

A FORMAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO CAMPO DA ORTOPEDIA: UMA VISÃO CRÍTICA SOB A ÓPTICA DA FUNCIONALIDADE

Ana Clarissa Lopes Silva¹
Robson da Fonseca Neves²

RESUMO: *A Organização Mundial de Saúde publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001, que reflete a mudança de uma abordagem baseada na doença para enfatizar a funcionalidade como um componente da saúde. Objetivo: Este trabalho discute as características da formação fisioterapêutica frente ao processo de adoção e aplicação da funcionalidade na reabilitação de pacientes ortopédicos. Métodos: Foram analisados 93 prontuários de fisioterapia de pacientes ortopédicos, foi usado o pacote estatístico EPIINFO 6.04 para armazenamento dos dados. Os dados foram obtidos com base em um formulário contendo categorias da CIF. Resultados: As funções do corpo foram abordadas a partir das disfunções encontradas, porém não foi observada de forma significativa informações sobre as atividades e participação e fatores ambientais dos pacientes. Conclusão: Baseado nos resultados foi observado que ainda há um distanciamento entre os conceitos da funcionalidade e a formação fisioterapêutica no campo ortopédico.*

Palavras-chave: Funcionalidade; Fisioterapia; Ortopedia

INTRODUÇÃO

Os centros de tratamento de fisioterapia existentes no Brasil vão desde estabelecimentos ambulatoriais até instituições hospitalares de grande porte¹. Nesse cenário, incluem-se as clínicas escolas das universidades e faculdades. Estas por sua vez, se destinam a formação dos novos profissionais fisioterapeutas, possuindo espaços de teoria e prática, bem como de teste e aprimoramento de técnicas e tecnologias em prol da qualidade do movimento humano e da qualidade de vida dos que sofrem de distúrbios do aparelho locomotor.

Os centros de fisioterapia são pensados como espaços de ensino que valorizam a formação do profissional generalista com a atuação de prática supervisionada garantida^{1,2,3}. Nesses ambientes, deve-se priorizar o treinamento para o tratamento de excelência e qualidade para benefício da comunidade, adotando-se um sistema que possibilite a compreensão e uso de novas abordagens possíveis de serem aplicadas na prática acadêmica expandida para o uso público¹. Nesse sentido, o processo de avaliação dos pacientes precisa ser dotado de elementos que possibilite averiguar não somente as funções motoras, mas também as condições psicossociais e aspectos relacionados à funcionalidade e qualidade de vida, necessidades essas evidenciadas nas diretrizes curriculares⁴.

Apesar do conhecimento sobre a importância da abordagem baseada na funcionalidade aumentar a cada dia, o que se observa frequentemente é a aplicação do modelo médico linear

¹ Autora. Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica do Salvador – UCSal. Bolsista de Iniciação Científica da FAPESB. E-mail: anaclarissa@gmail.com.

² Orientador. Professor do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica do Salvador – UCSal.

focado na doença, na deficiência e na incapacidade física, adotada na prática clínica do fisioterapeuta⁵.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) após várias revisões propõe a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A inovação trazida pela CIF está justamente no conceito de funcionalidade entendido aqui como um termo que classifica a capacidade e incapacidade do indivíduo e é constituída pelos componentes: estruturas e funções do corpo, atividade e participação social e fatores ambientais em uma perspectiva biopsicossocial^{6,7,8}. Em um mesmo plano, a CIF permite estabelecer uma linguagem comum a cerca da saúde e da funcionalidade, identificando e abordando suas diversas conseqüências nas afecções músculo-esqueléticas⁹.

Esse paradigma tem ganhado espaço e vem sendo definido pelo mundo de tal forma que nos remete a questionar como os centros formadores têm incorporado a visão da funcionalidade no processo de treinamento de novos fisioterapeutas?

OBJETIVO

A busca por uma avaliação e condutas baseadas na funcionalidade possibilita aos novos profissionais, a atuação e compreensão das condições biopsicossociais dos indivíduos com a finalidade de amplificar as possibilidades terapêuticas. Espera-se que a visão da funcionalidade permita ao acadêmico contribuir com pesquisas e novas condutas fisioterápicas, ajudando na obtenção de informações sobre a estrutura em saúde pública, e auxiliando na promoção de instruções para o paciente sobre como adaptar o meio a seu favor e de acordo com o seu estilo de vida. Portanto, objetiva-se nesse estudo saber quais são os aspectos da funcionalidade utilizados, conforme o modelo da CIF, aos quais os acadêmicos de fisioterapia atentam e registram em prontuário durante as avaliações dos pacientes em um setor ortopédico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado em uma instituição docente-assistencial de fisioterapia na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Essa unidade de atendimento está localizada dentro do campus de uma Universidade na cidade de Salvador. Conta atualmente com cerca de 16 profissionais, que dão supervisão a cerca de 100 estudantes de fisioterapia por semestre e atendem uma média mensal de 400 pacientes.

A fonte de dados que compõe o estudo é constituída por 93 registros de avaliações do setor ortopédico de Janeiro à Dezembro de 2006. Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário padronizado aplicado em registros secundários, referentes às avaliações.

O instrumento utilizado foi preenchido com as informações tomadas como válidas a partir da Check-list da CIF/OMS, contendo 128 quesitos subdivididos em demanda do ambulatório, fatores pessoais do paciente, funções do corpo, estruturas do corpo, atividade e participação e fatores ambientais. Foram analisadas a partir da lista resumida das funções do corpo: funções mentais, sensoriais e dor, respiratória, neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento. As atividades e participação tiveram seus domínios verificados a partir da

mobilidade e cuidado pessoal. Com base na lista reduzida do ambiente foram abordados os produtos, tecnologia, apoio e relacionamentos.

Foram selecionadas algumas categorias da CIF, para verificar quais delas foram abordadas pelos acadêmicos de fisioterapia durante a realização das avaliações de pacientes com afecções músculo-esqueléticas. As variáveis utilizadas no estudo foram: os fatores pessoais incluindo idade em anos, sexo, estado ocupacional, o diagnóstico clínico e das funções corpóreas e os componentes da CIF. Para as categorias pertencentes às funções do corpo foi averiguado se o paciente apresentava deficiência: de consciência, do sono, vestibular, dos músculos repertórios da respiração, na sensação de dor, na força muscular, na amplitude de movimento articular (ADM) e no tônus muscular. As estruturas do corpo foram classificadas com relação aos segmentos corporais acometidos pelas afecções. Nas atividades e participação foram analisadas a capacidade do paciente de conseguir sentar-se, agachar-se, levantar-se, permanecer em pé, agarrar, pegar, lavar-se, vestir-se e andar. Os fatores ambientais foram verificados com base na possibilidade de uso de medicamento, auxiliar de marcha e relação familiar para apoio no cotidiano.

Os dados foram armazenados no pacote estatístico EPIINFO versão 6.04. Foram obtidas as frequências simples das variáveis dos fatores pessoais dos pacientes, dos componentes da CIF, da quantidade de avaliações contidas nos prontuários e da variável sobre a existência do questionamento sobre as atividades de vida diária (AVD's) dos pacientes. As medidas estatísticas da média e desvio padrão foram descritas apenas para a variável idade.

Foram tomadas todas as medidas para estabelecer respeito, resguardar a identidade, proporcionar a beneficência e a não-maleficência dos pacientes que foram investigados bem como a confidencialidade dos dados, segundo a resolução 196/96. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Santa Izabel da cidade de Salvador, Bahia.

RESULTADOS

A população do estudo caracteriza-se por: 39 (42%) pacientes eram do sexo feminino. A média da variável idade foi de $41,5 \pm dp 14,9$ anos. Com relação à ocupação, 49 pacientes (52,9%) permaneciam empregados e o restante era economicamente inativo, incluindo estudantes, donas de casa, pacientes autônomos, trabalhadores afastados e aposentados.

A maior parte dos diagnósticos clínicos encontrados eram de afecções como contusão, fratura e entorse que prevaleceram em 39 (42%) prontuários, problemas reumáticos como gonartrose, tendinose, espondilose, espondilartrose e quadros clínicos de algias foram averiguados em 26 (27,9%), afecções da coluna vertebral como hérnia, protusão ou extrusão discal e escoliose existiram em 10 prontuários (10,8%), 11 (11,8%) tiveram outros diagnósticos clínicos e em 7 (7,5%) não houve a informação sobre o diagnóstico (Figura 1).

Com relação ao diagnóstico das deficiências das funções corpóreas, houve registro da limitação de força muscular (FM) e da amplitude de movimento (ADM) em 58 prontuários (62,4%), a presença de dor ou parestesia foi verificada em 11 (11,8%) e em 24 (25,8%) não houve a informação sobre o diagnóstico das deficiências das funções corpóreas (Figura 2).

Quanto ao acometimento das estruturas do corpo, foi verificado que as estruturas do membro inferior são mais afetadas pelas afecções ortopédicas verificado em 39 (42%) prontuários, em 22 (23,6%) houve acometimento dos membros superiores e em 13 (14%) ambos os membros foram afetados (Figura 3).

Dentre as funções do corpo selecionadas para o estudo, três das sete apresentaram uma pouca abordagem durante a realização das avaliações. As funções do sono, a função vestibular e dos músculos repertórios da respiração não averiguados, nesta ordem, em 88 (94,6%), 84 (90,3%) e 78 (84,9%) prontuários. A maior percentagem das avaliações evidência que os pacientes apresentam deficiências nas funções do corpo como foi constatado durante a investigação sobre a redução na ADM e déficit de força muscular verificado em 73 (78,5%) e 77 (82,8%) registros respectivamente (Tabela 1).

As atividades e participações compondo um total de nove categorias, referentes à mobilidade e cuidado pessoal foram em geral, pouco especificados. Atividades como lavar-se e vestir-se não foram abordadas em 91 (97,8%) registros, algumas informações sobre tarefas de mobilidade foram pouco investigadas como a capacidade do paciente conseguir sentar-se e conseguir levantar-se não abordadas em 90 (96,7%) e 87 (93,5%) prontuários respectivamente, já com relação à capacidade do paciente andar não foi especificado em 32 (34,4%) registros (Tabela 1).

De acordo com os dados referentes aos fatores ambientais, constatamos que, com relação à investigação da relação familiar para apoio no cotidiano do paciente e uso de medicamento não foram averiguados em 88 (94,60%) e 36 (38,7%) prontuários respectivamente (Tabela 1).

Houve uma maior quantidade de prontuários contendo uma avaliação 38 (40%), 27 (29%) continham duas ou três e 28 (30%) de quatro a dez avaliações (Figura 4). Foi constatado que a maior quantidade de avaliações é proporcional a existência de mais relatos sobre as AVD's dos pacientes. Perguntas feitas pelos acadêmicos sobre as atividades diárias dos pacientes foram evidenciadas em 44 (47,3%) registros coletados (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Após a análise dos resultados constatou-se que a atuação da formação no setor ortopédico de fisioterapia está mais focada nas deficiências encontradas nos pacientes, evidenciado no estudo, na maior abordagem feita pelos acadêmicos nas limitações das funções do corpo dos pacientes. A abordagem baseada na funcionalidade como foi proposta pela Organização Mundial de Saúde em 2001, ainda não está sendo totalmente adotada no processo de avaliação do paciente no setor ortopédico fisioterapêutico. O modelo biomédico configurado como um modo de atuação intervencionista focado nas afecções e em conseqüências físicas como limitação da ADM ou da força muscular, ainda predomina na conduta fisioterapêutica ortopédica nos tempos atuais, embora seja considerado uma forma reducionista de intervenção^{5,11,12}. A semiologia médica ortopédica na atualidade propõe que haja uma atuação com base na saúde e doença desconsiderando na maioria das vezes os aspectos subjetivos, porém o que se tem comprovado atualmente é que os diversos fatores biopsicossociais podem influenciar positivo ou negativamente na vida deste sujeito^{12, 13}. O sucesso da intervenção fisioterapêutica deve ser construído a partir da investigação destes fatores e de forma individual, pois existem culturas e

comportamentos diferentes, que podem intervir na qualidade de vida diretamente ou não a depender do panorama fornecido por cada indivíduo^{6, 12, 14, 15}.

Há uma carência no que diz respeito à investigação sobre as atividades e participações dos pacientes, fato que contrasta com as funções do corpo que foram evidenciadas com base nas deficiências encontradas. Este retrato demonstrado pode estar correlacionado com uma tentativa do acadêmico em promover uma melhor reabilitação para o paciente ou pode haver um erro nas orientações que enfatizam a estrutura e a função, em detrimento da funcionalidade. Existe ainda a possibilidade da funcionalidade do paciente ser menos enfatizada, pelo tempo destinado às avaliações ser insuficiente ou pode-se estar sendo abordada, mas não relatada pela dispersão ou desmotivação durante a realização das anotações.

No que tange as funções do corpo, percebe-se que o acadêmico no setor ortopédico de fisioterapia valoriza mais aspectos que podem ser modificados por sua atuação ao longo do tratamento. Estas funções relacionam-se com a doença ou deficiência¹³ e a sua abordagem possibilita a compreensão da discrepância entre o desejo do nível de obtenção da função a ser alcançado por parte do paciente e qual será o possível grau a ser adquirido¹⁴.

As funções mentais tiveram registros diferentes, enquanto a função da consciência foi bastante evidenciada, a função do sono foi pouco verificada. A importância do questionamento sobre a função do sono está correlacionada com a existência de possíveis quadros clínicos de afecções músculo-esqueléticas limitarem a qualidade do sono¹⁶. A função vestibular, não especificada em parcela significativa das avaliações, pode trazer distúrbios do equilíbrio, alterações posturais e informações equivocadas sobre a nossa posição no meio ambiente causando desvios de marcha¹⁷. Houve pouca checagem da função dos músculos repertórios da respiração e sua verificação é importante visto que, sua deficiência pode desencadear problemas posturais repercutindo na articulação do ombro e até mesmo na estabilidade da coluna cervical¹⁸. Dentro das funções neuromusculoesqueléticas a que possuiu uma menor verificação foi a função do tônus muscular. A manutenção da função do tônus precisa ser evidenciada, principalmente em lesões articulares crônicas, com a intenção de localizar os desequilíbrios articulares provocados muitas vezes por músculos posturais que podem se encontrar contraídos e hipertônicos, contrastando com os músculos na diagonal oposta que podem estar fracos e alongados¹⁹.

As atividades e participações dos pacientes foram pouco abordadas pelos acadêmicos, demonstrando que ainda há uma prevalência do foco voltado para os danos físicos no setor ortopédico fisioterapêutico. A execução de uma tarefa por indivíduo ou o seu envolvimento em uma situação da vida real retratam a perspectiva individual e social da funcionalidade⁷, permitindo visualizar o impacto da doença sobre a qualidade de vida¹³. Houve um pequeno registro sobre o cuidado pessoal do paciente, estas atividades dependem da capacidade física e cognitiva do indivíduo para serem concluídas²⁰. Dessa forma, a investigação sobre este cuidado pode retratar o impacto das afecções osteomusculares sobre a qualidade de vida ou evidenciar outros problemas a serem vivenciados pelo paciente. As atividades de mobilidade também foram pouco verificadas. A importância da abordagem sobre a execução de tarefas da mobilidade, a serem realizadas por indivíduo, está justamente relacionada com o papel do fisioterapeuta que tende a identificar, tratar e prevenir a limitação dos movimentos¹¹.

A aplicação dos aspectos da funcionalidade pode sofrer muitas vezes a influência da condição de saúde vivenciada pelo indivíduo. Quadros de doenças agudas dos membros superiores, em algumas ocasiões, podem não necessitar da investigação das atividades da

mobilidade dos membros inferiores. Entretanto, a visualização das habilidades e potencialidades podem ser reforçadas na terapia como forma de tentar suprir as deficiências¹¹.

As atividades de vida diária foram pouco focadas pelos acadêmicos no setor ortopédico, quanto maior a quantidade de avaliações por paciente, maior as chances de serem observadas anotações sobre as suas AVD's. A menor ênfase nas atividades de vida diária no setor ortopédico pode está relacionado com o perfil desse paciente, caracterizado muitas vezes com uma simples fratura, tornando o tratamento focado no restabelecimento da amplitude de movimento suficiente para trazer de volta as atividades da vida diária normais¹¹. Apesar de essa realidade perdurar, as novas demandas de atuação providos da visão da funcionalidade podem permitir ao fisioterapeuta uma abordagem mais eficaz em avaliações bem como condutas a serem realizadas¹⁴, assim como podem ajudar a dispor de uma referência para a mensuração do estado de saúde do paciente²¹. Uma avaliação mais completa pode também determinar problemas que não estejam sobre o âmbito de atuação fisioterapêutica aumentando as chances do trabalho interdisciplinar¹¹.

Os fatores ambientais referem-se a todos os aspectos extrínsecos que formam o contexto da vida desse indivíduo, modulando a sua interação com o meio⁷, podendo ser barreiras ou facilitadores do ambiente^{6, 15, 20} provocando ou reduzindo a incapacidade⁷ e quando abordados trazem a possibilidade para possíveis modificações no meio para o benefício do paciente^{11, 13}.

Dentro dos fatores do ambiente, a ajuda familiar a para apoio do cotidiano do paciente foi menos especificada, a importância de sua investigação está vinculada as crenças, conjunto de valores, conhecimentos e práticas que guiam as condições de saúde dos membros de uma família²². A verificação do uso de auxiliar de marcha ou uso de medicação foi mais evidenciado de acordo com o maior número de avaliações realizadas. Este fato pode está correlacionado com o ensino da graduação que pode estar ainda priorizando o modelo médico focado na deficiência.

CONCLUSÕES

Os resultados apontam que uma abordagem funcional vem sendo ainda aplicada na prática clínica ortopédica do fisioterapeuta. Este fato demonstra a necessidade de revermos a forma de avaliar os pacientes, com a finalidade de poder fornecer uma intervenção fisioterapêutica mais ampla. A aplicação da funcionalidade na prática fisioterápica irá promover uma reabilitação ou a promoção do mais alto nível funcional acarretando na melhora das atividades que compõem o mundo da vida desse sujeito como lazer, religiosidade e trabalho. Essa abordagem possibilitará a visualização de um novo problema enfrentado por parte do paciente e haverá por consequência o aumento da ação multidisciplinar com maior encaminhamento dos pacientes a outros profissionais da reabilitação.

As diretrizes curriculares estabelecidas devem promover a maior efetividade na sua práxis com a finalidade de tornar o futuro profissional com capacidade de dispor de técnicas que possam estabelecer o melhor recurso de tratamento disponível. Dessa forma, o processo de formação fisioterapêutica deve munir-se da funcionalidade como uma visão ampla e global que possibilite a compreensão de modelos atuais de reabilitação a serem utilizados.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a FAPESB por promover o incentivo à pesquisa. Ao curso de Fisioterapia da UCSAL na pessoa das professoras Sumaia Midlej e Mara Rúbia Franco na cordialidade e na disponibilidade dos recursos para efetivá-la.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro KQS. A contribuição da extensão comunitária para formação acadêmica em fisioterapia. *Fisiot. e Pesq.* 2005; 12 (3): 20-29.
2. Fonseca MA. Graduação em fisioterapia: um estudo no ciclo de formação básica rumo à melhoria da qualidade do ensino profissional [Dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
3. Gaiad TP, Sant'ana DMG. Análise da eficácia do estágio supervisionado em fisioterapia na formação profissional: uma visão de egresso. *Arq. Ciênc. e Saúde.* 2005; 9 (2): 65-70.
4. Figueiredo IM, Sampaio RF, Mancini MC, Nascimento MC. Ganhos funcionais e sua relação com os componentes de função em trabalhadores com lesão de mão. *Rev. Bras. de Fisiot.* 2006; 10 (4); 421-427.
5. Schweitzer PB. Fisioterapia Manual ortopédica e Medicina Ortopédica. *Fisio&Terapia.* 2002; 6 (4): 20 e 21.
6. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Conceito, Uso e Perspectivas. *Rev. Bras. de Epid.* 2005; 8 (2): 13-20.
7. Organização Mundial de Saúde (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Universidade de São Paulo; 2003.
8. Harris JE, Macdermid J, Roth J. The International Classification of Functioning as an explanatory model of health after distal radius fracture: A cohort study. *Health and Qual. Of Lif.* 2005; 73 (3).
9. Brockow T, Cieza A, Kuhlow H, Sigl T, Franke T, Harder M et al. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on musculoskeletal disorders and chronic widespread pain using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. *Rehabil. Med.* 2004; (44): 30-36.
10. The World Health Organization. ICF Checklist Version 2.1a, Clinical Form for International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001.
11. O'Sullivan SB, Guccione AA, Cullen KE. Fisioterapia: avaliação e tratamento. 2º ed. São Paulo: Manole, 2004. p. 309- 312.

12. Fernandes FC, Cherem AJ. Dano corporal e mensuração da incapacidade. Rev. Bras. Med. Trab., 2005; 3 (2): 123-134.
13. Battistella LR, Brito CMM. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) Tendências e Reflexões. Acta Fisiát. 2002; 9(2): 98-101.
14. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. Rev. Bras. de Fisiot. 2005; 9 (2): 129-136.
15. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. Disability And Rehabil. 2002; 24(17): 932- 938.
16. Torres EO, Pinho DLM. Causas de afastamento dos trabalhadores de enfermagem em um hospital do Distrito Federal Comum. Ciênc. Saúde. 2006; 17(3):207-215.
17. Ferreira FPM. Produção do Journal of Biomechanics entre os anos de 2000 e 2001 relacionada ao tema equilíbrio corporal [Licenciatura de Educação física]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2003.
18. Vasconcelos EB. Avaliação cinético-funcional em pacientes escolióticos e não-escolióticos [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de Franca; 2006.
19. Magee DJ. Avaliação musculoesquelética. 4º ed. São Paulo: Manole; 2005. p.35-37.
20. Costa AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de – Domicílios PNAD, Brasil, 2003. Ciênc. saúde colet. 2006; 11 (4): 927- 940.
21. Bruyère S, VanLooy S, Peterson D. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Contemporary literature overview. Rehabil. Psych. 2005; 50(2).
22. Resta DG, Budó MLD. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares Acta Scient. Health Scienc. 2004; 26 (1): 53-60.

ANEXOS

Figura 1: Distribuição em percentagem dos diagnósticos clínicos dos prontuários do ambulatório de fisioterapia no setor de ortopedia, Salvador-BA, 2006

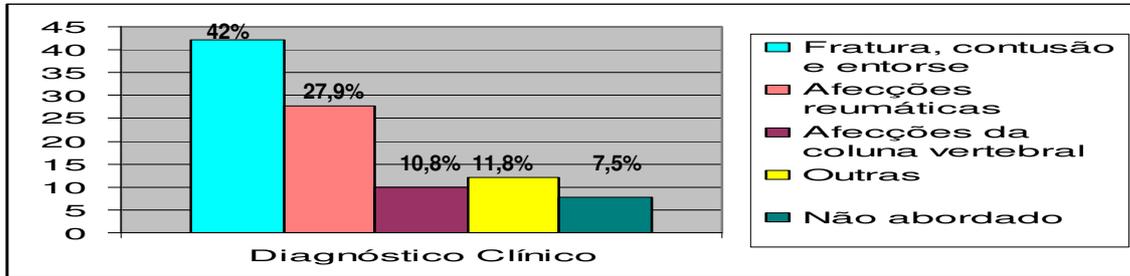


Figura 2: Distribuição em percentagem dos diagnósticos das funções corpóreas dos prontuários do ambulatório de fisioterapia no setor de ortopedia, Salvador-BA, 2006

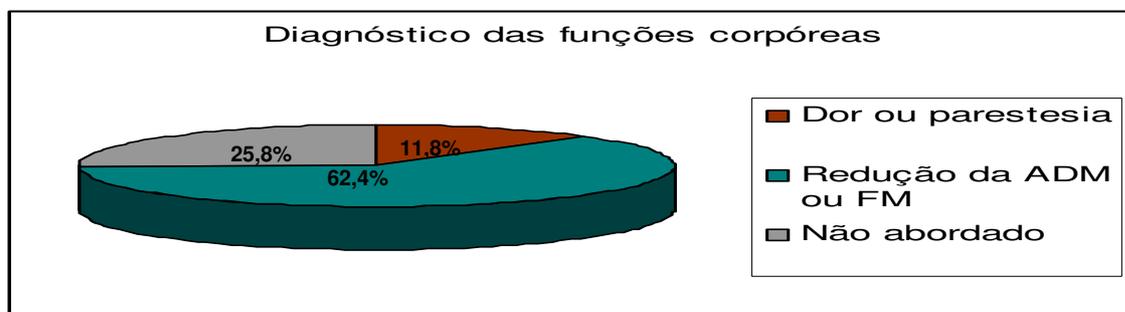


Figura 3: Distribuição em percentagem das estruturas do corpo mais acometidas pelas afecções ortopédicas no ambulatório de fisioterapia, Salvador-BA, 2006

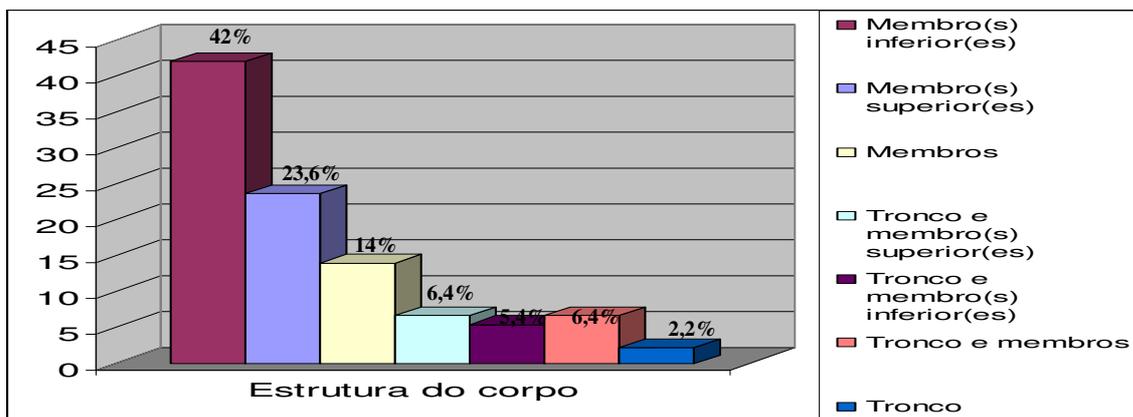


Figura 4: Quantidade de avaliações contidas nos prontuários de um ambulatório de fisioterapia, setor de ortopedia, Salvador-BA, 2006

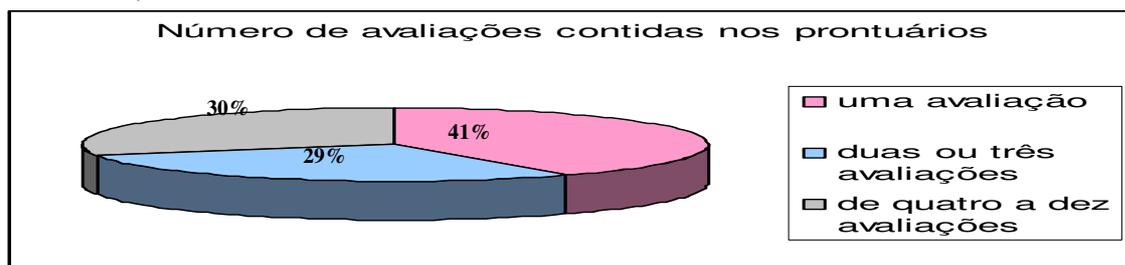


Tabela 1: Distribuição dos prontuários de ortopedia quanto à abordagem das categorias da CIF

	Sim		Não		Não especificado	
	N	%	N	%	N	%
Funções do corpo						
<i>Funções mentais</i>						
Paciente tem déficit da função de consciência	0	0	89	95,7	4	4,3
Paciente tem déficit da função do sono	0	0	5	5,4	88	94,6
<i>Funções sensoriais e dor</i>						
Paciente tem déficit da função vestibular	2	2,2	7	7,5	84	90,3
Paciente tem sensação de dor	72	77,4	2	2,2	19	20,4
<i>Função respiratória</i>						
Paciente tem déficit da função dos músculos repertórios da respiração	0	0	14	15,1	79	84,9
<i>Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento</i>						
Paciente tem déficit de força muscular	77	82,8	6	6,4	10	10,8
Paciente tem déficit de ADM	73	78,5	7	7,5	13	14
Paciente tem déficit de tônus muscular	58	62,4	11	11,8	24	25,8
Atividades e Participação						
<i>Mobilidade</i>						
Paciente consegue sentar-se	1	1,1	2	2,2	90	96,7
Paciente consegue levantar-se	2	2,2	4	4,3	87	93,5
Paciente consegue agachar-se	2	2,2	5	5,4	86	92,4
Paciente consegue permanecer em pé	4	4,3	3	3,2	86	92,5
Paciente consegue andar	60	64,5	1	1,1	32	34,4
Paciente consegue agarrar	3	3,2	8	8,6	82	88,2
Paciente consegue pegar	5	5,4	4	4,3	84	90,3
<i>Cuidado pessoal</i>						
Paciente consegue lavar-se	1	1,1	1	1,1	91	97,8
Paciente consegue vestir-se	1	1,1	1	1,1	91	97,8
Fatores ambientais						
<i>Produtos e tecnologia</i>						
Paciente usa medicamento	41	44,1	16	17,2	36	38,7
Paciente usa auxiliar de marcha	18	19,3	21	22,6	54	58,1
<i>Apoio e relacionamentos</i>						
Paciente utiliza relação familiar no Cotidiano	5	5,4	0	0	88	94,6

Tabela 2: Comparação entre o questionamento sobre as AVD's dos pacientes e a quantidade de avaliações

Fatores ambientais	Número de avaliações			Total (%)
	1	2 ou 3	4 à 10	
Foi questionado ao paciente sobre suas AVD's				
Sim	12	12	19	47,3
Não	26	15	9	52,7
Total de prontuários:	38	27	28	