

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

SAMIRA AZAR

UTILIZAÇÃO DAS CLASSIFICAÇÕES  
INTERNACIONAIS DE DOENÇA E  
FUNCIONALIDADE EM ESTUDO DO PERFIL DE  
SAÚDE DE DOCENTES DO CURSO DE  
FISIOTERAPIA DA FACULDADE CEILÂNDIA

BRASÍLIA  
2013

SAMIRA AZAR

UTILIZAÇÃO DAS CLASSIFICAÇÕES  
INTERNACIONAIS DE DOENÇA E  
FUNCIONALIDADE EM ESTUDO DO PERFIL DE  
SAÚDE DE DOCENTES DO CURSO DE  
FISIOTERAPIA DA FACULDADE CEILÂNDIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de  
Ceilândia como requisito parcial para obtenção  
do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Clara Bonini  
Rocha.

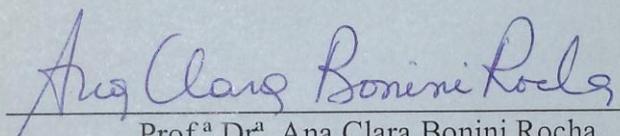
BRASÍLIA  
2013

SAMIRA AZAR

UTILIZAÇÃO DAS CLASSIFICAÇÕES  
INTERNACIONAIS DE DOENÇA E  
FUNCIONALIDADE EM ESTUDO DO PERFIL DE  
SAÚDE DE DOCENTES DO CURSO DE  
FISIOTERAPIA DA FACULDADE CEILÂNDIA

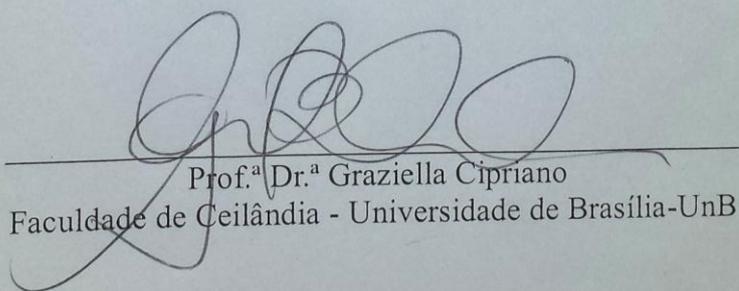
Brasília, 09/12/2013

COMISSÃO EXAMINADORA

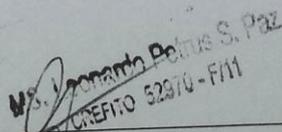


Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Clara Bonini Rocha  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB  
Orientadora

Ana Clara Bonini Rocha, Ph.D.  
Fisioterapeuta Neurofuncional  
CREFITO<sup>®</sup> 11492F  
CIC 46292004072



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Graziella Cipriano  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB



Prof. Me. Leonardo Petrus da Silva Paz  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

*Este trabalho é dedicado ao meu pai, Georges Elias Azar (in Memoriam), amigo e conselheiro, que apesar dos defeitos e de ter partido para junto do Pai Celeste tão cedo conseguiu me deixar ensinamentos que levarei para toda a Vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço ao Meu Bom Deus pela realização deste sonho que as vezes me parecia tão distante. Agradeço a minha família, mãe e irmãos por serem parte fundamental em minha Vida. Agradeço a Francisca Anacleto pelo café feito para as madrugadas. Agradeço a minha Orientadora Ana Clara Bonini Rocha por me auxiliar na realização deste projeto.*

*Agradeço a Professora Juliana de Farias Fracon e ao Professor Emerson Fachin Martins por despertarem em mim o desejo de estudar a Funcionalidade Humana. Agradeço aos docentes que aceitaram participar deste estudo, sem eles este projeto não seria possível.*

*Agradeço ao meu amigo Pedro Cortes por estar sempre disposto a me ajudar e não me deixar desistir. Agradeço a Priscila do Vale e Sthefânia Moreira amigas sempre presentes, com as quais sei que posso contar. Agradeço também as minhas fiéis companheiras, que me acompanharam até o fim dessa jornada, Mariana Busche e Rhana Chaves, que comigo choraram e se alegraram por tantas vezes.*

*Agradeço aos meus preciosos “fisioamigos”, companheiros de turma, amigos presentes em dias de alegria e dias de choro. Agradeço ao CNPQ e ao Programa de Bolsa Permanência da UnB e finalmente agradeço a Universidade de Brasília-UnB, instituição que fez de mim uma pessoa melhor.*

## RESUMO

AZAR, Samira. Utilização das Classificações Internacionais de Doença e Funcionalidade em Estudo do Perfil de Saúde de Docentes do Curso de Fisioterapia da Faculdade Ceilândia. 2013. 34f. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2013.

**Objetivo:** Apresentar experiência da combinação do uso de Classificações Internacionais para determinar funcionalidade e incapacidade. **Métodos:** Houve um estudo descritivo com uma amostra composta por 18 professores do curso de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. Suas frequências de eventos codificados da Classificação Internacional de Doenças (CID) e da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foram registradas. **Resultados:** Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; doenças do olho e anexos; doenças do ouvido e do processo mastoide, doenças do sistema circulatório, doenças do sistema respiratório, doenças do sistema digestivo, doenças do sistema musculoesquelético e tecidos anexos, doenças do trato geniturinário e malformação congênita, deformação e anormalidades foram registradas pela CID sendo complementados pela CIF descrevendo em sua maioria deficiências nas funções mentais e estruturas do olho, ouvido e anexos, tarefas e exigências gerais e tendo o capítulo referente a Serviços, sistemas e políticas como uma barreira ambiental. Contudo, foram observados perfis funcionais descrevendo funções mentais e estruturas relacionadas com movimentos preservados; mobilidade preservada e facilidades permitidas por serviços e políticas. **Conclusão:** A população estudada apresentou um perfil mais funcional que incapaz, tendo o uso da CIF e CID permitido obter uma visão geral ampliada do estado de saúde dos docentes, sendo assim o uso combinado destas classificações poderia contribuir significativamente para os sistemas em saúde e para a popularização e busca de uma linguagem padronizada de caracterização dos estados de saúde da população.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Classificação Internacional de Doenças; Políticas.

## **ABSTRACT**

AZAR, Samira. Use of the International Classifications of Diseases and Functioning Study in the Health Profile of Physiotherapy Department, Faculdade de Ceilândia (Ceilândia College). 2013. 34f. Monograph (Undergraduate) - Universidade de Brasília, Undergraduate Physiotherapy, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2013.

**Objective:** Present experience of combining the use of International Classifications to determine functioning and disability. **Methods:** There was a descriptive study with a sample of 18 teachers from the Physiotherapy Department at the University of Brasília Ceilândia. Their frequencies of coded International Classification of Diseases (ICD) and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) events were recorded. **Results:** Endocrine, nutritional and metabolic diseases, diseases of the eye and adnexa, ear and mastoid process diseases, diseases of the circulatory system, respiratory system diseases, digestive system diseases of the musculoskeletal system and attachments tissue diseases, genitourinary diseases and malformation congenital abnormalities and deformation were recorded by the CID being complemented by ICF in describing their most deficiencies in mental functions and structures of the eye, ear and attachments, general tasks and demands and taking the chapter on services, systems and policies as an environmental barrier. However, functional profiles were observed describing mental functions and related structures with preserved movements; preserved mobility and allowed facilities for services and policies. **Conclusion:** The study population had a more functional profile than incapable, having the use of ICF and ICD allowed to get a large overview of the health status of teachers, thus the combined use of these ratings could significantly contribute to health systems and for popularizing and search for a standardized language to characterize the health status of the population.

**Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health; International Classification of Diseases; Policy.

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	09
2- MÉTODOS .....	11
3- RESULTADOS.....	13
4- DISCUSSÃO .....	18
5- CONCLUSÃO .....	20
6- REFERÊNCIAS .....	21
7- ANEXOS .....	24
ANEXO A - NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	24
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	34
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	36

## 1- INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) possui duas classificações de referência para a descrição dos estados de saúde: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde que corresponde à décima revisão da Classificação de Doenças (CID), classificando morbidades e comorbidades em determinada população e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF),<sup>[1]</sup> que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas<sup>[2,3]</sup>, sendo a CID (Tabela 1) dividida em 22 capítulos, cada qual relacionado a uma desvantagem específica e seus desdobramentos patológicos e a CIF dividida em duas partes, a primeira parte é referente as Funções do corpo (b), Estruturas do corpo (s) e Atividades e Participação (d); e a segunda parte a Fatores contextuais incluindo os componentes chamados Fatores Ambientais (e) e Fatores pessoais (não codificados).<sup>[4]</sup>

Na CIF as letras b, s, d e e, as quais se referem aos componentes da classificação são seguidas por códigos numéricos organizados dentro de uma estrutura hierárquica e designados por códigos alfanuméricos começando com o número do capítulo correspondente ao primeiro nível (um dígito) seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto nível (um dígito cada). A CIF proporciona qualificações numéricas que definem códigos adicionais de funcionalidade (qualificador 0, quando não tem nenhum problema), códigos de incapacidade (qualificador 1, 2, 3 ou 4, quando há problemas em diferentes magnitudes), código não especificado (qualificador 8) ou códigos não aplicáveis (qualificador 9).<sup>[4,5,6]</sup> Esta classificação começa a aparecer em publicações de diversos países, relatando discussões de viabilidade e resultados obtidos pela sua aplicação<sup>[7-8]</sup>, entretanto poucas publicações trazem experiências de sua utilização no Brasil em estudos epidemiológicos<sup>[9-10]</sup>, sendo em parte esta carência justificada pela dificuldade de registro e reconhecimento da variedade de códigos e seus qualificadores<sup>[11]</sup>. Contudo, estudos descritivos que trazem a experiência de se utilizar a CIF para um delineamento dos aspectos relacionados à saúde dos seus usuários contribuem para se traçar um panorama local da saúde sob a perspectiva funcional, podendo ser usada e analisada de maneira mais global, em função de utilizar uma linguagem padronizada proposta pela OMS<sup>[12]</sup>.

CID e CIF são portanto complementares, pois as informações sobre o

diagnóstico e a funcionalidade, em conjunto, fornecem uma imagem mais completa e significativa da saúde das pessoas podendo o seu uso combinado ser utilizado para tomadas de decisão em diferentes âmbitos da saúde <sup>[1,3]</sup>, estabelecendo relações entre funcionalidade, incapacidade e doenças.

Pesquisas realizadas com enfoque nas relações de saúde de docentes destacam a presença de estressores potenciais, podendo ser provenientes do ambiente, da atividade ocupacional, do cotidiano doméstico e/ou social, tendo os professores universitários uma função de destaque no que se relaciona a formação cidadã de seus alunos, se fazendo necessária a constante atualização científica, o que pode gerar uma sobrecarga de trabalho gerando escassez de tempo para descanso e lazer. <sup>[13]</sup>. Sendo assim, o presente estudo se justifica pelo fato de que elucidar relações entre doenças (incapacidades/deficiências) e funcionalidades (capacidades), como uma meta final almejada pelas políticas e ações de saúde podem trazer benefícios também a população universitária.

Portanto, este artigo tem por objetivo apresentar uma experiência descritiva e analítica da utilização combinada das classificações internacionais (CID e CIF), registrando aspectos relacionados à saúde de professores do curso de Fisioterapia em exercício na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB) por meio do diagnóstico orientado na CID e na CIF com vistas a contribuir para o conhecimento e a popularização do uso da CIF, bem como para o desenvolvimento da epidemiologia e ciências afins.

## 2- MÉTODOS

A população deste estudo foi composta de docentes do curso de fisioterapia, fisioterapeutas, da Faculdade de Ceilândia-FCE da Universidade de Brasília-UnB, em exercício, sendo incluídos os professores que tomaram posse a partir de julho do ano de 2008 até o mês de setembro de 2013, não participando da pesquisa docente da faculdade que não compunha o colegiado de fisioterapia, docente do colegiado de fisioterapia, porém não fisioterapeuta ou professor que estivesse afastado da função por motivo de doença.

O estudo foi de caráter descritivo, no qual houve um levantamento dos e-mails dos professores na secretaria de graduação da referida faculdade, sendo 26 professores contatados por meio de seus e-mails pessoais, explicando lhes o objetivo da pesquisa. Os que aceitaram participar do estudo e cumpriam os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa foram contatados pessoalmente e então agendado um encontro presencial para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a realização de entrevista para aplicação da CID e da CIF. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil (Protocolo n.110/09).

Esse estudo teve sua metodologia e análises baseadas em um estudo anterior de Martins e Colaboradores <sup>[4]</sup>, aonde a distribuição da frequência foi calculada pelo número de eventos codificados durante a entrevista pessoal havendo o registro de códigos de CID e CIF. A entrevista foi realizada pela pesquisadora responsável, na qual os professores respondiam as perguntas sobre possíveis morbidades e comorbidades e respondiam a perguntas relacionadas à sua funcionalidade ou incapacidade de acordo com a CIF, a pesquisadora fazia os registros. Todas as entrevistas ocorreram na Faculdade de Ceilândia-FCE.

Para CID, a frequência de eventos codificados foi determinada por doenças ou condições de saúde e seus desdobramentos patológicos quando elas foram definidas por diagnóstico médico relatado pelo participante da pesquisa.

Para CIF, a frequência de eventos codificados foi determinada por informação coletada na entrevista pela pesquisadora. Após cada entrevista a pesquisadora trabalhou para registrar e qualificar eventos codificados através de uma planilha do Excel aonde todos os códigos numéricos foram organizados em estruturas hierárquicas e designados por códigos alfanuméricos diferenciados (linhas da planilha). Houve registro em

colunas definindo códigos de funcionalidade, incapacidade e não utilizado (não especificado ou não aplicável). Com relação a Fatores ambientais, houve um registro por escala negativa e positiva para caracterizar extensão de barreiras (códigos de incapacidade) e facilitadores (códigos de funcionalidade).

A distribuição de frequências foi apresentada pelo total de eventos codificados pelo capítulo (primeiro nível), sendo que a frequência registrada por capítulo representa a soma do número total de eventos codificados em todos os quatro níveis. Eventos codificados foram divididos em códigos de funcionalidade, códigos de incapacidade e códigos não utilizados para realização de análises.

Para CIF, as distribuições de frequências foram analisadas por componentes (Funções corporais, Estruturas corporais, Atividades e participação e Fatores ambientais) e por capítulo para cada componente. Nesta análise de distribuição de frequência da CIF detalhando capítulos por componentes, os códigos definidos como “não utilizados” foram desconsiderados, sendo considerada apenas a distribuição de frequência dos códigos que representam funcionalidade e dos códigos que se referem a incapacidade.

Três razões foram calculadas: (I)  $\text{coCID}/n$  , (II)  $\text{coCIF}/n$  e (III)  $\text{coCIF}/\text{coCID}$ ; aonde  $\text{coCID}$  se refere ao total de números de eventos codificados pela CID,  $\text{coCIF}$  se refere ao total de número de eventos codificados pela CIF e  $n$  se refere ao tamanho da amostra ( $n=18$ ). As razões (I), (II) e (III) representam, respectivamente: (I) razão de comorbidades por pessoa, (II) razão de códigos da CIF por pessoa e (III) razão de códigos da CIF pela CID. <sup>[4]</sup>.

### 3- RESULTADOS

Dos 26 professores contatados 8 não se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa, assim a amostra foi composta de 18 docentes do curso de fisioterapia, sendo 9 participantes do gênero feminino e 9 do gênero masculino, dentre eles 14 doutores (77%) e 4 mestres (22%), residentes no Distrito Federal, com uma média de idade de 34,33 anos.

A codificação da CID somou um total de 31 eventos, estando dentro de 9 dos 22 capítulos da classificação (Tabela I). Registrou se uma média de 1,72 código por docente (coCID/n), sendo que dos 31 códigos registrados na CID, 13 (41.93%) foram registrados no capítulo 7, o qual se refere a Doenças de olhos e anexos, visto que grande parte da amostra relatou ter miopia e/ou astigmatismo.

O capítulo de Doenças do Sistema Musculoesquelético apresentou uma frequência absoluta de 5 registros e uma frequência relativa de 16,12%. Nos capítulos 11 (Doenças do sistema digestivo), 9 (Doenças do sistema circulatório) e 4 (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas) houve um registro de frequência absoluta de 3 eventos por capítulo e uma frequência relativa de 9,6%.(Tabela I).

Os capítulos que registraram a menor frequência foram o capítulo 17 (Malformação congênita, deformação e anormalidades), capítulo 14 (Doenças do trato geniturinário), capítulo 10 (Doenças do sistema respiratório) e capítulo 8 (Doenças do ouvido e processo mastoide), com uma frequência relativa de 3,22% e uma frequência absoluta de 1 registro por capítulo, como também é demonstrado na tabela I.

Para CIF foram registrados um total de 22.116 eventos, sendo estes divididos em 11.971(93%) códigos que representam funcionalidade, 888(7%) códigos que caracterizam incapacidade e 9.257 códigos não utilizados. Sendo assim a amostra apresenta um perfil mais funcional que incapaz.(Figura 1). Na amostra foi observado para os componentes de Função e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação uma maior prevalência de códigos de funcionalidade, já para Fatores Ambientais houve uma maior prevalência para códigos não aplicáveis. A tabela II demonstra a distribuição do total de códigos registrados pela CIF nos seus diversos domínios.

Tabela I. Distribuição de frequências absolutas e relativas de eventos codificados dos capítulos da CID.

Capítulos CID	Frequências	
	Absoluta	Relativa (%)
Capítulo 1 – Certas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	-	-
Capítulo 2 – Neoplasias (C00-D48)	-	-
Capítulo 3 – Distúrbios envolvendo mecanismos de defesa e doenças do sangue (D50-D89)	-	-
Capítulo 4 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E98)	3	9.6
Capítulo 5 – Distúrbios mentais e comportamentais (F00-F99)	-	-
Capítulo 6 – Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	-	-
Capítulo 7 – Doenças do olho e anexos (H00-H59)	13	41.93
Capítulo 8 – Doenças do ouvido e do processo mastoide (H60-H95)	1	3.22
Capítulo 9 – Doenças do Sistema Circulatório (I00-I99)	3	9.6
Capítulo 10 – Doenças do sistema respiratório (J00-J99)	1	3.22
Capítulo 11 - Doenças do sistema digestório (K00-K96)	3	9.6
Capítulo 12 – Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	-	-
Capítulo 13 – Doenças do sist. musculoesquelético e tecidos anexos (M00-M99)	5	16.12
Capítulo 14 – Doenças do trato genitourinário (N00-N99)	1	3.22
Capítulo 15 – Gravidez, nascimento (O00-O99)	-	-
Capítulo 16 – Condições do período pré-natal (P00-P96)	-	-
Capítulo 17 – Malformação congênita, deformação e anormalidades (Q00-Q99)	1	3.22
Capítulo 18 – Sinais clínicos e laboratoriais anormais (R00-R99)	-	-
Capítulo 19 – Envenenamento e outras causas externas (S00-T98)	-	-
Capítulo 20 – Causas externas de morbidade e mortalidade (V01-Y98)	-	-
Capítulo 21 – Fatores que influenciam no cuidado com saúde (Z00-Z99)	-	-
Capítulo 22 – Códigos para objetivos especiais (U00-U99)	-	-
coCID	31	100
coCID/n	1.72	

Capítulos que não apresentam eventos foram indicados por células vazias. O número total de eventos codificados da CID (coCID) foi totalizado como absoluto e em valor relativo e na última linha apresentada a razão de CID pelo sujeito (n=18).

A razão CIF por sujeito (coCIF/n) resultou num total de 1.228 eventos. Para códigos que representam funcionalidade houve um registro de 665 eventos, para os que representam incapacidade houve um registro de 49,3 eventos e códigos não utilizados somaram 514 eventos.

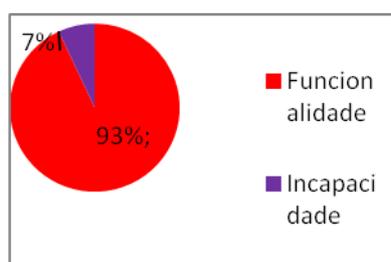
A razão de total de códigos da CIF por total de códigos da CI (coCIF/CoCID) resultou num total de 713 eventos. Para códigos que representam funcionalidade houve um registro de 386 eventos, para os que representam incapacidade houve um registro de 28 eventos e códigos não utilizados somaram 298 eventos.

Tabela II. Distribuições de frequências relativas e absolutas de eventos codificados de CIF pelo componente incluindo códigos não utilizados.

	Frequência de códigos funcionais		Frequência de códigos de incapazes		Frequência de códigos não utilizados		Frequência total de códigos	
	Absoluta	Relativa (%)	Absoluta	Relativa (%)	Absoluta	Relativa (%)	Absoluta	Relativa (%)
<b>Funções corporais</b>	4.267	55,83	302,0	3,95	3.073	40,21	7.642	100,00
<b>Componentes corporais</b>	2.828	58,29	47,0	0,96	1.976	40,73	4.851	100,00
<b>Atividades e participação</b>	3.209	54,27	198,0	3,34	2.505	42,37	5.912	100,00
<b>Fatores ambientais</b>	1.667	44,92	341,0	9,18	1.703	45,89	3.711	100,00
<b>coCIF</b>	11.971	54,12	888,0	4,01	9.257	41,85	<u>22.116</u>	100,00
<b>coCIF/n</b>	665,0	-	49,3	-	514,0	-	1.228	-
<b>coCIF/CID</b>	386,1	-	28,6	-	298,6	-	713,41	-

Frequências absolutas e relativas para todos os componentes (quatro primeiras linhas) de CIF foram indicadas por duas colunas para funcionais, incapazes e não utilizados (três primeiras colunas). A última coluna apresentou o total de eventos codificados pelo componente de CIF. As três últimas linhas indicadas, sendo a primeira, o número total de eventos codificados pela CIF (coCIF) em valores absolutos e relativos e, as últimas, a relação de coCIF pelo indivíduo (coCIF/n) e relação de coCIF pelo número total de CID de eventos codificados da CID (coCIF/coCID) em valores absolutos. Células cinzas indicadas nas 4 primeiras linhas representam a prevalência encontrada por componente respectivamente. Célula sublinhada indica o número total de eventos codificados pela CIF nas amostras totais.

Figura 1: Perfil de sujeitos dado pela CIF



Após a exclusão dos códigos registrados como não aplicáveis, os componentes da CIF apresentaram uma frequência de códigos que representam funcionalidade superior a frequência de códigos que representa incapacidade, sendo que na tabela III se observa em Funções do Corpo uma frequência relativa de 93.4%, em Estruturas do Corpo 96.85%, Atividades e Participação 94.19% e Fatores Ambientais 98.99%.

O capítulo que apresentou maior prevalência de códigos funcionais em Funções do Corpo foi o Capítulo 1, referente a Funções Mentais, em Estruturas do Corpo, maior prevalência no capítulo 7, referente a estruturas relacionadas ao Movimento. No domínio Atividades e Participação o registro foi no capítulo 4 referente a Mobilidade e finalmente em Fatores Ambientais a maior prevalência registrada foi no capítulo 5, Serviços, Sistemas e Políticas.

O capítulo que apresentou maior prevalência de incapacidades foi o capítulo 1 que concerne a Funções Mentais, em Estruturas do Corpo foi o capítulo 2, Olho, ouvido e estruturas relacionadas, em Atividades e Participação foi o capítulo 2, referente a Tarefas e exigências gerais e em Fatores Ambientais, capítulo 5 referente a Serviços, Sistemas e Políticas. A tabela III apresenta a prevalência dos códigos registrados pela CIF nos seus diversos domínios e capítulos.

Cerca de 70% dos docentes relataram dificuldades no que se refere a Organização e planejamento e Gestão do Tempo devido ao excesso de atividades realizadas. Apenas 11.10% dos professores referiram ter problemas com relação a qualidade da Voz, devido o seu uso diário na Docência.

O resultado obtido já era esperado por se tratar de uma população saudável de professores Universitários.

Tabela III. Componentes da CIF definidos por capítulos

	Frequência Absoluta		Total de Frequência Relativa por componente		Total de Frequência Relativa por Capítulo	
	+	-	+(%)	-(%)	+(%)	-(%)
Capítulo 1 – Funções Mentais (b1)	1.228	149	28,77	49,33	30,13	10,82
Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor (b2)	789	89	18,49	29,47	19,21	10,13
Capítulo 3 – Funções da voz e da fala (b3)	162	0*	3,79	0	3,54	0
Capítulo 4 – Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório (b4)	505	31	11,83	10,26	11,73	5,78
Capítulo 5 – Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino (b5)	579	20	13,56	6,62	13,11	3,33
Capítulo 6 – Funções geniturinárias e reprodutivas (b6)	151	10	3,53	3,31	3,52	6,2
Capítulo 7 – Funções neuromusculares e relacionadas com o movimento (b7)	746	3	17,48	0,99	16,39	0,4
Capítulo 8 – Funções da pele e estruturas relacionadas (b8)	107	0*	2,50	0	2,34	0
<b>Total – Componentes de Funções do corpo</b>	<b>4.267,0</b>	<b>302,0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>6,60</b>
Capítulo 1 – Estruturas do sistema nervoso (s1)	375	0*	13,26	0	12,84	0
Capítulo 2 – Olho, ouvido e estruturas relacionadas (s2)	302	24	10,67	0	11,16	7,36
Capítulo 3 – Estruturas relacionadas com a voz e fala (s3)	243	5	8,59	5,43	8,49	2,01
Capítulo 4 – Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório (s4)	335	0*	11,84	0	11,47	0
Capítulo 5 – Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino (s5)	184	4	6,50	4,34	6,43	2,12
Capítulo 6 – Estruturas relacionadas com os aparelhos geniturinário e reprodutivo (s6)	242	7	8,55	7,60	8,52	2,8
Capítulo 7 – Estruturas relacionadas com o movimento (s7)	949	7	33,55	7,60	32,75	0,73
Capítulo 8 – Pele e estruturas relacionadas (s8)	198	0*	7,0	0	6,78	0
<b>Total – Componentes de Estruturas do Corpo</b>	<b>2.828,0</b>	<b>92,0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>3,15</b>
Capítulo 1 – Aprendizagem e aplicação do conhecimento (d1)	303	17	9,44	8,58	9,39	5,31
Capítulo 2 – Tarefas e exigências gerais (d2)	164	83	5,11	41,91	7,24	33,60
Capítulo 3 – Comunicação (d3)	371	10	11,56	5,05	11,18	2,62
Capítulo 4 – Mobilidade (d4)	765	43	23,83	21,71	23,71	5,32
Capítulo 5 – Auto-cuidados (d5)	361	8	11,24	4,04	10,83	2,16
Capítulo 6 – Vida doméstica (d6)	325	10	10,12	5,05	9,83	2,98
Capítulo 7 – Interações e relacionamentos interpessoais (d7)	440	17	13,71	8,58	13,41	3,71
Capítulo 8 – Áreas principais da vida (d8)	270	4	8,41	2,02	8,04	3,71
Capítulo 9 – Vida comunitária, social e cívica (d9)	210	6	6,54	3,03	6,33	1,45
<b>Total – Componentes de Atividade e Participação</b>	<b>3.209,0</b>	<b>198,0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>5,81</b>
Capítulo 1 – Produtos e tecnologia (e1)	362	2	21,71	11,76	21,61	0,54
Capítulo 2 – Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem (e2)	193	4	11,57	23,52	11,69	2,03
Capítulo 3 – Apoio e relacionamentos (e3)	158	2	9,47	11,76	9,50	1,25
Capítulo 4 – Atitudes (e4)	174	0*	10,43	0	10,33	0
Capítulo 5 – Serviços, sistemas e políticas (e5)	780	9	46,79	52,94	46,85	1,14
<b>Total – Componentes de Fatores Ambientais</b>	<b>1.667,0</b>	<b>17,0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>1,1</b>

Frequências absolutas e relativas para todos os capítulos foram organizadas pelo conjunto de capítulos por componente da CIF. Para cada conjunto de capítulos as últimas linhas indicam o total de eventos codificados. Todas as três colunas adjacentes foram categorizadas por funcionamento, deficiência e a soma desses códigos (ambos). As primeiras colunas adjacentes apresentam valores absolutos. A coluna do meio e a última coluna adjacentes apresentaram valores relativos do total do componente e do total no capítulo de componente, respectivamente. Cinzento e células pretas e cinzas indicado na primeira coluna e na do meio representam prevalência máxima e mínima encontrada por componente, respectivamente. \* Indica zero de eventos codificados.

#### 4- DISCUSSÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) traz um modelo de função e incapacidade e um sistema de classificação, baseando-se na junção dos modelos médico e social, uma abordagem biopsicossocial é usada para se obter um conjunto das dimensões da saúde (biológica, individual e social) [14].

Segundo a OMS, a CIF tem uma aplicação universal podendo ser utilizada por todas as pessoas e em qualquer condição de saúde [16]. Existem dificuldades para se codificar conforme a CIF, essas dificuldades foram registradas em alguns estudos que utilizaram esta classificação, no entanto existem evidências que mostram viabilidade na sua utilização [8; 16; 17; 18; 19; 20; 21].

Já a CID se refere a códigos relacionados às taxas de mortalidade e morbidade, e havendo uma junção nas aplicações a CIF assumiria função complementar por fornecer códigos para descrever de forma mais completa os estados e experiências em saúde. O uso concomitante das classificações é incentivado pela OMS, devido justamente a esse aspecto mais global de informações de saúde [22].

Em fatos relacionados a comorbidades, a quantidade de aspectos relacionados à saúde poderão agregar se, favorecendo a observação de um cenário grande de aspectos codificados pela CIF, conforme foi observado no estudo de Martins [7] e de outros autores [8; 23; 24; 25].

No presente estudo os códigos de funcionalidade codificados foram superiores aos códigos que registraram incapacidade em todos os componentes da CIF: Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividade e Participação e Fatores Ambientais (Tabela 3), diferentemente do estudo de Martins e colaboradores [4] no qual foi observado que códigos de funcionalidade foram superiores em componentes estruturais do corpo e fatores ambientais, no entanto em componentes Funções do corpo e componentes de Atividades e Participação os códigos de Incapacidade se sobressaíram. Entretanto, a amostra desse estudo é saudável, com docentes que não apresentam lesão no sistema nervoso central.

Os docentes referiram ter dificuldade na organização, planejamento e gestão do tempo, provavelmente devido o excesso de atividades realizadas. Segundo Servilha [13], professores universitários têm responsabilidade de formar cidadãos e participar de ensino, pesquisa e extensão, e por isso, na maioria das vezes, sentem-se sobrecarregados e estressados para administrar seu tempo.

Conforme a CID a morbidade que mais afetou os docentes foi com relação a olhos e anexos, corroborando para o diagnóstico da CIF que registrou a maior taxa de incapacidade no capítulo referente a olho, ouvido e estruturas relacionadas dentro do componente Estruturas do Corpo.

A segunda doença que mais afetou os docentes foi codificada dentro de doenças do sistema musculoesquelético o que se destoa do diagnóstico da CIF que registrou o maior número de códigos funcionais dentro do capítulo referente a estruturas relacionadas a movimento e maior número de códigos de funcionalidade dentro do capítulo de mobilidade dentro de atividades e participação. O que reforça a necessidade do uso das duas classificações para um diagnóstico mais preciso.

Houve uma prevalência de codificações que caracterizam incapacidade no capítulo referente a Tarefas e Exigências Gerais, podendo sugerir limitação com relação a Atividades e Participação conforme o estudo de Kirchberger et al.,<sup>[18]</sup>; Mcdougall e Wright <sup>[26]</sup> que afirmam que a CIF torna-se especialmente interessante no campo da reabilitação, em que os estados de saúde que, na maioria das vezes não são fatais, limitam a capacidade das pessoas de assegurarem funcionalidade na realização de suas atividades de vida diária.

Assim como observado no estudo de Martins <sup>[7]</sup> e Who <sup>[5]</sup>, a CID foi útil para providenciar uma linguagem comum para o diagnóstico das doenças, mesmo que o importante enriquecimento de informações sobre saúde fossem registradas por dados adicionais fornecidos por CIF.

No componente da CIF Fatores Ambientais houve uma alta porcentagem de códigos não utilizados o que vai de acordo com o afirmado por Maini e colaboradores <sup>[19]</sup> que discutiram que o componente ambiental, que constitui fatores contextuais na CIF, apresenta categorias de códigos que não são fáceis de ser interpretadas, podendo levar a equívocos.

Neste estudo, foi possível observar que a CIF abrange muito mais informações sobre os aspectos relacionados à saúde, visto que se observam mais de 665 ocorrências codificadas para cada sujeito em um quociente de, aproximadamente, 386 ocorrências classificadas pela CIF para cada ocorrência codificada pela CID <sup>[7]</sup>.

## **5- CONCLUSÃO**

Conclui-se que a população estudada apresentou um perfil mais funcional que incapaz, tendo o uso da CIF e CID permitido obter uma visão geral ampliada do estado de saúde dos docentes, sendo assim o uso combinado destas classificações poderia contribuir significativamente para os sistemas em saúde e para a popularização e busca de uma linguagem padronizada de caracterização dos estados de saúde da população.

Sugerem-se novos estudos com docentes de outros cursos com vista a comparação entre registros de perfis de funcionalidade e incapacidade, e estudos que comparem Fisioterapeutas da área clínica com Docentes de Fisioterapia, Fisioterapeutas.

## 6- REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde (OMS). CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa 2004:238.
- [2] Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25(18):1075-9.
- [3] 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. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2005; 9(2): 129-136.
- [4] Martins EF, Sousa PHC, Barbosa PHFA, Menezes LT, Costa AS. A Brazilian experience to describe functioning and disability profiles provided by combined use of ICD and ICF in chronic stroke patients at home-care *Disability and Rehabilitation*. 2011; Early Online, 1–11.
- [5]. WHO. International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF). Internet. 2010. Electronic Citation. [http:// www.who.int/classifications/icf/en](http://www.who.int/classifications/icf/en). Last accessed 22 June 2010.
- [6]. Starrost K, Geyh S, Trautwein A, Grunow J, Ceballos BA, Prosiegel M, Stuck G, Cieza A. Interrater reliability of the Extended ICF Core Set for Stroke applied by physical therapists. *Phys Ther* 2008;88:841–851
- [7] Martins EF, Silva SMB, Fracon JF, Sá CSC. Experiência no uso combinado das classificações internacionais para descrever informações em saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2010; 8(26): 20.
- [8] Liu JF Chi I, Chen G, Song XM, Zheng X. Prevalence and correlates of functional disability in Chinese older adults. *Geriatrics & Gerontology International*. 2009; 9(3): 253-261.
- [9] Escorpizo R, Cieza A, Stucki G. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a framework to examine the Association Between Falls and Clinical Assessment Tools in People With Stroke Commentary. *Physical Therapy*. 2009; 89(8): 825-827.
- [10] Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008; 11(2): 324-335. 13
- [11] Farias N, Buchall CA Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005; 8(2): 187-193.
- [12] Berg K, Finne-Soveri H, Gray L, Henrard JC, Hirdes J, Ikegami N. Relationship

between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. *Bmc Health Services Research*. 2009; 9:47.

[13] Servilha, EAM. Estresse em professores universitários na área de fonoaudiologia. *Rev. Ciênc. Méd.*, 2015(1):43-52.

[14] Oliveira AIC. Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. *Rev. Neurocienc.* 2011; 19(4):653-662.

[15] Organização Mundial de Saúde. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

[16] Teixeira-Salmela LF, Neto MG, Magalhaes LC, Lima RC, Faria C. Content comparisons of stroke-specific quality of life based upon the international classification of functioning, disability, and health. *Qual Life Res* 2009;18:765–773.

[17] Forhan M. An analysis of disability models and the application of the ICF to obesity. *Disability and Rehabilitation*, v. 31, n. 16, p. 1.382-1.388, 2009.

[18] Kirchberger I; Coenen M; Hierl FX; Dieterle C; Seissler J; Stucki, G ;Cieza A. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for diabetes mellitus from the patient perspective using focus groups. *Diabetic Medicine*, 2009; 26( 7): 700-707.

[19] Maini M; Nocentini U; Prevedini A; Giardini, A; Muscolo E. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: Preliminary theoretical and practical considerations. *Disability and Rehabilitation*. 2008; 30(15): 1.146-1.152.

[20] Stucki G; Cieza, A ; Melvin J. The international classification of functioning, disability and health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007; 39( 4): 279-286.

[21] Hieblinger R; Coenen M; Stucki G; Winkelmann, A ; Cieza, A. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for chronic widespread pain from the perspective of fibromyalgia patients. *Arthritis Research & Therapy*. 2009; 11( 3):67.

[22] Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25(11-2): 565-71.

[23] Strobl, R; Stucki, G; Grill E; Muller M; Mansmann U. Graphical models illustrated complex associations between variables describing human functioning. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009; 62(9): 922-933.

[24] Rundell SD; Davenport, TE ; Wagner T. Physical therapist management of acute and chronic low back Pain using the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health. *Physical Therapy*. 2009 89( 1): 82-90.

[25] Hebert JS, Wolfe DL, Miller WC, Deathe AB, Devlin M, Pallaveshi L. Outcome measures in amputation rehabilitation: ICF body functions. *Disabil Rehabil* 2009;31(19):1541–1554.

[26] McDougall J, Wright V. The ICF-CY and Goal Attainment Scaling: Benefits of their combined use for pediatric practice. *Disabil Rehabil* 2009;31:1362–1372.

## ANEXO A

Revista Brasileira de Fisioterapia

### Escopo e política

O *Brazilian Journal of Physical Therapy* (BJPT) publica artigos originais de pesquisa cujo objeto básico de estudo refere-se ao campo de atuação profissional da Fisioterapia e Reabilitação, veiculando estudos clínicos, básicos ou aplicados sobre avaliação, prevenção e tratamento das disfunções de movimento.

O conselho editorial do BJPT se compromete a publicar investigação científica de excelência, de diferentes áreas do conhecimento. O BJPT publica os seguintes tipos de estudo, cujo conteúdo deve manter vinculação direta com o escopo e com as áreas descritas pela revista:

**A) Estudos experimentais:** estudos que investigam efeito (s) de uma ou mais intervenções em desfechos diretamente vinculados ao escopo e áreas do BJPT. Estudos experimentais incluem estudos do tipo experimental de caso único, quase experimental e ensaio clínico.

A Organização Mundial de Saúde define ensaio clínico como "qualquer estudo que aloca prospectivamente participante ou grupos de seres humanos em uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar efeito(s) em desfecho(s) em saúde". Sendo assim, qualquer estudo que tem como objetivo analisar o efeito de uma determinada intervenção é considerado como ensaio clínico. Ensaio clínico inclui estudos de caso único, séries de casos (único grupo, sem um grupo controle de comparação), ensaios controlados não aleatorizados e ensaios controlados aleatorizados. Estudos do tipo ensaio controlado aleatorizado devem seguir as recomendações do CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*), que estão disponíveis em: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview0/>.

Neste site, o autor deve acessar o CONSORT 2010 *checklist*, o qual deve ser preenchido e encaminhado juntamente com o manuscrito. Todo manuscrito ainda deverá conter o CONSORT *Statement 2010 Flow Diagram*. A partir de 2014, todo processo de submissão de estudos experimentais deverá atender a essa recomendação.

B) **Estudos observacionais:** estudos que investigam relação (ões) entre variáveis de interesse relacionadas ao escopo e áreas do BJPT, sem manipulação direta (ex: intervenção). Estudos observacionais incluem estudos transversais, de coorte e caso-controle.

c) **Estudos qualitativos:** estudos cujo foco refere-se à compreensão das necessidades, motivações e comportamentos humanos. O objeto de um estudo qualitativo é pautado pela análise aprofundada de uma unidade ou temática, que incluem opiniões, atitudes, motivações e padrões de comportamento sem quantificação. Estudos qualitativos incluem pesquisa documental e estudo etnográfico.

d) **Estudos de revisão de literatura:** estudos que realizam análise e/ou síntese da literatura de tema relacionado ao escopo e áreas do BJPT. Estudos de revisão narrativa crítica ou passiva só serão considerados quando solicitados a convite dos editores. Manuscritos de revisão sistemática que incluem metanálise terão prioridades em relação aos demais estudos de revisão sistemática. Aqueles que apresentam quantidade insuficiente de artigos selecionados e/ou artigos de baixa qualidade e que não apresentam conclusão assertiva e válida sobre o tema não serão considerados para a análise de revisão por pares

e) **Estudos metodológicos:** estudos centrados no desenvolvimento e/ou avaliação das propriedades psicométricas e características clinimétricas de instrumentos de avaliação. Incluem também estudos que objetivam a tradução e/ou adaptação transcultural de questionários estrangeiros para o português do Brasil. No caso de estudos de tradução/adaptação de testes, é obrigatório anexar ao processo de submissão a autorização dos autores para a tradução e/ou adaptação do instrumento original.

No endereço <http://www.equator-network.org/resource-centre/library-of-health-research-reporting>, pode ser encontrada a lista completa dos *guidelines* disponíveis para cada tipo de estudo, por exemplo, o STROBE (**ST**rengthening the **R**eporting of **O**bservational studies in **E**pidemiology) para estudos observacionais, o COREQ (Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research) para estudos qualitativos, o PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para revisões sistemáticas e metanálises e o GRRAS (Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies) para estudos de confiabilidade. Sugerimos que os autores

verifiquem esses *guidelines* e atendam ao *checklist* correspondente antes de submeterem seus manuscritos.

Estudos que relatam resultados eletromiográficos devem seguir o *Standards for Reporting EMG Data*, recomendados pela ISEK - International Society of Electrophysiology and Kinesiology ([http://www.isek-online.org/standards\\_emg.html](http://www.isek-online.org/standards_emg.html)).

### **Aspectos éticos e legais**

A submissão do manuscrito ao BJPT implica que o trabalho na íntegra ou parte(s) dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob consideração para publicação em outro periódico. O uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes deve ser evitado. Um paciente não poderá ser identificado por fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original no momento da submissão.

Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para autores fora do Brasil, devem estar de acordo com *Committee on Publication Ethics (COPE)*.

Para os experimentos em animais, considerar as diretrizes internacionais (por exemplo, a do *Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain*, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983).

Para as pesquisas em humanos e em animais, deve-se incluir, no manuscrito, o número do parecer de aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa. O estudo deve ser devidamente registrado no Conselho Nacional de Saúde do Hospital ou Universidade ou no mais próximo de sua região.

Reserva-se ao BJPT o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam às normas legais e éticas para pesquisas em seres humanos e para os experimentos em animais.

Para os **ensaios clínicos**, serão aceitos qualquer registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, ex. <http://clinicaltrials.gov/> e/ou <http://anzctr.org.au/>. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>.

A partir de 01/01/2014 o BJPT adotará efetivamente a política sugerida pela Sociedade Internacional de Editores de Revistas em Fisioterapia e exigirá na submissão do manuscrito o registro prospectivo, ou seja, ensaios clínicos que iniciaram recrutamento a partir dessa data deverão registrar o estudo ANTES do recrutamento do primeiro paciente. Para os estudos que iniciaram recrutamento até 31/12/2013 o BJPT aceitará o seu registro ainda que de forma retrospectiva.

### **Critérios de autoria**

O BJPT recebe, para submissão, manuscritos com até seis (6) autores. A política de autoria do BJPT pauta-se nas diretrizes para a autoria do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas exigidos para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)), as quais afirmam que "a autoria deve ser baseada em 1) contribuições substanciais para a concepção e desenho, ou aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados; 2) redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual e 3) aprovação final da versão a ser publicada." As condições 1, 2 e 3 deverão ser todas contempladas. Aquisição de financiamento, coleta de dados e/ou análise de dados ou supervisão geral do grupo de pesquisa, por si só, não justificam autoria e deverão ser reconhecidas nos agradecimentos.

Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores. Todo material publicado torna-se propriedade do BJPT, que passa a reservar os direitos autorais. Portanto, nenhum material publicado no BJPT poderá ser reproduzido sem a permissão, por escrito, dos editores. Todos os autores de artigos submetidos deverão assinar um termo de transferência de direitos autorais, que entrará em vigor a partir da data de aceite do trabalho.

Os editores poderão analisar, em caso de excepcionalidade, solicitação para submissão de manuscrito que exceda 6 (seis) autores. Os critérios para a análise incluem o tipo de estudo, potencial para citação, qualidade e complexidade metodológica, entre outros. Nestes casos excepcionais, a contribuição de cada autor, deve ser explicitada ao final do texto, após os agradecimentos e logo antes das referências, conforme orientações do "International Committee of Medical Journal Editors" e das "Diretrizes" para Integridade na atividade científica, amplamente divulgadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (<http://www.cnpq.br/web/guest/diretrizes>).

### **Forma e apresentação do manuscrito**

O BJPT considera a submissão de manuscritos com até 3.500 palavras (excluindo-se página de título, resumo, referências, tabelas, figuras e legendas). Informações contidas em anexo(s) serão computadas no número de palavras permitidas.

O manuscrito deve ser escrito preferencialmente em inglês. Quando a qualidade da redação em inglês comprometer a análise e avaliação do conteúdo do manuscrito, os autores serão informados.

Recomenda-se que os manuscritos submetidos em inglês venham acompanhados de certificação de revisão por serviço profissional de *editing and proofreading*. Tal certificação deverá ser anexada à submissão. Sugerimos os seguintes serviços abaixo, não excluindo outros:

- *American Journal Experts* (<http://www.journalexperts.com>).
- *Scribendi* ([www.scribendi.com](http://www.scribendi.com)).
- *Nature Publishing Groups Language Editing* (<https://languageediting.nature.com/login>).

Antes do corpo do texto do manuscrito deve-se incluir uma página de título e identificação, palavras-chave e o *abstract*/resumo. No final do manuscrito inserir as referências, tabelas, figuras e anexos.

### **Título e identificação**

O título do manuscrito não deve ultrapassar 25 palavras e deve apresentar o máximo de informações sobre o trabalho. Preferencialmente, os termos utilizados no título não devem constar na lista de palavras-chave.

A página de identificação do manuscrito deve conter os seguintes dados:

Título completo e título resumido com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas;

Autores: nome e sobrenome de cada autor em letras maiúsculas, sem titulação, seguidos por número sobrescrito (expoente), identificando a afiliação institucional/vínculo (unidade/instituição/cidade/estado/país). Para mais de um autor, separar por vírgula;

Autor de correspondência: indicar o nome, endereço completo, e-mail e telefone do autor de correspondência, o qual está autorizado a aprovar as revisões editoriais e complementar demais informações necessárias ao processo;

Palavras-chaves: termos de indexação ou palavras-chave (máximo seis) em português e em inglês.

### **Abstract/Resumo**

Uma exposição concisa, que não exceda 250 palavras em um único parágrafo, em português (Resumo) e em inglês (*Abstract*), deve ser escrita e colocada logo após a página de título. Referências, notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas no Resumo/*Abstract*. O Resumo e o *Abstract* devem ser apresentados em formato estruturado.

### **Introdução**

Deve-se informar sobre o objeto investigado devidamente problematizado, explicitar as relações com outros estudos da área e apresentar justificativa que sustente a necessidade do desenvolvimento do estudo, além de especificar o(s) objetivo(s) do estudo e hipótese(s), caso se aplique.

### **Método**

Descrição clara e detalhada dos participantes do estudo, dos procedimentos de coleta, transformação/redução e análise dos dados de forma a possibilitar reprodutibilidade do estudo. O processo de seleção e alocação dos participantes do estudo deverá estar organizado em fluxograma, contendo o número de participantes em cada etapa, bem como as características principais (ver modelo fluxograma CONSORT).

Quando pertinente ao tipo de estudo deve-se apresentar cálculo que justifique adequadamente o tamanho do grupo amostral utilizado no estudo para investigação do(s) efeito(s). Todas as informações necessárias para estimativa e justificativa do tamanho amostral utilizado no estudo devem constar no texto de forma clara.

## **Resultados**

Devem ser apresentados de forma breve e concisa. Resultados pertinentes devem ser reportados utilizando texto e/ou tabelas e/ou figuras. Não se devem duplicar os dados constantes em tabelas e figuras no texto do manuscrito.

## **Discussão**

O objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis na literatura, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução. Novas descobertas devem ser enfatizadas com a devida cautela. Os dados apresentados nos métodos e/ou nos resultados não devem ser repetidos. Limitações do estudo, implicações e aplicação clínica para as áreas de Fisioterapia e Reabilitação deverão ser explicitadas.

## **Referências**

O número recomendado é de 30 referências, exceto para estudos de revisão da literatura. Deve-se evitar que sejam utilizadas referências que não sejam acessíveis internacionalmente, como teses e monografias, resultados e trabalhos não publicados e comunicação pessoal. As referências devem ser organizadas em sequência numérica de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE.

Os títulos de periódicos devem ser escritos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals do Index Medicus*. As citações das referências devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das informações das referências constantes no manuscrito e sua correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

### **Tabelas, Figuras e Anexos.**

As tabelas e figuras são limitadas a cinco (5) no total. Os anexos serão computados no número de palavras permitidas no manuscrito. Em caso de tabelas, figuras e anexos já publicados, os autores deverão apresentar documento de permissão assinado pelo autor ou editores no momento da submissão.

Para artigos submetidos em língua portuguesa, a(s) versão (ões) em inglês da(s) tabela(s), figura(s) e anexo(s) e suas respectivas legendas deverão ser anexados no sistema como documento suplementar.

-Tabelas: devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (máximo permitido: uma página, tamanho A4, em espaçamento duplo), devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e apresentadas no final do texto. Não se recomendam tabelas pequenas que possam ser descritas no texto. Alguns resultados simples são mais bem apresentados em uma frase e não em uma tabela.

-Figuras: devem ser citadas e numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Informações constantes nas figuras não devem repetir dados descritos em tabela(s) ou no texto do manuscrito. O título e a(s) legenda(s) devem tornar as tabelas e figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as legendas devem ser digitadas em espaço duplo, e todos os símbolos e abreviações devem ser explicados. Letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) devem ser usadas para identificar as partes individuais de figuras múltiplas.

Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas; entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que não dificulte a análise dos dados. As figuras coloridas serão publicadas

apenas na versão online. Em relação à arte final, todas as figuras devem estar em **alta resolução ou em sua versão original**. Figuras de baixa qualidade não serão aceitas e podem resultar em atrasos no processo de revisão e publicação.

**-Agradecimentos:** devem incluir declarações de contribuições importantes, especificando sua natureza. Os autores são responsáveis pela obtenção da autorização das pessoas/instituições nomeadas nos agradecimentos.

### **Submissão eletrônica**

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada por via eletrônica no site <http://www.scielo.br/rbfis>. Os artigos submetidos e aceitos em português serão traduzidos para o inglês por tradutores do BJPT, e os artigos submetidos e aceitos em inglês, caso necessário, serão encaminhados aos revisores de inglês do BJPT para revisão final.

É de responsabilidade dos autores a eliminação de todas as informações (exceto na página do título e identificação) que possam identificar a origem ou autoria do artigo.

Ao submeter um manuscrito para publicação, os autores devem inserir no sistema os dados dos autores e ainda inserir como documento(s) suplementar (es):

1. Carta de encaminhamento do material;
2. Declaração de responsabilidade de conflitos de interesse;
3. Declaração de transferência de direitos autorais assinada por todos os autores;
4. Demais documentos, se apropriados (ex. permissão para publicar figuras, parte de material já publicado, *checklist* etc).

### **Modalidade de Submissão *Special Track***

Excepcionalmente o BJPT poderá receber e avaliar manuscritos na modalidade *special track*, sujeito à avaliação adicional do caráter de inovação. Nessa modalidade, os manuscritos deverão ter sido submetidos, mas recusados por outros periódicos indexados no Journal Citation Reports (JCR). Essa modalidade irá considerar as revisões realizadas por outra revista, o que poderá reduzir o tempo para publicação, caso o manuscrito tenha mérito. Os manuscritos submetidos em *special track* serão

avaliados com o mesmo rigor de uma nova submissão, inclusive quanto ao aspecto de inovação do conteúdo. Para ser submetido em *special track*, o manuscrito deve estar em conformidade com o [Escopo e Política Editorial do BJPT](#), estar de acordo com as instruções (Forma e preparação do manuscrito) e atender aos seguintes requisitos:

- O periódico internacional para o qual o manuscrito foi submetido anteriormente deve ter fator de impacto JCR superior a 1.5;
- O manuscrito deve ter passado por processo completo de revisão por pares no outro periódico. Não serão aceitos manuscritos recusados em revisão inicial dos editores;

A submissão *special track* deve incluir: a) manuscrito com alterações em destaque (*highlight*); b) respostas ponto a ponto sobre os comentários dos avaliadores; c) carta informando o nome e índice de impacto do periódico a que foi enviado anteriormente, apresentando argumentos para justificar a possível publicação no BJPT e explicitando, quando for o caso, os aspectos não atendidos referentes aos pareceres e/ou decisão editorial do periódico internacional; d) a resposta oficial do outro periódico (cartas dos avaliadores e do editor com a revisão detalhada) deve ser enviada por e-mail, SEM EDIÇÃO, por parte dos autores ou seja, o e-mail de resposta deve ser *Forwarded*(encaminhado) para o BJPT (rbfisiologia@ufscar.br) na íntegra; e) demais informações solicitadas pelo BJPT.

### **Processo de revisão**

Os manuscritos submetidos que atenderem às normas estabelecidas e que se apresentarem em conformidade com a política editorial do BJPT serão encaminhados para os editores de área, que farão a avaliação inicial do manuscrito e enviarão ao editor chefe a recomendação ou não de encaminhamento para revisão por pares. Os critérios utilizados para análise inicial do editor de área incluem: originalidade, pertinência, relevância clínica e métodos. Os manuscritos que não apresentarem mérito ou não se enquadrarem na política editorial serão rejeitados na fase de pré-análise, mesmo quando o texto e a qualidade metodológica estiverem adequados. Dessa forma, o manuscrito poderá ser rejeitado com base apenas na recomendação do editor de área, sem necessidade de novas avaliações, não cabendo, nesses casos, recurso ou reconsideração.

Os manuscritos selecionados na pré-análise serão submetidos à avaliação de especialistas, que trabalharão de forma independente. Os avaliadores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores não serão identificados pelos avaliadores. Os editores coordenarão as informações entre os autores e avaliadores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos avaliadores e editores de área. Quando aceitos para publicação, os artigos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Quando recusados, os artigos serão acompanhados de justificativa do editor. Após publicação do artigo ou processo de revisão encerrado, os arquivos e documentação referentes ao processo de revisão serão eliminados.

### **Áreas do conhecimento**

1. Fisiologia, Cinesiologia e Biomecânica;
2. Cinesioterapia/recursos terapêuticos;
3. Desenvolvimento, aprendizagem, controle e comportamento motor;
4. Ensino, Ética, Deontologia e História da Fisioterapia;
5. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções cardiovasculares e respiratórias;
6. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções do envelhecimento;
7. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções musculoesqueléticas;
8. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções neurológicas;
9. Avaliação, prevenção e tratamento nas condições da saúde da mulher;
10. Ergonomia/Saúde no trabalho.

**ANEXO B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Voluntário,

“Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado UTILIZAÇÃO DAS CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS DE DOENÇA E FUNCIONALIDADE EM ESTUDO DO PERFIL DE SAÚDE DE DOCENTES DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA FACULDADE CEILÂNDIA”, desenvolvido sob orientação da Professora Ana Clara Bonini Rocha(FCE-UnB).

Este projeto de pesquisa tem por objetivo apresentar uma experiência descritiva e analítica da utilização combinada das classificações internacionais (CID e CIF), registrando aspectos relacionados à saúde de professores dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em exercício na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB) por meio do diagnóstico orientado na CID e na CIF com vistas a contribuir para o conhecimento e a popularização do uso da CIF, bem como para o desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins.

Para realizar-se o mapeamento do perfil de saúde dos docentes será feita uma entrevista utilizando-se um formulário eletrônico que será aplicado em uma única etapa. A Coleta não apresenta riscos aos voluntários.

O presente estudo se justifica pelo fato de que elucidar relações entre doenças (incapacidades/deficiência) e funcionalidade (capacidades) é uma meta final almejada pelas políticas e ações de saúde, e os benefícios ao se realizar essa pesquisa estão relacionados ao treinamento dos futuros profissionais de saúde na utilização da CIF, visto que os indicadores de funcionalidade bem como as ações de promoção da saúde atuais não estão incorporados aos Sistemas de Informação em Saúde e no modelo atual de gestão do SUS.

Serão fornecidas informações e esclarecimentos quanto ao desenvolvimento da pesquisa antes e durante o curso da mesma, caso seja necessário. Você pode se recusar a responder questões que lhe tragam constrangimentos e pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Os dados ficarão sob responsabilidade da autora da pesquisa e armazenados em banco de dados, sendo garantida a privacidade e confidencialidade dos voluntários envolvidos.

Assim sendo, declaro que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes a pesquisa e que todos os dados a meu respeito serão confidenciais e poderão ser utilizados para fins acadêmicos. Compreendo que nesse estudo, os procedimentos de coleta dos dados que serão feitos em mim não incluem métodos invasivos e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento sem nenhuma restrição.

Declaro que estou ciente das informações contidas no presente termo, e concordo com minha participação na pesquisa.

Nome:.....

.

Rg:.....

Assinatura do Voluntário:.....

Assinatura da Aluna Responsável.....

Assinatura da Professora Responsável (Ana Clara Bonini Rocha).....

Brasília,..... de..... de 2013.

Documento baseado na resolução 196/1996 do Conselho Nacional da Saúde, publicado no Diário Oficial 201,16/96.

### **Contato Institucional:**

Pesquisadoras responsáveis:

Samira Azar

Telefone: (61)84268102

e-mail:[samirazar22@hotmail.com](mailto:samirazar22@hotmail.com)

Ana Clara Bonini Rocha

Telefone:

e-mail: [anaclara@unb.br](mailto:anaclara@unb.br)

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UnB

Telefone: (61)3307-3799

e-mail: [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br)

•  
•