



UNESP - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“Júlio de Mesquita Filho”

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA - FCT

Campus de Presidente Prudente

**DANYELLE FERNANDA DE SOUZA BENATTI
FERNANDA CONTRI MESSALI
LARA NERY PEIXOTO**

**“AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE ATLETAS DE BASQUETE
SOBRE RODAS COM LESÃO MEDULAR NA PERSPECTIVA DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)”**

Presidente Prudente

2011

**DANYELLE FERNANDA DE SOUZA BENATTI
FERNANDA CONTRI MESSALI
LARA NERY PEIXOTO**

**“AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE ATLETAS DE BASQUETE
SOBRE RODAS COM LESÃO MEDULAR NA PERSPECTIVA DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)”**

Trabalho de Graduação apresentado à banca examinadora e ao Conselho de Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP - Campus de Presidente Prudente para conclusão de curso.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Eliane Ferrari Chagas
Co-Orientação: Ft. Ana Cláudia de Souza Fortaleza

Presidente Prudente

2011



TERMO DE APROVAÇÃO

**DANYELLE FERNANDA DE SOUZA BENATTI
FERNANDA CONTRI MESSALI
LARA NERY PEIXOTO**

**“AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE ATLETAS DE BASQUETE SOBRE RODAS COM
LESÃO MEDULAR NA PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)”**

Trabalho de Graduação como requisito final para obtenção do grau de Graduado em Fisioterapia, da Universidade Estadual Paulista de Presidente Prudente, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Eliane Ferrari Chagas
Departamento de Fisioterapia, UNESP

Ana Cláudia de Souza Fortaleza
Co-orientadora – Pós-Graduação em Fisioterapia

Prof. Ms. Renilton José Pizzol
Departamento de Fisioterapia, UNESP

Prof. Dr. Manoel Osmar Seabra Junior
Departamento de Educação Física, UNESP

Presidente Prudente, 09 de novembro de 2011

Resumo

Introdução: A lesão medular ocorre devido à interrupção de estímulos nervosos que pode ser por causas traumáticas ou não traumáticas. Após a lesão medular, ocorrem comprometimentos de atividades da vida da pessoa, afetando ou modificando sua vida e causando impacto na sua participação social. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) contempla e analisa além da doença ou da lesão, inclui informações sobre a funcionalidade em diferentes domínios tais como atividades, participação e ambiente. **Objetivo:** o Avaliar a funcionalidade de atletas de basquete sobre rodas com lesão medular, utilizando a CIF. **Metodologia:** Para a realização da pesquisa foram avaliados 60 atletas com lesão medular, praticantes de basquete sobre rodas utilizando um formulário denominado *Checklist* das principais categorias da CIF e uma ficha de identificação contendo dados pessoais, tempo da lesão, nível da lesão e classificação funcional do basquete. **Resultados:** Na análise dos dados, verificou-se que, a partir de quartis, na categoria Função do Corpo, a mediana foi de 56,67% dos atletas com qualificadores entre leve a moderado; Na Estrutura do Corpo, a mediana foi de 60% para qualificadores leves; na Atividade e Participação, essa mediana correspondeu a 91, nos Fatores Ambientais, 51,67% percebem que o ambiente é facilitador para eles. **Discussão:** A maioria dos comprometimentos verificados neste estudo pertence às categorias Função e Estrutura do Corpo, e no código andar da Atividade e Participação, estes resultados refletem o fato de que a lesão medular pode resultar em incapacidades, que variam de acordo com o grau da lesão, do segmento medular e das vias nervosas e neurônios da medula envolvidos, uma vez que pode envolver todas as funções do corpo abaixo do nível da lesão neurológica. **Conclusão:** A CIF mostrou-se um instrumento eficiente para avaliação da funcionalidade, bem como outras dimensões da vida do lesado medular praticante de basquete sobre rodas, indicando os problemas corporais, seu desempenho perante a sociedade, além da influência do ambiente para seu cotidiano.

Palavras-Chaves: Lesão medular, funcionalidade, CIF

Abstract

Introduction: Spinal cord injury occurs due to interruption in nerve stimuli and could be caused from traumatic and non-traumatic illnesses. After spinal cord injury, there are problems in personal life activities affecting or modifying personal life and provoking impacts in his own life. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) considers and analyses more than the illness or injury and includes information about functionality in different domains as activities, participation and environment. **Objective:** The aim of this study is to evaluate functionality in wheelchair athletes with spinal cord injury using ICF. **Methodology:** For this research, it was evaluated 60 athletes with spinal cord injury who were practicing wheelchair basketball, using the Checklist corresponding to the main ICF categories and other Identity Protocol with personal data, lesion time, lesion level and functional classification from wheelchair basketball. **Results:** In analyses, we identify in quartile data, that in Body Function, median was 56,67% from all athletes with light and moderate qualifications; in Body Structure, the median was 60% for light qualifications; in Activities and Participation, this median corresponded to 91% and in Environment Factors, 51,67% feel that this environment was a facilitator for them. **Discussion:** The majority of impairments observed in this study belongs to the categories Function and Structure of the Body, and the floor of the Code Activity and Participation, these results reflect the fact that spinal cord injury can result in disabilities, which vary with the degree of injury, the spinal segment and the nerve pathways and spinal neurons involved, since it can involve all body functions below the neurological level of injury. **Conclusion:** The ICF proved to be an effective tool for evaluating the functionality as well as other dimensions of life of spinal cord injured practicing basketball on wheels, giving the body problems, their performance in society, beyond the influence of the environment to their daily lives.

Key-words: Spinal cord, functionality, ICF

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Justificativa	13
3. Objetivo	14
4. Metodologia	15
5. Resultados	18
6. Discussão	29
7. Conclusão	36
8. Referências	37
Anexos e Apêndices	

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Características demográficas e clínicas da população avaliada (n=60)	18
Tabela 2: Frequência e percentual da categoria Funções do Corpo na população	19
Tabela 3: Frequência e percentual da categoria Estrutura do Corpo na população avaliada (n=60)	20
Tabela 4: Frequência e percentual da categoria Atividade e Participação na população avaliada (n=60)	21
Tabela 5: Frequência e percentual da categoria Fatores Ambientais na população avaliada (n=60)	22
Quadro I – Quartis determinados pela frequência dos valores obtidos para cada categoria da CIF	24
Figura 1 – Representação gráfica dos percentuais de cada classe para a categoria Função do Corpo da CIF.....	26
Figura 2 - Representação gráfica dos percentuais de cada classe para a categoria estrutura do corpo da CIF	26
Figura 3 - Representação gráfica dos percentuais de cada classe para a categoria Atividade e Participação da CIF	27
Figura 4 - Representação gráfica dos percentuais de cada classe para a categoria fatores ambientais da CIF	28

1. Introdução

A lesão medular ocorre devido à interrupção de estímulos nervosos através de trauma raquimedular, que pode ocorrer por meio de causas traumáticas como acidente automobilístico ou motociclístico, quedas, ferimento por arma de fogo, ou por causas não traumáticas como doenças, tumores, infecções e hemorragias, resultando em comprometimento permanente ou temporário das funções neuromotoras, de acordo com o tipo da lesão que pode ser completa ou incompleta (MELO, 2009).

Em grandes centros de reabilitação como na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), dos 350 pacientes atendidos anualmente com lesão medular, a etiologia mais comum foi a de ferimentos por arma de fogo e acidentes de trânsito e de tumores (ARES, CRISTANTE, 2007). Nas internações da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, nos últimos 10 anos, foram atendidos 9019 pacientes com lesão medular (REDE SARAH, s/d).

O quadro na fase aguda da lesão ou de choque medular pode se caracterizar por flacidez dos membros paralisados, abolição dos reflexos tendinosos, alterações vesicais e intestinais, alterações vasculares, autonômicas e musculoesqueléticas. Cabe ressaltar que, em lesões não traumáticas e que resultam em um quadro com instalação progressiva, esta fase não está assim presente (ROWLEY et al., 2000).

Como decorrência da lesão, outras alterações ocorrem dependendo do nível da lesão, ou seja, em lesões acima do segundo segmento medular lombar (L2), aparece a espasticidade e sinais correspondentes tais como aumento de reflexos profundos, sinal de Babinski, sinais de automatismos medulares como clônus e reflexos em flexão ou extensão, além de disfunções vesicais e sexuais específicas. Já nas lesões abaixo de L2, o quadro permanece com tônus flácido, assim como ausência dos reflexos profundos e com quadro vesical e sexual diferente da situação anterior (ARES, CRISTANTE, 2007).

Em ambos os quadros, há complicações que poderão interferir e causar problemas na evolução dos casos, entre as quais as complicações cardiovasculares, respiratórias, úlceras de pressão, dores, infecções do sistema urinário e deformidades variadas (BRUNI et al., 2004; ARES, CRISTANTE, 2007; REDE SARAH, s/d).

Após a lesão medular, ocorrem comprometimentos de atividades na vida da pessoa, afetando ou modificando sua qualidade de vida e causando impacto na sua participação social. Há estudos que evidenciaram diferentes domínios comprometidos, ligados ao meio ambiente e à saúde física que obtiveram os piores escores de avaliação. Isso pode estar relacionado ao fato de a lesão medular causar alterações físicas com as quais a pessoa tem que aprender a viver, tornando-se muitas vezes uma barreira social (BAMPI, GUILHEM, LIMA, 2008). O comprometimento da funcionalidade em lesados medulares deve-se ao fato de que as modificações provocadas pela lesão não podem ser revertidas o que modifica bastante a vida da pessoa que necessita fazer adaptações e mudanças, pois o indivíduo se depara com problemas de ordem pessoal, social e econômico, muitas vezes de difícil enfrentamento (VALL, BRAGA, ALMEIDA 2006). Alguns indivíduos com lesão medular encontraram no esporte uma forma de adaptar-se a essa realidade.

A prática regular de atividade física promove benefícios que vão além da esfera física, obtendo efeitos positivos para a saúde física, mental e social do indivíduo, possibilitando a prevenção de incapacidades (NOCE, SIMIM, MELLO, 2009). A participação em diferentes atividades oferece às pessoas com deficiência física, a oportunidade de experimentarem sensações e movimentos que, frequentemente, são impossibilitados pelas barreiras físicas, ambientais e sociais existentes pela cidade e o esporte pode ser uma das possibilidades de obter essa vivência (LABRONICI et al., 2000).

O esporte promove controle do peso corporal, melhora da mobilidade articular, do perfil lipídico, resistência aeróbia, força muscular, resistência à insulina, aumento da densidade óssea e contribui para a diminuição da pressão arterial. Além dos benefícios físicos a atividade física traz benefícios psicossociais como o aumento da auto-estima, alívio do estresse, melhora da auto-imagem e bem estar, redução do isolamento, manutenção da autonomia e diminuição da depressão (SOUZA et al., 2009).

As atividades físicas ou esportivas não devem ser consideradas apenas como meio de inserção social, mas também como meio de promoção de saúde, à medida que possibilita a prevenção de incapacidades. Estudos epidemiológicos e experimentais evidenciam que um estilo de vida ativo tem impacto positivo em muitos aspectos da

saúde, em qualquer fase da vida, em indivíduos hígidos ou com algum tipo de doença ou lesão (SOUZA et al; 2009).

O esporte adaptado surgiu no período pós-guerra, como um serviço para reintegrar os mutilados e lesados medulares decorrentes dos combates e nesse período, foi de extrema importância a construção de centros de reabilitação e treinamento vocacional em todo o mundo. Os programas de reabilitação destes diferentes centros mostraram que os esportes auxiliavam na reabilitação dos veteranos de guerra que adquiriram algum tipo de deficiência (ANDRADE, CASTRO, 2010; LABRONICI et al., 2000).

Uma das modalidades de esporte adaptado bastante conhecida é o basquete sobre rodas que é praticado por atletas de ambos os sexos que tenham alguma deficiência físico-motora de acordo com as regras adaptadas da Federação Internacional de Basquete em cadeira de rodas. As cadeiras são adaptadas, padronizadas e previstas em regras e as dimensões da quadra e altura da cesta são as mesmas do basquete olímpico, porém cada atleta recebe uma classificação funcional (CF) (ANDRADE, CASTRO, 2010; LABRONICI et al., 2000).

A classificação é dita funcional pelo fato de os atletas serem avaliados em relação à sua funcionalidade em situação de jogo e visa organizá-los em classes para que possam competir em condições de paridade funcional e conseqüentemente a competição mais justa. Também objetiva permitir que atletas com maior comprometimento físico tenham oportunidade de participar de competições, assim como atletas que apresentam um menor grau de comprometimento. A CF é determinada de acordo com quatro principais fatores: função de tronco, membros superiores, membros inferiores e mãos. Os movimentos são feitos pelo atleta nos planos sagital, frontal e transversal. A amplitude, a força e a coordenação de todos os movimentos são levados em consideração como componentes individuais de classificação e as funções são relacionadas durante situações de jogo até chegar-se à classificação do atleta, que é dividida em classes de 1.0 a 4.5, sendo 1.0 a mais comprometida e 4.5 a menos comprometida, sendo que em quadra, durante o jogo, não se pode ultrapassar 14 pontos, devendo assim distribuir as classes dos jogadores (COMITÊ PARAOLÍMPICO BRASILEIRO, s/d; CASTELLANO, 2001).

A OMS aprovou, em 2001, o sistema de classificação definitivo para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que traz no seu modelo uma avaliação que considera as atividades, a participação social, os fatores ambientais e sua relação com a disfunção ou a doença das pessoas. O objetivo pragmático da CIF é fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde, permitindo a comparação de dados referentes a essas condições entre países, serviços, setores de atenção à saúde, bem como o acompanhamento da sua evolução no tempo (DI NUBILA, BUCHALLA, 2008; FARIAS, BUCHALLA, 2005).

Deste modo, a CIF contempla e analisa os indivíduos, além da doença ou da lesão, inclui informações sobre a deficiência, a doença e se estende de modo a obter informações sobre as habilidades funcionais em diferentes domínios tais como atividades, participação e ambiente. Como instrumento, codifica as situações de saúde e de temas relacionados à saúde, qualificando os diferentes domínios da funcionalidade que é usada no aspecto positivo, sendo que o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (DI NUBILA, BUCHALLA, 2008; SAMPAIO, LUZ, 2009).

De acordo com a CIF, um indivíduo que apresenta uma lesão ou doença pode estar limitado na realização de suas atividades ou restrito na participação social, não apenas pelas alterações em suas estruturas ou funções corporais, mas também pela influência de fatores pessoais e ambientais que podem atuar como barreiras e limitar o desempenho de atividades e a participação social. Esse fundamento configura uma abordagem biopsicossocial do processo de saúde-doença e oferece aos profissionais da área da saúde um modelo teórico para a prática clínica e o desenvolvimento de pesquisas. Além disso, possibilita melhor percepção do indivíduo, desde a instalação da doença até sua funcionalidade. De acordo com esse modelo, o objetivo principal da

reabilitação deve ser a reinserção social do indivíduo e a potencialização de sua participação na comunidade. Nesse contexto, além da percepção do terapeuta, é importante no processo da reabilitação considerar a percepção do próprio indivíduo quanto à sua participação e aos fatores que ele percebe como barreiras ou facilitadores a essa participação (SOUZA et al; 2009).

Em pesquisa de enfermagem em reabilitação, a CIF é citada como respaldo da reabilitação. Isso ocorre pelo fato da CIF englobar todos os aspectos da saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados ao bem estar. No estudo, é adotado, em reabilitação, as definições propostas na CIF para nortear condutas e intervenções, bem como avaliar constantemente os resultados obtidos com as intervenções, pois a referida classificação organiza as consequências de traumas, disfunções orgânicas e mentais (FARO, 2006).

Faro (2006) destaca que a concepção de saúde-doença, no âmbito da reabilitação, leva a compreender o homem a partir do seu fazer, do seu estilo de vida e cidadania e não a partir da sua doença ou deficiência. Esta especialidade enfatiza tanto a prevenção como o tratamento das incapacidades, mediante metas previamente estabelecidas, priorizadas e compartilhadas entre os reabilitadores, paciente e família, valorizando autonomia dos especialistas atrelada à autonomia do paciente. É uma atuação pautada na abordagem holística e não na disfunção orgânica ou estrutural-anatômica, implementada no hospital, nos centros de reabilitação e no domicílio.

2. Justificativa

Diante das questões citadas, este trabalho tem por proposta avaliar as percepções do indivíduo a respeito de vários aspectos da sua vida e não, meramente, a lesão em si. Espera-se que esse conhecimento possa contribuir em vários aspectos: em primeiro lugar, que permita uma valorização das percepções dessa população em relação às diferentes dimensões de sua vida; possibilite identificar esses aspectos multidimensionais para subsidiar tratamentos, reabilitação e demais ações técnicas, inclusive diante do esporte adaptado; fornecer dados para ampliar o olhar do profissional da área de reabilitação; amparar planos e ações na sociedade e na política pública com vistas à funcionalidade desses indivíduos e na inclusão social. Ressalta-se ainda, que esta também tem sido uma proposta mundial que a Organização Mundial da Saúde (OMS) que tem apresentado como perspectiva, inclusive na elaboração de instrumentos de medida como a CIF ou para avaliação da Qualidade de Vida pelo WHOQOL (BAMPI, GUILHEM, LIMA, 2008). Assim, este trabalho tem a preocupação de avaliar de modo multidimensional, pessoas com lesão medular, praticantes de uma modalidade esportiva adaptada.

3. Objetivo

Avaliar a funcionalidade de atletas de basquete sobre rodas com lesão medular, utilizando a CIF.

4. Metodologia

Foram avaliados 60 indivíduos adultos (maiores de 18 anos) com lesão medular de diferentes causas (poliomielite, traumas, tumores, mielites, degenerações), jogadores de basquetebol sobre rodas que participaram do “Torneio Regional de São Paulo Basquete em Cadeira de Rodas” em Presidente Prudente, em 2010. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCT/UNESP sob o protocolo nº 50/2010. Todos os participantes da pesquisa foram convidados, e os que aceitaram foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e os procedimentos metodológicos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

A coleta foi realizada em um único encontro, utilizando um questionário de forma direta, composto por uma ficha de identificação e um instrumento de avaliação da CIF. A ficha de identificação é composta de uma seção de dados pessoais, com o nome completo, data de nascimento, sexo, endereço, telefone, cidade e local de residência para identificação e referências necessárias, além de informações clínicas como tempo de lesão, nível da lesão, causa da lesão e classificação funcional do atleta.

Como instrumento de avaliação da CIF foi utilizado um formulário denominado *checklist* da CIF (Anexo 1), que é composta por informações demográficas e pelas categorias: Funções do Corpo (FC), Estrutura do Corpo (EC), Atividades e Participação (AP) e Fatores Ambientais (FA) (FARIAS, BUCHALLA, 2005). Cada categoria da CIF contém códigos que são classificados em qualificadores que, em FC e EC vão de 0 a 4, sendo 0= nenhuma deficiência, 1= deficiência leve, 2= moderada, 3= grave e 4= deficiência completa. Em AP os qualificadores são 0= nenhuma dificuldade, 1= dificuldade leve, 2= dificuldade moderada, 3= grave e 4= dificuldade completa. Na categoria FA, os códigos foram classificados em barreiras: 0= nenhuma barreira, -1= barreira leve, -2= barreira moderada, -3= barreira grave e -4= barreira completa, ou facilitadores: 0= nenhum facilitador, 1= facilitador leve, 2= facilitador moderado, 3= facilitador grave e 4= facilitador completo. Para todas as categorias utilizou-se qualificadores 8 para códigos não especificado e 9 para não aplicável. A checklist é composta por 152 categorias e classifica 38 códigos de funções do corpo, 20 códigos de estrutura do corpo, 57 de atividade e participação e 37 códigos de fatores

ambientais. No presente estudo foi necessário a exclusão de alguns códigos de acordo com os qualificadores 8 e 9 que não eram aplicáveis ou necessários para essa população. Portanto, os códigos a serem aplicados foram reduzidos, sendo apenas 14 códigos na área FC, 13 códigos na EC, 23 códigos na AP e 21 códigos na FA.

A categoria Função do Corpo é definida como as funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas do corpo. Nesta categoria foram selecionados os seguintes códigos para o estudo: dor (b280), funções do coração (b410), pressão sanguínea (b420), funções do sistema respiratório (b440), funções digestivas (b515), funções de defecação (b525), manutenção do peso (b530), funções urinárias (b620), funções sexuais (b640), mobilidade das articulações (b710), força muscular (b730), tônus muscular (b735), movimentos involuntários (b765) e funções da pele (b8), somando um total de 14 códigos.

A categoria Estrutura do corpo é definida como as partes anatômicas do corpo, como os órgãos e seus componentes, e foram selecionados 13 códigos: medula espinhal e nervos periféricos (b120), sistema cardiovascular (s410), sistema respiratório (s430), sistema digestivo, imunológico e endócrino (s5), sistema urinário (s610), sistema reprodutivo (s630), região da cabeça e pescoço (s710), região do ombro (s720), extremidade superior (s730), pelve (s740), extremidade inferior (s750), tronco (s760) pele e estruturas relacionadas (s8).

Atividades e participação descrevem como o indivíduo exerce suas atividades diárias e se engaja na vida social, considerando as funções e estruturas do seu corpo que compreende desde simples tarefas e ações até áreas mais complexas da vida, sendo que esta categoria incluiu 23 códigos: levantar e carregar objetos (d430), uso fino das mãos (d440), andar (d450), deslocar-se utilizando equipamentos (d465), utilização de transportes (d470), dirigir (d475), lavar-se (d510), cuidar das partes do corpo (d520), cuidados com processo de excreção (d530), vestir-se (d540), comer (d550), comer (d560), cuidar da própria saúde (d570), aquisição de bens e serviços (d620), preparação de refeições (d630), tarefas domésticas (d640), ajudar os outros (d660), trabalho remunerado (d850), vida comunitária (d910), recreação e lazer (d920), religião e espiritualidade (d930), direitos humanos (d940) e vida política e cidadania (d950). As limitações de atividade são as dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma

determinada atividade. As restrições à participação social são os problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida.

A categoria de Fatores Ambientais constitui o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Foram selecionados desta categoria 21 códigos: Produtos ou substâncias para consumo pessoal (comida, remédios) (e110), Produtos e tecnologia para uso pessoal e na vida diária (e115), Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos (e120), Produtos e tecnologia para comunicação (e125), Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público (e150), Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso privado (e155), Família imediata (e310), Amigos (e320), Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade (e325), Pessoas em posição de autoridade (e330), Cuidadores e assistentes pessoais, Profissionais da saúde (e355), Serviços, sistemas e políticas de habitação (e525), Serviços, sistemas e políticas de comunicação (e535), Serviços, sistemas e políticas de transporte (e540), Serviços, sistemas e políticas legais (e550), Serviços, sistemas e políticas da previdência social (e570), Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral (e575), Serviços, sistemas e políticas de saúde (e580), Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento (e585), Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego (e590).

Deste modo, os resultados foram analisados utilizando o programa estatístico SPSS 19.0 realizando uma análise descritiva com divisão em quartis das categorias FC, EC, AP, FA.

5. Resultados

A tabela a seguir apresenta as características demográficas e clínicas dos participantes (n=60), onde é possível observar que existe uma prevalência do sexo masculino, com média de idade de 32,7 anos, o que caracteriza uma população jovem, na qual a maioria das lesões foram devido a poliomielite seguido de arma de fogo. Quanto a classificação funcional a maioria encontra-se em 1.0 e 2.0 e quanto ao nível da lesão, a maioria não era definido e entre T9 e T12.

Tabela 1: Características demográficas e clínicas da população avaliada (n=60).

Características	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Masculino	59	98,3
Feminino	1	1,7
Idade		
< 28	13	21,7
28 – 32	15	25
32 – 37	15	25
37 – 58	17	28,3
Média: 32,7	Desvio Padrão: +/-8,3	
CF		
1	13	21,7
1,5	8	13,3
2	14	23,3
2,5	9	15,0
3	4	6,7
3,5	4	6,7
4	6	10,0
4,5	2	3,3
Tempo de Lesão		
< 9,75	15	25
9,75 – 15,5	15	25
15,5 – 29,45	15	25
29,45 – 44	15	25
Média: 18,6	Desvio Padrão: +/- 11,8	
Causas da lesão		
Poliomielite	21	35
Arma de fogo	15	25
Queda	5	8,3
Acidente automobilístico	14	23,3
Outras Causas	5	8,3
Nível da lesão		
C7	1	1,7

T1 – T4	7	11,7
T5 – T8	9	15
T9 – T12	16	26,7
L1 – L5	5	8,3
ND*	21	35

*ND: Não definido.

Utilizando a Checklist da CIF verificou-se os seguintes resultados, como mostrado nas tabelas 2, 3, 4 e 5.

Tabela 2: Frequência e percentual da categoria Funções do Corpo na população avaliada (n=60).

Código	Qualificadores	Freq.	%
b280 Dor	Nenhuma deficiência	32	53,3
	Deficiência leve ou moderada	17	28,3
	Deficiência grave ou completa	11	18,3
b410 Funções do coração	Nenhuma deficiência	59	98,3
	Deficiência leve ou moderada	1	1,7
	Deficiência grave ou completa	0	0
b420 Pressão sanguínea	Nenhuma deficiência	54	90,0
	Deficiência leve ou moderada	6	10,0
	Deficiência grave ou completa	0	0
b440 Sistema respiratório	Nenhuma deficiência	58	96,7
	Deficiência leve ou moderada	2	3,3
	Deficiência grave ou completa	0	0
b515 Funções digestivas	Nenhuma deficiência	50	83,3
	Deficiência leve ou moderada	9	15,0
	Deficiência grave ou completa	1	1,7
b525 Funções de defecação	Nenhuma deficiência	46	76,7
	Deficiência leve ou moderada	14	23,3
	Deficiência grave ou completa	0	0
b530 Manutenção do peso	Nenhuma deficiência	45	75,0
	Deficiência leve ou moderada	15	25,0
	Deficiência grave ou completa	0	0
b620 Funções urinárias	Nenhuma deficiência	41	68,3
	Deficiência leve ou moderada	19	31,7
	Deficiência grave ou completa	0	0
b640 Funções Sexuais	Nenhuma deficiência	49	81,7
	Deficiência leve ou moderada	11	18,3
	Deficiência grave ou completa	0	0
b710 Mobilidade articulações	Nenhuma deficiência	17	28,3
	Deficiência leve ou moderada	17	28,3
	Deficiência grave ou completa	26	43,3
b730 Força muscular	Nenhuma deficiência	16	26,7
	Deficiência leve ou moderada	15	25,0
	Deficiência grave ou completa	29	48,3
b735 Tônus muscular	Nenhuma deficiência	18	30,0
	Deficiência leve ou moderada	14	23,3
	Deficiência grave ou completa	28	46,7
b765 Movimentos involuntários	Nenhuma deficiência	29	48,3
	Deficiência leve ou moderada	21	35,0

	Deficiência grave ou completa	10	16,7
b8	Nenhuma deficiência	41	68,3
Funções da pele	Deficiência leve ou moderada	9	15,0
	Deficiência grave ou completa	10	16,7

Tabela 3: Frequência e percentual da categoria Estrutura do Corpo na população avaliada (n=60)

Código	Qualificadores	Freq.	%
S120 Medula espinhal e n. periféricos	Nenhuma dificuldade	4	6,7
	Dificuldade leve ou moderada	23	38,3
	Dificuldade grave ou completa	33	55,0
S410 Sistema cardiovascular	Nenhuma dificuldade	59	98,3
	Dificuldade leve ou moderada	1	1,7
	Dificuldade grave ou completa	0	0
S430 Sistema respiratório	Nenhuma deficiência	58	96,7
	Deficiência leve ou moderada	2	3,3
	Deficiência grave ou completa	0	0
S5 Sistema digestivo	Nenhuma deficiência	60	100,0
S610 Sistema urinário	Nenhuma deficiência	40	66,7
	Deficiência leve ou moderada	19	31,7
	Deficiência grave ou completa	1	1,7
S630 Sistema reprodutivo	Nenhuma deficiência	50	83,3
	Deficiência leve ou moderada	9	15,0
	Deficiência grave ou completa	1	1,7
S710 Região da cabeça e pescoço	Nenhuma deficiência	60	100,0
S720 Região do ombro	Nenhuma deficiência	59	98,3
	Deficiência leve ou moderada	1	1,7
	Deficiência grave ou completa	0	0
S730 Extremidade superior	Nenhuma deficiência	55	91,7
	Deficiência leve ou moderada	4	6,7
	Deficiência grave ou completa	1	1,7
S740 Pelve	Nenhuma deficiência	42	70,0
	Deficiência leve ou moderada	6	10,0
	Deficiência grave ou completa	12	20,0
S750 Extremidade inferior	Nenhuma deficiência	6	10,0
	Deficiência leve ou moderada	20	33,3
	Deficiência grave ou completa	34	56,7
S760 Tronco	Nenhuma deficiência	34	56,7
	Deficiência leve ou moderada	14	23,3
	Deficiência grave ou completa	12	20,0
S8 Pele	Nenhuma deficiência	58	96,7
	Deficiência leve ou moderada	1	1,7
	Deficiência grave ou completa	1	1,7

Tabela 4: Frequência e percentual da categoria Atividade e Participação na população avaliada (n=60)

Código	Qualificador	Freq.	%
d430	Nenhuma dificuldade	47	78,3
Levantar e carregar objetos	Dificuldade leve ou moderada	6	10,0
	Dificuldade grave ou completa	7	11,7
d440	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Uso fino das mãos			
d450	Nenhuma dificuldade	22	36,7
Andar	Dificuldade leve ou moderada	10	16,7
	Dificuldade grave ou completa	34	46,7
d465	Nenhuma dificuldade	57	95
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	Dificuldade leve ou moderada	2	3,3
	Dificuldade grave ou completa	1	1,7
d470	Nenhuma dificuldade	51	85,0
Utilização de transportes (carro, ônibus, trem, avião, etc.)	Dificuldade leve ou moderada	8	13,3
	Dificuldade grave ou completa	1	1,7
d475	Nenhuma dificuldade	55	91,7
Dirigir (bicicleta, carro, moto)	Dificuldade leve ou moderada	2	3,3
	Dificuldade grave ou completa	3	5,0
d510	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Lavar-se			
d520	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Cuidados com as partes do corpo			
d530	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Cuidados relacionados ao processo de excreção			
d540	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Vestir-se			
d550	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Comer			
d560	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Beber			
d570	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Cuidar da própria saúde			
d620	Nenhuma dificuldade	58	96,7
Aquisição de bens e serviços	Dificuldade leve ou moderada	2	3,3
	Dificuldade grave ou completa	0	0,0
d630	Nenhuma dificuldade	58	96,7
Preparar uma refeição	Dificuldade leve ou moderada	2	3,3
	Dificuldade grave ou completa	0	0,0
d640	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Tarefas domésticas			
d660	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Ajudar os outros			
d850	Nenhuma dificuldade	53	88,3
Trabalho remunerado	Dificuldade leve ou moderada	5	8,3
	Dificuldade grave ou completa	2	3,3
d910	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Vida comunitária			
d920	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Recreação e lazer			
d930	Nenhuma dificuldade	60	100,0
Religião e espiritualidade			
d940	Nenhuma dificuldade	55	91,7

Direitos humanos	Dificuldade leve ou moderada	4	6,7
	Dificuldade grave ou completa	1	1,7
d950 Vida política e cidadania	Nenhuma dificuldade	60	100,0

Tabela 5: Frequência e percentual da categoria Fatores Ambientais na população avaliada (n=60)

Código	Qualificador	Freq.	%
e110	Nenhuma barreira ou facilitador	3	5,0
Produtos ou substâncias para consumo pessoal (comida, remédios)	Facilitador	52	86,7
	Barreira	5	8,3
e115	Nenhuma barreira ou facilitador	3	5,0
Produtos e tecnologia para uso pessoal e na vida diária	Facilitador	50	83,3
	Barreira	7	11,7
e120	Nenhuma barreira ou facilitador	2	3,3
Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	Facilitador	41	68,3
	Barreira	17	28,3
e125	Nenhuma barreira ou facilitador	2	3,3
Produtos e tecnologia para comunicação	Facilitador	56	93,3
	Barreira	2	3,3
e150	Nenhuma barreira ou facilitador	2	3,3
Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	Facilitador	29	48,3
	Barreira	29	48,3
e155	Nenhuma barreira ou facilitador	4	6,7
Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso privado	Facilitador	43	71,7
	Barreira	13	21,7
e310	Nenhuma barreira ou facilitador	0	0,0
Família imediata	Facilitador	57	95,0
	Barreira	3	5,0
e320	Nenhuma barreira ou facilitador	0	0,0
Amigos	Facilitador	57	95,0
	Barreira	3	5,0
e325	Nenhuma barreira ou facilitador	4	6,7
Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	Facilitador	50	83,3
	Barreira	6	10,0
e330	Nenhuma barreira ou facilitador	5	8,3
Pessoas em posição de autoridade	Facilitador	55	91,7
	Barreira	0	0,0
e340	Nenhuma barreira ou facilitador	7	11,7
Cuidadores e assistentes pessoais	Facilitador	52	86,7
	Barreira	1	1,7
e355	Nenhuma barreira ou facilitador	1	1,7
Profissionais da saúde	Facilitador	59	98,3
	Barreira	0	0,0
e525	Nenhuma barreira ou facilitador	19	31,7
Serviços, sistemas e políticas de	Facilitador	18	30,0

habitação	Barreira	23	38,3
e535	Nenhuma barreira ou facilitador	13	21,7
Serviços, sistemas e políticas de comunicação	Facilitador	37	61,7
	Barreira	10	16,7
e540	Nenhuma barreira ou facilitador	3	5,0
Serviços, sistemas e políticas de transporte	Facilitador	36	60,0
	Barreira	21	35,0
e550	Nenhuma barreira ou facilitador	23	38,3
Serviços, sistemas e políticas legais	Facilitador	30	50,0
	Barreira	6	11,7
e570	Nenhuma barreira ou facilitador	14	23,3
Serviços, sistemas e políticas da previdência social	Facilitador	31	51,7
	Barreira	15	25,0
e575	Nenhuma barreira ou facilitador	24	40,0
Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral	Facilitador	25	41,7
	Barreira	11	18,3
e580	Nenhuma barreira ou facilitador	1	1,7
Serviços, sistemas e políticas de saúde	Facilitador	49	81,7
	Barreira	10	16,7
e585	Nenhuma barreira ou facilitador	6	10,0
Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	Facilitador	40	66,7
	Barreira	14	23,3
e590	Nenhuma barreira ou facilitador	10	16,7
Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego	Facilitador	35	58,3
	Barreira	15	25,0

A tabela 2 mostra o domínio de FC e dos 14 códigos avaliados, apenas 3 apresentaram maior comprometimento, sendo eles os códigos de mobilidade das articulações (b710), força muscular (b730) e tônus muscular (b735), apresentando maior percentual em deficiência grave ou completa. Na categoria EC, representado na tabela 3, os códigos que apresentaram maior porcentagem em deficiência grave ou completa foram medula espinhal e nervos periféricos (S120), extremidade inferior (s750), pelve (s740) e tronco (s760).

Na tabela 4, representando a categoria AP, observa-se que apenas um dos 23 códigos avaliados apresentou maior frequência em dificuldade grave ou completa, o código andar (d450). A categoria FA, representada na tabela 5, mostra que dos 21 códigos avaliados, 7 apresentaram maior porcentagem dos qualificadores como barreira, que foram produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos (e120), produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público (e150), serviços, sistemas e

políticas de habitação (e525), de transporte (e540), da previdência social (e570), de educação e treinamento (e585), e de trabalho e emprego (e590).

Analisando-se as tabelas acima verificou que há um número considerável de participantes com comprometimento grave ou completo em alguns códigos. Porém, analisando-se as categorias no geral, nota-se que a maioria dos indivíduos avaliados não estão gravemente comprometidos. Para tanto, foi utilizado a somatória dos qualificadores para cada indivíduo, considerando que na FC e EC foram avaliados 14 e 13 códigos respectivamente, sendo que para o participante ter nenhuma deficiência nos itens avaliados foi designado valor 0 (zero) e para ter deficiência completa, a somatória de todos os códigos seria de 56 e 52 respectivamente, ou seja, apresentando qualificador 4 em todos os códigos. Já em AP, foram avaliados 23 códigos, sendo que com o total 0 o participante teria nenhuma dificuldade e somatória 92 teria dificuldade completa. Em FA foram avaliados 21 códigos e os qualificadores se dividiam em barreiras (até -4) ou facilitadores (até 4), onde o participante que obteve facilitador completo somou 84, ou seja, apresentou qualificador 4 em todos os códigos, e para ter barreira completa teria uma somatória de -84, apresentando -4 em todos os itens.

Deste modo, as categorias foram divididas em quartis estabelecidos a partir da soma dos qualificadores de cada indivíduo e foi verificada a seguinte análise descritiva com divisão em quartis das categorias FC, EC, AP, FA (Quadro I).

		Estatística			
		FC	EC	AP	FA
N		60	60	60	60
Média		11,25	8,62	3,75	48,73
Percentis	25	6,00	5,00	1,00	35,00
	50	10,50	8,00	4,00	56,00
	75	16,00	11,75	4,00	65,00

Quadro I – Quartis determinados pela frequência dos valores obtidos para cada categoria da CIF

As classes foram, então, determinadas da seguinte forma:

Classe 1 – para a FC, o quartil correspondente a $< 6,00$; para a EC, o quartil < 5 ; para AP < 4 ; e para os FA, < 35 ;

Classe 2 – para FC, o quartil correspondente entre 6 e 16; para EC, o quartil entre 5 e 12; para AP entre 4 e 8; e para os FA entre 35 e 65;

Classe 3 – para FC, o quartil correspondente a > 16 ; para EC, o quartil > 12 ; para AP > 8 ; e para os FA, > 65 ;

Somando-se a pontuação máxima que o indivíduo pode atingir em cada categoria, ou seja, se obtivesse pontuação 4 em todos os códigos, e posteriormente dividir esse valor por 4 (referentes aos quartis), é possível verificar o grau de comprometimento de cada categoria, através da pontuação obtida pelos participantes, uma vez que fica definido os intervalos de leve, moderado, grave e completo, como mostram as tabelas abaixo:

Funções do Corpo			
1 -14	15 - 28	29 - 42	43 – 56
Leve	Moderado	Grave	Completo

Estrutura do Corpo			
1- 13	14 - 26	27 - 39	40 – 52
Leve	Moderado	Grave	Completo

Atividade e Participação			
1 – 23	24 - 46	47 - 69	70 – 92
Leve	Moderado	Grave	Completo

Fatores Ambientais			
1 – 21	22 - 42	43 - 63	64 – 84
Leve	Moderado	Grave	Completo

Assim, verificando-se os gráficos abaixo, onde encontram-se a porcentagem de comprometimento em cada categoria é possível classificar o comprometimento dos atletas em cada categoria baseando-se nos intervalos mostrados na tabela.

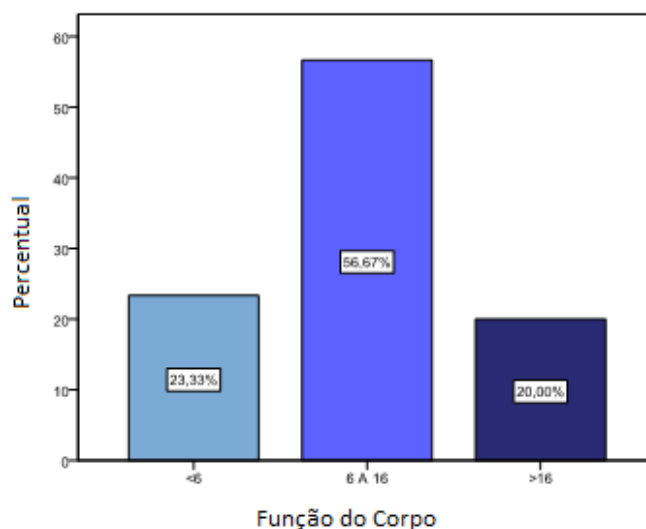


Figura 1 – Representação gráfica dos percentuais em cada classe para a categoria Função do corpo da CIF

Analisando o gráfico de Função do Corpo, observa-se que 56,67% dos atletas tiveram a somatória dos qualificadores entre 6 a 16, mostrando que a maioria dos avaliados não possuem um comprometimento elevado nessa categoria, visto que 23,33% apresentaram somatória menor que 6 e apenas 20% dos participantes apresentaram somatória maior que 16, sendo que a maior somatória nessa categoria foi de 29 pontos, o que caracteriza essa população como tendo comprometimentos de leve a moderado.

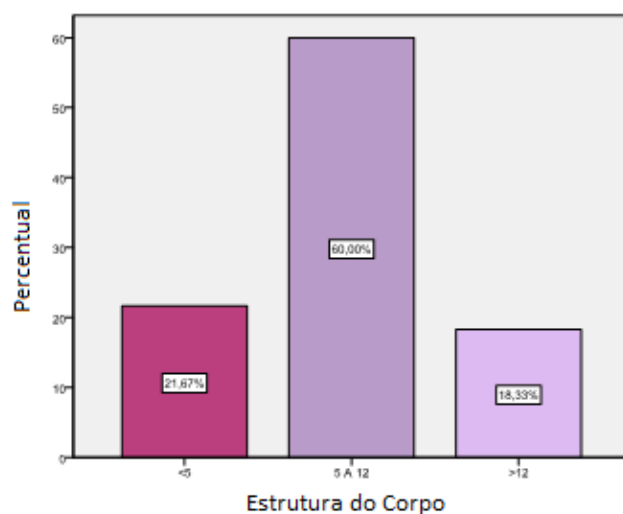


Figura 2 – Representação gráfica dos percentuais em cada classe para a categoria Estrutura do Corpo da CIF

Considerando o gráfico de Estrutura do Corpo, observa-se que 60% dos atletas tiveram somatória entre 5 e 12, e somente 18,33% apresentaram somatória >12, sendo que a maior pontuação nessa categoria foi de 21 pontos, mostrando que a maioria desses indivíduos apresentaram comprometimento leve, visto que 12 é uma pontuação baixa perante 52, que seria um comprometimento completo.

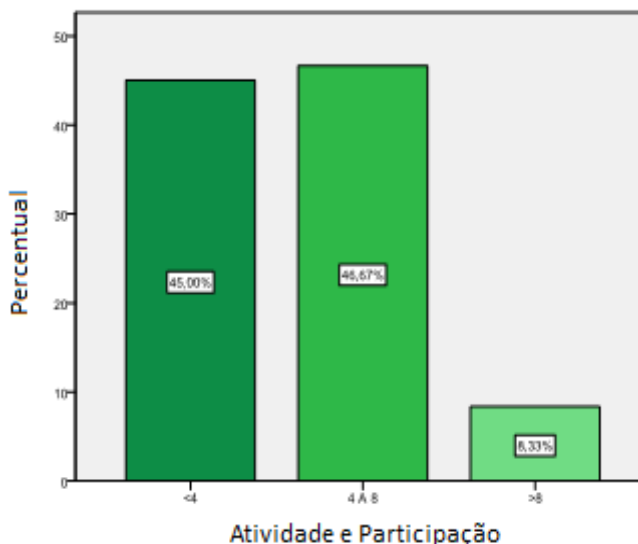


Figura 3 – Representação gráfica dos percentuais em cada classe para a categoria Atividade e participação da CIF

Observando o gráfico de Atividade e Participação, é possível observar que 91,67% dos atletas obtiveram a somatória até 8 pontos, restando apenas 8,33% dessa população que apresentaram somatória maior que 8, sendo a maior somatória apresentada nessa amostra, 14 pontos. Levando em consideração que para ter dificuldade completa, o atleta teria que somar 92 pontos, essa população apresentou dificuldade leve nessa categoria.

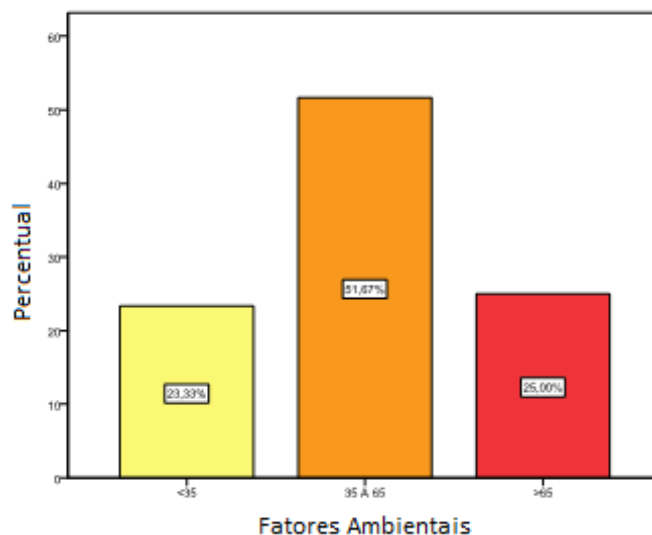


Figura 4 – Representação gráfica dos percentuais em cada classe para a categoria Fatores Ambientais da CIF

Verifica-se no gráfico de Fatores ambientais que 51,67% dos atletas tiveram a somatória de 35 a 65 pontos, e apenas 23,33% apresentaram somatória menor que 35 pontos, sendo importante ressaltar que dentre essas pessoas que obtiveram menos que 35 pontos, apenas uma pessoa obteve somatória menor que zero, que foi -3, o que mostra que a maioria das pessoas avaliadas percebe os fatores ambientais como facilitadores. Para lembrar, nos FA, a soma dos valores pode variar de -84 a 84, onde -84 pontos representaria a percepção da pessoa sobre o ambiente, serviços ou a política pública é vista como barreira para a sua própria vida e funcionalidade.

6. Discussão

A CIF permitiu avaliar as percepções do indivíduo com lesão medular, praticante do basquete sobre rodas, a respeito de vários aspectos da sua vida, e não somente referente a aspectos físicos da lesão, com informações sobre a deficiência que se estende de modo a obter informações sobre as habilidades funcionais em diferentes domínios. Uma vez que poucos estudos são encontrados com lesão medular utilizando a CIF, este foi realizado para verificar a funcionalidade ou incapacidade, levando em conta as funções e estruturas do corpo, relacionando com atividades e participação, abordando também fatores ambientais que interferem na vida desse indivíduo. Assim, a discussão dos resultados foi realizada envolvendo outras publicações relacionadas com a qualidade de vida e complicações em indivíduos com lesão medular.

A maioria dos comprometimentos verificados neste estudo pertence às categorias Função e Estrutura do Corpo, estes resultados refletem o fato de que a lesão medular pode resultar em incapacidades, que variam de acordo com o grau da lesão, do segmento medular e das vias nervosas e neurônios da medula envolvidos, uma vez que pode envolver todas as funções do corpo abaixo do nível da lesão neurológica (Rede SARA). Os códigos de Função do corpo mais frequentemente relatados como deficiência grave ou completa foram mobilidade das articulações, força muscular, tônus muscular e movimentos involuntários. Este estudo é similar ao de Scheuringer et. al (2010), onde estas funções neuromusculoesqueléticas também foram encontradas em maior frequência, juntamente com as funções de defecação, urinária, sexual e respiratória, ainda que em menor intensidade.

Em uma tese de doutorado apresentada em um hospital público de São Paulo, a CIF foi administrada a 40 pacientes com sequelas de doenças crônicas e lesões por causas externas, incluindo lesões na medula espinhal. Neste estudo, as principais deficiências estavam relacionadas com a função urinária, de defecação, força e tônus muscular.

Verificou-se que mais de 80% do grupo avaliado em nosso estudo, não apresentou problemas cardiorrespiratórios ou de digestão. Já nas funções urinárias, manutenção do peso, funções de defecação e sexuais aparecem comprometimentos

moderados em crescente percentagem. A maioria das pessoas com lesão medular não possui controle urinário normal, pois o cérebro e a medula espinhal são responsáveis pelo trabalho coordenado entre a bexiga e o esfíncter uretral garantindo o controle urinário e uma lesão medular pode comprometer essa comunicação. A lesão medular determina, também, alterações do controle intestinal, onde nas lesões de nível mais alto, o distúrbio está, principalmente, relacionado com inatividade da parede intestinal com tendência à constipação crônica e, nas lesões mais baixas, com incontinência fecal (Rede SARAH s/d). No que diz respeito à função sexual, Venturini, Decesaro e Marcon (2006) estudaram 32 indivíduos com lesão medular (LM) a respeito de suas necessidades cotidianas. Relataram que 9 indivíduos preferiram não se manifestar sobre a atividade sexual, 25% referiram não ter vida sexual ativa e quase metade deles referiram ter, confirmando a mesma dificuldade encontrada em nosso estudo.

No que diz respeito às funções da pele, cerca 31% relatou alguma deficiência. A pele possui grandes probabilidades de aparecer úlceras, descamações e outros problemas de desidratação que afetam a integridade da mesma. Este achado está de acordo com os estudos que encontraram úlceras de pressão como a mais frequente complicação médica com um aumento da prevalência logo após a lesão. No entanto, em fase inicial da lesão medular, é muito mais comum ocorrerem estas alterações. Em período de prática desportiva pode ser provável que esse problema esteja amenizado ou ausente, devido à grande movimentação desses atletas (CHEN, DEVIVO, JACKSON, 2005). Com relação à dor, cerca de 46% dos indivíduos apresentaram alguma deficiência, sendo que 18,3% era grave ou completa. A relevância deste achado é suportado por vários estudos que mostram que a maioria das pessoas com lesão medular apresentam dor crônica (ULLRICH et. al., 2008).

O código referente à medula espinhal e nervos periféricos apresentou maior porcentagem de comprometimento na categoria Estrutura do Corpo, o que era de se esperar para a população em estudo. Não é surpreendente também que as estruturas do corpo mais comprometidas nessa amostra correspondam às funções do corpo listadas anteriormente, tais como estruturas relacionadas ao movimento, como a pele, extremidade inferior e tronco assim como e estruturas do sistema urinário e reprodutivo. Este achado está de acordo com o estudo de Kirchberger et al. que tinham como

objetivo identificar os problemas mais comuns das pessoas com lesão medular e encontraram as mesmas estruturas e funções verificadas nesse trabalho.

Além desses itens de referência pra avaliação, a CIF abrange informações sobre a deficiência, a doença e se estende de modo a obter informações sobre as habilidades funcionais em diferentes domínios dentre eles, as atividades e a participação. Problemas funcionais que ocorrem após a lesão medular pode levar a limitações nas atividades dos indivíduos que passam a possuir alterações na mobilidade, auto-cuidado, manutenção das relações sociais, deslocamento, assim como restrição na participação, pois tornam-se dependentes de alguns fatores ambientais, como ruas, banheiro, estrutura de locais públicos e privados bem como atitudes sociais para uma boa participação social (VALL et al, 2011).

Em um estudo realizado em 2008, na cidade de Curitiba – PR, as categorias banho, usar o vaso sanitário, vestir-se, auto-cuidado e de lazer mostraram “dificuldade leve ou moderada” destacando-se que nenhuma recebeu “dificuldade grave ou completa”, o que segundo o autor poderia ser explicado por ser uma amostra de lesados medulares que não apresentavam maiores dificuldades para realização destas tarefas (VALL et al, 2011).

Já no presente estudo, de modo geral, dos 23 itens do domínio atividade e participação, 9 foram apontados com comprometimentos, porém apenas o andar foi a atividade que teve percentual maior em comprometimento completo (41,7%) o que seria esperado para a lesão medular completa sendo que houve percentuais com parcial comprometimento (21,7) e outros 36,7% relataram não problemas para o andar. Por outro lado, para a maioria das atividades não foram relatados problemas. Carregar objetos, usar o transporte e trabalho remunerado apresentaram percentuais maiores com comprometimentos leves para essas atividades sendo 8,3%, 10% e 5%, respectivamente. Os demais 14 códigos não foram relatados problemas ou quaisquer comprometimentos.

Assim, tanto nesse estudo quanto no de Vall et al. (2011), notou-se que apesar da deficiência, ambas as populações tiveram dificuldade leve ou moderada nesse domínio, mostrando assim que apesar das limitações e restrições que a população

encontra e dos comprometimentos físicos que a lesão medular possui, as atividades podem ser realizadas e a participação social torna-se evidente.

Dado que a população avaliada nesse trabalho possui características semelhantes, principalmente, por pertencerem a um grupo que tem o esporte como atividade comum. O grupo possui uma vida ativa, envolvidos em uma ação de continuidade que a tem prática desportiva que contribui para a aquisição de desenvolvimento físico e, além disso, necessita se deslocar para os treinamentos usando o transporte público ou próprio, motivação para seus desejos e ações, superação de barreiras e limitações impostas pela deficiência.

Noce, Simim, Mello (2009) verificaram que o esporte pode ser um dos fatores que levam a benefícios na saúde física e mental. Também verificou que é um meio de inserção social e melhora no aspecto psicológico levando ao enfrentamento das dificuldades e lutar pelas suas necessidades.

Isto pode ser reforçado pelas características da população, apresentada neste estudo em que os sujeitos tinham lesão medular no nível de T9-T12, em sua maioria (26,7%) somado aos demais que também envolve lesões torácicas (outros 26,7%). No que diz respeito à classificação funcional 58,7% pertenciam à CF 1 a 2, mostrando comprometimento significativo, com dificuldades no controle de tronco e menor amplitude de ação no espaço, e mesmo com essa limitação, obtiveram bom percentual em atividade e participação.

No estudo realizado por Bampi (2007), que estudou a qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática, realizou uma abordagem qualitativa, coletando dados sobre fatos que influenciavam de forma positiva ou negativa a vida e a qualidade de vida dessas pessoas. Os resultados obtidos como fatos que contribuem de forma positiva foram: afeto e apoio dos familiares, amigos e apoio social. Esses fatos vão de encontro com os resultados deste estudo, onde mais de 80% do grupo avaliado apresentou facilitador completo nos códigos: e310 família imediata, e320 amigos, e325 conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade, e330 pessoas em posição de autoridade, e340 cuidadores e assistentes pessoais e e355 profissionais da saúde. Essa convergência de achados demonstra que o suporte social

e familiar apresenta relevância e interfere na qualidade de vida e assim possibilita a pessoa apresentar facilitador completo nestes códigos.

Entre os códigos que apresentaram mais de 15% de barreiras encontram-se 12 códigos, dentre eles: produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos, produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público e uso privado, serviços, sistemas e políticas de habitação, comunicação, transporte, políticas legais, previdência social, suporte social geral, de saúde, de educação e treinamento e de trabalho e emprego. Segundo Correa et al. (2010), a acessibilidade arquitetônica para deficientes físicos vem crescendo cada vez mais, o que proporciona a esses indivíduos a oportunidade de se locomoverem com facilidade e segurança. Mas mesmo com esses avanços e com a legislação brasileira que regulamenta a acessibilidade, transporte e trabalho para pessoas com qualquer tipo de deficiência, ainda é um desafio para essas pessoas se locomoverem nas cidades brasileiras, pois as calçadas apresentam pavimentação irregular e sem rebaixamento, as cidades apresentam pequenos números de vagas destinadas a deficientes, o transporte público coletivo apresenta poucos ônibus adaptados, muitos edifícios públicos e privados não possuem rampas, elevadores e portas com espaço suficiente para a passagem de cadeira de rodas e muitos lugares não possuem banheiros adaptados (CORREA et al, 2010).

Em um estudo realizado por Vall et. al. (2011), para classificar a funcionalidade de pacientes com lesão medular através da CIF, os resultados encontrados foram semelhantes aos do presente estudo, o que não comprovou que a prática esportiva tenha influenciado nesse comprometimento de leve a moderado apresentados nos resultados, pois o estudo de Vall não especifica se a amostra era sedentária. Porém outros autores chegaram a conclusão de que a prática esportiva para o portador de deficiência física é um mecanismo facilitador da inclusão social, pois a atividade física proporciona uma melhora da força muscular, coordenação e resistência, diminuição das reações psicológicas negativas, destacando-se o aumento da auto-estima, alívio do estresse, melhora da auto-imagem e bem estar, redução do isolamento, manutenção da autonomia e diminuição da depressão (SOUZA, 2009). Com isso pode-se inferir que o bom desempenho nas categorias da CIF, na qual poucos códigos tiveram

comprometimento grave ou completo, pode ser devido à prática esportiva, o que deve ser analisado em pesquisas futuras.

Na CIF, a funcionalidade passou a ser o ponto central da saúde, onde é vista como condição de saúde e não somente como uma consequência da condição da saúde. Além disso, por essa classificação todos os aspectos que o indivíduo experimenta passaram a ser classificados como atividade e participação. Na classificação ainda contempla fatores ambientais, estruturas e funções do corpo bem como fatores pessoais (SILVA, 2007).

De modo geral, a CIF codifica as situações de saúde e de temas relacionados à saúde, qualificando os diferentes domínios da funcionalidade. A funcionalidade é usada no aspecto positivo e o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (BUCHALLA, 2003; DINUBILA, 2008; SAMPAIO, LUZ, 2009).

A CIF pode ser um valioso instrumento para traçar o perfil, características de uma população e ainda nortear o trabalho de profissionais, direcionando o tratamento e a assistência necessária. Avaliar o perfil de atletas, utilizando esse instrumento, possibilitou apresentar as categorias mais comprometidas ou, mesmo as que não se apresentavam desse modo. Permitiu verificar de modo amplo a situação de pessoas com lesão medular, nesse caso, de atletas os quais demonstraram possuir um quadro, no geral, de boa capacidade funcional ainda que tenha lesão completa ou uma deficiência física com acometimento substancial. A CIF ainda não tem sido utilizada como avaliação direta, no entanto, nosso trabalho demonstrou que pode ser um instrumento de avaliação e para coleta de informações a respeito da situação e da relação entre a disfunção, doença ou lesão e o impacto desta na vida dessas pessoas além detectar, ainda que de modo amplo, questões relativas ao ambiente e suas possibilidades de facilitar ou provocar limitações na funcionalidade na vida dessas pessoas. Pode subsidiar o diagnóstico situacional pela sua multidimensionalidade

possibilitando enxergar a complexidade de atividades relacionada à lesão e não somente o comprometimento físico.

7. Conclusão

Esse trabalho possibilitou verificar a situação de atletas com lesão medular sendo que na Categoria Função do Corpo houve comprometimento leve e moderado sendo os códigos que apresentaram maior comprometimento foram: Mobilidade das articulações; Força muscular; Tônus muscular. Na Estrutura do Corpo, somente comprometimentos leves com maiores comprometimentos foram Medula espinhal e nervos periféricos e estruturas relacionadas ao movimento. Para a atividade e participação com comprometimento leve e o andar sendo o mais acometido. Em relação aos Fatores Ambientais, constatou-se que estes são facilitadores na vida deles, porém o código com maior limitação foi relativo a produtos e tecnologias usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público.

Assim, a CIF mostrou-se um instrumento eficiente para avaliação da funcionalidade, bem como outras dimensões da vida do lesado medular praticante de basquete sobre rodas, indicando os problemas corporais, seu desempenho perante a sociedade, além da influência do ambiente para seu cotidiano.

8. Referências

ANDRADE, C.C., CASTRO, T.G.M. **Epidemiologia das lesões traumato-ortopédicas no esporte adaptado**. 2010. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ARES, M. J. J., CRISTANTE, A. R. L. Lesão medular. In: FERNANDES, A. C., RAMOS, A. C. R., CASALIS, M. E. P., HEBERT, S. K. **AACD Medicina e Reabilitação: Princípios e Prática**. São Paulo: Artes Médicas. 2007. Cap. 11, p 196-204.

BAMPI, L. N. S., GUILHEM, D., LIMA, D. D. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. **Rev Bras Epidemiol**. V. 11, n.1, p.67-77, 2008.

BAMPI, L.N.S. **Percepção de qualidade de vida de pessoas com leão medular traumática: uma forma de estudar a experiência da deficiência**. 2007. 155f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de ciências de saúde, universidade de Brasília, Brasília.

BRUNI, D.S., STRAZZIERI, K.C., GUMIEIRO, M.N., GIOVANAZZI, R., SÁ, V.G., FARO, A.C.M. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 38 n.1 p. 71-9 Mar. 2004.

CASTELLANO, M.L. **Classificação Funcional no Basquete sobre Rodas: Critérios e Procedimentos**. 2001. 255f. Dissertação (Mestrado na aera de Concentração, Atividade Física, Adaptação e Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CHEN Y., DEVIVO M.J., JACKSON A.B. Pressure Ulcer Prevalence in People With Spinal Cord Injury: Age-Period-Duration Effects. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 86, p. 1208–13, 2005.

COMITÊ PARAOLÍMPICO BRASILEIRO. Classificação Funcional, s/d. Disponível em <<http://www.cpb.org.br/>> Acesso em 27 novembro 2010.

CORREA, G.R., TURSKI, T., ROSCHILD, W.L³; COSTA, M.R.N. UMA VISÃO SOBRE A ORIGEM E AS DIFICULDADES DE ACESSIBILIDADE DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA. **XI salão de Iniciação Científica e Trabalhos Acadêmicos**,

2010, Guaíba/RS, ULBRA. Disponível em <<http://guaiba.ulbra.tche.br/pesquisa/2010/artigos/edfis/salao/716.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2011.

DI NUBILA, H.B., BUCHALLA, C.M. O papel das classificações da OMS- CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. Bras Epidemiol.** v.11, n.2, p.324- 35, 2008.

FARIAS, N., BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev. Bras Epidemiol.** v.8, n.2, p.187-93, 2005.

FARO, A.C.M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev Esc Enferm USP.** V. 40, n.1, p. 28-33, 2006.

JULIANA, V. L., RAEL, S., VICENTINI, W. C. A. Influência do ortostatismo no controle de tronco e na espasticidade de pacientes paraplégicos, **Intellectus Revista Acad Dig do Grupo Polis Educ**, V. 04, n. 5 jul./dez. 2008.

KIRCHBERGER, I., CIEZA, A., BIERING-S_RENSEN, F., BAUMBERGER, M., CHARLIFUE, S., POST, M.W., CAMPBELL, R., KOVINDHA, A., RING, H., SINNOTT, A., KOSTANJSEK, N, STUCKI, G. ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the early post-acute context. **Spinal Cord**, v. 48, p. 297–304, 2010.

LABRONICI, R.H.D., CUNHA, M.C.B., OLIVEIRA, A.S.B., GABBAI, A.A. Esporte como fator de integração do deficiente físico na sociedade. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 58, n.4, p 1092-9, 2000.

MELLO, A.C.R., Descrição da aptidão inicial para natação em lesionados medulares. **Rev Bras Med Esporte.** v. 15, n.6, nov/dec. 2009.

NOCE, F., SIMIM, M.A.M., MELLO, M.T. A percepção da qualidade de vida de portadores de deficiência física pode ser influenciada pela pratica de atividade física? **Rev Bras Med Esporte.** v. 15, n.3, p. 174-8, mai/jun, 2009.

RABELO, D.F., NERI, A.L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à Incapacidade funcional na velhice. **Psicologia em Estudo.** v. 10, n.3, p.403-12, set./dez, 2005.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. Lesão medular, s/d. Disponível em < <http://www.sarah.br/> > Acesso em 20 maio 2010.

RODRIGUES, D., HERRERA, G. Recursos fisioterapêuticos na prevenção da perda da densidade mineral óssea com lesão medular. **Acta Ortop Bras.** V. 12, n.3, p. 183-8, 2004.

ROWLEY, S., FORDE, H., GLICKMAN, S., MIDDLETON, F.R.I. Lesão de medula espinhal. In: STOKES, M. **Cash: Neurologia para fisioterapeutas.** São Paulo: Premier. 2000. p. 117-33.

SALVADOR, L.A., TARNHOVI, E.G. Estudo Comparativo da Qualidade de Vida em Indivíduos com Trauma Raquimedular Praticantes e não Praticantes de Atividades Físicas, Utilizando o Questionário Genérico SF-36. Disponível em <<http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/raquimedular/raquimedular.htm>> Acesso em 18 maio 2010.

SAMPAIO, R.F., LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. **Cad de Saúde Pública.** v. 25, n.3, p.475-83, 2009.

SAMPAIO, R.F., MANCINI, M.C., GONÇALVES, G.G.P., BITTENCOURT, N.F.N., MIRANDA, A.D., FONSECA, S.T. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Rev. bras. fisioter.** v. 9, n.2, p. 129-36, 2005.

SCHEURINGER, M., KIRCHBERGER, I., BOLDT, C., ERIKS-HOOGLAND, I., RAUCH, A., VELSTRA, I-M., CIEZA, A. Identification of problems in individuals with spinal cord injury from the health professional perspective using the ICF: a worldwide expert survey. **Spinal Cord,** V. 48, P. 529–36, Jan. 2010.

SILVA, D.L.A. **Seleção de categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para avaliação do paciente com acidente vascular cerebral em reabilitação.** 2007. p.97. Dissertação de Pós Graduação (Mestre em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/PR.

SOUZA, A.C., VILELA, P.H., SILVA, C.O., BARBOSA, V. A participação de indivíduos com lesão medular em atividades físicas e esportivas: uma revisão de literatura sobre barreiras e facilitadores. **Revista Digital - Buenos Aires**. v.14, n.131, Abril, 2009.

ULLRICH, P.M., JENSEN, M.P., LOESER, J.D., CARDENAS, D.D. Pain intensity, pain interference and characteristics of spinal cord injury. **Spinal cord**, v. 46, n. 6, p. 451-5, Fev. 2008.

VALL J., BRAGA, V.A.B., ALMEIDA, P.C. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arq. Neuro-psiquiatr.** V. 64, n.2b, 2006.

VALL, J., COSTA, C.M.C., PEREIRA, L.F., FRIESEN, T.T. Application of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in individuals with spinal cord injury. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 69, n. 3, p. 513-8, Jun. 2011.

VENTURINI, D.A., DECESARO, M.N., MARCON, S.S. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. **Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre/RS**. V. 27, n. 2, p. 219-29, Jun 2006.

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto: “**Avaliação de pessoas com lesão medular praticantes de esporte adaptado utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)**” está sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa cujos procedimentos adotados obedecem aos princípios éticos para pesquisa clínica envolvendo seres humanos da Declaração de Helsinque e as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As informações contidas nesta folha, fornecidas por Danyelle Fernanda de Souza Benatti, Fernanda Contri Messali e Lara Nery Peixoto têm por objetivo firmar acordo escrito com o (a) senhor (a) para participação da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que será submetida (o).

1) Natureza da pesquisa: Esta pesquisa tem como finalidade avaliar pessoas com lesão medular praticantes do esporte adaptado na modalidade de basquete sobre rodas.

2) Participantes da pesquisa: indivíduos com lesão medular jogadores de basquetebol sobre rodas que irão participar do “Torneio Regional de São Paulo Basquete em Cadeira de Rodas”, que será realizado em Presidente Prudente, no período de 27 de julho a 01 de agosto de 2010..

3) Liberdade e envolvimento na pesquisa: Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do coordenador do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

4) Sobre as coletas ou entrevistas: Serão realizadas na quadra esportiva em que os jogos serão realizados. As entrevistas serão realizadas de forma direta, uma única vez, e individualmente, durante as competições, porém para os indivíduos que se dispuserem a responder à avaliação. A identidade de cada indivíduo permanecerá preservada durante toda a avaliação

5) Riscos e desconforto: Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF. A pesquisa não oferecerá riscos e desconfortos.

6) Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados de cada um serão identificados com um código, e não com o nome. Apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados pessoais, assegurando assim sua privacidade.

7) Benefícios: Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes que deve ampliar o conhecimento sobre este assunto, em que o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

8) Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nessa pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____, RG _____, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Presidente Prudente, ____/____/____

Telefone para contato: _____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Assinatura do Orientador: _____

Contatos:

- PESQUISADORAS: Danyelle Fernanda de Souza Benatti, Fernanda Contri Messali e Lara Nery Peixoto - (18) 3229-5365, Ramal 205
- ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Eliane Ferrari Chagas- (18) 3229-5365, Ramal 205
- Comitê de Ética em Pesquisa (18) 3229-5355 - Profa. Dr. Edna Maria do Carmo – Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FCT-UNESP – (0xx18) 3229-5365 ramal 202./ 3229-5388 ramal 5466 - cep@fct.unesp.br

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Identificação _____

Data de nascimento: _____ Sexo: _____

Endereço: _____ nº _____ apto _____

Bairro _____

Cidade _____

Data ou Tempo de lesão _____

Nível da lesão _____

Classificação Funcional _____

Causa/História: _____

Telefone p/contato: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO

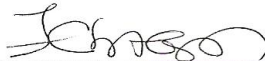
Presidente Prudente, 01 de junho de 2010.

Prezada Coordenadora,

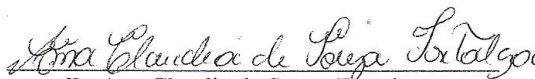
Estou encaminhando, em anexo, os documentos que compõem o Projeto de Pesquisa intitulado "Avaliação de pessoas com lesão medular praticantes de esporte adaptado utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)" a ser desenvolvido pelas alunas de Graduação em Fisioterapia Danyelle Fernanda de Souza Benatti, Fernanda Contri Messali e Lara Nery Peixoto, sob minha orientação, para avaliação e parecer deste Comitê.

- 1 – Ofício de Encaminhamento;
- 2 – Folha de Rosto;
- 3 – Termo de Compromisso;
- 4 – Projeto de Pesquisa completo com cronograma de realização;
- 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 6 – Declaração de isenção de ônus extras para a instituição, ou orçamento detalhado indicando recursos, fontes de destino.
- 7 – Folha adicional contendo os dados pessoais dos pesquisadores;

Sendo só para o momento, agradeço a atenção dispensada.
Atenciosamente.



Prof.^a. Dr.^a. Eliane Ferrari Chagas
Orientadora - Departamento de Fisioterapia

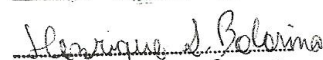


Ft. Ana Claudia de Souza Fortaleza
Co-orientadora – Pós-Graduação em Fisioterapia

Ilma. Sra.
Profa. Dra. **Edna Maria do Carmo**
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FCT/UNESP
Campus de Presidente Prudente - SP

RECEBEMOS

06 / 06 / 10


N.º PROC.: 150/2010



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FCT/UNESP- Presidente Prudente

Processo nº: 50/2010

Título do Projeto de Pesquisa: "Avaliação de pessoas com lesão medular praticantes de esporte adaptado utilizando a classificação internacional de funcionalidade (CIF)".

Interessado: Profa. Dra. Eliane Ferrari Chagas

Participantes: Ana Claudia de Souza Fortaleza, Danyelle Fernanda de Souza Benatti, Fernanda Contri Messali e Lara Nery Peixoto

Análise e parecer do relator (com resumo do projeto):

O trabalho justifica-se a partir da necessidade de verificação, compreensão, observação das ações de profissionais da saúde ao prestar serviços a populações com necessidades especiais. Questão proposta pela organização mundial de saúde. O objetivo central é a avaliação de pessoas com lesão medular praticantes de basquete sobre rodas usando a classificação internacional de funcionalidade. Para tanto, serão avaliados 50 sujeitos adultos, lesados medulares, jogadores de basquete sobre rodas. O estudo tem caráter transversal e a obtenção dos dados é feita por meio de questionário. Este instrumento é disponível na página eletrônica do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/ Colaborador da OMS para a família de Classificações Internacionais. A análise dos dados será feita a partir de estatística descritiva.

Parecer

O trabalho é relevante e teoricamente justificável, tendo, o responsável, experiência na condução de *investigações e orientações de trabalhos de graduação. Os métodos não ferem quaisquer princípios éticos sob a ótica deste parecerista. Do ponto de vista técnico, toda documentação contempla a exigência deste comitê, incluindo folha de rosto e termo de consentimento livre e esclarecido. Por fim, a partir da análise detalhada do projeto e, de acordo com o exposto acima, sou de parecer favorável à sua aprovação.*

Aprovado.

Aprovado com recomendação (o projeto poderá ser iniciado não necessitando retornar ao CEP para reavaliação).

Pendente (o pesquisador deve responder aos questionamentos do CEP no máximo 60 dias após a data de emissão deste parecer. O protocolo retornará à reunião do comitê).

Não aprovado.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente



Presidente Prudente, 06 de agosto de 2010.

Interessado (a): **Profa. Dra. Eliane Ferrari Chagas.**

Assunto: Projeto de Pesquisa intitulado: "Avaliação de pessoas com lesão medular praticantes de esporte adaptado utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)" a ser desenvolvido pelas alunas de graduação no curso de Fisioterapia, Danyelle Fernanda de Souza Benatti, Fernanda Contri Messali e Lara Nery Peixoto, sob orientação da Profa. Dra. Eliane Ferrari Chagas.

Processo 50/2010

Decorrente do exposto, este Comitê considera o projeto **APROVADO**.

Informamos, ainda, que diante do cronograma do desenvolvimento da pesquisa, o prazo de **18/10/2011** para encaminhamento ao CEP de um **relatório final** sucinto (vide modelo na página da FCT) até o dia , sendo que os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinados, deverão permanecer em poder do orientador da pesquisa pelo período mínimo de 5 anos após o encerramento do estudo, para eventual fiscalização da CONEP.

Atenciosamente.

Profa. Dra. Edne Maria de Faria
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
FCT - Unesp - Presidente Prudente

Anexo 1
CHECKLIST DA CIF
Versão 2.1a, Formulário Clínico
para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CHECKLIST DA CIF

Versão 2.1a, Formulário Clínico

para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Esta é uma checklist das categorias principais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde. A checklist da CIF é uma ferramenta prática para extrair e registrar informação sobre a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo. Esta informação pode ser resumida para registros de casos (por exemplo, na prática clínica ou em serviço social). A lista pode ser usada com a CIF ou com a versão reduzida da CIF.

H 1. Ao completar esta *checklist*, use toda a informação disponível. Por favor, assinale o que será utilizado:
[1] registros escritos [2] respondente primário [3] outros informantes [4] observação direta

Se a informação médica e sobre o diagnóstico não estiver disponível, sugere-se completar o apêndice 1: Resumo das Informações de Saúde (p 9-10) que pode ser completado pelo respondente.

H 2. *Data* ___/___/___ H 3. *Caso ID* ___, ___, ___, ___, ___, ___, ___, ___ H 4. *Participante N.* ___., ___, ___, ___, ___, ___, ___.
 Local Participante

A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

A.1 **NOME** (opcional) Nome _____ SOBRENOME _____

A.2 **SEXO** (1) [] Feminino (2) [] Masculino

A.3 **DATA DE NASCIMENTO** _/_/_ (dia/mês/ano)

A.4 **ENDEREÇO** (opcional)

A.5 **ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL** ____

A.6 **ESTADO MATRIMONIAL ATUAL:** (*Assinale somente o mais compatível*)

(1) Nunca foi casado [] (4) Divorciado []
 (2) Atualmente casado [] (5) Viúvo []
 (3) separado [] (6) Coabitação []
 (concubinato)

A.7 **OCUPAÇÃO ATUAL** (*Selecione a única melhor opção*)

(1) Emprego assalariado	[]	(6) Aposentado	[]
(2) Trabalha por conta própria (autônomo)	[]	(7) Desempregado (razão de saúde)	[]
(3) Não assalariado, voluntário/caridade	[]	(8) Desempregado (outra razão)	[]
(4) Estudante	[]	(9) Outro	[]
(5) Prendas domésticas/Dona de casa	[]	(por favor especifique) _____	

A.8 **DIAGNÓSTICO MÉDICO das Condições Principais de Saúde,** *se possível dê Códigos da CID.*

1. Não existe nenhuma Condição Médica

2. código da CID: __. __. __. __. __.

3. código da CID: __. __. __. __. __.

4. código da CID: __. __. __. __. __.

5. Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos

PARTE 1a: DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO

- Funções do Corpo são as funções fisiológicas ou psicológicas dos sistemas corporais.
- Deficiências são problemas de função do corpo como um desvio ou perda significativa.

<i>Primeiro Qualificador: Extensão das deficiências</i>	
0 <i>Nenhuma deficiência</i> significa que a pessoa não tem problema	
1 <i>Deficiência leve</i> significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.	
2 <i>Deficiência moderada</i> significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias	
3 <i>Deficiência grave</i> significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias.	
4 <i>Deficiência completa</i> significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.	
8 <i>Não especificado</i> significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.	
9 <i>Não aplicável</i> significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).	
Lista Resumida das Funções do Corpo	Qualificador
b1. FUNÇÕES MENTAIS	
b110 Consciência	
b114 Orientação (<i>tempo, lugar, pessoa</i>)	
b117 Funções intelectuais (<i>incl. Retardo mental, demência</i>)	
b130 Funções da energia e de impulsos	
b134 Sono	
b140 Atenção	
b144 Memória	
b152 Funções emocionais	
b156 Funções da percepção	
b164 Funções cognitivas superiores	
b167 Funções mentais da linguagem	
b2. FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR	
b210 Visão	
b230 Audição	
b235 Vestibular (<i>incl. Funções de equilíbrio</i>)	
b280 Dor	
b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA	
b310 Voz	
b4. FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO	
b410 Funções do Coração	
b420 Pressão sanguínea	
b430 Funções do sistema hematológico (<i>sangue</i>)	
b435 Funções do sistema imunológico (<i>alergias, hipersensibilidade</i>)	
b440 Funções do sistema respiratório (<i>respiração</i>)	
b5. FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO	
b515 Funções digestivas	
b525 Funções de defecação	
b530 Manutenção do peso	
b555 Funções das glândulas endócrinas (<i>mudanças hormonais</i>)	
b6. FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS	
b620 Funções urinárias	
b640 Funções sexuais	
b7. FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO	
b710 Mobilidade das articulações	
b730 Força muscular	
b735 Tônus muscular	
b765 Movimentos involuntários	
b8. FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS	
QUAISQUER OUTRAS FUNÇÕES DO CORPO	

Parte 1 b: DEFICIÊNCIAS DAS ESTRUTURAS DO CORPO

- Estruturas do Corpo são partes anatômicas do corpo tais como órgãos, membros e seus componentes.
- Deficiências são problemas na estrutura do corpo como desvio ou perda significativa.

Primeiro Qualificador: <i>Extensão de deficiência</i>	Segundo Qualificador: <i>Natureza da alteração</i>
<p>0 Nenhuma deficiência significa que a pessoa não tem problema</p> <p>1 Deficiência leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.</p> <p>2 Deficiência moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias</p> <p>3 Deficiência grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.</p> <p>4 Deficiência completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.</p> <p>8 Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.</p> <p>9 Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).</p>	<p>0 Nenhuma mudança na estrutura</p> <p>1 Ausência total</p> <p>2 Ausência parcial</p> <p>3 Parte adicional</p> <p>4 Dimensões aberrantes</p> <p>5 Descontinuidade</p> <p>6 Posição desviada</p> <p>7 Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido</p> <p>8 Não especificada</p> <p>9 Não aplicável</p>

<i>Lista Resumida das Estruturas do Corpo</i>	Primeiro qualificador <i>Extensão da deficiência</i>	Segundo qualificador <i>Natureza da alteração</i>
s1. ESTRUTURA DO SISTEMA NERVOSO		
s110 Cérebro		
s120 Medula espinhal e nervos periféricos		
s2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS		
s3. ESTRUTURAS RELACIONADAS A VOZ E FALA		
s4. ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO		
s410 Sistema cardiovascular		
s430 Sistema respiratório		
s5. ESTRUTURAS RELACIONADAS AOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO		
s6. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO SISTEMA GENITURINÁRIO E REPRODUTIVO		
s610 Sistema urinário		
s630 Sistema reprodutivo		
s7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO		
s710 Região de cabeça e pescoço		
s720 Região de ombro		
s730 Extremidade superior (<i>braco. mão</i>)		
s740 Pelve		
s750 Extremidade inferior (<i>perna. pé</i>)		
s760 Tronco		
s8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS		
OUAISOUER OUTRAS ESTRUTURAS DO CORPO		

PARTE 2:LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES E RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO

- *Atividade* é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. *Participação* é o ato de se envolver em uma situação vital.
- *Limitações de atividade* são dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade. *Restrições à participação* são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações vitais.

O *qualificador de Desempenho* descreve o que um indivíduo faz em seu ambiente habitual. Como o ambiente habitual incorpora um contexto social, o desempenho como registrado por este qualificador também pode ser entendido como “envolvimento em uma situação vital” ou “a experiência vivida” das pessoas no contexto real em que elas vivem. Esse contexto inclui os fatores ambientais - todos os aspectos do mundo físico, social e de atitude que podem ser codificados utilizando-se os Fatores Ambientais.

O *qualificador de Capacidade* descreve a habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação. Esse qualificador indica o nível máximo provável de funcionamento que a pessoa pode atingir em um domínio específico em um dado momento. A Capacidade é medida em um ambiente uniforme ou padrão, refletindo assim a habilidade ambientalmente ajustada do indivíduo. O ambiente padronizado pode ser: o atual ambiente geralmente usado para avaliação da capacidade em teste; ou (b) onde isto não é possível, um hipotético ambiente um impacto uniforme.

Nota: Use o Apêndice 2 se necessário para extrair informação sobre Atividades e Participação do indivíduo.

Primeiro Qualificador: <i>Desempenho</i> <i>Extensão da Restrição à Participação</i>	Segundo Qualificador: <i>Capacidade (sem assistência)</i> <i>Extensão da limitação de Atividade</i>
<p>0 Nenhuma dificuldade significa que a pessoa não tem problema</p> <p>1 Dificuldade leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.</p> <p>2 Dificuldade moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias</p> <p>3 Dificuldade grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.</p> <p>4 Dificuldade completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.</p> <p>8 Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade.</p> <p>9 Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).</p>	

Lista Resumida dos domínios de A&P	Qualificador de Desempenho	Qualificador de Capacidade
d1. APRENDIZAGEM E APLICACAO DO CONHECIMENTO		
d110 Observar/assistir		
d115 Ouvir		
d140 Aprender a ler		
d145 Aprender a escrever		
d150 Aprender a calcular (<i>aritmética</i>)		
d175 Resolver problemas		
d2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS		
d210 Realizar uma única tarefa		
d220 Realizar tarefas múltiplas		
d3. COMUNICACÃO		
d310 Comunicação – recepção de mensagens verbais		
d315 Comunicação – recepção de mensagens não verbais		
d330 Fala		
d335 Produção de mensagens não verbais		
d350 Conversação		
d4. MOBILIDADE		
d430 Levantar e carregar objetos		
d440 Uso fino das mãos (<i>pegar, segurar</i>)		
d450 Andar		
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento		
d470 Utilização de transporte (<i>carros,ônibus, trem, avião, etc.</i>)		
d475 Dirigir (<i>bicicleta, motos, dirigir um carro, etc.</i>)		
d5. CUIDADO PESSOAL		
d510 Lavar-se (<i>banhar-se,secar-se, lavar as mãos, etc</i>)		
d520 Cuidado das partes do corpo(<i>escovar os dentes, barbear-se,etc.</i>)		
d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção		
d540 Vestir-se		
d550 Comer		
d560 Beber		
d570 Cuidar da própria saúde		
d6. VIDA DOMÉSTICA		
d620 Aquisição de bens e serviços (<i>fazer compras, etc.</i>)		
d630 Preparação de refeições (<i>cozinhar, etc.</i>)		
d640 Tarefas domésticas (<i>limpar a casa, lavar louça, roupas, passar a ferro, etc.</i>)		
d660 Ajudar os outros		
d7. RELACÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS		
d710 Interações interpessoais básicas		
d720 Interações interpessoais complexas		
d730 Relações com estranhos		
d740 Relações formais		
d750 Relações sociais informais		
d760 Relações familiares		
d770 Relações íntimas		
d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA		
d810 Educação informal		
d820 Educação escolar		
d830 Educação superior		
d850 Trabalho remunerado		
d860 Transações econômicas básicas		
d870 Auto-suficiência econômica		
d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA		
d910 Vida comunitária		
d920 Recreação e lazer		
d930 Religião e espiritualidade		
d940 Direitos humanos		
d950 Vida política e cidadania		
OUALQUER OUTRA ATIVIDADE E PARTICIPACÃO		

PARTE 3: FATORES AMBIENTAIS

- *Fatores ambientais* constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.

Qualificador no ambiente:	0 NENHUMA barreira	0 NENHUM facilitador
Barreiras ou facilitadores	1 Barreira LEVE	+1 Facilitador LEVE
	2 Barreira MODERADA	+2 Facilitador MODERADO
	3 Barreira GRAVE	+3 Facilitador CONSIDERÁVEL
	4 Barreira COMPLETA	+4 Facilitador COMPLETO

Lista Reduzida do Ambiente	Qualificador barreiras ou facilitadores
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal (<i>comida, remédios</i>)	
e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	
e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	
e125 Produtos e tecnologia para comunicação	
e150 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	
e155 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios de uso privado	
e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO	
e225 Clima	
e240 Luz	
e250 Som	
e3. APOIO E RELACIONAMENTOS	
e310 Família imediata	
e320 Amigos	
e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	
e330 Pessoas em posição de autoridade	
e340 Cuidadores e assistentes pessoais	
e355 Profissionais da saúde	
e360 Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde	
e4. ATITUDES	
e410 Atitudes individuais de membros da família imediata	
e420 Atitudes individuais dos amigos	
e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	
e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	
e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde	
e460 Atitudes sociais	
e465 Normas, práticas e ideologias sociais	
e5. SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	
e525 Serviços, sistemas e políticas de habitação	
e535 Serviços, sistemas e políticas de comunicação	
e540 Serviços, sistemas e políticas de transporte	
e550 Serviços, sistemas e políticas legais	
e570 Serviços, sistemas e políticas da previdência social	
e575 Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral	
e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	
e585 Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	
e590 Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego	
QUAISQUER OUTROS FATORES AMBIENTAIS	

PARTE 4: OUTRAS INFORMAÇÕES CONTEXTUAIS

4.1 *Fazer um esboço do indivíduo ou qualquer outra informação pertinente.*

4.2 *Incluir quaisquer **Fatores Pessoais** que tenham impacto sobre a funcionalidade (por exemplo, estilo de vida, hábitos, nível social, educação, eventos de vida, raça/etnia, orientação sexual e recursos do indivíduo).*

*Apêndice I:***RESUMO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE** Relato próprio Relato Clínico (feito pelo médico)X.1 Altura: ___/___/___ cm (ou polegadas)X.2 Peso: ___/___/___ Kg (ou libras)X.3 Mão dominante (anterior à condição de saúde): Esquerda Direita Ambidestro X.4 Como você avalia sua saúde física no último mês?Muito boa Boa Moderada Ruim Muito ruim X.5 Como você avalia sua saúde mental e emocional no último mês?Muito boa Boa Moderada Ruim Muito ruim X.6 Atualmente você tem alguma doença (s) ou distúrbio(s)? NÃO SIM *Se SIM, por favor especifique:* _____X.7 Você já teve qualquer lesão significativa que tenha tido impacto sobre seu nível de funcionalidade? NÃO SIM*Se SIM, por favor especifique:* _____
_____X.8 Foi hospitalizado no último ano? NÃO SIM*Se SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?*

1. _____; _____. Quantos Dias _____
2. _____; _____. Quantos Dias _____
3. _____; _____. Quantos Dias _____

X.9 Você está tomando algum medicamento (seja prescrito ou por conta própria)? NÃO SIM*Se SIM, por favor especifique os medicamentos principais*

1. _____
2. _____
3. _____

X.10 Você fuma?

NÃO SIM

X.11 Você consome álcool ou drogas?

NÃO SIM

Se SIM, por favor especifique quantidade média diária

Tabaco: _____

Álcool: _____

Drogas: _____

X.12 Você usa algum recurso assistivo como óculos, aparelho auditivo, cadeira de rodas, etc.?

NÃO SIM

Se SIM, por favor especifique

X.13 Você tem alguma pessoa que o ajuda com seu cuidado pessoal, para fazer compras ou outras atividades diárias?

NÃO SIM

Se SIM, por favor, especifique a(s) pessoa(s) e ajuda que ela(s) oferece(m)

X.14 Você está recebendo qualquer tipo de tratamento para sua saúde?

NÃO SIM

Se SIM, por favor, especifique:

X.15 Informação adicional significativa sobre sua saúde passada e presente:

X.16 NO ÚLTIMO MÊS, você reduziu suas atividades habituais ou de trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga)

NÃO SIM Se sim, quantos dias? _____

X.17 NO ÚLTIMO MÊS, você esteve totalmente impossibilitado de realizar suas atividades habituais ou trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga)

NÃO SIM Se sim, quantos dias? _____

Apêndice 2:

PERGUNTAS GERAIS PARA PARTICIPAÇÃO & ATIVIDADES

As perguntas seguintes são propostas como um guia para ajudar o examinador a entrevistar o respondente sobre problemas em funções e atividades de vida, em termos da distinção entre capacidade e desempenho. Leve em conta toda informação pessoal conhecida sobre o respondente e faça perguntas adicionais se houver necessidade. Se necessário, as questões deverão ser reformuladas como perguntas em aberto, para extrair maior informação.

Dentro de cada domínio existem dois tipos de investigação:

*A primeira investigação tenta fazer com que o respondente mantenha o foco sobre a sua **capacidade** de realizar uma tarefa ou ação, e em particular o foco sobre as limitações na capacidade que são **inerentes ou intrínsecas à própria pessoa**. Essas limitações são manifestações diretas do estado de saúde do indivíduo, sem a assistência. Entende-se por **assistência** a ajuda de uma outra pessoa, ou a assistência proporcionada por um veículo ou ferramenta adaptados ou especialmente desenhados/planejados, ou qualquer forma de modificação ambiental em uma sala, casa, local de trabalho e assim por diante. O nível de capacidade deve ser julgado em relação àquela normalidade esperada da pessoa, ou à capacidade da pessoa anterior à sua condição de saúde adquirida.*

*A segunda investigação tem o foco sobre o **desempenho real** do indivíduo para uma tarefa ou ação no lugar ou ambiente real, e dá a informação sobre os efeitos de barreiras ou facilitadores ambientais. É importante enfatizar que você está interessado somente na extensão da dificuldade que o indivíduo tem para fazer coisas, **assumindo que ele quer fazê-las**. É irrelevante não fazer algo, se a pessoa escolhe não fazê-lo.*

I. Mobilidade

(Capacidade)

- (1) No seu estado de saúde atual, quanta dificuldade você tem para caminhar longas distâncias (tais como um quilômetro ou mais) sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, com as mesmas características gerais suas, somente sem a sua condição de saúde?
- (Ou: "...com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou tido o acidente?")

(Desempenho)

- (1) No seu ambiente atual, quantos problemas você realmente tem para caminhar longas distâncias (tais como um quilômetro ou mais)?
- (2) O seu ambiente atual piorou ou melhorou o problema para caminhar?
- (3) A sua capacidade para caminhar longas distâncias sem assistência é maior ou menor do que a que você realmente consegue no seu ambiente atual?

II. Cuidado Pessoal

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para se lavar, sem assistência?
 - (2) Como você compara com alguém, com as mesmas características gerais suas, somente sem a sua condição de saúde?
- (Ou: "...com a que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua própria casa, quantos problemas você realmente tem para se lavar?
- (2) O modo como sua casa está organizada ou as ferramentas especialmente adaptadas que você usa pioram ou melhoram este problema?
- (3) A sua capacidade de se lavar sem assistência é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

III. Vida Doméstica

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para limpar o chão do lugar onde você vive, sem assistência?
 - (2) Como você compara com alguém, com as mesmas características gerais suas, somente sem a sua condição de saúde?
- (Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua própria casa, quantos problemas você realmente tem para limpar o chão?
- (2) O modo como sua casa está organizada ou as ferramentas especialmente adaptadas que você usa pioram ou melhoram este problema?
- (3) A sua capacidade de limpar o chão sem assistência é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

II. Cuidado Pessoal

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para se lavar, sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, com as mesmas características gerais suas, somente sem a sua condição de saúde?
- (Ou: "...com a que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua própria casa, quantos problemas você realmente tem para se lavar?
- (2) O modo como sua casa está organizada ou as ferramentas especialmente adaptadas que você usa pioram ou melhoram este problema?
- (3) A sua capacidade de se lavar sem assistência é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

III. Vida Doméstica

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para limpar o chão do lugar onde você vive, sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, com as mesmas características gerais suas, somente sem a sua condição de saúde?
- (Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua própria casa, quantos problemas você realmente tem para limpar o chão?
- (2) O modo como sua casa está organizada ou as ferramentas especialmente adaptadas que você usa pioram ou melhoram este problema?
- (3) A sua capacidade de limpar o chão sem assistência é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

IV. Interações Interpessoais

(Capacidade)

- (1) No seu estado de saúde atual, quanta dificuldade você tem para fazer novos amigos, sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, igual a você somente sem a sua condição de saúde?
(Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua situação atual, quantos problemas você tem realmente para fazer amigos?
- (2) Algo (ou alguém) no seu ambiente torna pior ou melhor este problema para fazer amigos?
- (3) A sua capacidade para fazer amigos sem assistência é maior ou menor do que a que você realmente apresenta no seu ambiente atual?

V. Áreas Principais da Vida

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para fazer todo o trabalho necessário para o seu emprego, sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, igual a você somente sem a sua condição de saúde?
(Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) No seu ambiente atual, quantos problemas você tem realmente para fazer todo o trabalho necessário para o seu emprego?
- (2) O modo com está organizado o seu ambiente de trabalho ou que você usa as ferramentas especialmente adaptadas pioram ou melhoram o problema de preencher os requisitos do seu emprego?
- (3) A sua capacidade de fazer o seu trabalho, sem assistência, é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

VI. Vida Comunitária, Social e Cívica

(Capacidade)

(1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para participar de eventos locais, festivais ou reuniões da comunidade, sem assistência?

(2) Como você compara a sua dificuldade com alguém, igual a você somente sem a sua condição de saúde?

(Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

(1) Na sua comunidade, quantos problemas você realmente tem em participar de eventos locais, festivais ou reuniões da comunidade?

(2) O modo como sua comunidade está organizada ou as ferramentas, veículos ou outros especialmente adaptados que você usa, pioram ou melhoram este problema?

(3) A sua capacidade de participar em eventos da comunidade, sem assistência, é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

Apêndice 3:

GUIA PARA O USO DA CHECKLIST DA CIF VERSÃO 2.1 A

- 1. Esta é uma checklist das categorias maiores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde. A checklist da CIF é um instrumento prático para obter e registrar informação sobre a funcionalidade e a deficiência de um indivíduo. Esta informação pode ser resumida para registros de casos (por exemplo, na prática clínica ou serviço social).*
- 2. Esta versão (2.1 a) é para ser usada por profissional clínico, de saúde ou de serviço social.*
- 3. A checklist deve ser usada com a versão completa ou resumida da CIF. Os recenseadores (“raters”) deverão familiarizar-se com a CIF através de um breve programa educacional ou currículo de auto-ensino (“self-taught”).*
- 4. Todas as informações colhidas a partir de registros escritos, respondente primário, outros informantes e observação direta podem ser usadas para preencher a checklist. Por favor, registre todas as fontes de informação usadas na primeira página.*
- 5. As partes 1 até a 3 devem ser preenchidas escrevendo o código qualificador para cada termo de função, estrutura, atividade e participação que mostre algum problema para o caso que está sendo avaliado. Os códigos apropriados para os qualificadores são dados nas páginas correspondentes.*
- 6. Comentários podem ser feitos a respeito de qualquer informação que possa servir como um qualificador adicional ou que se pense ser significativa para o caso que está sendo avaliado.*
- 7. A parte 4 (Ambiente) tem códigos qualificadores negativos (barreiras) e positivos (facilitadores). Para todos os códigos positivos de qualificador, por favor, use um sinal positivo (+) antes do código.*
- 8. As categorias dadas na checklist foram selecionadas da CIF e não são exaustivas. Se você precisar usar uma categoria que você não encontrou alistada aqui, use o espaço ao final de cada dimensão para registrar estas categorias.*