionalidade e ao contexto, os quais podem ser influenciadores diretos no processo de reabilitação.

Palavras-chave: CIF. Criança com deficiência. Participação social. Reabilitação.

ABSTRACT: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), created by the World Health Organization (WHO) in 2001, is a health classification system directed to functionality and contextual factors. The ICF comprises 5 domains: body function and structure, activity, participation, environmental, and personal factors and can be used at all levels of health care. Through this classification, health professionals can broaden their perspective during the assessment, develop objective and realistic goals for the intervention, and identify the correct time for the discharge from the treatment. The growing number of children with motor disabilities in Brazil has encouraged professionals to use the ICF to assess specific aspects of development in this population. Participation in leisure activities at home, school and community contributes to the development, functionality and quality of life of this population of children with motor disabilities. The use of ICF in the evaluation and rehabilitation of children with motor disabilities should be seen as a strategy of change in the traditional model of rehabilitation, broadening the perspective on the child and identifying aspects related to functionality and context, which may be direct influencers for the rehabilitation process.

Keywords: ICF. Disabled Child. Social Participation. Rehabilitation.

Isabelly C. R. Regalado¹
Ingrid Guerra Azevedo²
Silvana Alves Pereira³

1- Fisioterapeuta; Doutoranda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte;

2- Fisioterapeuta; Doutora em Fisioterapia pela UFRN; Hospital Universitário Ana Bezerra, UFRN, RN;

3- Docente do curso de Fisioterapia e Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação e Saúde Coletiva da FACISA - Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN

E-mail: apsilvana@gmail.com

Recebido em: 16/04/2018

Revisado em: 28/05/2018

Aceito em: 03/06/2018

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) surge em 2001, como um sistema de classificação para fornecer um olhar ampliado para a funcionalidade e incapacidade humanas, proporcionando a identificação de aspectos relacionados à funcionalidade e fatores contextuais^{1,2}. Além disso, a CIF fornece uma linguagem unificada e padronizada por meio de uma estrutura que descreva a saúde e seus estados relacionados, auxiliando a comunicação e a troca de informações^{1,2}.

Essa classificação apresenta-se dividida em 5 domínios: função e estrutura do corpo, atividade, participação, fatores ambientais e pessoais, e pode ser utilizada em

todos os níveis de atenção à saúde.³ Essa divisão modifica o olhar do terapeuta durante o cuidado em saúde. A visão biológica é somada a uma visão social que torna a abordagem complexa, holística, e o cuidado integral, abrangendo todos os aspectos relacionados à saúde⁴ (Figura 1).

A CIF estimula os profissionais a considerarem além do fator fisiológico ou biológico das deficiências (funções corporais e estruturas do corpo), e a almejem objetivos funcionais, como a realização de atividades, participação em tarefas do dia-a-dia, e o envolvimento em situações da vida durante o planejamento das intervenções⁵.

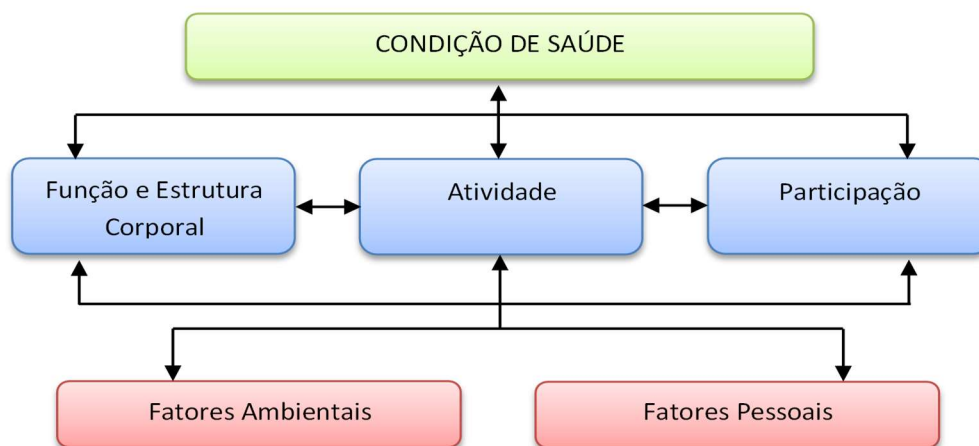


Figura 1 – Modelo Bio-psico-social-espiritual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

A implementação da CIF na prática diária é um desafio para os profissionais da reabilitação, especialmente no Brasil, que ainda não conseguiu incorporá-la nas suas políticas públicas de saúde. Apesar de terem sido criadas resoluções e diretrizes obrigando o uso da CIF no âmbito da saúde, o acesso à informação através de cursos de capacitação e facilitação do uso da CIF ainda é muito escasso no país,

inviabilizando sua utilização nos serviços de saúde e instituições de ensino⁶.

A CIF define o domínio *participação* como o envolvimento em situações de vida e é considerada um direito humano⁷. Segundo Kang et al, 2010⁸, a participação em atividades de lazer na comunidade contribui para o desenvolvimento, e para a qualidade de vida de crianças com e sem deficiência motora. Em

países desenvolvidos como Canadá, Europa e EUA a participação já é uma medida de resultado considerada primordial para os programas de reabilitação de crianças com deficiências. Através desse domínio, é possível avaliar o envolvimento em casa, escola e atividades comunitárias, habilidades e competências fora do ambiente clínico. Essas atividades terão um impacto positivo sobre o desenvolvimento, saúde e bem-estar das crianças^{7,9}. Apesar disso, existem estudos que indicam que a participação de crianças e jovens com deficiência é frequentemente restrita quando comparada à de crianças sem deficiência¹⁰.

Percebendo a importância do domínio participação da reabilitação de crianças com deficiência motora, vêm surgindo uma necessidade crescente de integrar os resultados das pesquisas científicas sobre CIF na prática clínica dos profissionais de saúde que trabalham com reabilitação. No contexto específico da reabilitação de crianças com deficiência, esse interesse tem sido parcialmente impulsionado pelo conhecimento crescente de deficiências infantis¹¹.

Com a queda da mortalidade em crianças "menores de 5 anos", houve um aumento da prevalência das deficiências de desenvolvimento (UNICEF, 2000)¹². No Brasil, a deficiência motora está em segundo lugar no ranking das deficiências, ocorrendo em 7% da população, sendo 2,39% dessa estimativa reservada a população infantil (0-14 anos)¹³. A Região Nordeste teve a maior taxa de prevalência de pessoas com pelo menos um tipo de deficiência, com porcentagem de 26,3%, no censo de 2010¹³. Em relação à participação, aproximadamente 6,5% das

crianças canadenses têm alguma dificuldade na participação de atividades quando comparados com crianças sem deficiência, especialmente aqueles com problemas neurológicos^{8,10}.

Nos EUA 37% das crianças e jovens com deficiência nunca participaram de atividades físicas organizadas na sua comunidade, em comparação a apenas 10% entre seus pares de desenvolvimento típico¹⁴. Esses dados mostram que a prevalência de crianças com deficiência motora no mundo é alta, e que essa população necessita de uma ampliação no processo de cuidado para melhorar a funcionalidade, qualidade de vida, participação, e inclusão social.

De acordo com Banks, et al, 2017, existe uma ligação entre os países de baixa e média renda e os níveis de incapacidade. As condições associadas à pobreza como baixa renda, ausência de saneamento e purificação da água, condições de vida precárias, desnutrição, baixa escolaridades dos pais, entre outras, aumentam o risco de incapacidade e deficiência. As crianças nessas condições de risco possuem um aumento de 90-100% das chances de ter um atraso no desenvolvimento^{15,16}.

No Brasil, além da condição de risco a que as crianças são expostas, cerca de 60% dos profissionais que trabalham com saúde da criança e deficiência relatam dificuldades para avaliar aspectos específicos do desenvolvimento em crianças¹⁷. O crescente número de crianças com deficiência, e em especial, o surto de microcefalia por ZIKV, tem modificado o cenário da reabilitação infantil no Brasil, e impulsionado mudanças nos modelos de reabilitação, com foco na CIF, e uma maior

preocupação em reabilitação baseada em evidencia.

Baseadas na CIF, pesquisas têm evidenciado que o ambiente onde as crianças estão inseridas pode facilitar ou dificultar a participação bem-sucedida⁴. Os fatores ambientais da CIF mostram que existem facilitadores e barreiras que estarão presentes no processo de reabilitação das crianças, e a eliminação dessas barreiras, além da estimulação dos facilitadores poderão ser cruciais para a reabilitação funcional da criança. Anaby et al, 2013¹⁴, em uma revisão sistemática para analisar estudos relacionados a participação e fatores ambientais em crianças com deficiência motora, identificaram que as atitudes negativas da família, comunidade próxima e escola são os principais fatores ambientais que determinam a participação dessas crianças, muito mais do que barreiras arquitetônicas, serviços e tecnologias. Uma abordagem focada na família e no contexto onde a criança está inserida pode ser a melhor abordagem na reabilitação de crianças com deficiências motoras^{18,19}. Segundo Bult et al, 2011²⁰, baixos níveis de estresse no ambiente, enfrentamento e empoderamento familiar podem ser facilitadores importantes da participação das crianças.

Darrah et al, 2011²¹, descreveram, em um de seus artigos, uma abordagem de intervenção baseada no contexto, e propuseram a terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas que trabalhavam com crianças com paralisia cerebral (PC), uma mudança nas estratégias de tratamento focadas em função e atividades para estratégias voltadas à participação e fatores ambientais. Os profissionais precisaram

reavaliar suas crianças, de modo a reconhecer quais eram as limitações de participação vivenciadas pelas crianças e seus familiares. Após reconhecer limitações, como acesso a ônibus escolar, dificuldade de alimentação, entre outras, os terapeutas puderam criar estratégias para minimizar as barreiras ambientais que impediam a participação das crianças. Os resultados da abordagem terapêutica centrada na modificação da tarefa e do ambiente foram extremamente satisfatórios, melhorando a autoestima, qualidade de vida e independência funcional das crianças e mostrando o quanto é importante estimular e capacitar os profissionais a modificarem a abordagem de intervenção nas crianças com deficiência motora²¹.

No entanto, apesar de muitos estudos confirmarem a importância de trabalhar o contexto e participação das crianças com deficiência motora, esses aspectos da intervenção ainda não fazem parte do processo de avaliação e intervenção das crianças. O estudo realizado por Palisano et al., 2012²², avaliou a visão dos pais sobre as intervenções de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas no Canadá e nos EUA, e observou que o ambiente onde a criança está inserida, e sua participação em atividades, recebem atenção moderada/baixa nas intervenções.

Além de barreiras ambientais na casa, escola e comunidade, existem barreiras mais amplas, que envolvem fatores com serviços e políticas que também interferem de forma evidente na participação das crianças⁸. A falta de programas educacionais inclusivos, atividades recreativas nas escolas, recepção

dos serviços de reabilitação, programas para manutenção da funcionalidade e independência da criança, e instalações pouco acolhedoras afetam negativamente a recuperação das crianças, que além de não serem estimuladas a praticarem atividade física, se sentem desmotivadas em continuar o processo de reabilitação².

A ausência desses serviços no contexto onde a criança está inserida afeta diretamente o processo de reabilitação, e dificulta o processo de alta terapêutica dos serviços de reabilitação como Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Mesmo sabendo que essas crianças já adquiriram todo o desenvolvimento neuropsicomotor com relação à idade e ao comprometimento da lesão, os profissionais sentem dificuldades de oferecer a alta terapêutica a seus pacientes por não existir um serviço que ofereça a essas crianças uma continuidade do cuidado, ofertando educação, atividades de lazer, participação, e inclusão social. Sem um centro de referência para encaminhamento das crianças, os profissionais acabam adiando a alta dos pacientes, o que causa desmotivação das crianças e família, as quais percebem a estagnação dos comprometimentos, e, em conjunto, há a desmotivação dos profissionais, que não veem mais evolução na intervenção terapêutica. Além disso, a manutenção dessas crianças por um tempo excessivamente prolongado superlota os serviços públicos, diminui o tempo de atendimento para o suprimento à demanda, e conseqüentemente diminui a efetividade da intervenção.

CONCLUSÃO

O uso da CIF na avaliação e reabilitação de crianças com deficiência motora oferece uma estrutura de intervenção diferenciada do modelo tradicional, ampliando o olhar sobre a criança e identificando aspectos relacionados ao contexto da criança e da família, que podem ser influenciadores diretos no processo de reabilitação infantil. Eliminar barreiras que impedem a participação das crianças melhora sua autonomia, funcionalidade e motivação durante o processo de reabilitação fisioterapêutica. Os fatores pessoais da CIF também atuam diretamente sobre as individualidades de cada criança, tornando a estratégia de intervenção única e focalizada nas reais necessidades da criança e família. Além disso, a CIF ajuda o terapeuta a identificar o momento correto para a alta do serviço de reabilitação e encaminhamento da criança para programas que incentivem a educação, participação e inclusão social.

REFERÊNCIAS

- 1 Ruaro, J. A.; Ruaro, M. B.; Souza, D. E.; Fréz, A. R.; Guerra, R. O. Panorama E Perfil Da Utilização Da CIF No Brasil - Uma Década de História. *Brazilian J. Phys. Ther.* 2012, 16 (6), 454-462.
- 2 Longo, E.; Fonseca Filho, G.; Regalado, I. Uso Da CIF No Contexto Da Fisioterapia Respiratória Pediátrica. In *PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal: Cardiopulmonar e Terapia Intensiva: Ciclo 7.*; Porto Alegre, 2018; pp 9-31.
- 3 Manual, M. Organização Mundial Da Saúde Como Usar a CIF: Um Manual Prático Para O Uso Da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade E Saúde (CIF). Versão Prelim. para discussão. Genebra:OM.
- 4 WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2001.
- 5 Wright, F. V.; Rosenbaum, P. L.; Goldsmith, C. H.; Law, M.; Fehlings, D. L. How Do Changes in Body Functions and Structures, Activity, and Participation

Relate in Children with Cerebral Palsy? *Dev. Med. Child Neurol.* 2008, 50 (4), 283–289.

6 Araújo, E. CIF: Uma Discussão Sobre Linearidade No Modelo Biopsicossocial. *Rev Fisioter S Fun.* Fortaleza 2013, 2 (1), 6–13.

7 Larson, R. W.; Verma, S. How Children and Adolescents Spend Time across Cultural Settings of the World: Work, Play and Developmental Opportunities. *Psychol. Bull.* 1999, 125 (125), 701–736.

8 Kang, L.; Palisano, R. J.; Orlin, M. N.; Lisa, A.; King, G. A.; Polansky, M. Determinants of Social Participation — With Friends and Others Who Are Not Family Members — for Youths With Cerebral Palsy. *J. Am. Phys. Ther. Assoc.* 2010, 90 (12), 1743–1757.

9 Anaby, D.; Korner-Bitensky, N.; Law, M.; Cormier, I. Focus on Participation for Children and Youth with Disabilities: Supporting Therapy Practice through a Guided Knowledge Translation Process. *Br. J. Occup. Ther.* 2015, 78 (7), 440–449.

10 Law, M.; Anaby, D.; DeMatteo, C.; Hanna, S. Participation Patterns of Children with Acquired Brain Injury. *Brain Inj.* 2011, 25 (6), 587–595.

11 Longo, E.; Galvão, É. R. V. P.; Ferreira, H. N. C.; Lindquist, A. R. R.; Shikako-Thomas, K. Knowledge Translation in Pediatric Rehabilitation: Expanding Access to Scientific Knowledge. *Brazilian J. Phys. Ther.* 2017, 21 (6), 389–390.

12 Durkin, M. The Epidemiology of Developmental Disabilities in Low-Income Countries. *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* 2002, 8 (3), 206–211.

13 Oliveira, L. M. B. Cartila Do Censo 2010 - Pessoas Com Deficiências. *Secr. Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secr. Nac. Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência* 2012, 32.

14 Bedell, G.; Coster, W.; Law, M.; Liljenquist, K.; Kao, Y. C.; Teplicky, R.; Anaby, D.; Khetani, M. A. Community Participation, Supports, and Barriers of School-Age Children with and without Disabilities. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2013, 94 (2), 315–323.

15 Kraus de Camargo, O. A. Children Are the Future - Their Development Matters Report: First International Developmental Pediatrics Congress. *Brazilian J. Med. Hum. Heal.* 2016, 4 (1).

16 Banks, L. M.; Kuper, H.; Polack, S. Poverty and Disability in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS One* 2017, 12 (12), e0189996.

17 Zeppone, S. C.; Volpon, L. C.; Del Ciampo, L. A. Monitoramento Do Desenvolvimento Infantil Realizado No Brasil TT - Monitoring of Child Development Held in Brazil TT - La Monitoración Del Desarrollo Infantil Realizada En Brasil. *Rev Paul Pediatr* 2012, 30 (4), 594–599.

18 Raghavendra, P.; Murchland, S.; Bentley, M.; Wake-Dyster, W.; Lyons, T. Parents' and Service Providers' Perceptions of Family-Centred Practice in a Community-Based, Paediatric Disability Service in Australia. *Child. Care. Health Dev.* 2007, 33 (5), 586–592.

19 McDowell, B. C.; Duffy, C.; Parkes, J. Service Use and Family-Centred Care in Young People with Severe Cerebral Palsy: A Population-Based, Cross-Sectional Clinical Survey. *Disabil Rehabil* 2015, 8288 (October), 1–6.

20 Bult, M. K.; Verschuren, O.; Jongmans, M. J.; Lindeman, E.; Ketelaar, M. What Influences Participation in Leisure Activities of Children and Youth with Physical Disabilities? A Systematic Review. *Res. Dev. Disabil.* 2011, 32 (5), 1521–1529.

21 Darrach, J.; Law, M. C.; Pollock, N.; Wilson, B.; Russell, D. J.; Walter, S. D.; Rosenbaum, P.; Galuppi, B. Context Therapy: A New Intervention Approach for Children with Cerebral Palsy. *Dev. Med. Child Neurol.* 2011, 53 (7), 615–620.

22 Palisano, R. J.; Chiarello, L. A.; King, G. A.; Novak, I.; Stoner, T.; Fiss, A. Participation-Based Therapy for Children with Physical Disabilities. *Disabil. Rehabil.* 2012, 34 (12), 1041–1052.