Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

A AGREGAÇÃO DO MODELO BIOPSICOSSOCIAL COMO NORTEADOR NA FORMAÇÃO E ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA DO SÉCULO XXI

THE AGGREGATION OF THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL AS A GUIDE IN FORMATION AND PHYSIOTHERAPEUTIC APPROACH OF THE XXI CENTURY

Karoleen Oswald Scharan[1]
Auristela Duarte de Lima Moser[2]

RESUMO - O estudo identificou a agregação do uso do modelo biopsicossocial por acadêmicos de Fisioterapia no contexto de estágio supervisionado em traumato-ortopedia. A análise documental contemplou fichas de avaliação fisioterapêutica e mapas mentais de casos clínicos antes e depois de uma sensibilização para nivelamento conceitual sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que é alicerçada pelo modelo biopsicossocial. A organização e análise do conteúdo dos documentos foram ancoradas em Bardin, Creswell e Minayo tendo o documento da CIF como estrutura de referência para a codificação do conteúdo. Os achados denotaram nos campos da ficha referentes à anamnese o potencial conteúdo do modelo biopsicossocial, expressando a riqueza das informações relatadas pelo indivíduo-paciente para compor tal modelo. Os mapas mentais somaram informações advindas ao longo dos tratamentos. Assim, o modelo biopsicossocial foi agregado pela atitude do registro das informações pelo acadêmico permitindo co-criar e tecer a prática em saúde. O referido modelo em saúde permite e necessita da contextualização dos achados clínicos aos relatos dos indivíduos pacientes.
Palavras-chave: Fisioterapia; Educação; Classificação Internacional, de Funcionalidade Incapacidade e Saúde

[1] Mestre em Tecnologia em Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. E-mail: karoleen.scharan@pucpr.edu.br
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4420-3171
[2] Pós Doutora em Funcionalidade Humana e Qualidade de Vida, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. E-mail: auristela.lima@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5086-0701

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

ABSTRACT - The study identified the aggregation of the use of the biopsychosocial model from Physiotherapy students in the context of supervised trainee in orthopedics. The documentary analysis included physical therapy assessment sheets and mental maps of clinical cases before and after an awareness raising for conceptual leveling on the International Classification of Funtioning, Disability and Health (ICF), grounded by the biopsychosocial model. Bardin, Creswell and Minayo were the anchor for content organization and analysis of the documents and ICF document used as a reference framework for coding the content. The findings denote in the anamnesis items the potential content of the biopsychosocial model, expressing the wealth of information reported by the individual-patient to compose such a model. The mental maps added information from the treatments. Thus, the biopsychosocial model was added by the attitude of recording information by the academic, allowing to co-create and weave health practice. The referred health model allows and needs the contextualization of clinical findings to the reports of patient individuals.

Keywords: Physiotherapy; Education; International Classification of Functioning, Disability and Health

INTRODUÇÃO

A população mundial enfrenta desafios frente às tendências demográficas e epidemiológicas relacionadas ao envelhecimento, estilos de vida, e ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais encontram-se as condições músculos esqueléticas (DCNTs) (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2014, 2017; KRUG; CIEZA, 2017). O impacto desse cenário será de uma proporção maior da população mundial vivendo com uma ou mais limitações sensoriais, cognitivas, em sua mobilidade ou restrições em alguma atividade e participação social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; STUCKI et al., 2018).

As necessidades emergentes para considerar outros aspectos da saúde compõem o substrato de um modelo em saúde denominado biopsicossocial. O conteúdo referente a esse modelo é contemplado e expresso pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada em 2001 pela Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

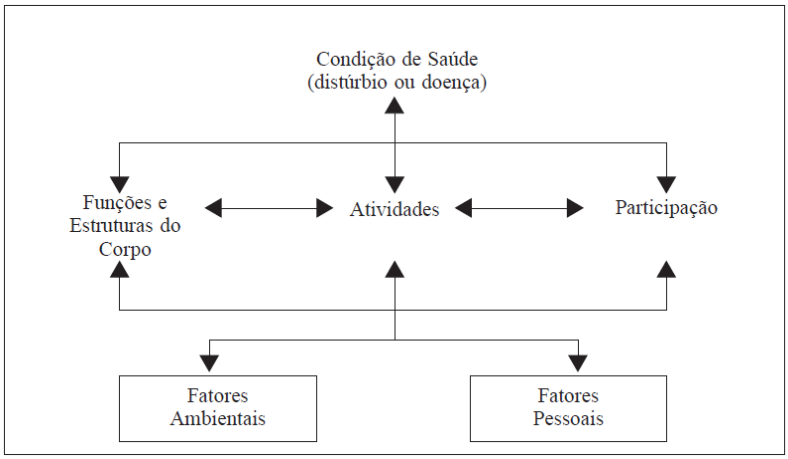
A CIF fornece uma estrutura de referência para descrever e registrar informações em saúde. Suas informações são agrupadas nos componentes sobre Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação, e Fatores Ambientais. Os dois primeiros componentes englobam os aspectos biológicos orgânicos e inorgânicos, entendendo à luz da CIF que as Funções do Corpo incluem as funções mentais. Já o componente Atividades e Participação cobre tanto a

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

perspectiva individual sobre a funcionalidade em diversas atividades, bem como a perspectiva social, que se refere ao envolvimento do indivíduo em diferentes situações. A figura 1 expressa a interação entra os componentes da classificação.

Figura 1. Interação dos componentes da CIF



Fonte: Organização mundial da Saúde, 2015.

O conteúdo da CIF é organizado em uma estrutura alfa-numérica em que, por exemplo, a categoria b280, referente à sensação de dor tem a letra *b* representando o prefixo do componente de Funções do corpo (*body function*); o primeiro dígito indica o capítulo em que se dispõe no referido componente, portanto, no capítulo 2; e os dois próximos dígitos indicam a localização dentro do capítulo. Essa estrutura organiza os conteúdos, classificando-os, e a linguagem sistematizada viabiliza tanto a comunicação entre diferentes profissionais quanto o acompanhamento das informações em um mesmo serviço, e mesmo a comparação em diferentes serviços ou profissionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

A CIF pode ser usada para diferentes propostas como: ferramenta estatística, de pesquisa, de política social, pedagógica e clínica e seu arcabouço teórico está na origem do estabelecimento de metas chave para investimentos sociais relacionados à saúde, educação e trabalho na sociedade moderna para que as pessoas, vivam mais e melhor, mantendo ou aumentando sua funcionalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; GIMIGLIANO; NEGRINI, 2017; STUCKI; BICKENBACH, 2017). Porém, há outros desafios com relação à provisão de serviços, especialmente os de reabilitação, no sentido de compreender, adequar e oferecer os serviços que atendam às atuais necessidades da população (KRUG; CIEZA, 2017).

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

Em 2001, a OMS recomendou o uso da CIF por seus países membros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Nessa perspectiva, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional resolveu, por meio da resolução nº 370, que a CIF seria utilizada pelos profissionais sob sua jurisdição no âmbito de suas competências institucionais (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2009).

No entendimento de que a prática profissional do fisioterapeuta se fundamenta no acompanhamento de indivíduos com diferentes condições de saúde, desde a avaliação até o retorno à sociedade com nível de funcionalidade satisfatória para desempenhar diferentes atividades, a CIF teria uma contribuição fundamental para a normatização da linguagem na rotina clínica, avaliação das necessidades dos indivíduos, identificação de tratamentos, processo de reabilitação e avaliação dos resultados (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2009).

Apesar do arcabouço teórico no qual a CIF está fundamentada e de sua aplicação em diversos estudos, transpô-la para a rotina clínica dos profissionais de saúde tem sido um outro desafio (CERNIAUSKAITE *et al.*, 2011; CASTANEDA; BERGMANN; BAHIA, 2014; MARITZ; ARONSKY; PRODINGER, 2017). Dentre os motivos citados estão à carência da formação profissional baseada em novos modelos em saúde, a abrangência da CIF e a falta de clareza para seu uso (CASTANEDA; CASTRO, 2013; BRASILEIRO; MOREIRA; BUCHALLA, 2013; CASTANEDA; BERGMANN; BAHIA, 2014; MARITZ; ARONSKY; PRODINGER, 2017).

Em 2017, a OMS publicou um chamado para a ação até 2030, no qual elencou ações para as metas chave, dentre as quais está a disseminação de alta qualidade de profissionais de saúde cuja formação acompanhe as tendências de perfis demográficos e o uso de tecnologias atuais, mundialmente referenciadas (GIMIGLIANO; NEGRINI, 2017; KRUG; CIEZA, 2017).

Algumas propostas foram realizadas para enfrentar esse desafio como a criação de cursos presenciais e ferramentas eletrônicas como *e-learning tools,* bem como a criação de conjuntos menores de categorias da CIF (ICF RESEARCH BRANCH, 2017a; ICF RESEARCH BRANCH, 2017b). Ainda, alguns estudos foram desenvolvidos com o intuito de favorecer sua operacionalização tornando-a informatizada (MARITZ; ARONSKY; PRODINGER, 2017). Porém, na rotina clínica com realidades diversas e com equipes multiprofissionais, se o modelo não for assimilado pelos profissionais suas práticas não refletirão tal modelo.

Assim, operacionalizar a CIF não é apenas traduzi-la no esquema de codificação alfanumérico que a classificação propõe, mas, é antes disso, apropriar-se de seu modelo biopsicossocial.

A transposição da CIF para a rotina clínica requer a sensibilização dos profissionais em formação para além da mudança na forma de coleta de dados e ancora-se em uma atualização dos modelos de saúde, e, consequentemente, da formação profissional abordando o indivíduo,

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

avaliando-o, tratando-o e acompanhando-o (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008; NICHOLLS, 2018).

A atualização consiste em conciliar os modelos biomédico e biopsicossocial. O primeiro norteia o profissional a avaliar sinais e sintomas, e tratar com base neles e o segundo busca captar as necessidades relatadas pelo indivíduo a partir de sua individualidade, rotina e ambiente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

A inserção da CIF durante a formação profissional e na educação continuada, portanto, intui uma prática clínica atual, respaldada em uma classificação de referência mundial, tornando a prática mais fundamentada, registrada e em alinhamento com as necessidades dos indivíduos que assistidos (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; HOPFE *et al.*, 2017).

Historicamente, a formação profissional do fisioterapeuta vem sendo centrada no modelo biomédico (SAHRMANN, 1988; SILVA; NEVES; RIBERTO, 2008; CASTANEDA; CASTRO, 2017), com predomínio de sua atuação voltado à reabilitação das alterações do sistema musculoesquelético, traumato-ortopédico (BISPO JÚNIOR, 2009; MARIOTTI et al. 2017). Ao analisar o processo de trabalho do fisioterapeuta, Almeida e Guimarães (2009), o definem como fruto de um modelo hegemônico que tende a fazer do exercício profissional a prática de individualizadas e não contextualizadas na rotina do indivíduo. Por outro lado, contraditoriamente, os pacientes ao apresentarem suas demandas solicitam do profissional uma postura mais global, o que exige a superação da condição supracitada, com ações potencialmente integradoras.

As referidas características do exercício profissional reduzem a abordagem aos aspectos biofisiológicos tanto no que se refere à avaliação e diagnóstico quanto ao delineamento dos objetivos e metas do tratamento (SAHRMANN, 1988; EDWARDS et al., 2004; JELSMA; SCOTT, 2011; STALLINGA et al., 2013; SCHARAN et al., 2017), por vezes, negligenciando o conhecimento do processo causal da doença, suas repercussões e determinantes e pouco explorando a complexidade e multicausalidade dos agravos à saúde (ISRAEL; GUIMARÃES; PARDO, 2017). Nesse sentido, a apropriação do modelo biopsicossocial pelo uso da CIF teria uma importante contribuição a dar para o enriquecimento das práticas diagnósticas e terapêuticas.

Na rotina clínica do fisioterapeuta, a avaliação do indivíduo é o *locus* privilegiado, pois é momento em que ocorre o encontro para coleta de dados de saúde. Dentre os campos a serem preenchidos nesta avaliação, estão os dados pessoais; a condição de saúde que trouxe o indivíduo ao atendimento; a *anamnese*, que corresponde a um campo aberto no qual o profissional registra o relato do indivíduo, referente à condição de saúde atual e seus antecedentes, bem como as repercussões na vida diária; o *exame físico*, em que se faz a inspeção e palpação das estruturas do corpo, avalia-se a função articular e muscular, realizam-se os testes clínicos e analisam-se exames complementares para gerar hipóteses diagnósticas específicas.

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

Esses procedimentos compõem a abordagem clínica do fisioterapeuta e a partir dessas informações ele identifica as alterações cinético-funcionais para estabelecer o diagnóstico fisioterapêutico, traçar os objetivos e montar o plano de tratamento (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2012).

A referida abordagem não é exclusiva do fisioterapeuta, mas, oriunda do modelo biomédico e adotada por outros profissionais de saúde com as devidas adequações às especificidades de cada área. A maior parte dos campos da avaliação apresenta-se estruturada em opções de respostas pré-definidas, facilitando o preenchimento, porém, sem deixar espaço para a percepção do indivíduo-paciente sobre as suas dificuldades na saúde vivida.

Para agregar à abordagem clínica fisioterapêutica o modelo biopsicossocial, acredita-se que o item anamnese representa uma fonte rica de informações para nortear a avaliação e acompanhar o desfecho clínico. Acredita-se que o levantamento das informações de funcionalidade com base na CIF, especialmente durante o processo de anamnese, poderá privilegiar a saúde vivida e respaldar a abordagem clínica do fisioterapeuta centrando-a nas necessidades do indivíduo/paciente, para propor abordagens terapêuticas condizentes com as necessidades relatadas com vistas à melhora da funcionalidade nos âmbitos físico, mental, social e ambiental. Isso favorecerá que os indivíduos alcancem a máxima funcionalidade possível e vivam melhor (KRUG; CIEZA, 2017).

Embora seja crescente o número de publicações que apresentam a utilização da CIF na formação de profissionais de saúde, ainda é muito menor que o de estudos teóricos conceituais, com aplicação da CIF em determinadas condições de saúde, dos de desenvolvimento de instrumentos e listas de categorias baseados na CIF e dos de ligação de instrumentos da prática com a CIF (JELSMA, 2009; CERNIAUSKAITE et al., 2011; BORNBAUN et al., 2015; MADDEN et al., 2019).

Porém, para que a CIF seja aplicada conforme as recomendações da OMS, é essencial que os profissionais aprendam a utilizá-la. Para que esta aprendizagem seja efetiva, é necessário que a CIF esteja inserida na formação do profissional, contexto que parece ser a chave para prover as mudanças culturas vinculadas à transposição do paradigma de saúde (JELSMA, 2009; CERNIAUSKAITE et al., 2011; WIEGAND, et al., 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013; MARITZ, et al., 2017; MADDEN, et al., 2019; STUCKI; RUBINELLI; BICKENBACH, 2020; CASTRO; CASTANEDA, 2020).

O ambiente do estágio supervisionado tem grande importância no processo de aprendizagem da CIF, visto que é nele que o acadêmico terá a possibilidade de operacionalizá-la pela primeira vez em um ambiente real. Os benefícios da abordagem biopsicossocial para o alcance dos objetivos de tratamento foram experienciados por acadêmicos de medicina da África do Sul (SNYMAN et al., 2015), de fisioterapia, num contexto de neurologia pediátrica (JELSMA; SCOTT, 2011) e de audiologia da Austrália (SCHOLTEN; ROSS; BICKFORD, 2019).

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

O presente estudo se problematiza frente à contextualização apresentada sobre as tendências demográficas e epidemiológicas, à necessidade de formação profissional que atenda essas demandas para agregação de informações biopsicossociais e à implementação do modelo biopsicossocial da CIF na rotina clínica no importante contexto musculoesquelético, traumato-ortopédico. Assim, objetivou-se identificar a contribuição da CIF na abordagem biopsicossocial por acadêmicos de Fisioterapia no contexto do estágio supervisionado.

MODELOS BIOMÉDICO E BIOPSICOSSOCIAL E AS ABORDAGENS DERIVADAS

As bases conceituais adquiridas pelos profissionais de saúde influenciam suas práticas assistenciais e originam modelos em saúde que são desenvolvidos ao longo do tempo de acordo com o contexto, cultura e material de cada época (OTANI; BARROS, 2011).

O modelo biomédico teve suas origens filosóficas traçadas por Rassmussen em 1975, no livro "Educação Médica: revolução ou reação" e remonta a três ou quatro séculos, quando foi estabelecida pela ortodoxia cristã a proibição que médicos dissecassem humanos caso pretendessem lidar com a alma do homem, a moral, a mente e o comportamento (ENGEL, 1978). Esse fato contribuiu para que a medicina ocidental se baseasse no dualismo, que separa a mente do corpo, e no reducionismo, entendendo assim, as estruturas complexas do corpo a partir do estudo de suas partes. Desse modo, os fenômenos biológicos, os comportamentos e os processos mentais, deveriam ser estudados por métodos científicos e com linguagem física e química.

O referido modelo permeou o processo histórico dos registros de causas de morte e de doenças culminando na geração de uma classificação padronizada que pudesse ser utilizada por diferentes países (LAURENTI; BUCHALLA 1999). Assim, estudos epidemiológicos contribuiriam para o conhecimento, tratamento e prevenção de doenças. Portanto, o modelo biomédico respaldado nos registros de informações sobre doenças contribuiu, para a diminuição de doenças infectocontagiosas e, consequentemente, a expectativa de vida da população passou a aumentar (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Diante desse panorama, percebeu-se o surgimento de doenças que não acometiam as pessoas anteriormente percebeu-se as consequências das doenças nas pessoas. Assim, a classificação desenvolvida carecia de tais informações. A partir da 6ª revisão da Classificação Internacional de Causas de Morte foram inseridos conteúdos referentes às doenças não mortais, motivos de consultas e outros problemas de saúde. Tal classificação tornou-se uma Classificação Internacional de Doenças (CID) (LAURENTI, 1991; LAURENTI; BUCHALLA, 1999).

Houve a necessidade de se entender as consequências das doenças e não apenas registrar os quadros clínicos destas. Portanto, a CID por si só se tornou insuficiente para responder a essa necessidade (LAURENTI; BUCHALLA, 1999). Com o intuito de cobrir tais necessidades desde

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

a década de 1970, a OMS passou a desenvolver uma classificação no sentido de complementar tais informações. Entendia-se que uma doença culminava em uma incapacidade, ou seja, alterava a capacidade do indivíduo acometido para atuar de forma desejável e esperada pela sociedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980).

Em 1980, a OMS propôs um modelo no qual as consequências das condições de doença seriam o eixo norteador das ações dos profissionais da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980). Essa visão mantinha uma relação linear, de causa e efeito entre etiologia, patologia e manifestação. Dessa forma, os profissionais identificariam as incapacidades e agiriam no sentido de minimizar os impactos causados pelas doenças. A versão foi denominada *International Classification of Impairments, Disability and Handicap* (ICIDH) e foi uma tentativa de descrever a nova realidade na área da saúde. No entanto, percebeu-se que esse modelo estava embasado em apenas aspectos negativos e que o conceito de saúde que estava sendo estabelecido no bem-estar geral e na plena qualidade de vida não era refletido (DI NUBILA, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Para refletir a qualidade de vida, o modelo deveria refletir os aspectos positivos da saúde. Após revisões e adequações foi aprovada, em 2000, a ICIDH-2, que passou a englobar o modelo biopsicossocial e apresentava uma interação multifatorial entre as dimensões de disfunção, limitação de atividade e restrição da participação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Esse modelo propunha que os cuidados à saúde deveriam estar voltados às necessidades do paciente.

Em 2001, a OMS publicou o sistema de classificação definitivo para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana a: *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). O título da classificação foi atualizado inserindo-se as palavras -saúde, por ser uma classificação de componentes da saúde e funcionalidade sendo entendido como aspecto positivo, o polo oposto, da incapacidade (DI NUBILA, 2007).

A CIF passou a englobar o estado de saúde do indivíduo a partir de componentes relacionados ao corpo, às atividades e participações e ao ambiente em seu entorno (BATTISTELLA; DE BRITO, 2001). Tais repercussões poderiam ser registradas e inferidas pelos profissionais de saúde a partir de um olhar mais holístico, considerando a interação dos componentes (Figura 1) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Assim, a adoção do modelo biopsicossocial permite ao indivíduo-paciente ter seus problemas considerados e assim, ambos, profissional e indivíduo-paciente podem estabelecer metas conjuntas para que se possa alcançar a condição de funcionalidade almejada. (ENGEL, 1980; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

A ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA

As práticas terapêuticas com agentes físicos, como movimento e recursos naturais (água, frio, calor, luz) são conhecidas desde a antiguidade (4.000 a.C e 395 d.C) e eram utilizadas com o intuito de eliminar doenças (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Porém, o reconhecimento dessas práticas realizadas por profissionais começou apenas no final do século XIX. Essa organização seria o fundamento para as sociedades de Fisioterapia e criaria as condições sob as quais fisioterapeutas realizam suas práticas clínicas ainda hoje (NICHOLLS, 2018).

As características populacionais durante a década de 1950, com o aumento da incidência de poliomielite e as sequelas motoras com perda parcial ou total da capacidade de contração dos músculos, reforçaram as características reabilitadoras da profissão (BARROS, 2008).

Sahrmann (1988) descreveu que a formação do fisioterapeuta se embasava no modelo biomédico e o profissional realizava avaliações que provessem informações sobre o estado anatômico de dada estrutura ou componentes fisiológicos do corpo humano, como a amplitude de movimento das articulações e a força dos músculos para tratar tais estruturas. Porém, o Código de Ética do Profissional fisioterapeuta vai além dessa prática biomédica. Ele descreve como dever do fisioterapeuta, propor a promoção à saúde, a prevenção de doenças e a assistência à comunidade (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Essa abrangência amplia a visibilidade da profissão e sua atuação e está em consonância com as ideias de um modelo de saúde mais abrangente que vem emergindo.

A discussão dos modelos norteadores, da prática da Fisioterapia segue ainda alicerçada na abordagem biomédica tanto na realidade deste estudo quanto em outros contextos brasileiros. Na prática fisioterapêutica alguns estudos identificaram a predominância do modelo biomédico na formação de alunos. Silva, Neves e Riberto (2008) ligaram o conteúdo de 93 avaliações fisioterapêuticas de um ambulatório de ortopedia e identificaram que os componentes da CIF com maior prevalência no registro de informações dos alunos foram relacionados às funções do corpo e suas estruturas, denotando o modelo biomédico.

Em 2017, Scharan *et al.* identificaram predomínio dos componentes de Funções e Estruturas do Corpo em diagramas de alunos da graduação em Fisioterapia, nos quais estes foram estimulados a usar a CIF e a expressar as múltiplas relações que podem ser consideradas a partir da avaliação fisioterapêutica.

Jelsma e Scott (2011) e Beraldo (2017), realizaram respectivamente, um levantamento das informações coletadas por acadêmicos de Fisioterapia em estágio supervisionado na área neurológica infantil e de profissionais de saúde de equipes multidisciplinares e relataram após uma sensibilização dos alunos e profissionais com o modelo biopsicossocial baseado na CIF, o potencial da classificação para traduzir o modelo e ampliar a coleta de informações em saúde contribuindo para ampliar as abordagens terapêuticas.

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

No estudo de Jelsma e Scott (2011), o encorajamento para os estudantes ligarem a teoria à prática promoveu o raciocínio clínico, levando-os a determinar como facilitariam as atividades diárias e como as mudanças ambientais poderiam facilitar o desempenho do sujeito avaliado, além de favorecer a atenção aos fatores pessoais que poderiam impedir ou favorecer o desempenho deles no tratamento. Os autores concluíram que a sensibilização aos acadêmicos implicou em não apenas usar a CIF na seleção e inclusão de categorias, mas também na maior abrangência das avaliações e na maior capacidade dos acadêmicos para identificar a extensão das dificuldades dos pacientes.

Os estudos citados demonstram o potencial do emprego do modelo biopsicossocial da CIF na rotina clínica e seu potencial para reduzir as lacunas da reabilitação com relação à provisão de serviços e a formação de profissionais de saúde.

MÉTODO

O estudo qualitativo de natureza pragmática foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local sob o número 2.727.875 e desenvolvido entre junho de 2018 a janeiro de 2020.

Foi analisado o conteúdo de 45 fichas de avaliação fisioterapêutica e de 25 mapas mentais desenvolvidos por acadêmicos de Fisioterapia que realizavam estágio supervisionado em traumato-ortopedia, em uma clínica-escola no município de Curitiba-PR.

As fichas de avaliação foram coletadas em dois momentos. No primeiro, acessou-se as fichas referentes ao período de julho de 2017 a julho de 2018, sendo incluídas 20 fichas preenchidas e legíveis e que, a partir de uma análise exploratória, denotaram informações potenciais do conteúdo da CIF. No segundo, acessou-se as fichas referentes a janeiro a novembro de 2020, sendo incluídas 25 fichas com os mesmos critérios anteriores.

As fichas e os mapas mentais do segundo momento foram produzidos após uma sensibilização para nivelamento conceitual sobre a CIF aos acadêmicos em 2018 e que cursaram o estágio supervisionado em 2019. A sensibilização contemplou uma estrutura teórico-prática e ocorreu em quatro encontros de três horas cada, totalizando doze horas. A parte teórica abordou a contextualização histórica da CIF e os modelos em saúde preconizados atualmente, a estrutura da CIF, seus componentes, categorias e qualificadores e a ficha de avaliação fisioterapêutica musculoesquelética. Para cada etapa teórica foi proposta uma atividade prática aos alunos para serem realizadas ora individualmente, ora em duplas ou grupos. O desenvolvimento, a estratégia prática e as impressões dos acadêmicos que participaram foram descritos em outro artigo (SCHARAN e MOSER, 2019).

A organização e análise do conteúdo dos documentos foram embasadas em Bardin (2011), Minayo, Deslandes e Gomes (2012), Creswell (2014) e Minayo (2016). As fichas foram

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

codificadas e o conteúdo transcrito em uma planilha contemplando dados pessoais, diagnóstico clínico, informações dos itens da anamnese; informação do item inspeção, uso de acessórios e descrição; diagnóstico e objetivo fisioterapêuticos. Os títulos das colunas foram adaptados para serem importados para o software para apoio à análise de dados qualitativos Atlas.ti em sua versão 8.0.

O documento da CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015) norteou a codificação do conteúdo biopsicossocial das fichas e o procedimento de análise ocorreu com leitura completa do material e aplicação do método exploratório de codificação holística (SALDAÑA, 2016), pelos componentes da CIF.

Em seguida, criaram-se grupos de códigos aplicando o método gramatical com a subcodificação dos códigos dos componentes da CIF por item da anamnese (exemplo para o subitem queixa principal: anam.qp-funções do corpo**;** anam.qp-estruturas do corpo; anam.qp-atividades e participação; anam.qp-fatores ambientais).

A identificação de unidades de registro relacionadas aos fatores pessoais se deu quando o registro apresentou: histórico particular de vida e do estilo de vida, sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, hábitos, formas de enfrentamento, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência prévia e atual, padrão geral de comportamento e caráter, qualidades psicológicas individuais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

As estruturas do corpo foram associadas com as descrições de estruturas anatômicas do corpo, (músculos, tendões, ligamentos), (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015), sendo as atividades representadas por verbos de ação e por relatos de níveis de dificuldades (ex. dificuldade para levantar-se, andar, permanecer de pé). Já a participação foi identificada pelo envolvimento nas atividades (ex. não ir ao mercado ou banco por ter dificuldade em permanecer longos períodos em pé) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Os fatores ambientais foram identificados pelas características do mundo físico, social de atitude de terceiros, bem como o contato direto com outros indivíduos como família, conhecidos e estranhos; as estruturas sociais formais e informais, regras de conduta ou sistemas predominantes na comunidade ou sociedade que têm um impacto sobre os indivíduos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Antes do ciclo de codificação às categorias da CIF foram estruturadas em outra planilha Excel, denominada "*codebook* da CIF" (Scharan, 2020). Nele estavam contidas todas as categorias, suas definições e seus agrupamentos dentro dos respectivos capítulos da classificação, somando mais de 1424 categorias. Após a conferência desse documento, ele foi importado para os dois projetos do Atlas.ti. Identificou-se as categorias da CIF pertencentes a cada item da avaliação. Essa codificação foi realizada a partir dos conhecimentos dos conteúdos da CIF e sempre consultando a classificação no próprio *codebook* importado para o Atlas.ti, ou em sua

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

versão em formato *PDF* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008) ou em versão impressa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Os conteúdos referentes aos diagnóstico e objetivos fisioterapêuticos e, aos diagramas, receberam a codificação *in vivo* (SALDAÑA, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os registros de funcionalidade: agregando significados

A repercussão na abordagem posterior à sensibilização revelou-se na progressão mais explícita do conteúdo das fichas com os diagnósticos e objetivos fisioterapêuticos, culminando com a expressão de todos os componentes da classificação nos mapas mentais. Portanto, o uso do modelo biopsicossocial foi expresso na atitude do acadêmico em captar e registrar informações do indivíduo de forma mais abrangente.

Scholten, Ross e Bickford (2019) analisaram o conteúdo de um *survey* aplicado a 101 estudantes de fonoaudiologia sobre como a CIF era usada e os fatores que contribuíam para a aceitação dela. Os autores perceberam a estrutura da CIF como uma "forma de pensar" (Scholten, Ross, Bickford, 2019). Segundo o relato de um acadêmico, o aprendizado sobre o modelo biopsicossocial foi um pano de fundo para tornar as colocações clínicas mais ampliadas.

Achados sobre a abrangência das informações coletadas também foram identificados por Stallinga et al. (2013), quando analisaram avaliações convencionais e no modelo biopsicossocial de enfermeiros e médicos. Os autores identificaram um maior registro das informações que se relacionavam às atividades e participação e aos fatores ambientais, bem como, mais atividades dos profissionais relacionadas a esses componentes. Ainda, a avaliação norteada pelo modelo biopsicossocial permitiu uma convergência entre os problemas registrados pelos profissionais e os autorrelatos dos pacientes, identificado por resposta a um questionário em um momento anterior à avaliação respondido pelo profissional.

Diagnóstico clínico como contexto e ponto de partida

A disposição do item diagnóstico clínico no início da ficha delimitou o conteúdo da avaliação mostrando ser o ponto de partida sobre o qual é traçado o raciocínio clínico. Ainda que auxilie e direcione o acadêmico, segundo o modelo biopsicossocial, o diagnóstico clínico contempla apenas um dos construtos do estado de saúde de um indivíduo, e por si só não revela a causa ou a natureza da condição que trouxe o indivíduo ao atendimento (CANESQUI, 2007), nem é suficiente para direcionar a prática fisioterapêutica (SAHRMANN, 1988), mas, apenas

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

pode confirmar uma alteração real em uma estrutura ou função corporal que poderá balizar a abordagem clínica fisioterapêutica. Percebeu-se que o diagnóstico clínico permitiu o início de um guia na avaliação fisioterapêutica.

Numa ótica de complementaridade e não de antagonismo, a apropriação do diagnóstico clínico pelo fisioterapeuta para além da codificação estatística e da descrição de sinais clínicos poderá ser porta para o aprofundamento dos desdobramentos dessa condição nas demais esferas da vida. Esta afirmação pode ser corroborada por Borrel-Carrió, Schuman e Estein (2004), ao defenderem o modelo biopsicossocial como uma contribuição necessária ao método científico clínico corroboram a parcimônia entre os dois modelos em saúde e às necessidades de cada paciente.

É então desse ponto de partida que a avaliação se conduz à anamnese, para que informações em saúde dos outros componentes do modelo biopsicossocial sejam agregadas realizando "a avaliação cinético-funcional integral do ser humano" (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Anamnese, a condição de saúde vivida pelo paciente

Os conteúdos majoritariamente contemplados nesse subitem foram das funções sensoriais e dor, referentes às Funções do Corpo tanto prévia como posteriormente à sensibilização. Esse achado sobre a dor, analisado concomitantemente ao diagnóstico clínico, mostrou inicialmente, o impacto biológico da alteração estrutural, mas, foi a partir da queixa principal que as informações trazidas pelos indivíduos passaram a denotar impactos nas experiências e vivências em suas rotinas.

Registros anteriores à sensibilização menos específicos, como "*dor ao realizar movimentos*", "*dificuldade para realizar movimentos acima da cabeça*", após a sensibilização foram contextualizados com a descrição mais específica sobre as atividades dificultadas no dia-a-dia como: "*dor lombar, fraqueza muscular e dificuldade para andar. Sente fraqueza principalmente na perna direita*"; "*subir e descer degraus*"; "*ao empurrar muito a cadeira*" de rodas.

Percebeu-se ainda como uma repercussão da sensibilização, a descrição mais detalhada da dificuldade nas atividades. Thonnard e Penta (2007) ao realizarem um levantamento das informações habitualmente utilizadas em instrumentos usados na abordagem fisioterapêutica identificaram um maior número de conteúdos relacionados às disfunções musculoesqueléticas e, também às funções do corpo e às atividades e participações. Os autores consideraram os conteúdos como pertinentes à prática profissional fisioterapêutica, valorizando a dimensão corporal da funcionalidade. Diferentemente do presente estudo os instrumentos não

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

contemplaram todos os componentes da CIF, em que os itens da ficha denotaram conteúdo dos demais componentes.

Nos itens subsequentes da ficha, portanto, houve campos nos quais as perguntas poderiam ir trazendo à memória as implicações das condições de saúde desvelando mais detalhes não evocados em um primeiro momento. O subitem da história da doença atual, por exemplo, denotou informações potenciais com relação às Funções do Corpo, Atividades e Participação, e Estruturas do Corpo nas fichas prévias à sensibilização.

Os relatos referentes às funções do corpo foram semelhantes aos achados da queixa principal e os de estruturas do corpo foram semelhantes aos do diagnóstico clínico. Como exemplo de Atividades e Participação cita-se que a condição de saúde "*iniciou após ficar em posições que ocasionassem a dor (sentada). Trabalha como secretária há 20 anos*"; ou, que a história da doença atual decorre porque "*fica muito tempo em pé devido à profissão*".

Nas fichas posteriores à sensibilização, percebeu-se predomínio de informações sobre Atividades e Participação, com o item mobilidade, sendo o mais frequentemente impactado. Acredita-se que esse campo, ao oportunizar o sujeito a relatar os fatos sob sua perspectiva, permite trazer aspectos da *saúde vivida*. Além disso, propicia uma maior abrangência por ser menos direto que a queixa principal. Também houve um registro sobre Fator Pessoal: A dor "*surge com maior intensidade no membro direito, por ser o membro dominante*"; e um sobre Fator Ambiental: "*Esforço repetitivo no trabalho, compensações posturais, calçado não muito confortável*" expressando a possibilidade de captar informações de todos os construtos do modelo biopsicossocial e certo avanço na ampliação da abordagem sobre o indivíduo.

Frente aos achados da anamnese apresentarem potencial para explorar todos os componentes da CIF percebe-se a importância e a necessidade mais frequente da incorporação dos seus conteúdos contextualizados aos aspectos relacionados às Atividades e Participação e aos Fatores Contextuais no raciocínio clínico e prática do acadêmico.

Outros autores que identificaram conteúdo dos referidos componentes em avaliações de profissionais de saúde concluíram que estes podem aumentar a eficiência do cuidado e planejar apropriadamente as intervenções uma vez que identificam problemas específicos e relevantes ao considerar as necessidades e preferências dos pacientes (STEINER et al., 2002; STALLINGA et al., 2013).

O subitem histórico da dor foi o mais longo dentro do campo anamnese, portanto, um espaço privilegiado denotando o *locus* central da dor na ficha de avaliação, corroborando com a necessidade de aprofundamento a partir do quadro doloroso identificado nas queixas. O seu conteúdo incluiu características, comportamento, fatores agravantes e desencadeantes da dor. Alguns tópicos destacaram-se quanto ao potencial de expressar conteúdo biopsicossocial, como "quando a dor aparece", que remetia à frequência de aparição da dor. Percebeu-se nesse campo, registros de atividades em que se buscava explorar os momentos que essa função do corpo se

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

expressava e acabava por limitar de algum modo o indivíduo, como: "*...após realizar a digitação. Se esta for realizada diariamente, a dor também está presente diariamente*"; "*dor permanece durante todo o dia; dependendo da atividade que realiza, piora*"; "*postura inadequada; sente mais vezes ao dia*".

Em outra situação relatou-se o fator ambiental "mudança de temperatura" como agravante do quadro doloroso. Assim, os dois campos que buscaram instigar informações explorando a realidade do sujeito foram história da doença atual e quando a dor aparece) revelaram-se com potencial para registrar informações advindas também do ambiente no qual o sujeito está inserido e de que forma interfere em sua vida.

Explorar os campos de como a dor diminui ou aumenta, como descrito: "*paciente relata posição de conforto em decúbito dorsal com rolo de toalha posicionado em região cervical, principalmente quando pressiona o rolo com o pescoço"*, abrem espaço para buscar compreender a rotina do indivíduo-paciente em relação a sua dor, pois neles estarão as oportunidades de educa-lo quanto aos seus hábitos, orientando-o e esclarecendo suas dúvidas ou desconhecimentos, além de poder contribuir de forma mais assertiva a partir do momento em que se passa a conhecer o que piora e o que melhora.

O relato acima vem de encontro à importância do estabelecimento de vínculos com o paciente, o que não acontece quando se tem a premência de cumprir um roteiro estruturado de perguntas em um tempo restrito. Esse vínculo é construído paulatinamente ao longo dos atendimentos.

A afirmação acima encontra eco na portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que em seu texto expressa a ideia de que a "longitudinalidade" do cuidado se expressa na contínua relação clínica. Ainda, pressupõe a construção de vínculos e compartilhamento de responsabilidades ao longo do tempo tanto no que diz respeito aos efeitos das intervenções na vida dos usuários, quanto à preservação de referências culturais e valores cotidianos decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

O tópico em que se registrou se a dor impedia o indivíduo de realizar alguma atividade diária oportunizou a reflexão de que é na rotina e em movimentos que compõem o agir na vida (MALTA; MERHY, 2010), ou a experiência vivida (STUCKI; RUBINELLI; BICKENBACH, 2018) que surge o grande potencial de conhecimento da funcionalidade do sujeito.

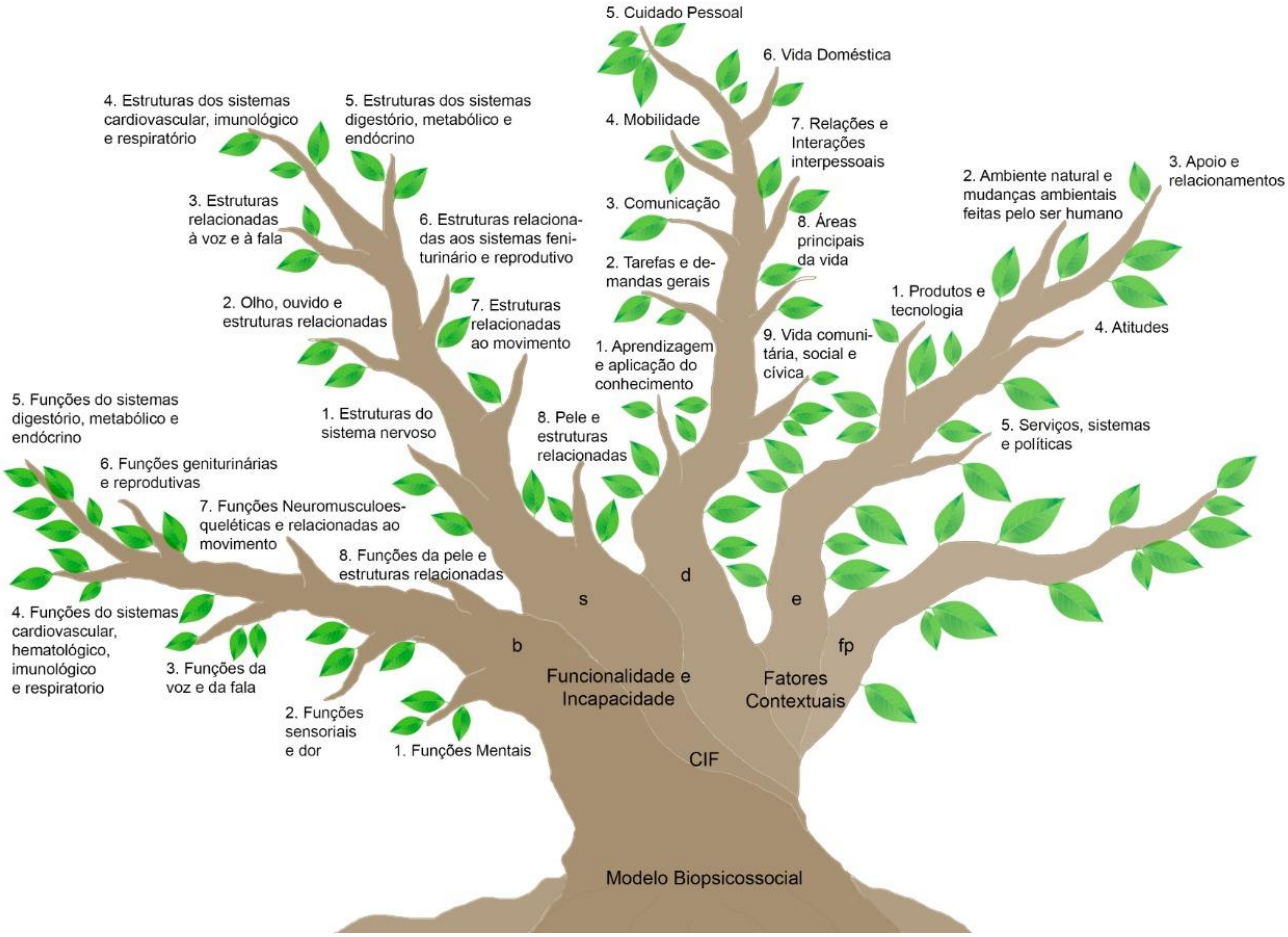
Previamente à sensibilização, o componente mais prevalente foi o de Atividades e Participação e o capítulo com maior frequência de conteúdo foi o referente à mobilidade. Posteriormente à sensibilização houve conteúdos referentes às atividades relacionadas à mobilidade, mas também à vida comunitária e social, vida doméstica, cuidado pessoal e tarefas e demandas gerais. Essas informações podem ser identificadas na figura 2, estruturada pelas autoras para representar a estrutura tronco-ramo-folha da CIF.

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

Figura 2. Estrutura tronco-ramo-folha da CIF



Fonte: adaptado de OMS, 2001.

Quanto ao tópico “uso de acessórios” do item Exame físico, previamente à sensibilização, os registros foram cadeira de rodas, muleta, óculos de grau. Os registros pós-sensibilização, foram: bengala “Algumas vezes usa bengala, mas quando sente pequena melhora, já deixa de usá-la”; muleta, cadeira de rodas, prótese de mama. Esses dados denotam conteúdo potencial para ligação aos fatores ambientais da CIF, especificamente ao capítulo 1 (Produtos e tecnologia), à categoria e1151 (Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária). Esses

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

fatores devem ser observados em paralelo à condição de saúde e aos demais componentes da classificação com o intuito de favorecer a funcionalidade máxima do sujeito (SCHNEIDERT et al., 2018). Esse componente é de fundamental importância pelo seu papel tanto de condicionante como de condicionado no âmbito da funcionalidade humana.

Destacaram-se entre os diagnósticos fisioterapêuticos nos dois momentos o encurtamento muscular, diminuição de amplitude de movimento, fraqueza muscular e algia.

Quanto aos objetivos fisioterapêuticos, a maior parte foi descrita como o antônimo da informação identificada no diagnóstico fisioterapêutico ou seja: alongar musculatura encurtada alongamento muscular, aumentar amplitude de movimento, fortalecer musculatura e reduzir ou eliminar a dor. As informações corroboraram com as os registros advindos do campo queixa principal, bem como dos demais itens do Exame Físico a partir do qual o acadêmico identificou sinais clínicos objetivos.

Identificou-se que o conteúdo referente a esse item se referiu exclusivamente ao componente Funções do Corpo e, especificamente ao capítulo 7 intitulado Funções neuro musculoesqueléticas e relacionadas ao movimento. O próprio título dos itens da avaliação (denominados na ficha como diagnóstico e objetivos fisioterapêuticos), explicita majoritariamente a perspectiva do profissional, já denotando o modelo que seguirá suas práticas e que revelará os domínios que abordará em seus tratamentos, o que influenciou na descrição dos objetivos fisioterapêuticos. A necessária integração dessas informações poderá ser feita a partir da contextualização às Atividades e Participações do sujeito, considerando seu ambiente e fatores pessoais. Apesar de em diversos campos a denotação de conteúdos referentes aos componentes Atividades e Participação e Fatores ambientais terem sido registrados, essas informações acabam não sendo explicitadas nos objetivos de tratamento.

O modelo biopsicossocial nas rotinas clínicas é ainda recente para a maior parte das instituições de ensino superior (VARGUS-ADAMS; MAJNEMER, 2014; SANDBORGH *et al.*, 2018) e é um desafio a ser superado tanto pelos supervisores quanto pelos acadêmicos que ainda precisam de um direcionamento às possibilidades dos casos (CASTRO et al., 2015; SCHOLTEN; ROSS; BICKFORD, 2019).

Ainda que depois da sensibilização tenha-se ampliado a o registro de informações sobre funcionalidade, estes não foram explorados de modo os acadêmicos não exploraram de modo a fazer emergir a meta ou objetivo do sujeito.

A complementação das informações coletadas nas fichas e ao longo dos atendimentos se refletiu na completude dos mapas mentais e na exploração dos diferentes componentes após a sensibilização. Percebeu-se que o mapa mental cumpriu sua finalidade de explicitar o raciocínio clínico do acadêmico, conectando os conteúdos da ficha de avaliação e os que emergiram ao longo dos atendimentos, ao conteúdo da CIF.

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

Mapas mentais: a ponte entre o raciocínio clínico e as experiências vividas pelo indivíduo-paciente

A elaboração do mapa mental era o momento da integração das informações coletadas na avaliação e ao longo dos atendimentos para expressar o raciocínio clínico. Em um estudo anterior no mesmo contexto, porém anterior à sensibilização, Scharan et al. (2017) identificaram que o recurso vinha sendo utilizado pelos acadêmicos do último ano do curso também para operacionalizar a CIF, porém, na ocasião, os autores identificaram um predomínio de informações referentes aos componentes Funções e Estruturas do Corpo evidenciando a ênfase no modelo biomédico. As autoras concluíram que o mapa mental favoreceu o uso da CIF, ainda que parcialmente em relação ao conteúdo dela, sendo necessário, portanto, avançar para a inclusão de informações dos demais componentes da classificação, o que foi percebido após a sensibilização.

Assim, após a sensibilização, foram utilizadas 155 categorias sem repetições de todos os componentes da CIF, para os diferentes 25 casos clínicos.

Os componentes prevalentes seguiram o mesmo padrão identificado na avaliação, com ênfase em Funções do Corpo, porém, tendo como capítulo mais relatado o 7: Funções Neuromusculoesqueleticas. O mapa mental favoreceu a expressão das informações advindas do exame clínico, depois de finalizada a avaliação.

O segundo componente mais registrado foi o de Atividades e Participação, sendo este o único em que foram utilizados conteúdos de todos os seus 9 capítulos. Esse resultado denota a diversidade de dificuldades enfrentadas pelos indivíduos avaliados em sua funcionalidade, considerando o impacto nas atividades e participação, funções do corpo e estruturas do corpo. Assim, compreender a relação entre esses componentes é um passo importante para intervenções mais assertivas. a assertividade na terapêutica do sujeito.

O componente menos trabalhado foi o dos fatores ambientais. Apesar de ser o com menor número de capítulos (cinco), quatro deles foram utilizados. Sendo o 3, de Apoio e relacionamentos, com o maior número de categorias selecionadas.

O mapa mental se revelou como o espaço no qual os acadêmicos expressavam seu raciocínio clínico em uma forma menos rígida, diferente da ficha, que é previamente estruturada. Além disso, possibilitou o acréscimo de informações advindas dos atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou a contribuição da CIF para a abordagem biopsicossocial de acadêmicos de Fisioterapia a partir da emersão do conteúdo dos componentes da classificação

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

nos registros de avaliação fisioterapêutica, e no acompanhamento de avaliações e tratamentos realizados no contexto traumato-ortopédico da clínica escola de Fisioterapia após a sensibilização.

O estudo oportunizou reflexões sobre a concepção de saúde, a formação em saúde e o trabalho dos futuros fisioterapeutas. Percebeu-se na análise do conteúdo que mesmo com o predomínio do modelo biomédico, é possível identificar conteúdos referentes ao modelo biopsicossocial e à CIF nos protocolos de avaliação utilizados. Porém, foi a partir da sensibilização que se evidenciou o uso da CIF na capacitação clínica dos estudantes denotando assim, a importância da inserção de seu ensino na formação dos acadêmicos.

A riqueza do conteúdo biopsicossocial se deu no registro das informações advindas da perspectiva do indivíduo-paciente, a partir da relação acadêmico-paciente durante a avaliação fisioterapêutica e nos atendimentos subsequentes, nos quais se explorou, especialmente na anamnese, a compreensão das atividades e participação dos sujeitos, bem como do seu contexto.

Percebeu-se também que para haver o equilíbrio e a consideração da perspectiva do indivíduo assistido, deve estar clara qual é a sua meta, ou expectativa com o atendimento fisioterapêutico.

A consideração da perspectiva do indivíduo é fundamental para o uso no modelo biopsicossocial na prática clínica. O relato do paciente, expressando a sua experiência a condição de saúde, pode complementar e contextualizar os achados fisioterapêuticos para de fato operacionalizar este modelo.

Uma prática clínica centrada no indivíduo, consequentemente, deve ter registrada e expressa de forma clara qual é a meta, o objetivo contextualizado em uma ação e/ou participação nas mais diversas atividades do dia-a-dia. Isso se traduzirá em objetivos fisioterapêuticos que ultrapassem as alterações anátomo-funcionais e que se contextualizem contemplando as necessidades dos indivíduos.

Essa perspectiva vem de encontro a uma compreensão de saúde, como a condição de realização das potencialidades do ser humano nas mais diferentes dinâmicas, tratando-o de forma customizada e compreendendo a dimensão particular do indivíduo.

O tempo para avaliar e o subsequente acompanhamento ao tratamento do indivíduo se tornam fatores positivos para o diálogo e a captura de informações relevantes da rotina para além das dificuldades e incapacidades. Permite-se a captura dos aspectos positivos da funcionalidade, ou seja, o que o indivíduo tem mantido em sua rotina. Assim, se refina o que o indivíduo busca e para que o acadêmico enriqueça suas práticas e torne-as mais atrativas e mais desafiadoras para o progresso da funcionalidade. Esses preciosismos também possibilitaram refinar a atitude profissional propiciando no acadêmico a sensibilidade e o interesse pelo bem-estar do paciente.

A apropriação do modelo biopsicossocial na rotina clínica foi capaz de expressar a multi-causalidade da condição de saúde, para a qual o profissional deve estar sensibilizado. A apropriação do modelo biopsicossocial resultou ainda que de modo preliminar em uma mudança

DOI: 10.29327/213319.20.4-2
Páginas 29 a 55

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

de profissional que pode resultar na customização da assistência prestada, valorizando e incluindo o indivíduo e suas necessidades no centro do tratamento, alicerçado pelo conhecimento técnico. Essa iniciativa contribui significativamente para uma inovação na postura do profissional fisioterapeuta neste início do século XXI, ainda que tenha sido realizado em um cenário específico, pode certamente, ser disseminado e polinizado.

Ainda que os potenciais conteúdos tenham sido englobados na abordagem fisioterapêutica após a sensibilização, percebeu-se alguns limitadores com relação a visualização da funcionalidade integrada pelos componentes Funções do Corpo, Estruturas do Corpo e contextualizada às Atividades e Participação. Essa dificuldade relacionou-se com a ainda incipiente inserção da CIF em seu processo de formação como forma de alicerçar uma prática diagnóstico-terapêutica centrada na abordagem biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Lúcia de Jesus; GUIMARÃES, Raul Borges. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, p. 82-88, 2009.

ARAÚJO, Dolores; De MIRANDA, Maria Claudina G; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 20, 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. Poliomielite, filantropia e Fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 941-954, 2008.

BATTISTELLA, Linamara Rizzo; DE BRITO, Christina May Moran. Classificação internacional de funcionalidade (CIF). **Acta Fisiátrica**, v. 9, n. 2, p. 98-101, 2002.

BERALDO, Pedro. O uso pedagógico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a equipe multiprofissional que atua junto a pacientes renais crônicos em hemodiálise, com foco na qualidade de vida. 2016. 101f. Tese (Pós-graduação em Odontologia) – **Pontifícia Universidade Católica do Paraná**, Curitiba, 2016.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

expansão do ensino e os modelos de formação. **Hist. cienc. Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 655-668, Set. 2009.

BORRELL-CARRIÓ, Francesc; SUCHMAN, Anthony L.; EPSTEIN, Ronald M. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. **The Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 6, p. 576-582, 2004.

DE CARVALHO BRASILEIRO, Ismênia; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; BUCHALLA, Cássia Maria. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde e seu uso no Brasil. **Revista Acta Fisiatrica**, v. 20, n. 1, p. 37-41, 2013.

CANESQUI, Ana Maria. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. Canesqui AM, organizadora**. Olhares sócio-antropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, p. 19-51, 2007.

CASTANEDA, Luciana; CASTRO, Shamyr Sulyvan de. Publicações brasileiras referentes à Classificação Internacional de Funcionalidade. **Acta Fisiátrica**, v. 20, n. 1, p. 29-36, 2013.

CASTANEDA, Luciana; BERGMANN, Anke; BAHIA, Ligia. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 17, n. 2, p. 437-51, 2014.

CASTANEDA, Luciana; CASTRO, Shamyr Sulyvan de. **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF):** experiências acadêmicas no Brasil. 1. ed.: Curitiba: EDITORA CRV, 2020. p.164. Disponível em: https://editoracrv.com.br/produtos/detalhes/34665-classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-brexperiencias-academicas-no-brasil. Acesso em: 18 mar. 2020.

CASTRO, Shamyr Sulyvan de. et al. O processo saúde-doença e o modelo biopsicossocial entre supervisores de um curso de fisioterapia: estudo qualitativo em uma universidade pública. **CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA**, v. 2, n. 3, p. 23-38. 2015.

CERNIAUSKAITE, Milda et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. **Disability and Rehabilitation**, v. 33, n. 4, p. 281-309, 2011.

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Brasil. **Resolução nº 370/2009. DOU nº 225, Seção1, 25/11/2009:101**. Disponível em; http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view. Acesso em: 27 fev. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Brasil. **Resolução nº. 414/2012, de 25 de maio de 2012. D.O.U. nº99, Seção 1, 23/05/2012**. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1727. Acesso em: 27 fev. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Homologação **da Resolução CNS n°559, de 18 de setembro de 2017**. Aprovação do parecer técnico n°161/2017 que dispõe sobre as recomendações do CNS à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia. Diponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso559.pdf. Acesso em: 13 jan. 2020.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa**-: Escolhendo entre Cinco Abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2014.

Di NUBILA, Heloisa Brunow Ventura. Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. 2007. 181f. Tese de Doutorado em Saúde Pública, **Universidade de São Paulo**, São Paulo.

Di NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 324-335. 2008.

ENGEL, George L. The biopsychosocial model and the education of health professionals. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 310, n. 1, p. 169- 181. 1978.

ENGEL, George L. The clinical application of the biopsychosocial model. **American journal of Psychiatry**, v. 137, p. 535-544. 1980.

EDWARDS, Ian *et al.* Clinical reasoning strategies in physical therapy. **Physical Therapy**, v. 84, n. 4, p. 312-330. 2004.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, p. 187-193. 2005.

HOPFE, Maren *et al.* Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information. **Disability and rehabilitation**, v. 40, n. 19, p. 1-6. 2017.

ICF RESEARCH BRANCH a. **ICF-based Documentation Form**. 2017. Disponível em: https://www.icf-core-sets.org/en/page0.php. Acesso em: 27 fev. 2020.

ICF RESEARCH BRANCH b. **ICF e-learning**. 2017. Disponível em: https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool. Acesso em: 27 fev. 2020.

JELSMA, Jennifer; SCOTT, Des. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study. **Physiotherapy**, v. 97, n. 1, p. 47-54. 2011.

KRUG, Etienne; CIEZA, Alarcos. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. **Neuropsychological rehabilitation**, v. 53, n. 2, p. 153-154. 2017.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, p. 407- 417. 1991.

LAURENTI, Ruy; BUCHALLA, Cassia Maria. O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 687-700. 1999.

MALTA, Deborah. Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 61-66. 2003.

MARIOTTI, Milton Carlos et al. Características profesionales, de formación y distribución geográfica de los fisioterapeutas de Paraná-Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 295-302, 2017.

MARITZ, Roxanne; ARONSKY, Dominik; PRODINGER, Birgit. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Electronic Health Records. **Applied clinical informatics**, v. 8, n. 3, p. 964-980. 2017.

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores**. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 1, p. 59-72, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza**. O desafio do conhecimento- Pesquisa qualitativa em Saúde**. 14 ed. São Paulo: 2014. 407 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32 ed. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2012.

NICHOLLS David A. **The end of Physiotherapy**. 1. ed. New York, Routledge, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10:* **Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde**. 7. ed. São Paulo: EDUSP, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Reabilitação**. 2011. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4_por.pdf. Acesso em: 25 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2015.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Filice de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811. 2011.

PRODINGER, Birgit. *et al.* European initiative for the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health: development of Clinical Assessment Schedules for specified rehabilitation services**. European journal of physical and rehabilitation medicine**, v. 53, n. 2, p. 319-332. 2017.

REBELATTO José Rubens, BOTOMÉ Sílvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil. Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais.** 2ª Ed. São Paulo, Manole, 1999.

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

SAMPAIO, Rosana Ferreira; LUZ, Madel Terezinha. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 475-483. 2009.

SAHRMANN, Shirley. A. Diagnosis by the physical therapist—a prerequisite for treatment: a special communication. **Physical therapy**, v. 68, n. 11, p. 1703-1706. 1988.

SALDAÑA, Johnny. **The Coding Manual for Qualitative Researchers**. 3 ed. Grã-Bretanha: SAGE, 2016.

SANDBORGH, Maria *et al.* **Integration of behavioral medicine competencies into physiotherapy curriculum in an exemplary Swedish program**: rationale, process, and review. Physiotherapy theory and practice, p. 1-13. 2018.

SCHARAN, Karoleen Oswald. Validação do core set resumido para lombalgia, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), no contexto de uma escola da coluna. 2016, 77 f., Dissertação de mestrado, **Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, PUCPR**, Curitiba.

SCHARAN Karoleen Oswald, BERNARDELLI, Rafaella Stradiotto, CORRÊA, Katren Pedroso, DA SILVA, Tauane Gomes, MARTINS, Fernanda Cury, MOSER, Auristela Duarte de Lima. A training tool for international classification of functioning, disability and health application by physical therapy students. **International Journal of Development Research**. v.7, n.11, 17230-17235, 2017. Disponível em: http://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/11237.pdf Acesso em: 07 mai. 2018.

SCHARAN, Karoleen Oswald**. ICF portuguese codebook for Atlas**.ti. doi: 10.5281/zenodo.3844790. Disponível em: https://zenodo.org/record/3844790#.XswYYEBFxPY. Acesso em: 05 mai. 2020

SCHOLTEN, Ingrid; ROSS, Kate; BICKFORD, Jane. "A way to think of the client holistically": Factors influencing students' ICF regard and uptake. **MedEdPublish**, version 2, 16 dec. 2019.

SCHNEIDERT, Marguerite. et al. The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Disability and rehabilitation**, v. 25, n. 11-12, p.

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

588-595. 2003.

SEIXAS, Clarissa Terenzi *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, jan. 2019.

SILVA, Ana Clarissa Lopes; DA FONSECA NEVES, Robson; RIBERTO, Marcelo. A formação fisioterapêutica no campo da ortopedia: uma visão crítica sob a óptica da funcionalidade. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 15, n. 1, p. 18-23, 2008.

STALLINGA, Hillegonda. et al. Functioning assessment vs. conventional medical assessment: a comparative study on health professionals' clinical decision-making and the fit with patient's own perspective of health. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 7-8, p. 1044-1054. 2013.

STUCKI Gerold, BICKENBACH Jerome. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. European journal of physical and rehabilitation medicine. **European Journal of Physical Rehabilitation Medicine**. v. 53, n. 1, p. 134-138. 2017.

STUCKI, Gerold; RUBINELLI, Sara; BICKENBACH, Jerome. We need an operationalisation, not a definition of health. **Disability and Rehabilitation**, v. 42, n. 3, p. 1-3, out. 2018.

SWISS PARAPLEGIC RESEARCH. **Introduction to the ICF case-studies**. 2015 Disponível em: https://www.icf-research-branch.org/download/send/17-icf-based-case-studies/191-introduction-to-the-icf-case-studies. Acesso em: 27 fev. 2020.

SWISS PARAPLEGIC RESEARCH. **ICF case-studies – Translating interventions into real life gains- a Rehab cycle approach**. 2017. Disponível em: https://www.icf-casestudies.org. Acesso em: 27 fev. 2020.

VARGUS-ADAMS, Jilda N.; MAJNEMER, Annette. International classification of functioning, disability and health (ICF) as a framework for change: revolutionizing rehabilitation. **Journal of child neurology**, v. 29, n. 8, p. 1030-1035. 2014.

ISRAEL, Vera Lúcia; GUIMARÃES, Ana Tereza Bittencourt; PARDO, Maria Benedita

Temas em Saúde
Volume 20, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2020

Artigo

Lima. Práticas integrativas e complementares em saúde: hidrotermalismo como ambiente e recurso de atuação do fisioterapeuta**. Divers@!,** v. 10, n. 2, p. 79-90, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Functioning, **Disability And Health** (ICF). Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION a. **Constitution of WHO: principles**. 2018. Disponível em: http://www.who.int/about/mission/en/. Acesso em: 27 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION b. **Classifications**. Disponível em: http://www.who.int/classifications/en/ . Acesso em: 27 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Disponível em**:** http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/. Acesso em: 27 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rehabilitation 2030: A call for action. 2017**. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/. Acesso em: 27 fev. 2020.