

ORGANIZADORES  
LEONARDO HALLEY CARVALHO PIMENTEL  
IZABEL HERIKA GOMES MATIAS CRONEMBERGER

A hand holding a yellow flower against a textured wall with a shadow.

# REABILITAÇÃO

## TEORIA E PRÁTICA



ASSOCIAÇÃO  
REABILITAR

PRESIDENTE BENJAMIM PESSOA VALE



# Expediente

**Direção editorial:** Ana Kelma Gallas

**Supervisão técnica:** Edson Rodrigues Cavalcante

**Diagramação:** Kleber Albuquerque Filho

**TI Publicações OMP Books:** Eliezyo Silva



## FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

P644r

PIMENTEL, Leonardo Halley Carvalho;  
CRONEMBERGER, Izabel Herika Gomes Matias.

Reabilitação: Teoria e Prática [livro eletrônico]  
/ Leonardo Halley Carvalho Pimentel e Izabel Herika  
Gomes Matias Cronemberger (Orgs.). São Paulo:  
Lestu Publishing Company, 2022.

701 f. online

ISBN: 978-65-996314-4-3

DOI: 10.51205/lestu.978-65-996314-4-3

1. Reabilitação. 2. Saúde. 3. Trabalhos de  
Reabilitação. 4. Habilitação. 5. I. Autor(a). II.  
Título. III. Editora. IV. DeCS.

CDD - 343.6

Índices para catálogo sistemático:

1. DeCS (Descritores na Área de Saúde) em Catálogos  
Sistemáticos = Reabilitação. Habilitação.  
Recuperação das funções humanas. Avaliação  
das deficiências humanas. Recuperação de função  
fisiológica.

"Os conteúdos dos artigos publicados são de total responsabilidade dos autores e autoras."

Todos os livros publicados pela Editora Lestu Publishing Company estão sob os direitos da Creative Commons 4.0 [https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)



A Lestu Publishing Company é uma editora que acredita na Ciência Aberta. Permitimos a leitura, download e/ou compartilhamento do conteúdo desta obra para qualquer meio ou formato, desde que os textos e seus autores sejam adequadamente referenciados.

## LESTU PUBLISHING COMPANY

Editora, Gráfica e Consultoria Ltda  
Avenida Paulista, 2300, andar Pilotis  
Bela Vista, São Paulo, 01310-300,  
Brasil.

[editora@lestu.org](mailto:editora@lestu.org)

[www.lestu.com.br](http://www.lestu.com.br)

(11) 97415.4679

Imagens da obra:  
Canva (Creative Commons)

ORGANIZADORES  
LEONARDO HALLEY CARVALHO PIMENTEL  
IZABEL HERIKA GOMES MATIAS CRONEMBERGER

# REABILITAÇÃO

## TEORIA E PRÁTICA





# 43

## Classificação internacional de funcionalidade (CIF)

Nidiany da Silva Medeiros

O objetivo do presente capítulo é discutir sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) no processo de reabilitação. Inicialmente, será realizada uma contextualização sobre o histórico da CIF, uso clínico e seus componentes e, em seguida, sua classificação e aplicabilidade.

No final do século XX, alguns modelos de classificação de incapacidades foram propostos a fim de nortear as discussões e as pesquisas sobre funcionalidade e incapacidade. A primeira classificação foi criada, em 1976, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta não ganhou versão brasileira, mas foi traduzida em Portugal, ficando conhecida no Brasil como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), que propunha uma sequência em que as alterações funcionais e as incapacidades ocorriam devido a uma determinada doença, ou seja, um modelo de causalidade linear. Após 25 anos de estudos e testes, na 54ª Assembleia Mundial de Saúde, a OMS aprovou uma nova versão da classificação, chamada de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), no ano de 2001. O modelo foi alterado para um multidirecional, ou seja, não dependem apenas da doença, mas também do meio ambiente físico e social, das diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, da disponibilidade de serviços e da legislação (ARAÚJO, 2010). No dia 6 de novembro de 2009 foi criada a Resolução Nº 370 que dispõe sobre a adoção CIF por Fisioterapeutas e Terapeutas



Ocupacionais, segundo recomenda a OMS, no âmbito de suas respectivas competências institucionais.

No contexto atual, antes que se faça uso clínico, é preciso entender o modelo multidirecional proposto pela classificação como modelo de funcionalidade. Em geral, os profissionais de saúde tem a formação centralizada na doença, sendo este o ponto de partida para suas intervenções. No entanto, o modelo da CIF mostra que a presença de doença pode ser consequência de alterações da funcionalidade e é este enfoque que deve ser observado pelos profissionais que utilizarão a classificação. A CIF não classifica pessoas, mas descreve a condição de cada pessoa contextualizada em uma escala de domínios de saúde. Além disso, a descrição é sempre feita dentro do quadro que compõe os fatores ambientais e pessoais. A qualquer pessoa pode ser atribuída uma quantidade de códigos alterados em cada nível. Estes podem ser independentes ou inter-relacionados. Os profissionais selecionarão os códigos mais relevantes para o propósito de descrever a experiência de saúde, de acordo com as circunstâncias em que realizou a abordagem (CORDEIRO; BIZ, 2017).

O modelo da CIF é composto por sete itens: função, estrutura do corpo, atividade, participação social, condição de saúde (transtorno ou doença), fatores ambientais e fatores pessoais. Esses itens se interrelacionam, não havendo um ponto de partida pré-determinado. Todos os itens são classificados, exceto o de condição de saúde para o qual se usa a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e os fatores pessoais, para os quais ainda não há classificação pela sua subjetividade e se consideram informações como gênero, idade, etnia, religião, cultura, antecedentes pessoais. A divisão da CIF ocorre em duas partes: parte 1 (Funcionalidade e Incapacidade) que compreende os componentes da função do corpo, estrutura do corpo, atividades e participação; e a parte 2 (Fatores contextuais) com os componentes fatores ambientais e fatores pessoais. A CIF apresenta uma lista de capítulos dentro de cada componente, uma lista de códigos dentro de cada capítulo e listas de códigos detalhados dentro de cada código genérico. Em qualquer momento, esse código deve ganhar o acompanhamento de um qualificador para que se dê significado ao código (ARAÚJO, 2011).

O componente de função do corpo relaciona-se as funções fisiológicas dos sistemas do corpo e são representados pela letra “b”. A estrutura do corpo são as partes anatômicas como órgãos, membros e seus componentes e começam com a letra “s”. Todo código de atividades e participação começam com a letra “d”. A atividade é caracterizada pela

execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Em geral, o indivíduo faz sozinho. Já a participação é o envolvimento em situações de vida diária. Em geral, o indivíduo faz com outras pessoas. A letra é seguida pelo número do capítulo contido no componente, por exemplo, o capítulo 6 de funções do corpo é relacionado às funções genitourinárias e reprodutivas, assim, o código inicial “b6”. Dentro de cada capítulo, temos o detalhamento dos conteúdos. Dessa forma, os códigos vão ficando maiores. Por exemplo: b6 (funções genitourinárias e reprodutivas); b620 (funções urinárias); b6202 (continência urinária). No entanto, cada domínio traz apenas uma descrição do item, seja ela uma função, estrutura, atividade, participação ou fator ambiental. Para que o código ganhe um significado, ele tem que ser complementado pelo qualificador. Isso quer dizer que o trabalho de quem classifica não consiste em escolher códigos e sim em escolher um qualificador para cada um dos códigos (ARAÚJO, 2011).

O qualificador é o número que identifica se há problema e qual a magnitude do mesmo de acordo com o seu componente. No componente função do corpo o qualificador indica o grau de alteração funcional, deficiência e disfunção. Pode ser classificado em 0 (nenhuma deficiência); 1 (deficiência leve); 2 (deficiência moderada); 3 (deficiência grave); 4 (deficiência completa); 8 (não especificado); 9 (não aplicável). Nesse sentido, seguindo o código supracitado, a classificação de uma incontinência urinária moderada seria “b6202.2” (ARAÚJO, 2011). Vale ressaltar que para classificação do qualificador deve-se, preferencialmente, utilizar escalas ou questionários validados específicos para os objetivos da codificação. Por exemplo, utilizar o Pad test que é um método diagnóstico usado para detectar e quantificar a perda urinária de forma objetiva em perda leve (entre 1,1 e 9,9g), moderada (10 a 49,9g) ou grave (>50g), além de avaliar o sucesso terapêutico. Para sua realização, a paciente utiliza absorvente previamente pesado por um período de uma hora (teste de curta duração) ou 24 horas (teste de longa duração). Diferenças maiores que 1g entre peso inicial e o final indicam perda urinária significativa (PALMA *et al*, 2014).

No que concerne à estrutura do corpo podem ser utilizados três qualificadores: o primeiro, refere-se à extensão da lesão e classifica-se em 0 (nenhuma deficiência); 1 (deficiência leve); 2 (deficiência moderada); 3 (deficiência grave); 4 (deficiência completa); 8 (não especificado); 9 (não aplicável). O segundo qualificador indica a natureza da alteração estrutural e compreende 0 (nenhuma mudança estrutural); 1 (ausência total); 2 (ausência parcial); 3 (parte adicional); 4 (dimensões aberrantes); 5 (descontinuidade); 6 (posição desviada); 7 (mudanças qualitativas na estrutura, incluindo



acúmulo de líquido); 8 (não especificada); 9 (não aplicável). O terceiro qualificador é opcional e trata-se de um complemento topográfico podendo ser 0 (mais de uma região); 1 (direita); 2 (esquerda); 3 (ambos os lados); 4 (parte anterior); 5 (parte posterior); 6 (proximal); 7 (distal); 8 (não especificado); 9 (não aplicável) (ARAÚJO, 2011). Exemplificando, o capítulo 7 de estruturas “s7” refere-se às estruturas com o movimento. “s740” é a estrutura da região pélvica e “s7402” é são os músculos da região pélvica. A classificação de um paciente com deficiência moderada dos músculos da região pélvica seria “s7402.299”. Existem algumas escalas de avaliação digital que classificam o grau de força muscular, tais como: Ortiz e a Oxford. A escala de Ortiz gradua de 0 a 4. A escala de Oxford modificada é uma escala ordinal de 0 a 5 pontos, que gradua dois aspectos da contração muscular: compressão e elevação do AP (PALMA *et al*, 2014).

Na atividade e participação são dois qualificadores: o de desempenho (o que o indivíduo faz em seu ambiente habitual, experiência vivida) e o de capacidade (habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação). Pode ser o seguinte: 0 (nenhuma dificuldade); 1 (dificuldade leve); 2 (dificuldade moderada); 3 (dificuldade grave); 4 (dificuldade completa); 8 (não especificada); 9 (não aplicável). Um exemplo poderia ser no capítulo 4 “d4” que refere-se à mobilidade. O código “d455” é deslocar-se. “d4553” significa pular. O paciente que não desempenha e nem é capaz de realizar a atividade de pular devido, por exemplo, perder urina pode ser classificado em “d4553.44”. Os fatores ambientais possuem um qualificador e constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida. Compreendem os seguintes qualificadores: 0 nenhuma barreira ou 0 nenhum facilitador; 1 barreira leve ou +1 facilitador leve; 2 barreira moderado ou +2 facilitador moderado; 3 barreira grave ou +3 facilitador considerável; 4 barreira completa ou +4 facilitador completo. Exemplificando, o capítulo 1, “e1” refere-se aos produtos e tecnologias. “e115” produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária. “e1150” produtos e tecnologias gerais para uso pessoal na vida diária. Para os componentes atividade, participação e fatores ambientais podem ser utilizados os dados da anamnese e a utilização de questionários de qualidade de vida validados (ARAÚJO, 2011).

Um paciente com diagnóstico clínico de traumatismo cranioencefálico (TCE) após exame físico e codificação pela CIF poderá apresentar uma descrição detalhada do seu estado da seguinte forma: Paciente com bom estado geral, colaborativo e sem alterações cognitivas e comportamentais; Controle cervical e de tronco; ao avaliar o membro

inferior esquerdo foi observado deficiência grave de força muscular (b7302.3), deficiência leve de tônus muscular (b7352.1) e funções dos reflexos motores com deficiência leve (b750.1).

Apresenta dificuldade leve para andar com órtese (d4508), controle anal voluntário e independente (b5253.0); controle vesical voluntário com dificuldade leve (b6202.1), por independência modificada (utiliza coletor urinário, especialmente, à noite para urinar). Além disso, tem dificuldade leve para transferências de deitado para sentado (necessita de supervisão e preparação de terceiros- d420.1). Para caminhar e subir/ descer escadas (independência modificada, necessitando de goteira suropodálica articulada à esquerda e segurar no corrimão da escada- d4551.1). É independente para mobilidade/ transferência para o vaso sanitário e chuveiro (d4200.0 e d4208.0).

Estudo realizado para caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos acompanhadas nos Núcleos de atenção à saúde da família (NASF) destaca a necessidade da utilização de instrumentos adequados para planejar ações na atenção básica, para que crianças que apresentem risco de atrasos do seu desenvolvimento possam ser incluídas em programas de intervenções precoces, para viabilizar o NASF enquanto espaço de acompanhamento e promoção da saúde. A CIF foi considerada um instrumento de classificação adequado e válido para este contexto (ARAÚJO *et al*, 2018). Já outra pesquisa que verificou o uso da CIF no Sistema Único de Saúde (SUS) construiu uma planilha de fácil uso e capaz de identificar os indicadores sobre funcionalidade humana. Com dados gerados pelo uso da CIF foi possível observar como esse instrumento permite ser adaptado aos prontuários físicos ou eletrônicos utilizados nos serviços dos SUS, gerando informações sobre a funcionalidade dos seus pacientes (ARAÚJO, 2014).

## Considerações finais

Diante do exposto, o domínio desses pressupostos teóricos e de como realizar a codificação é essencial, não apenas para garantir a segurança e a qualidade do atendimento no processo de reabilitação, mas também para que se possa esclarecer e transmitir, com confiança, as informações que o paciente almeja, para elucidar as dúvidas, os conceitos inadequados, realizar uma avaliação de qualidade e buscar a melhor abordagem no processo de reabilitação.



## Referências bibliográficas

ARAÚJO, Eduardo Santana. **CIF e o diagnóstico em fisioterapia**. São Paulo: Fisiobrasil, 2010.

ARAÚJO, Eduardo Santana. **Manual de utilização da CIF em Saúde Funcional**. São Paulo: Andreoli, 2011.

ARAÚJO, Eduardo Santana. Uso da CIF no SUS: a experiência no município de Barueri/SP. **Revista CIF Brasil**, v. 1, n. 1, p. 10-17, 2014.

ARAÚJO, L.B *et al.* Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos: o modelo da CIF no contexto do NASF. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 538-557, 2018.

CORDEIRO, E.S; BIZ, M.C. **Implantando a CIF**: o que acontece na prática? Rio de Janeiro: Editora Wak, 2017.

PALMA, C.R.P. *et al.* **Urofisioterapia**: aplicações das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 2. ed. Campinas: Paulo Palma, 2014.