

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST

CURSO DE FISIOTERAPIA  
GUILHERME XAVIER COSTA

**O ENTENDIMENTO, APLICABILIDADE E EMPREGABILIDADE DA  
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONLIDADE EM PACIENTES  
VÍTIMAS DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.**

LAGES

2019

GUILHERME XAVIER COSTA

**O ENTENDIMENTO, APLICABILIDADE E EMPREGABILIDADE DA  
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE EM PACIENTES  
VÍTIMAS DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.**

Trabalho apresentado como requisito parcial para obtenção de conceito na disciplina de TCC: II do curso de Fisioterapia do Centro Universitário UNIFACVEST.

**Prof. IRINEU JORGE SARTOR**

Lages, SC \_\_\_/\_\_\_/2019. Nota \_\_\_\_\_

(Assinatura do professor)

LAGES

2019

**O ENTENDIMENTO, APLICABILIDADE E EMPREGABILIDADE DA  
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE EM PACIENTES  
VÍTIMAS DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.**

**Guilherme Xavier Costa.**

**RESUMO:**

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é um problema sério provocado por um distúrbio no fornecimento de sangue ao cérebro. Se o fornecimento de sangue for limitado ou interrompido, as células do cérebro começam a morrer, o que pode levar a lesões cerebrais, acometimentos funcionais e possivelmente a morte, onde devido os acometimentos recentes e popularidade dessa doença, torna-se cada vez mais difícil a qualificação dos tipos de sequelas funcionais causadas por esta patologia. Desde 2001, quando a OMS decidiu elaborar a CIF com intuito de promover a universalização da qualificação de algumas funcionalidades, onde a aceitação e a sua utilização, vêm sendo facilitada pelo seu desenvolvimento e processo de consenso global, com crescente evidência sobre a sua validade e qualidade de uso como ferramenta, onde este estudo consistiu-se em avaliar as funções e restrições de pacientes com sequela de AVE utilizando como ferramenta a CIF, incentivar seu uso e mostrar que pode permitir uma nova visão das condições de saúde.

**Abstract:**

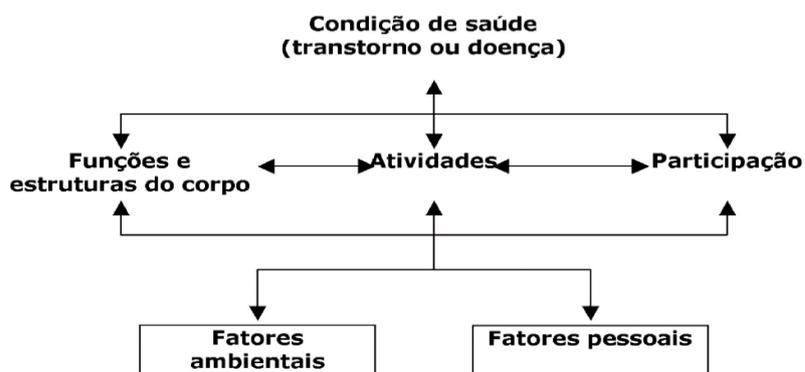
Stroke is a serious problem for the supply of blood. If the blood supply to the ear or interrupted, as brain cells begin to die, which can lead to brain damage, strokes and death, where patients are affected by the disease, it becomes increasingly difficult. The list of types of sequences caused by this pathology. Since 2001, when a who decides to create a CIF with the convenience of promoting a universal service delivery, a process of adherence to its use, a process facilitation process and a global process, based on its evaluation and quality from use the software evaluation has been subject to the functions and restrictions of patients with AVE using an methods, and their patients with an apparatus and associated functions.

## INTRODUÇÃO:

A CIF pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, para aplicação em vários aspectos da saúde. O conjunto de classificações internacionais da OMS proporciona um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações sobre e utiliza uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências OMS, (2001). Desde 2001 recomenda-se o uso da CIF como ferramenta clínica a todos os países participantes da 54ª assembleia mundial da Saúde, incluindo o Brasil (ARAÚJO, 2013).

Historicamente os tratamentos da área da saúde são baseados apenas em diagnósticos clínicos sem especificação de acometimentos, que torna a reabilitação dentro da abordagem fisioterapêutica limitada se baseada no diagnóstico médico convencional, sendo que a CIF é um dicionário de funcionalidade humana que contém itens relacionados às partes do corpo e seu funcionamento, itens sobre as atividades humanas, incluindo a participação social e itens que influenciam nessas atividades, denominados ‘fatores ambientais (BUCHALLA, 2013).

Em sua estrutura a CIF é organizada basicamente em duas partes: (1) Funcionalidade e incapacidade, que abrange os componentes corpo e atividades e participação; (2) Fatores contextuais, abrangendo os fatores pessoais e ambientais. Essa classificação é baseada, em uma abordagem biopsicossocial, incorporando os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais para distintos tipos de pacientes em qual essa escala foi aplicada, pois a mesma pode codificar a situação de qualquer pessoa, em qualquer momento, estando este indivíduo com problemas de saúde ou não (ARAÚJO,2013; BUCHALLA, 2013).



Quadro 1: adaptado de OMS, 2001.

Visão geral dos componentes da CIF
<p><b>DEFINIÇÕES:</b></p> <p><b>No contexto de saúde:</b></p> <p><b>Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).</b></p> <p><b>Estruturas do corpo são as partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.</b></p> <p><b>Deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.</b></p> <p><b>Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.</b></p> <p><b>Participação é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.</b></p> <p><b>Limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades.</b></p> <p><b>Restrições de participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.</b></p> <p><b>Fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.</b></p>

**Quadro 2: adaptado de OMS, 2001.**

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a doença neurológica mais comum no mundo, e tem sido cada vez mais frequente em adultos, tendo uma prevalência significativa em grupos etários jovens. Considerada uma doença bastante incapacitante, por trazer impacto em praticamente todas as funções humanas. E esse interesse para a análise da CIF em pacientes com AVE está intimamente relacionado a fato dessa condição de saúde apresentar elevados índices de incidência e prevalência (DURWARD, ET. AL 2000).

O termo AVE é usado para descrever sinais e sintomas neurológicos, usualmente focais e agudos que resultam de doença envolvendo vasos sanguíneos. O cérebro é muito susceptível a distúrbios do seu suprimento sanguíneo. Uma anóxia ou isquemia por somente alguns segundos podem causar sinais neurológicos e, em minutos dano neural irreversível. Embora a vascularização do cérebro possua características anatômicas e fisiológicas desenhadas para proteger o cérebro de comprometimentos circulatórios, quando esses mecanismos protetores falham o resultado é um AVE (CARR HJ, SHEPHERD 2008).

As consequências do AVE para o indivíduo são diversas e, geralmente permanecem por longos períodos, podendo atingir os dois níveis do modelo de CIF que são estrutura e função do corpo, atividade e participação, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001).

Nesta ótica, existem dois tipos de AVE, podendo ser isquêmico o mais comum, que acontece devido à obstrução (trombose ou embolia) de uma das artérias cerebrais importantes, sendo a média a mais frequente, somando 70% dos casos ou, pode ser hemorrágico devido à hemorragia nas partes mais profundas do cérebro somando outros 20% e 10% continuam inespecíficos. Ambos os tipos de AVE podem ocorrer em qualquer idade por muitas causas, incluindo doenças cardíacas, infecção, trauma, neoplasia, má formação vascular, desordens imunológicas, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), níveis altos de colesterol, obesidade, alto consumo de álcool, uso de cocaína e fumo. Quanto maior o número de fatores de risco presentes e/ou quanto mais elevado o grau de anormalidade de qualquer um dos fatores de risco, maior será o risco da ocorrência de um AVE (BUCHALLA ET.AL, 2008).

A consequência física mais comum após AVE é a hemiplegia, definida como “paralisia completa dos membros superiores e inferiores do mesmo lado do corpo”. Outras sequelas podem ser problemas de percepção, cognição, sensoriais e de comunicação (GOLDSTEIN et al 2004).

Dependendo do grau de acometimento o indivíduo perde a seletividade dos seus movimentos, devido ao predomínio da atividade da musculatura antagonista, o que prejudica a realização das atividades de vida diária e conseqüentemente o seu retorno ao trabalho e ao convívio social (MAGALHÃES, 2012).

## **OBJETIVOS:**

O propósito desta análise constitui-se em verificar as avaliações, as restrições e as funcionalidades presentes em pacientes vítimas de AVE, através da empregabilidade da CIF.

Assim como, exibir a sua funcionalidade, correlacionar o uso da CIF na anamnese, levantar as características principais do uso desta ferramenta em reabilitações fisioterapêuticas.

## **METODOLOGIA:**

Para o feitiço desta revisão de literatura, foram selecionadas quatro bases bibliográficas relacionadas a área da saúde e ao curso de fisioterapia como: plataformas Scielo (Scientific Library Online), PubMed (National Library of Medicine e do National Institutes of Health), Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde), PEDro (physiotherapy evidence database). Nestas bases foram usadas as palavras chave: (empregabilidade da cif na fisioterapia, cif em pacientes com ave, o uso da cif no meio fisioterapêutico, cif ave, cif pc, uso da cif em neurologia, cif em

acometimentos neurológicos) , das quais inicialmente foram reunidos 53 artigos, mas baseado nos critérios de inclusão e exclusão foram selecionadas 34 artigos, quais utilizaram-se 31 (opiniões) que serviram como base para confecção da discussão desse trabalho. Como estratégia de pesquisa utilizou-se os mesmos descritores de key-words: (EMPREGABILIDADE DA CIF NA FISIOTERAPIA, CIF EM PACIENTES COM AVE, O USO DA CIF NO MEIO FISIOTERAÊUTICO, CIF AVE, CIF PC, USO DA CIF EM NEUROLOGIA, CIF EM ACOMETIMENTOS NEUROLÓGICOS) em todos bancos de dados.

## **DESENVOLVIMENTO:**

ZOLA, (1989), afirma que a universalização é muito importante independente das peculiaridades ou deficiência de cada pessoa, mas também ressalva que para qualificar uma desabilidade ou incapacidade precise de um certo tipo de desenvolvimento, levando um certo tempo para isso. Construindo um mundo flexível de igualdade de qualificação semelhante pra muitos.

BICKENBACH ET AL. (1999), relata que a universalidade ignora qualquer tipo de desabilidade ou incapacidade, reconhecendo que todos devem ser reconhecidos e qualificados de formas parecidas e igualitárias, devido fato de que todos têm algum tipo de necessidade.

CHATERJI, (1999), descreve que definições de “deficiência ou incapacidade” não deveriam ser determinadas pelo modo como os dados serão usados. Elas deveriam ser determinadas por um modelo conceitual claro e coerente do que se aplica ao teste da CIF. E que a utilização da CIF pode contribuir de forma positiva para o estabelecimento de políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência ou incapacidade.

A OMS, (2001), discute que devem serem inclusos através de programas de políticas públicas, os indivíduos com tipos de deficiências, além de haver uma análise individual para os fatores biopsicossociais de cada um desses deficientes, melhorando a compreensão no seu desenvolvimento. Concerne-se o uso desses códigos qualificantes de maneira global para um entendimento mais fácil em diversos lugares, sendo que já possui as dificuldades de análise de dados em países de línguas distintas, melhorando o contexto sócio-globo-cultural.

SHEPERD, (2002), afirma que quando se trata de evoluções de pacientes com acometimentos neurológicos, não existe outro método se não for utilizando escalas e tabelas para quantificação do ganho de funcionalidade de cada paciente, além de tornar a universalização das informações de cada acometimento para todos.

BUCHALLA, (2003), descreve que a CIF faz um deslocamento organizado do eixo da

doença para o eixo da saúde, trazendo uma visão diferente da saúde, que permite entender a condição ou estado de saúde dentro de contextos específicos. Como classificação de saúde, a CIF introduz um novo modo de entendimento da situação de saúde de indivíduos ou populações, mais dinâmico e mais complexo, compatível com o quadro multiprofissional e universal que envolve a experiência completa de saúde tanto quanto avaliação ou análise.

HARRIS, RUGGIERI, (2003), concordam que a CIF é uma vasta escala com inúmeros classificadores no qual tornam a linguagem universal de maneira um pouco mais simplificada. E por mais ambígua que sejam as interpretações, cumpre-se o desafio das informações que a escala contém. Classificando uma única estrutura apenas com diferentes tipos de sub-itens de acometimento, tornando-se simplificado pra quem busca entender o que não está íntegro estruturalmente no segmento em uma avaliação.

GOLDSTEIN ET AL. (2004), cita que a CIF deve ser utilizada como ferramenta para todos tipos de pacientes, ou diferentes faixas etárias. E escala terá como enfoque o foco na qualificação e facilitação de diagnóstico para um melhor objetivo de funcionalidade.

IMRIE, (2004), descreve que não é justificada o motivo da universalização da CIF. No seu entendimento conclui-se que a as pessoas analisadas na CIF já possuem um certo tipo de disfunção ou incapacidade, ou sempre estará vulnerável aos acometimentos. Argumenta-se que a doença é tão natural como quanto a vida, ou o envelhecimento natural, e por isso tornam as disfunções tão inevitáveis.

CIEZA, EWERT, (2004), presumem que esse conjunto de códigos conhecidos em inglês como "core sets", são importantes para determinar as funções que cada paciente pode ter em cada região atingida, junto com sua condição de saúde. A CIF classifica as disfunções das partes do corpo através da sua desordem ou acometimento, podendo ser usado de maneira multidisciplinar.

BROCOW, (2004), expõe que a escala internacional de funcionalidade (CIF) possui conceitos com boas referências para mensuração dos estudos clínicos. Tornando os métodos de avaliação passíveis de serem melhores qualificados e elucidados, melhorando então as regras e os relacionamento dos estudos.

SAMPAIO ET AL. (2005), enfatiza que as alterações ou acometimentos devam ser multifatoriais não podendo ser uma única condição de saúde específica. Apresenta uma metodologia com diferentes graus de qualificação de função por meio da CIF em vários pacientes com mesmo tipo de doença.

FARIAS, BUCHALLA, (2005), citam que a maioria dos pacientes acometidos com um acidente vascular encefálico, tem como causalidade mais evidente o déficit de locomoção,

impossibilidade de caminhar e a inacessibilidade nos ambientes. Causando um certo tipo de isolamento social, perda de relações financeiras e perda da capacidade física, tornando a CIF uma ferramenta importante para análise funcional.

FARIAS, BUCHALLA, (2005), expõem que aplicar a CIF junto ao diagnóstico clínico desse portador de AVE, elucidando e qualificando mais as disfunções, que são muito impactantes na vida desses indivíduos. Ocorre também o possível fato de afetar os familiares envolvidos em todo o processo dependente do portador do AVE. Observa-se que pessoas com a mesma patologia podem apresentar na CIF, diferentes capacidades e diferentes problemas funcionais. Pode-se dizer que através da CIF que caracteriza--se o perfil funcional de cada paciente, baseando-se nos fatores biopsicossociais, funcionais, físicos incluindo as atividades e participações.

FINGER ET AL. (2006), conclui que as características dos fisioterapeutas de elaborarem uma ficha de avaliação e evolução já evidenciam o prognóstico como uma qualidade da função atual do acometido. A escala CIF colabora para uma intervenção mais apropriada no conjunto social. O prognóstico deve ser baseado na funcionalidade, vontade e capacidade que o paciente deseja ter, qualificando o estado atual, de acordo com sua necessidade e influencias biopsicossociais;

DINUBILA, (2007), analisa que o modelo biomédico de análise está defasado e a melhor ferramenta é a análise funcional combinada com a análise biopsicossocial que a CIF proporciona. O processo quantitativo e analítico que a CIF proporciona é o caminho ideal para uma nova proposta de avaliações e evoluções para um melhor prognóstico terapêutico.

DRUMMOND, SAMPAIO (2007), discutem que os “core sets” da CIF são instrumentos em desenvolvimento. E que apesar de ser uma escala de qualificação de fator biopsicossocial, e apesar de ser associada com outras escalas em diferentes especialidades, não existem ainda comprovações que ela enriquece mais a avaliação terapêutica devida complexidade e quantidade de divisões encontradas para cada estrutura do corpo, podendo gerar contraposições no laudo final.

CARVALHO, (2008), preconiza que todo profissional deva ser treinado para fazer o uso e aplicabilidade das escalas de funcionalidades, por mais que elas precisem de tempo para compreensão e tempo de consulta para aplicação, a importância dela é muito importante para o prognóstico do paciente.

TAVARES, (2008), expõe, que em uma reabilitação de pacientes com sequelas neurológicas o fisioterapeuta precisa utilizar todos os métodos e escalas possíveis para identificação e mensuração de como é a sua funcionalidade, através da CIF esse feedback

funcional se torna mais claro pela vasta quantidade de indicadores funcionais das estruturas que podem estar alteradas.

ANDRADE, (2009), expõe que a CIF possui como trunfo a sua facilidade interpretativa devido as universalizações dos códigos quantificadores. A CIF pode ser associada a CID10 no momento de uma avaliação, devida fácil associação de outra escala de mensuração do estado em que o paciente se encontra.

SAMPAIO E LUZ, (2009), concordam ao afirmar que escalas como a CIF são deixadas de lado na hora do feitiço de uma avaliação terapêutica, e que o modelo de avaliação convencional precisa mudar para uma análise mais elaborada e individual como a CIF, para promoção de melhor atendimento e melhor entendimento dos problemas de cada paciente, e que a falta de conhecimento sobre a escala é ainda o grande desafio da inclusão da CIF nos hospitais e centros de reabilitação. Sedo a mesma pouco destrinchada pelos fisioterapeutas e pelas faculdades de fisioterapia.

LEAL, (2009), afirma que a aplicabilidade da CIF deve-se ao contato direto com o acometido, onde nela podemos quantificar diferentes distúrbios dos diferentes sistemas, e principalmente os distúrbios psicossociais encontrados por pacientes que estão com a disfunção mais acentuada. E que esse contato direto é muito importante para um melhor prognóstico desses pacientes com acometimentos neurológicos.

BRASILEIRO, (2009), expõe que o principal uso da escala de funcionalidade CIF nos centros de reabilitação é promover uma análise ainda mais específica do ciclo da marcha desses pacientes com acometimentos neurológicos, devida a vasta quantidade de estruturas a serem analisadas, e quantificadas durante o evento do ciclo. Promovendo mais confiabilidade e atenção aos profissionais da área.

OLIVEIRA, SILVERA, (2011), afirmam que existem poucos estudos sobre a classificação internacional de funcionalidade, o que causa impacto na atenção à saúde. Por ser uma escala classificatória e recente, é complexa pelo tempo e dedicação de aplicação ao paciente, além das diferentes interpretações que podem acontecer com os próprios profissionais. A escala contribui no quesito de integração de áreas multidisciplinares mas com a existência de muitas dificuldades refletidas em sua complexidade interpretativa.

COSTA, (2011), sugere que devido as muitas alterações estruturais causadas pós-AVE, restringem-se esses indivíduos nas suas atividades de vida diárias comuns, afetando-os também em suas participações sociais. Dentre as conhecidas alterações motoras, alterações sensoriais e as hipertônias que acompanham os padrões anormais, o que dificultam ainda mais a mobilidade ativa

e passiva desse acometido, essa dependência pode ser qualificada no estudo e interpretada no estudo.

OLIVEIRA, SILVEIRA, (2011), citam que a CIF deve ser utilizada com auxílio da literatura, para uma avaliação geral ou de um todo de cada paciente, tornando evidente a sua importância dentro dos métodos de avaliação. Concordam ao afirmar que a CIF advém de uma esfera política, social, cultural e pessoal, riquíssima na qualificação das funcionalidades, desafiando a procura e compreensão dos códigos qualificadores. Tal entendimento será melhor esclarecido à medida que o número maior de fisioterapeutas utilize essa escala com mais frequência, tornando assim a literatura mais abrangente sobre esse método mais recente.

RUARO, (2012), demonstrou que os estudos mostram que a importância da CIF é evidente durante a reabilitação dos pacientes neurológicos por englobar e analisar a função biopsicossocial otimizando as formas de avaliação, mas também demonstrou como a CIF é pouco utilizada em centros de reabilitação e hospitais, devido a sua difícil aplicabilidade pessoal.

CASTRO, (2012), presume que através dos estudos recentes, existe ainda falta de conhecimento pelos profissionais da aplicabilidade em pacientes por meio do uso da CIF, demonstrando a falta de procura e demanda de estudos recentes sobre como aplicar a CIF na avaliação.

PIASSAROLI ET AL, (2012), afirma que os fatores psicossociais em pacientes portadores de disfunções neurológicas com AVE, são ainda muito evidentes no processo de reabilitação e que através do acompanhamento e uso da CIF, o avaliador tem a possibilidade de otimizar e melhorar sua prática para uma maior devolutiva do grau de funcionalidade ao paciente.

ANDRADE, (2012), destaca que para ter uma melhor avaliação, seja discutido inicialmente o uso adequado dos códigos quantificadores da CIF, pois a vasta quantidade de códigos patológicos encontrada na escala pode tornar a evolução muito densa, ou com a presença de qualificadores que poderiam ser melhores remanejados na ficha de avaliação.

BRASIL, (2013), entende que a reabilitação neurológica de pacientes com AVE, precisa ser mais enfática, com o uso da prática auxiliada pelos classificadores e escalas. Através do uso da CIF durante os atendimentos, o terapeuta conseguirá mensurar os tipos de disfunções presentes, seja ele a nível muscular, nível psicológico e os níveis sensoriais motores, indicando que precisa ser observado para uma melhor evolução desse portador de disfunção.

## **CONCLUSÃO:**

Observou-se que a classificação internacional de funcionalidade contém uma série de atualizações para classificar, a funcionalidade e a incapacidade.

Pode-se assegurar que 19,32% da amostra, afirmam que a ela contribui para aplicabilidade em todos os tipos de pacientes.

Já 12,9% dos autores concluem que ela contribui na compreensão dos fatores psicossociais associada a análise funcional.

Outros 38,68%, destacam que a classificação internacional de funcionalidade promove um avanço associado as novas políticas públicas com a aplicabilidade de avaliação com boas referências e conceitos associados na escala.

Contudo 12,9% da amostra afirmam que a ferramenta é uma escala de difícil aplicabilidade, podendo gerar contraposições interpretacionais pela grande quantidade de códigos qualificadores, mas 16.1% da amostra destacam que classificação internacional de funcionalidade pode ser interpretada de maneira universal devida a sua variabilidade.

Por conseguinte visualiza-se que a classificação internacional de funcionalidade é uma ferramenta que engloba diferentes opiniões da comunidade científica sobre o seu entendimento, a sua principal característica é a empregabilidade vasta diante as áreas da fisioterapia, sendo confeccionada para o desenvolvimento de uma melhor análise funcional, com intuito de promover um diagnóstico fisioterapêutico amplo e elucidativo em pacientes vítimas de AVE.

## **REFERÊNCIAS:**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE. SÃO PAULO: EDUSP; 2003.

TEIXEIRA-SALMELA LF, NETO MG, MAGALHÃES LC, LIMA RC, FARIA CD. CONTENT COMPARISONS OF STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE BASED UPON THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH. QUAL LIFE RES. 2009;18(6):765-73

BUCHALLA CM. A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE. ACTA FISIÁTRICA. 2003;10(1):29-31.

ANDRADE FG, CASTANEDA L, MARTINS JV. MODELO DE AVALIAÇÃO PARA INDIVÍDUOS HEMIPARÉTICOS BASEADO NO CORE SET ABREVIADO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE (CIF) PARA ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO. TER MAN. 2009;7(32):278-82.

CIEZA A, BROCKOW T, EWERT T, AMMAN E, KOLLERITS B, CHATTERJI S, ET AL. LINKING HEALTH-STATUS MEASUREMENTS TO THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH. J REHABIL MED. 2002;34(5):205-10.

CARR HJ, SHEPHERD BR. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. IN: REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA: OTIMIZANDO O DESEMPENHO MOTOR. SÃO PAULO: MANOLE; 2008, P.253-73.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). CIF CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. SÃO PAULO: EDUSP; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. RUMO A UMA LINGUAGEM COMUM PARA FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: CIF. GENEVRA: OMS/WHO; 2002.

BROCKOW T, CIEZA A, KUHLOW H, SIGL T, FRANKE T, HARDER M, ET AL. IDENTIFYING THE CONCEPTS CONTAINED IN OUTCOME MEASURES OF CLINICAL TRIALS ON MUSCULOSKELETAL DISORDERS AND CHRONIC WIDESPREAD PAIN USING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH AS A REFERENCE. J REHABIL MED. 2004;(44 SUPPL):30-6.

FINGER ME, CIEZA A, STOLL J, STUCKI G, HUBER EO. IDENTIFICATION OF INTERVENTION CATEGORIES FOR PHYSICAL THERAPY, BASED ON THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH: A DELPHI EXERCISE. PHYS THER. 2006;86(9):1203-20.

ARAÚJO SPA, SILVA FCP, MOREIRA SPCR, BONILHA FS. PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ATENDIDOS NO SETOR DE NEUROLOGIA DA CLINICA DE FISIOTERAPIA DA UNIPAR-CAMPUS SEDE. ARQ. CIÊNCIA SAÚDE UNIPAR 2008;12:35-42.

TEIXEIRA-SALMELA LF, FARIA CDCM, GUIMARÃES CQ, GOULART F, PARREIRA VF, INÁCIO EP, ET AL. TREINAMENTO FÍSICO E DESTREINAMENTO EM

HEMIPLÉGICOS CRÔNICOS: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA. REV BRAS FISIOTER 2005;9:347-53.

LIMA MCR. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO STROKE SPECIFIC QUALITY OF LIFE – SSQOL: UM INSTRUMENTO ESPECÍFICO PARA AVALIAR A QUALIDADE DE VIDA DE HEMIPLÉGICOS. [DISSERTAÇÃO]. BELO HORIZONTE: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; 2006, 77P. MESTRE EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO.

SAMPAIO, J. R. E GOULART, I. B. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE EMPRESAS BRASILEIRAS. EM SAMPAIO, JADER DOS REIS (ORG.) QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E PSICOLOGIA SOCIAL. 2A. ED. SÃO PAULO: CASA DO PSICÓLOGO, 2004.

GOLDSTEIN, BRAHM MD; GIROIR, BRETT MD; RANDOLPH, ADRIENNE MD, PEDIATRIC CRITICAL CARE MEDICINE: JANUARY 2005 - VOLUME 6 - ISSUE 1 - P 2-8.

CIEZA A1, GEYH S, CHATTERJI S, KOSTANJSEK N, USTÜN B, STUCKI G. ICF LINKING RULES: AN UPDATE BASED ON LESSONS LEARNED. *J REHABIL MED*, 2005; 37:212-218.

CIEZA A, EWERT T, USTÜN TB, CHATTERJI S, KOSTANJSEK N, STUCKI G. DEVELOPMENT OF ICF CORE SETS FOR PATIENTS WITH CHRONIC CONDITIONS. *J REHABIL MED*. 2004; 44 (SUPPL): 9-11.

ANDRADE PM, FERREIRA FO, HAASE VG. O USO DA CIF ATRAVÉS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO AVC PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO. CONTEXTOS CLÍNICOS 2009;2:27-39.

COHEN J. QUANTITATIVE METHODS IN PSYCHOLOGY: A POWER PRIME. *PSYCHOL BULL* 1992;112:155-9.

ANDRADE PM, HAASE VG. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E PARALISIA CEREBRAL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO [TESE DE MESTRADO]. BELO HORIZONTE (MG): UFMG; 2008.

RUARO, J. A. ET AL. PANORAMA E PERFIL DA UTILIZAÇÃO DA CIF NO BRASIL: UMA DÉCADA DE HISTÓRIA. *REVISTA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA*, SÃO CARLOS, V. 16, N. 6, P. 1-9, 2012.

ALMEIDA MCR. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): APLICAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO [TESE DE DOUTORADO]. SÃO PAULO (SP): FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA/USP; 2002.

DI NUBILA HBV. APLICAÇÃO DAS CLASSIFICAÇÕES CID-10 E CIF NAS DEFINIÇÕES DE DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE [TESE DE DOUTORADO]. SÃO PAULO (SP): FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA/USP; 2007.

FARIAS N, BUCHALLA CM. A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: CONCEITOS, USOS E PERSPECTIVAS. *REV BRAS EPIDEMIOL* 2005; 8(2):187-93.

STUCKI, G. 2005. INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY, AND HEALTH (ICF): A PROMISING FRAMEWORK AND CLASSIFICATION FOR REHABILITATION MEDICINE. *AMERICAN JOURNAL OF PHYSICAL MEDICINE & REHABILITATION*, 84:733-740.

ANDRADE, P.M.O.; FERREIRA F.O.; HAASE V.G. 2009. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) *IN*: V.G. HAASE; F.O. FERREIRA; F. PENNA (EDS), *O ENFOQUE BIOPSISSOCIAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE*. BELO HORIZONTE, COOPMED, P. 67-88.

DRUMMOND AS, SAMPAIO RF, MANCINI MC, KIRKWOOD RN, STAMM TA. LINKING THE DISABILITY ARM SHOULDER AND HAND (DASH) TO THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF). *J HAND THER*. NO PRELO 2007.

ANDRADE KRC, SILVA MT, GALVÃO TF, PEREIRA MG. FUNCTIONAL DISABILITY OF ADULTS IN BRAZIL: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS. *REV SAÚDE PÚBLICA* 2015; 49.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. VIGITEL BRASIL 2009: VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, FAMILY DEVELOPMENT COMMITTEE. *IMPLICATIONS FOR THE ICD OF THE ICF*. MEETING OF HEADS OF WHO COLLABORATING CENTRES FOR THE FAMILY OF INTERNATIONAL CLASSIFICATIONS. BETHESDA, OCTOBER; 2001

[WHO/GPE/CAS/C/01.55].

BATTISTELLA LR, BRITO CMM. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE (CIF) INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING DISABILITY AND HEALTH (ICF). *ACTA FISIATRICA* 2002; 9: 98-101.

ALMEIDA P, SANTO A, DIAS B, FARIA C, GONÇALVES D, SILVA M, CASTRO-CALDAS A. HANDS-ON PHYSIOTHERAPY INTERVENTIONS AND STROKE AND INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONALITY, DISABILITY AND HEALTH OUTCOMES: A SYSTEMATIC REVIEW, *EUROPEAN JOURNAL OF PHYSIOTHERAPY*, 2015; 17(3):100-115.

ALMEIDA P. PHYSIOTHERAPY AND NEURO REHABILITATION ON STROKE EVIDENCE AND NEEDS. PHD THESIS, INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES, CATHOLIC UNIVERSITY OF PORTUGAL, 2014.

BENINATO M, PORTNEY LG, SULLIVAN PE. USING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH AS A FRAMEWORK TO EXAMINE THE ASSOCIATION BETWEEN FALLS AND CLINICAL ASSESSMENT TOOLS IN PEOPLE WITH STROKE. *PHYSICAL THERAPY* , 2009; 89(8):816-825.