

## **APLICABILIDADE DA CIF BASEADA NOS OBJETIVOS FUNCIONAIS NA PARALISIA CEREBRAL**

### **ICF applicability based on functional goals on Cerebral Palsy**

Mariana Bettini Verdiani<sup>1</sup>, Juliana Leme Gomes<sup>2</sup>, Marjory Harumi Nishida<sup>3</sup>, Marcela Pereira Marinho<sup>4</sup>, Douglas Martins Braga<sup>5</sup>

### **Resumo**

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a Gross Motor Function Classification System (GMFCS) são utilizadas para avaliar a funcionalidade da população com Paralisia Cerebral (PC) e funcionam como base para determinação de objetivos funcionais nos centros de reabilitação. Nosso objetivo foi verificar se essas escalas apresentam alguma relação e, verificar se os objetivos funcionais estão corretamente relacionados às duas medidas padrão. Trata-se de um estudo retrospectivo, onde coletamos e comparamos os objetivos funcionais traçados pelos fisioterapeutas e os códigos da CIF determinados por eles e por pesquisadores. Observamos boa correlação entre as medidas, porém discrepância significativa entre os códigos escolhidos por terapeutas e pesquisadores. Este achado pode estar relacionado à dificuldade de aplicação prática da CIF ou a dificuldade dos terapeutas no momento de traçar os objetivos funcionais. Acreditamos que maiores estudos devam ser feitos na área para facilitar a aplicabilidade da CIF.

**Palavras-chave:** Paralisia Cerebral, CIF, Fisioterapia.

### **Abstract**

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the Gross Motor Function Classification System (GMFCS) are performed to evaluate the functionality of children with Cerebral Palsy (CP) and used as a baseline to define functional goals on rehabilitation centers. Our objective was to verify whether these scales have any relation and whether functional goals are being adequately related to both standard measurements. A retrospective study in which are compared the functional goals defined by the therapists and the ICF codes defined by them and by trained researchers. We found good relationship between the two standard measurements, however a significant difference for the codes chosen by therapists and researchers. This difference may be related either to the difficulty on performing the ICF on practical situations or to the therapists to decide the functional goal. We believe that more studies should be done to facilitate the applicability of the ICF.

**Key words:** Cerebral Palsy, ICF, Fisioterapy.

<sup>1</sup> Especialista em Fisioterapia Neurofuncional pela Faculdade Metropolitanas Unidas São Paulo. Email: mariana\_1305@hotmail.com

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Pós-graduanda em Aprendizagem Motora - Escola de Educação Física e Esporte - USP. Email: juliana.leme.gomes@gmail.com

<sup>3</sup> Especialista em Intervenção em Neuropediatria pela Universidade Federal de São Carlos. Email: marjorynishida@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Aplicada a Neurologia Infantil e Adulto - UNESP. Email: ma\_marinho@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Especialista em Hidroterapia em Doenças Neuromusculares pela Universidade Federal de São Paulo. Email: douglasbraga78@hotmail.com

## Introdução

Os programas de reabilitação vêm passando por uma mudança de conceito, definindo saúde em termos mais amplos onde fatores sociais, psicológicos e ambientais também contribuem para qualidade de vida e saúde dos pacientes. Uma das formas atuais de se avaliar a saúde (ou a falta da mesma) em uma população é de acordo com a alteração da sua funcionalidade, definida como a relação entre o corpo, o comportamento e a vida em sociedade<sup>1</sup>.

Uma patologia bastante comum nos centros de reabilitação é a Paralisia Cerebral (PC), definida como uma lesão difusa não progressiva em um cérebro imaturo causadora de um grupo de distúrbios permanentes que alteram o desenvolvimento infantil, causando importante limitação funcional. Ela apresenta incidência entre 1,5 e 2,5 a cada 1000 nascidos vivos nos países desenvolvidos. No Brasil, estima-se em torno de 17 a 20 mil novos casos ao ano<sup>2,3</sup>. Mensurar o impacto dos distúrbios na vida funcional e traçar objetivos a serem trabalhados com os pacientes com essa patologia tem sido um desafio para os profissionais da reabilitação<sup>4</sup>.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), visa unificar a linguagem a respeito dos componentes e estados relacionados à saúde e bem estar<sup>5</sup>. Ela reflete a mudança de abordagem no qual prioriza a funcionalidade como componente da saúde sendo reconhecida como modelo de estruturação para avaliação, formulação de problemas e metas para intervenção no tratamento de pacientes com deficiência<sup>6</sup>.

Outra maneira para classificar a funcionalidade da criança e adolescente com PC na fisioterapia e que nos auxilia ao traçar objetivos funcionais terapêuticos é a Gross Motor Function Classification System (GMFCS), que tem como objetivo classificar a função motora grossa do paciente por meio de cinco níveis motores, considerando sua idade e seu desempenho motor dentro de diferentes contextos como: casa, escola e espaços comunitários<sup>7</sup>.

Observamos que essas duas classificações (GMFCS e CIF) são bastante utilizadas para padronizar e uniformizar as avaliações e tratamentos no que se refere à PC e, baseando-se nelas, surgiu o que chamamos de objetivo funcional, que é traçado especificamente para cada paciente, o qual entendemos como uma tarefa a ser alcançada dentro do que o paciente almeja e do que é possível<sup>8</sup>.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é verificar se as duas escalas utilizadas como base para traçar os objetivos funcionais, apresentam alguma relação entre si e, verificar se os objetivos funcionais traçados pelos fisioterapeutas estão corretamente relacionados com essas duas medidas padrão. Esperamos confirmar a hipótese de que o fisioterapeuta está sendo capaz de correlacionar o objetivo funcional ao GMFCS e CIF de acordo com o potencial de cada paciente e, permitir, caso isso não ocorra, o reconhecimento do problema para promover uma melhor abordagem ao paciente atendido.

## Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo por análise de prontuários de pacientes atendidos no setor de Fisioterapia Aquática da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) – Ibirapuera.

### Coleta de dados

Foi realizado levantamento de prontuários de pacientes atendidos no setor de Fisioterapia Aquática da AACD no período de maio a dezembro de 2014, com diagnóstico de PC e idade entre 3 a 17 anos. Foram excluídos os prontuários que continham dados de identificação incompletos, GMFCS indefinido (o mesmo é definido previamente pelos médicos da instituição), ausência de CIF e de pacientes com histórico de cirurgias ortopédicas e/ou bloqueios neuromusculares que tenham sido realizadas dentro do período da coleta dos dados.

Os prontuários selecionados continham um campo denominado objetivo funcional, o qual era traçado pelo terapeuta e em seguida correlacionado por ele mesmo com a CIF. Posteriormente três pesquisadores independentes analisaram os objetivos funcionais propostos e definiram uma palavra-chave para cada um. Baseando-se na palavra-chave buscaram um código na CIF que melhor as definisse<sup>9</sup>. Os três códigos eram confrontados e o código que se repetisse seria considerada o correto. Os pesquisadores não tinham conhecimento do código que havia sido usado previamente pelo terapeuta.

Como se tratava de uma população de crianças e adolescentes, utilizamos a CIF-CJ (versão para crianças e jovens) para classificar os objetivos funcionais, porém em alguns casos em que os objetivos propostos não apresentassem nenhum código condizente nessa versão, foi consultada a CIF versão completa para selecionar o mais adequado, por exemplo, o código

'B4550 - Resistência física geral', foi determinado como um dos objetivos funcionais a serem estabelecidos, porém só está presente na versão completa da CIF.

### **Análise Estatística**

Para todas as análises foi realizado o teste de Igualdade de Duas Proporções após: 1) análises simples de porcentagem, média e desvio padrão para caracterização da amostra; 2) análises de porcentagem para correlacionar as variáveis GMFCS, objetivos funcionais (palavras-chave), código da CIF do terapeuta e código da CIF dos pesquisadores e; 3) análises de porcentagem para determinar concordância ou discordância entre os códigos da CIF estabelecidos pelos pesquisadores e pelos terapeutas. O nível de significância definido foi de  $p < 0.05$ .

## **Resultados**

Foram 217 prontuários de crianças com diagnóstico de PC, atendidos no setor de Fisioterapia Aquática da AACD – Ibirapuera no período descrito, que se enquadraram nos critérios de inclusão. A partir desses, 1 prontuário foi excluído por dados de identificação incompletos, 39 eram de pacientes de idade abaixo de 3 anos, 16 não tinham a descrição da classificação no GMFCS, 4 prontuários não apresentaram a classificação da CIF definido pelo terapeuta e 17 eram de pacientes que tinham realizado cirurgias ortopédicas ou bloqueios musculares no período de coleta. Após as exclusões obtivemos uma amostra total final de 140 pacientes.

### **Caracterização da amostra**

A amostra final foi homogênea com 51,4% dos prontuários sendo de pacientes do sexo masculino e a idade média de  $8,5 \pm 4,4$  anos. A maioria da amostra (39,3%) era de crianças classificadas no nível III do GMFCS, seguidas das classificadas nos níveis II e IV (21,4% e 25,7% respectivamente) e a minoria nos níveis I e V (entre 4,3% e 9,3% respectivamente). A grande maioria da amostra apresentava comprometimento espástico (88,6%) de membros inferiores (81,4% de diparéticos).

Em relação aos domínios da CIF, observamos que o domínio de Atividades e Participação prevaleceu sobre o de Funções do Corpo tanto para o grupo de terapeutas (94,3%) como de pesquisadores (90,4%).

Quando analisamos os códigos escolhidos notamos que os terapeutas selecionaram principalmente aqueles relacionados à marcha e outras formas de deslocamentos (75%), sendo os principais 'D4500 Andar distâncias curtas'; 'D4600 - Deslocar-se dentro de casa' e 'D4501 - Andar distâncias longas'. Para os pesquisadores a marcha e os deslocamentos também apareceram como o principal objetivo (67,1%), sendo os códigos mais escolhidos o 'D465 - deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento'; 'D4600 - Deslocar-se dentro de casa' e; por último 'D4500 - Andar distâncias curtas' (Tabela 1).

Os códigos relacionados ao controle e manutenção do corpo no espaço (englobando também alcance e função dos membros superiores), apareceram em 12,8% dos casos para terapeutas e 15,7% para pesquisadores e os códigos relacionados a transferências e mudança da posição do corpo no espaço foram de 6,3% para terapeutas e 6,7% para pesquisadores.

Códigos da CIF selecionados	Terapeutas			Pesquisadores		
	N	%	p	N	%	p
<b>Funções do corpo</b>						
B770 – Funções relacionadas ao padrão da marcha	5	3,6	<0,001**	27	6,4	<0,001**
B7603 – Funções de apoio do membro superior ou do membro inferior.	0	0	<0,001**	3	0,7	<0,001**
B28015 - Dor em membro inferior	1	0,7	<0,001**	2	0,5	<0,001**
B4550 – Resistência física geral	1	0,7	<0,001**	1	0,2	<0,001**
Outros	0	0		9	1,9	
<b>Atividades e participação</b>						
D465 - Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	7	5	<0,001**	86	20,5	Ref
D4600 - Deslocar-se dentro de casa	14	10	0,013*	57	13,6	0,008*
D4500 - Andar distâncias curtas	29	20,7	Ref	39	9,3	<0,001**
D4501 - Andar distâncias longas	14	10	0,013*	21	5,0	<0,001**
D4154 - Permanecer de pé	7	5	<0,001**	21	5,0	<0,001**
D4503 – Andar contornando obstáculos	7	5	<0,001**	20	4,8	<0,001**
D4502 – Andar sobre superfícies diferentes	7	5	<0,001**	2	1,4	<0,001**
Outros	20	39,3		21	40,4	

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Ref – Referencia (valor maior tomado como referência na análise dos demais resultados)

\* p < 0,05; \*\* p < 0,001

Tabela 1. Códigos da CIF mais prevalentes determinados pelos terapeutas e pelos pesquisadores.

### Comparações entre GMFCS, CIF terapeutas e CIF pesquisadores.

Verificamos ao comparar os níveis de GMFCS com os códigos da CIF designados pelos terapeutas que os mais prevalentes para GMFCS nível V estão relacionados principalmente a manutenção da posição do corpo no espaço. No GMFCS nível IV foi selecionado

principalmente o código de marcha a curtas distâncias e secundariamente o de marcha domiciliar, sendo estes, um achado também para o nível III. Nos níveis II e I do GMFCS o código mais prevalente foi em relação à marcha contornando obstáculos, seguido da marcha a longas distâncias e comunitária (Tabela 2).

Quando observamos os códigos da CIF escolhidos pelos pesquisadores e os comparamos com os níveis de GMFCS e com os códigos da CIF escolhidos pelos terapeutas, notamos semelhança entre os códigos mais escolhidos por terapeutas e por pesquisadores para os níveis I e V, e diferença para os níveis II, III e IV. Nos níveis II e III os códigos mais prevalentes para os pesquisadores foram relacionados ao deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, enquanto no nível IV foi em relação à marcha domiciliar (Tabela 2).

Códigos da CIF	Terapeutas										Pesquisadores									
	Nível I		Nível II		Nível III		Nível IV		Nível V		Nível I		Nível II		Nível III		Nível IV		Nível V	
	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	p
d4153 - permanecer sentado	0 (0,0)	0,121	0 (0,0)	0,02*	0 (0,0)	<0,001**	3 (8,3)	0,032*	3 (23,1)	Ref	0 (0,0)	0,007*	0 (0,0)	<0,001**	0 (0,0)	<0,001**	11 (10,2)	0,037*	9 (23,1)	Ref
d4154 - permanecer de pé	0 (0,0)	0,121	0 (0,0)	0,02*	1 (1,8)	<0,001**	3 (8,3)	0,032*	3 (23,1)	Ref	0 (0,0)	0,007*	0 (0,0)	<0,001**	3 (1,8)	<0,001**	9 (8,3)	0,012*	9 (23,1)	Ref
d4500 - andar distancias curtas	0 (0,0)	0,121	4 (13,3)	0,718	15 (27,3)	Ref	10 (27,8)	Ref	0 (0,0)	0,066	0 (0,0)	0,007*	4 (4,4)	<0,001**	20 (12,1)	0,006*	15 (13,9)	0,206	0 (0,0)	0,001**
d4502 - andar sobre superfícies diferentes	0 (0,0)	0,121	5 (16,7)	Ref	2 (3,6)	<0,001**	0 (0,0)	<0,001**	0 (0,0)	0,066	0 (0,0)	0,007*	6 (6,7)	0,005*	0 (0,0)	<0,001**	0 (0,0)	<0,001**	0 (0,0)	0,001**
d4503 - andar contornando obstáculos	2 (33,3)	Ref	1 (3,3)	0,085	4 (7,3)	0,006*	0 (0,0)	<0,001**	0 (0,0)	0,066	6 (33,3)	Ref	5 (5,6)	0,002*	9 (5,5)	<0,001**	0 (0,0)	<0,001**	0 (0,0)	0,001**
d4600 - deslocar-se dentro de casa	0 (0,0)	0,121	1 (3,3)	0,085	8 (14,5)	0,101	5 (13,9)	0,147	0 (0,0)	0,066	0 (0,0)	0,007*	4 (4,4)	<0,001**	31 (18,8)	0,281	22 (20,4)	Ref	0	0,001**
d465 - deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	0 (0,0)	0,121	0 (0,0)	0,02*	5 (9,1)	0,013*	2 (5,6)	0,011*	0 (0,0)	0,066	3 (16,7)	0,248	19 (21,1)	Ref	39 (23,6)	Ref	21 (19,4)	0,865	4 (10,3)	0,129

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Ref – Referencia (valor maior tomado como referência na análise dos demais resultados); Níveis I, II, III, IV e V relacionados ao GMFCS – Gross Motor Function Classification Scale

\* p < 0,05; \*\* p < 0,001

Tabela 2. Relação entre os códigos da CIF determinados pelos terapeutas e pesquisadores com os níveis de GMFCS (total, porcentagem e valor de p).

### Concordância entre os pesquisadores e entre pesquisadores e terapeutas.

Quando analisados os resultados de concordância entre os pesquisadores em relação à escolha das palavras-chave pudemos notar concordância significativa de 72,1%. Em relação aos códigos da CIF escolhidos notamos concordância significativa de 66,7% entre os pesquisadores. Sendo assim, entre os pesquisadores houve uma pequena perda (5,4%) ao transportarem as palavras-chave escolhidas para o código da CIF adequado (Figura 1). As palavras-chave e códigos designados apresentaram concordância independente do nível do GMFCS do paciente.

Já quando comparamos a concordância entre pesquisadores e terapeutas em relação aos códigos da CIF definidos verificou-se discordância de 56% entre eles (Figura 2).

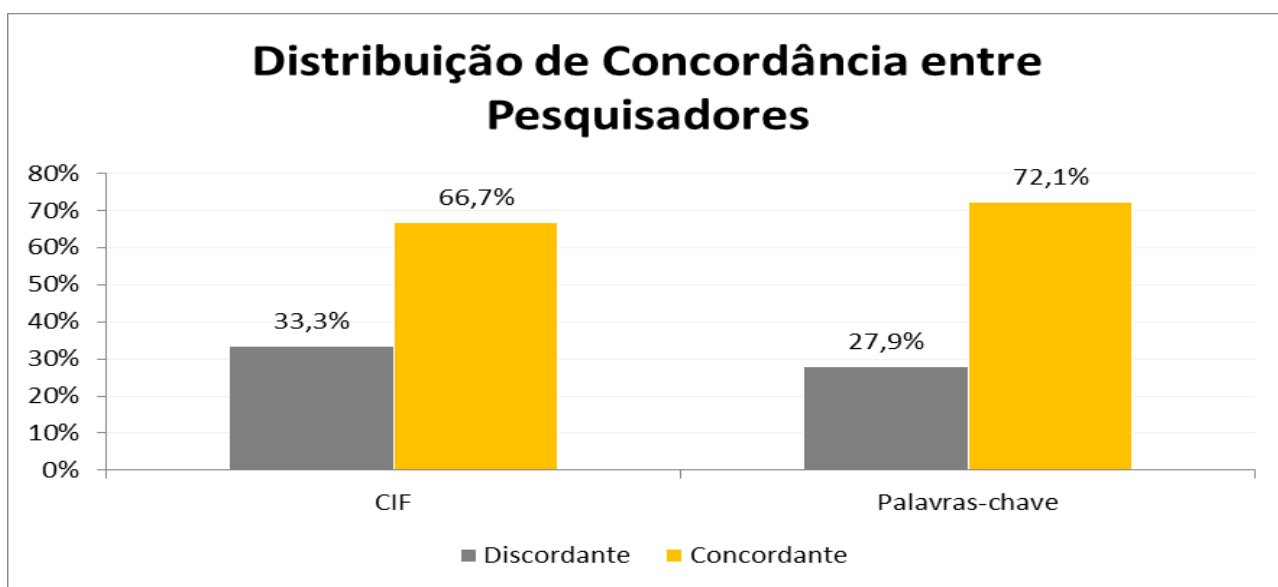


Figura 1. Gráfico de distribuição de concordância entre os três pesquisadores ao definir as palavras-chave e códigos da CIF para cada objetivo funcional.

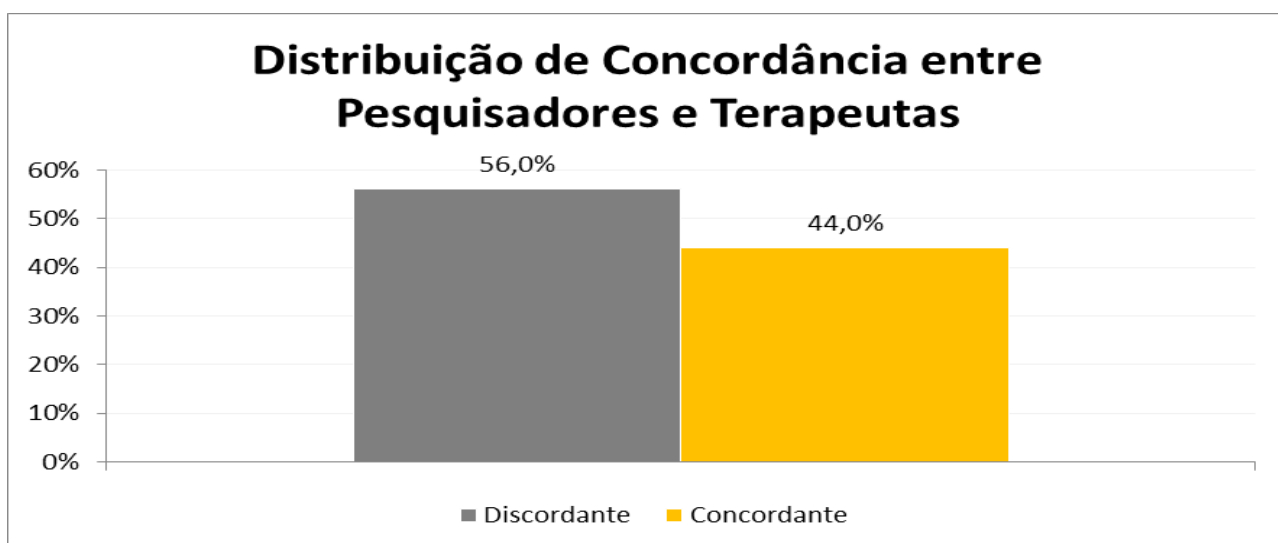


Figura 2. Gráfico de distribuição de concordância entre os pesquisadores e terapeutas ao definir os códigos da CIF para cada objetivo funcional.



## Discussão

Como principal achado deste estudo, podemos citar que os códigos da CIF definidos tanto pelos terapeutas quanto pesquisadores se enquadraram corretamente no quadro funcional esperado para cada nível do GMFCS<sup>10,11</sup>, quando correlacionamos às duas medidas funcionais (CIF e GMFCS) o que indica que eles podem ser correlacionados.

Já, quando observado o quadro geral dos códigos da CIF utilizados, vemos que a grande maioria (mais de 90%) pertencia ao domínio de Atividades e Participação, o que reflete adequadamente a funcionalidade do paciente e vai de acordo com outros estudos na literatura<sup>12,13</sup>. Dentro desse domínio os códigos mais selecionados estavam relacionados à marcha e deslocamentos, o que corrobora com a literatura que demonstra que para pacientes com PC o principal interesse dos profissionais nos centros de reabilitação é relacionado à marcha<sup>13,14</sup>, principalmente nos níveis II, III e IV do GMFCS. Para os níveis mais graves, além do deslocamento, que é incluído no nível de mobilidade, outros domínios como o autocuidado e a interação social se mostram importantes para a reabilitação<sup>13</sup>.

Notamos que houve discrepância significativa entre os códigos da CIF estabelecidos pelos pesquisadores e terapeutas para definir o mesmo objetivo funcional. O código mais presente para os pesquisadores foi o 'D465 – Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento', que se sobrepôs significativamente aos demais códigos (exceto 'D4600 - Deslocar-se dentro de casa'), inclusive ao código mais presente para os terapeutas, o 'D4500 – Andar distâncias curtas', e vice-versa. Este achado pode indicar dificuldade dos profissionais em transferir o que consideraram o objetivo funcional para o seu paciente para a linguagem da CIF.

Além disso, apesar dos códigos escolhidos serem capazes de definir o quadro funcional geral de cada paciente, como citado anteriormente, quando realizada a transposição do objetivo funcional para a CIF, nota-se novamente uma divergência entre pesquisadores e terapeutas alterando o principal objetivo visado para cada nível. Como exemplo, podemos citar os níveis III e IV do GMFCS que possuem objetivos relacionados à marcha, no entanto, para os terapeutas eles eram especialmente relacionados a distâncias curtas para os dois níveis, enquanto os pesquisadores acreditaram que a melhor classificação seria a marcha com aditamentos ou domiciliar, respectivamente. Acreditamos que essa pequena diferença possa impactar diretamente na prática clínica de uma equipe multiprofissional que adota a CIF como referência, pois condutas são traçadas pela equipe em torno do objetivo que o outro

membro da equipe especificou, e o mesmo pode não ser exatamente o que ele selecionou como código.

Estudos que avaliam a CIF e sua aplicabilidade na prática clínica têm justificado que a classificação, por abranger diversas faces da estrutura biopsicossocial do sujeito, é longa e complexa, tanto para interpretação quanto operacionalização, o que dificulta o seu uso na vida prática do profissional de reabilitação em diversas áreas do cuidado<sup>9,15</sup>.

Neste estudo, por exemplo, identificamos dois tipos de dificuldades. Primeiramente observamos que múltiplos códigos poderiam estar relacionados a um mesmo objetivo funcional, como os códigos 'D4500 – Andar distâncias curtas' e 'D4600 – Deslocar-se dentro de casa', que foram os que apresentaram maiores níveis de discordância entre si. O código 'D4600 – Deslocar-se dentro de casa', considera o andar como uma forma de deslocamento e o ambiente domiciliar pode também ser considerado de curta distância, dessa forma um mesmo objetivo pode ser descrito de duas formas diferentes e causar diferença na comunicação de uma equipe dentro da instituição.

Demais estudos também identificaram essa duplicidade e sugeriram que, com o treino adequado dos profissionais esse tipo de erro seria minimizado<sup>15,16,17</sup>. Outra sugestão para a resolução da “duplicidade de códigos” seria a simplificação da CIF, por meio do desenvolvimento de core sets (uma breve lista de categorias consideradas mais relevantes para descrição funcional do indivíduo com uma condição de saúde determinada) específicos para a população de PC<sup>15,16,17</sup>.

Os core sets foram recentemente definidos para a população com PC no estudo de Veronica Schiariti et al, 2015 e abrangem 135 categorias (sendo que a versão ainda mais resumida conta com 25 categorias)<sup>18</sup>. Trata-se ainda de uma classificação longa, que contém a maioria dos códigos que apresentaram duplicidade no nosso estudo e, portanto, acreditamos que, para a futura aplicação dos core sets definidos para essa população na instituição, seja importante que haja um treinamento e avaliações periódicas que comprovem a efetividade do mesmo, a fim de evitar essas duplicidades.

Outra dificuldade encontrada foi a formulação dos objetivos funcionais descritos pelos terapeutas, que muitas vezes foram vagos e muito abrangentes. Estes achados corroboram com outro estudo<sup>12</sup> que salientou que o objetivo vago oferece ao leitor múltiplas interpretações e leva a dificuldade em entender a ideia central do objetivo, para que o mesmo seja adequadamente transportado para a CIF. Como exemplo podemos citar o objetivo funcional “Aprimorar marcha domiciliar com andador para maior independência”, este pode

ser entendido de duas maneiras – o terapeuta pode desejar aprimorar a marcha domiciliar da criança ou pode desejar aprimorar a marcha com andador para ganhar sua independência. Não é possível definir um único “centro” desse objetivo (que aqui chamamos de palavra-chave) e, portanto, ele pode ter sido entendido pelo pesquisador de uma forma diferente da mensagem que o terapeuta quis passar.

Quando o objetivo funcional oferece margem para dois significados, sugerimos que seja desenvolvido dentro de cada equipe um diagrama que viabilize o direcionamento da escolha do código mais adequado e torne a codificação mais rápida e de maior aplicabilidade. Este diagrama sugerido como um guia, que visa direcionar seus profissionais na definição do melhor código da CIF para o seu objetivo funcional<sup>14,19</sup>.

Acreditamos que o diagrama, criado de acordo com as necessidades da equipe multiprofissional, junto dos core sets específicos para a população com PC e do treinamento periódico da utilização da CIF pelos profissionais da instituição de reabilitação, levariam a um melhor entendimento da classificação para uma aplicação mais rápida e funcional, o que permitiria maior tempo para as atividades de atendimento ao público.

Como limitação, podemos citar o processo de escolha do código à partir do objetivo funcional, que para os pesquisadores contava com a etapa de definição de palavra-chave. Já, os terapeutas não foram orientados a definir uma palavra-chave para seus objetivos, portanto não tínhamos esse dado para comparação entre os grupos para confirmar se a dificuldade estava somente na leitura e interpretação do objetivo funcional formulado por terceiros ou na decodificação para a CIF. Pudemos notar também que a amostra final apresentou-se heterogênea quando dividida de acordo com o nível do GMFCS, isto é, o nível III do GMFCS prevaleceu em relação aos níveis I e V.

Esse trabalho exemplifica o uso da CIF dentro de um centro de reabilitação e indica possíveis melhorias a serem pensadas para sua aplicação. Para futuros estudos sugerimos que os core sets sejam implementados pelos profissionais para serem testados na prática clínica juntamente com diagramas facilitadores da leitura da CIF e transcrição de objetivos, para verificarmos se essas estratégias seriam adequadas para melhoria do uso da CIF na instituição. Caso obtenhamos um bom resultado, esse exemplo pode ser utilizado para outras instituições, tornando a CIF um instrumento cada vez mais presente no nosso país.

## Conclusão

Com os dados obtidos nesse estudo podemos concluir que as duas medidas funcionais, a CIF e o GMFCS, podem ser correlacionados entre si. Já para a adequada correlação dos objetivos funcionais com a CIF ainda é necessário maior treinamento da equipe, aliado a estratégias para facilitar e tornar mais prático o uso da CIF na rotina diária do terapeuta.

## Referências

1. Sampaio RF, Mancini MC, Golçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade e incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2005; 9(2):129-36.
2. Leite JMRS, Padro GF. Paralisia cerebral: Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. *Neurociências.* 2004; 12: 41-45.
3. Rebel MF, Rodrigues RF, Araújo APQC, Corrêa CL. Prognóstico motor e perspectivas atuais na paralisia cerebral. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2010; 20(2):342-50.
4. Reinders-Messelink HA, de Blécourt AC, Boonstra AM, Calamé EH, Groothoff JW, Nakken H, Postema K. Goal setting in Dutch paediatric rehabilitation. Are the needs and principal problems of children with cerebral palsy integrated into their rehabilitation goals? *Clin Rehabil.* 2008; 22(4):348-63.
5. OMS Organização Mundial de Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
6. Beckung E1, Hagberg G. Neuroimpairments, activity limitations, and participation restrictions in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2002; 44(5):309-16.
7. Hiraatuka, E; Matsukura, TS; Pfeifer LI. Adaptação transcultural para o Brasil do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). *Ver. Bras. Fisioter.* 2010; Nov/Dez 14 (6): 537-44.
8. Silva JB, Branco F. Fisioterapia aquática funcional e seus indicadores de qualidade. In: Silva JB; Branco F. *Fisioterapia aquática funcional.* 1ed. São Paulo: Artes Médicas. 2011: 19-21. Capítulo: Introdução do livro.
9. Farias N, Buchalla CM. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. bras. epidemiol.* 2005; 8 (2).
10. Chagas PSC; Defilipo EC; Lemos RA; Mancini MC; Frônio JS; Carvalho RM. Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. 2008; 12(5).
11. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 1997; 39(4):214-23.

12. Engelen V, Ketelaar M, Gorter JW. Selecting the appropriate outcome in paediatric physical therapy: How individual treatment goals for children with cerebral palsy are reflected in GMFM-88 and PEDI. IN GMFM-88 AND PEDI. J Rehabil Med. 2007; 39(3):225-31.
13. Brasileiro IC, Moreira TMM, Jorge MSB, Queiroz MVO, Mont'Alverne DGB. Atividades e participação de crianças com Paralisia Cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4): 503-11.
14. Andrade PM, Ferreira FO, Mendonça AP, Haase VG. Content identification of the interdisciplinary assessment of cerebral palsy using the International Classification of Functioning, Disability and Health as reference. Disabil Rehabil, 2012; 34(21):1790-801.
15. Sabino GS, Andrade PMO, Ferreira FO, Haase VG. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. Acta Fisiátr. 2008; 15(1):24-30.
16. Okochi J, Utsunomiya S, Takahashi T. Health measurement using the ICF: Test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care. Health Qual Life Outcomes. 2005; 29 (3): 46.
17. Andrade PM, Ferreira FO, Haase VG. Multidisciplinary perspective for cerebral palsy assessment after an International, Classification of Functioning, Disability and Health training. Dev Neurorehabil. 2011; 14(4):199-207.
18. Schiariti V, Selb M, Cieza A, O'Donnell M. International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for children and youth with cerebral palsy: a consensus meeting. Dev Med Child Neurol. 2015; 57(2):149-58.
19. Andrade PM, Haase VG. Avaliação da funcionalidade em crianças e adolescentes com acidente vascular cerebral e paralisia cerebral: um estudo exploratório [tese de mestrado]. 2008. Belo Horizonte (MG): UFMG.