

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2017v3n4p425-437>

FORMAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ABORDAGEM INTEGRAL DO CUIDADO EM SAÚDE COM BASE NA FUNCIONALIDADE HUMANA

PHYSIOTHERAPY TRAINING IN THE INTEGRAL APPROACH OF HEALTH CARE BASED ON HUMAN FUNCTIONALITY

TANIA CRISTINA MALEZAN FLEIG

Fisioterapeuta, Mestre em Engenharia de Produção, Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC.

E-mail: tfleig@unisc.br

ÉBONI MARÍLIA REUTER

Fisioterapeuta, Mestre em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC.

E-mail: ebonireuter@unisc.br

RESUMO

Objetivo: Reconhecer no processo de formação em Fisioterapia a abordagem para o cuidado em saúde com base na *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Métodos: Estudo observacional descritivo, com caráter transversal, de natureza quali-quantitativa. A coleta de dados no período de março à julho de 2016, durante os Estágios Supervisionados em Fisioterapia na Saúde Coletiva, na rede básica de serviços, em quatro Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul-RS. Foram identificadas as pessoas de acordo com a área: neurológica, musculoesquelética e cardiorrespiratória, sob o prisma da integralidade proposto pela ICF. As informações foram registradas em fichas próprias, instrumentos de avaliação funcional e testes específicos da fisioterapia. Os dados foram associados à ICF no *linking* com as categorias ICF. A análise por frequência absoluta. Resultados: 118 participantes, 74 do sexo feminino, sendo 61 idosos. Os atendimentos, em mais de 80% dos casos,

MIRIAM BEATRIS FROEMMING

Fisioterapeuta, Mestre em Engenharia de Produção, Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC.

E-mail: miriamf@unisc.br

LISIANE LISBOA CARVALHO

Fisioterapeuta, Mestre em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC.

E-mail: lisianecarvalho@unisc.br

foram em visitas domiciliares. Na associação entre os instrumentos e testes de avaliação funcional e a ICF foram identificados 19 domínios, sendo codificados em 34 categorias de segundo nível e 09 subcategorias de terceiro nível. Os participantes de acordo com a área de intervenção, na neurológica (n=26), na musculoesquelética (n=75) e na cardiorrespiratória (n=17). Conclusões: É possível reconhecer a abordagem para o cuidado em saúde, em três grandes áreas do conhecimento, orientada pela ICF, definido os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Curso de Fisioterapia; Formação Profissional; Saúde Coletiva; Integralidade; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

ABSTRACT

Objective: To recognize in the training process in Physical Therapy the approach to health care based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Methods: Descriptive observational study, with

transversal character, of a qualitaquantitative nature. Data collection from March to July 2016, during the Supervised Internships in Physiotherapy in Collective Health, in the basic service network, in four Family Health Strategies in the municipality of Santa Cruz do Sul, RS. The individuals were identified according to the neurological, musculoskeletal and cardiorespiratory areas, under the prism of integrality proposed by the ICF. The information was recorded in personal files, functional assessment instruments and specific physical therapy tests. The data were associated with ICF in the linking with ICF categories. The analysis by absolute frequency. Results: 118 participants, 74 female, 61 elderly. The physical therapy appointments, in more than 80% of the cases, were in home visits. In the association between the instruments and functional assessment tests and the ICF, 19 domains were identified, being coded in 34 second level categories and 09 third level subcategories. Participants according to the intervention area, in the neurological (n=26), musculoskeletal (n=75) and cardiorespiratory (n=17). Conclusions: It is possible to recognize the approach to health care in three broad areas of knowledge, guided by the ICF, defined the components of health and some components of well-being related to health.

KEYWORDS: Physical Therapy Specialty; Professional Training; Collective Health; Integrality; International Classification of Functioning, Disability and Health.

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fisioterapia (DCN/FISIO) exigem o desenvolvimento do estágio curricular sob a supervisão docente.¹ Essas diretrizes envolvem as competências e habilidades gerais e específicas que cada curso deve desenvolver

durante o processo de formação dos acadêmicos. Conforme a Lei Federal 11.788 de 2008,² o estágio curricular deve ser o ato educativo supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, preparando o aluno para a inserção no mundo do trabalho. O estágio visa no contexto da proposta curricular, o desenvolvimento de competências e habilidades da atividade profissional, a partir de conteúdos que subsidiam a formação de cidadãos éticos e comprometidos com a saúde da população.

Os fisioterapeutas que atuam de forma autônoma ou atuam como membros de equipes de saúde na Atenção Básica, estão sujeitos aos princípios éticos da profissão, atendem para a legislação profissional e são capazes de atuar como profissionais de primeiro contato, ou seja, os pacientes/clientes/usuários dos serviços podem procurar o fisioterapeuta diretamente, sem encaminhamento de outro profissional de saúde.³

Com o desenvolvimento do conhecimento e os avanços tecnológicos, faz-se necessária uma revisão periódica das práticas em Fisioterapia para garantir que o propósito reflita a base de evidências recente e continue sendo consistente com as necessidades atuais de saúde da população. Portanto, as evidências na compreensão do movimento humano tornam-

se fundamentais para o estabelecimento das habilidades do fisioterapeuta nos serviços prestados a indivíduos e populações visando desenvolver, manter e restaurar o máximo de movimentos e habilidades funcionais ao longo da vida útil, nas circunstâncias em que o movimento e a função são ameaçadas pelo envelhecimento, lesões, dor, doenças, distúrbios, condições ou fatores ambientais, produzindo o entendimento de que o movimento funcional é fundamental para a qualidade de vida.³ Contudo o processo de formação em Fisioterapia atende para as DCNs que desenha a necessidade de garantir um processo de formação crescente a partir dos níveis de complexidade na atenção em saúde, o que proporciona a inserção do estudante de fisioterapia na Atenção Básica, redimensionando as práticas em saúde e promovendo junto à equipe multiprofissional/interdisciplinar a vivência em redes de cuidados, sendo capaz de alcançar a integralidade da assistência fisioterapêutica junto aos usuários dos serviços de saúde. Este estudante não atua somente quando a deficiência ou incapacidade está instalada, mas na prevenção nos três níveis de atenção, indo ao encontro da demanda, uma vez que as pessoas acessam o sistema básico de saúde para o bem-estar físico e funcional, e é neste

contexto que o fisioterapeuta encontra um campo privilegiado de ação.^{4,5} A fisioterapia na rede de saúde é primordial diante da consolidação do seu papel na atenção básica e da nova realidade de saúde que se apresenta, através dos recursos terapêuticos, na prevenção de estados patológicos do indivíduo, na educação e promoção em saúde e na prevenção de instalação de sequelas advindas das doenças crônicas não transmissíveis e outros agravos. Ao mesmo tempo, neste campo e para a formação, deve-se enfatizar que o processo de trabalho se organiza centrado nas tecnologias leves, relacionais, o que possibilita o exercício do acolhimento, a percepção dos afetos presentes na relação trabalhador/usuário, bem como a negociação de projetos terapêuticos, principalmente quando em ambiente familiar, espaço de controle do usuário e da família.^{6,7} A *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) complementa a avaliação da capacidade funcional do indivíduo, pois diferentemente dos demais instrumentos, esta classificação tem como propósito o foco na capacidade das pessoas, envolvendo demandas biológicas, psicológicas e sociais. Contribuindo com esta afirmação, a Organização Mundial de Saúde,⁸ adotada por Portugal, recomenda diante das diversas vantagens de utilização. A ICF classifica a saúde e os estados

relacionados com a saúde, tendo as unidades de classificação correspondentes as categorias dentro dos domínios da saúde e daqueles relacionados com a saúde. Sendo assim, é importante notar que as pessoas não são as unidades de classificação, pois é descrito a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados com a saúde. Para além disso, a descrição sempre deverá ser feita dentro do contexto dos fatores ambientais e pessoais.⁸ Diante da reflexão, objetivou-se reconhecer no processo de formação em Fisioterapia a abordagem para o cuidado em saúde com base na *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo, com caráter transversal, de natureza quali-quantitativa.⁹ A coleta de dados foi realizada no período de desenvolvimento dos Estágios Supervisionados em Fisioterapia na Saúde Coletiva, na rede básica de serviços, em quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Cruz do Sul-RS, no período de março de 2016 à julho de 2016. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – CEPUNISC, segundo critérios estabelecidos pela Resolução CNS/MS466/12,

com número do parecer consubstanciado: 1.498.286.

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados: pessoas assistidas pelos estágios em Fisioterapia na Saúde Coletiva; independente de sexo e idade que consentiram com a participação por meio do Termo de Consentimento Informado para Serviço de Fisioterapia, o referido termo consta nas fichas de avaliação da fisioterapia. Os critérios de exclusão foram considerada para aquelas pessoas que foram avaliadas porém, não foram acompanhadas na assistência, independente do motivo.

Foram identificadas as pessoas por grupo de acordo com a área de intervenção, sendo considerada a neurológica, a musculoesquelética e a cardiorrespiratória, sob o prisma da integralidade proposto pela ICF. Para a seleção de variáveis foi eleita a ficha de avaliação própria da Fisioterapia e demais instrumentos de registro da avaliação funcional e testes específicos da fisioterapia que se fizeram necessários obedecendo às características do campo e o perfil das pessoas acompanhadas.

Os dados obtidos foram associados à ICF, relacionados às categorias ICF, esta relação é denominada de *linking*.¹⁰ O *linking* foi realizado pela pesquisadora principal com conhecimento prévio sobre a ICF e, no caso de dúvida sobre a

concordância, foi avaliado pelos demais pesquisadores, seguindo a padronização estabelecida por Cieza et al.¹⁰ A estrutura da ICF é representada na forma integrada e simples em duas partes, a primeira parte diz respeito à Funcionalidade e Incapacidade e a segunda aos Fatores Contextuais. Cada uma das partes subdivide-se ainda em dois componentes. Os componentes da parte Funcionalidade e Incapacidade são: Funções e Estruturas do corpo e Atividades e Participação. Os Fatores Contextuais são compostos pelos componentes Fatores Ambientais e Pessoais.¹¹ As unidades de classificação da ICF são as categorias dentro dos domínios da saúde e daqueles relacionados com a saúde. Cada categoria da ICF tem atribuído um código, composto por uma letra que se refere aos componentes da classificação (*b*: funções do corpo, *s*: estruturas do corpo, *d*: atividades e participação e, *e*: fatores ambientais), seguido de um código numérico, iniciado pelo número do capítulo (um dígito), seguido do segundo nível (dois dígitos) e do terceiro e quarto níveis (um dígito cada).¹¹ A análise de dados foi realizada por frequência absoluta, em que foram selecionados as cinco categorias de maior frequência em cada área de intervenção. Quando na quinta posição houve mais de uma categoria com a mesma frequência, mantiveram-se todas.

RESULTADOS

Na análise dos dados observou-se a presença de 118 participantes, 74 do sexo feminino, sendo a maioria idosos ($n=61$). Os atendimentos foram, em mais de 80% dos casos, realizados em visitas domiciliares. No estudo optou-se por categorizar os participantes em grupo de acordo com a área de intervenção, sendo considerada a neurológica, a musculoesquelética e a cardiorrespiratória (Tabela 1). Após a associação entre os instrumentos e testes de avaliação funcional e a ICF foram identificados nos componentes, a partir de 19 domínios, sendo codificados em 34 categorias de segundo nível e 09 subcategorias de terceiro nível. As categorias identificadas do componente Função do corpo são relacionadas aos domínios Funções mentais (*b1*); Funções sensoriais e dor (*b2*); Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório (*b4*); Funções do sistema digestório, metabólico e endócrino (*b5*); Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento (*b7*). Para o componente Estrutura do corpo, os domínios relacionados são Estruturas do sistema nervoso (*s1*); Estruturas do sistema cardiovascular, imunológico e respiratório (*s4*); Estruturas relacionadas ao movimento (*s7*). Para o

componente Atividade e Participação, os domínios foram Tarefas e demandas gerais (d2); Comunicação (d3); Mobilidade (d4); Auto cuidado (d5); Vida doméstica (d6); Relações e interações interpessoais (d7); Vida comunitária, social e cívica (d9). E, para o componente de Fatores Ambientais, estão relacionados os domínios Produtos e tecnologias (e1); Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano (e2); Apoio e relacionamentos (e3); Atitudes (e4) (Tabelas 2, 3, 4 e 5).

DISCUSSÃO

Os Estágios Supervisionados em Fisioterapia na Atenção Básica caracterizam-se por atividades na comunidade em visitas domiciliares, assistência ambulatorial, atividades em grupos e atividades nas Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEIS), realizados pelos estagiários orientados por docentes fisioterapeutas do curso de Fisioterapia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). A inserção na Atenção Básica, junto a quatro ESF, permite conhecer a realidade em que crianças, adolescentes, adultos e idosos vivem, identificando em suas atividades diárias os fatores que podem interferir nas condições de saúde. Assim, a intervenção por parte da Equipe de Saúde e dos estagiários e professores pode contribuir para adequações na realidade

de vida, considerando as características físicas, sociais e atitudinais do meio circundante e das condições que precisam ser alteradas para que a funcionalidade e participação da pessoa possa ser otimizada.

Ao tempo o que se percebe no presente estudo de associações dos instrumentos de registro das condições de saúde individual e coletiva e a ICF, aponta na adoção de uma linguagem unificada a possibilidade de trânsito junto aos projetos terapêuticos, numa articulação conjunta das Equipes de Saúde, para focar objetivos comuns que resultam nas ações primordiais ao bem-estar das famílias, dos grupos e do estado de saúde individual de membros na comunidade. A razão estabelecida encontra junto a cenário de estágio adstrito pela ESF, o campo de inserção para a formação profissional e orienta-se através da ICF para descrever, avaliar e medir a funcionalidade e a incapacidade, ao nível individual e coletivo, considerando a linguagem proposta na classificação como o recurso para organizar a informação. De tal forma que, descreve a situação de cada pessoa dentro de um conjunto de domínios da saúde ou domínios relacionados com a saúde, descrevendo a funcionalidade e suas restrições. A ICF oferece um padrão de classificação que leva em consideração a presença e a gravidade de um problema de saúde, permitindo o uso de

linguagem padronizada acerca da funcionalidade e incapacidade, diferenciando os atributos da pessoa e a complexidade das condições que resultam da interação da pessoa e o meio ambiente. Desta forma, evidencia a mudança de paradigma na abordagem baseada na doença para a abordagem que prioriza a funcionalidade como componente da saúde e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de tarefas. A estrutura multidimensional estabelecida na ICF, em que os fatores ambientais, sociais e pessoais não são menos importantes que a presença de doença na determinação da função, da atividade e da participação, reorienta a perspectiva da pessoa, levando-se em consideração com especial atenção.¹² O trabalho deve ser direcionado à funcionalidade e à capacidade que a pessoa deseja ter, de acordo com suas necessidades, opções de vida, influências ambientais, sociais e da presença de doenças. O trabalho interdisciplinar, tanto para avaliação, como para determinação de objetivos, pode ser facilitado com o uso de uma classificação de referência e adoção de linguagem unificada.¹³ Dessa forma, a ICF tem sido apontada como uma ferramenta multidimensional que permite visualizar a saúde humana sob várias vertentes e realizar diversas abordagens. Ela pode ser usada em muitos setores, que incluem saúde,

educação, previdência social, medicina do trabalho, estatísticas e políticas públicas. Sua utilização deve se implementada em diversos cenários, como as práticas clínicas, o ensino e a pesquisa.⁸ A sua aceitação e a utilização como quadro de referência e classificação vêm sendo facilitadas pelo seu desenvolvimento e processo de consenso global, com crescente evidência sobre a sua validade.¹⁴

A ICF propõe que a incapacidade funcional resulta não apenas de uma deficiência orgânica, mas de influência mútua entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, limitação de suas atividades, restrição da participação social e em razão de fatores ambientais e pessoais que interferem no seu desempenho em atividades da vida diária, podendo funcionar como barreiras ou facilitadores do estado funcional. De fato, condições de vida extremamente desfavoráveis determinam maior comprometimento funcional e pior desempenho social. Os determinantes sociais da saúde impõem também barreiras na funcionalidade.

Por fim, a pesquisa evidenciou a escassez de estudos que abordassem a ICF no processo de formação de Fisioterapeutas no que tange a sua aplicabilidade para classificação da avaliação funcional, facilitando o raciocínio clínico para elaboração do diagnóstico fisioterapêutico,

bem como, proporcionar mecanismo de registro de informações em bases viáveis para comparação de medidas de intervenção, medição de impacto da atuação e perfil das atividades propostas nos diferentes grupos sociais e nas áreas de domínio da Fisioterapia. Contudo, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas que complementem os resultados encontrados nessa investigação, buscando o aprofundamento desse problema, além de focar a ICF nos processos de formação do fisioterapeuta.

saúde, em três grandes áreas do conhecimento, orientada pela ICF, classificando a saúde e os estados de saúde dos participantes acompanhados nos Estágios em Fisioterapia na Saúde Coletiva.

O modelo da ICF é útil para proporcionar um mecanismo de raciocínio clínico que se orienta numa estrutura e linguagem uniforme, o que facilita a comunicação de profissionais entre diferentes formações, identificando situações-problemas, analisando e planejando o processo de intervenção assumido pelos profissionais que constituem as Equipes de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado da correlação entre os instrumentos e testes de avaliação funcional e a ICF respondem a questão central do estudo, reconhecendo no processo de formação em Fisioterapia a abordagem para o cuidado em

REFERÊNCIAS

- ¹Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNS/CES 4, de 19 de Fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília; 2002.
- ²Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre a regulamentação dos estágios. Brasília; 2008.
- ³World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physical therapy. London: World Confederation for Physical Therapy; 2017.
- ⁴Souza MC, Almeida CR, Bomfim AS, Santos IF, Souza JN. Fisioterapia, cuidado e sua práxis no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Espac. Saude - Rev Saúde Pública Paraná* 2015;16(2):67-76.
- ⁵Maia FES, Moura ELR, Madeiros EC, Carvalho RRP, Silva SAL, Santos GR. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2015;17(3):110-115.
- ⁶Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB. Fisioterapia e núcleo de apoio à saúde da família: um estudo sob a ótica dos gestores, profissionais e usuários de saúde da família. *Rev APS* 2014;37(2):176-184.
- ⁷Ferreira OGL, Castro TTS, Santiago SF, Meló SFP, Melo ELA, Araújo VS. A presença do fisioterapeuta na puericultura no olhar dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família. *Saúde (Santa Maria)*. 2015;41(2):63-70.

- ⁸Organização Mundial da Saúde. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2004. 237p.
- ⁹Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2.ed. Porto Alegre: Dacasa; 2000.
- ¹⁰Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün B, Stucki G. ICF linking rules: An update based on lessons learned. J Rehabil Med. 2005;37(4):212-8.
- ¹¹World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
- ¹²Santana E. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) em fisioterapia: uma revisão bibliográfica [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008. 117 p.
- ¹³Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: a Delphi exercise. Phys Ther. 2006;86(9):1203-1220.
- ¹⁴Cieza A, Stucki G. The international classification of functioning disability and health: its development process and content validity. Eur J Phys Rehabil Med. 2008;44(3):303-313.

Tabela 1- Representação dos participantes por área do conhecimento

Características	Neurofuncional	Musculoesquelético	Cardiorrespiratório
	n.	n.	n.
Faixa etária			
Criança	1	-	-
Adolescente	1	-	1
Adulto	8	42	4
Idoso	16	33	12
Sexo			
Masculino	17	20	7
Feminino	9	55	10
Local de atendimento			
Visita domiciliar	20	63	15
Ambulatorial	6	12	2

Criança: até 9 anos de idade; Adolescente: 10 a 19 anos de idade; Adultos: 20 a 59 anos de idade; Idoso: acima de 60 anos.

Fonte: Banco de Dados, 2016.

Tabela 2- Representação dos domínios e categorias de função do corpo por área do conhecimento

Funções do corpo		Neurofuncional	Musculoesquelético	Cardiorrespiratório
Código ICF	Descrição	n.	n.	n.
b1	Funções mentais			
b144	Funções da memória	9 ^a	3	2
b152	Funções emocionais	7	11	5 ^c
b2	Funções sensoriais e dor			
b210	Funções da visão	9 ^a	12	2
b2801	Dor localizada	4	25 ^b	2
b8015	Dor em Membro Inferior	6	23 ^b	3
b4	Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório			
b420	Funções da Pressão Sanguínea	9 ^a	35 ^b	8 ^c
b440	Funções da respiração	4	10	11 ^c
b5	Funções do sistema digestório, metabólico e endócrino			
b530	Funções da manutenção do peso	5	7	5 ^c
b7	Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento			
b710	Funções da mobilidade das articulações	10 ^a	22 ^b	2
b730	Funções da força muscular	9 ^a	22 ^b	5 ^c
b7300	Força dos músculos isolados ou grupos musculares	10 ^a	24 ^b	4
b7304	Força dos músculos de todos os membros	3	2	5 ^c
b770	Funções relacionadas com o padrão da marcha	12 ^a	20	1

^a: Maiores frequências da área neurofuncional; ^b: Maiores frequências da área musculoesquelética; ^c: Maiores frequências da área cardiorrespiratória; n= número de participantes.

Fonte: Banco de Dados, 2016.

Tabela 3- Representação dos domínios e categorias de estrutura do corpo por área do conhecimento

Estrutura do corpo		Neurofuncional	Musculoesquelético	Cardiorrespiratório
Código ICF	Descrição	n.	n.	n.
s1	Estruturas do sistema nervoso			
s110	Estrutura do cérebro	11 ^a	7	-
s4	Estruturas do sistema cardiovascular, imunológico e respiratório			
s410	Estrutura do aparelho cardiovascular	9 ^a	20 ^b	5 ^c
s4100	Coração	3	7	5 ^c
s430	Estrutura do aparelho respiratório	1	5	10 ^c
s4301	Pulmões	-	5	8 ^c
s4303	Músculos da respiração	2	2	6 ^c
s7	Estruturas relacionadas ao movimento			
s720	Estrutura da região do ombro	5	19 ^b	2
s750	Estrutura do membro inferior	7 ^a	16 ^b	2
s7501	Estrutura da perna	6 ^a	17 ^b	2
s7502	Estrutura do tornozelo e do pé	6 ^a	14 ^b	4

^a: Maiores frequências da área neurofuncional; ^b: Maiores frequências da área musculoesquelética; ^c: Maiores frequências da área cardiorrespiratória; n= número de participantes.

Fonte: Banco de Dados, 2016.

Tabela 4 - Representação dos domínios e categorias de atividade e participação por área do conhecimento

Atividade e participação		Neurofuncional	Musculoesquelético	Cardiorrespiratório
Código ICF	Descrição	n.	n.	n.
d2	Tarefas e demandas gerais			
d220	Realizar tarefas múltiplas	7	18 ^b	7 ^c
d230	Realizar a rotina diária	11 ^a	34 ^b	7 ^c
d3	Comunicação			
d330	Fala	13 ^a	3	-
d4	Mobilidade			
d420	Auto-transferência	10 ^a	4	1
d430	Levantar e transportar objetos	8	26 ^b	5 ^c
d450	Andar	15 ^a	27 ^b	8 ^c
d5	Auto cuidados			
d510	Lavar-se	11 ^a	3	3
d540	Vestir-se	10 ^a	3	2
d6	Vida doméstica			
d640	Tarefas domésticas	7	21	7 ^c
d7	Relações e interações interpessoais			
d760	Relações familiares	5	10	5 ^c
d9	Vida comunitária, social e cívica			
d920	Recreação e lazer	4	15 ^b	5 ^c

^a: Maiores frequências da área neurofuncional; ^b: Maiores frequências da área musculoesquelética; ^c: Maiores frequências da área cardiorrespiratória; n= número de participantes.

Fonte: Banco de Dados, 2016.

Tabela 5- Representação dos domínios e categorias de fatores ambientais por área do conhecimento

Fatores ambientais		Neurofuncional	Musculoesquelético	Cardiorrespiratório
Código ICF	Descrição	n.	n.	n.
e1	Produtos e tecnologias			
+e120	Produtos e tecnologias para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes internos e externos	10 ^a	12	2
e2	Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano			
e225	Clima	1	9	7 ^c
e3	Apoio e relacionamentos			
+e310	Família imediata	11 ^a	40 ^b	7 ^c
e310	Família imediata	4	6	3 ^c
+e320	Amigos	2	16 ^b	1
+e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	5	17 ^b	1
+e355	Profissionais da saúde	19 ^a	62 ^b	14 ^c
e4	Atitudes			
+e410	Atitudes individuais dos membros da família nuclear	6 ^a	16 ^b	3 ^c
+e450	Atitudes individuais dos profissionais da saúde	7 ^a	28 ^b	8 ^c

^a: Maiores frequências da área neurofuncional; ^b: Maiores frequências da área musculoesquelética; ^c: Maiores frequências da área cardiorrespiratória; n= número de participantes; sinal de + indica um *facilitador*, significando que o código sem sinal indica uma *barreira*.

Fonte: Banco de Dados, 2016.