

# Impacto da violência por arma de fogo em adolescentes e jovens internados em hospital de referência com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

## *Impact of violence by firearms on adolescent and young adults hospitalized in a referral hospital based in the International Classification of Functioning, Disability and Health*

<sup>1</sup>Nilce Almino de Freitas, <sup>2</sup>Ana Valeska Siebra e Silva, <sup>3</sup>Ana Cristhina de Oliveira Brasil, <sup>4</sup>Vasco Pinheiro Diógenes Bastos, <sup>5</sup>Ismênia de Carvalho Brasileiro, <sup>6</sup>Lenise Castelo Branco Camurça Fernandes

### RESUMO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) gera informações em saúde e permite a identificação do impacto na funcionalidade em diferentes situações clínicas, como por exemplo, nas perfurações por arma de fogo (PAF). **Objetivo:** Descrever o impacto da violência por arma de fogo em adolescentes e jovens internados em hospital de referência terciária em trauma com base na CIF. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado de junho a dezembro de 2014, em Fortaleza - CE, Brasil. A amostra foi de 231 participantes, ambos os gêneros, com idade de 12 a 24 anos. Aplicou-se uma lista resumida da CIF em dois momentos, na admissão e alta hospitalar. **Resultados:** As categorias mais alteradas do componente Atividade e Participação na admissão foram mobilidade (72,27%), interações e relacionamentos interpessoais (65,4%) e autocuidado (37,8%); e do componente Funções do Corpo foram respiratórias (26,71%), sensoriais e dor (25,35%), voz e fala (20,1%), mentais (13,26%), neuromusculares e relacionadas ao movimento (11,04%). Na alta, as categorias mais alteradas do componente Atividade e Participação foram interações e relacionamentos interpessoais (64,5%), mobilidade (36,79%) e autocuidado (29,29%); e do componente Funções do Corpo foram sensoriais e dor (23,38%), voz e fala (16,8%), mentais (13,26%), neuromusculares e relacionadas ao movimento (10,45%), e do sistema respiratório (5,05%). Categorias relacionadas à mobilidade e respiração foram as que demonstraram maiores percentuais de melhora na alta, enquanto as funções sensoriais e atividades relativas à interação interpessoal foram as que indicaram menor percentual de melhora. **Conclusão:** Esta classificação possibilitou traçar um perfil de funcionalidade destes indivíduos e codificar a informação por meio da CIF, detectando-se o risco de incapacidade funcional no momento da admissão e da alta, elementos decisivos para a resolução das realidades clínicas.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Violência, Ferimentos por Arma de Fogo, Adolescente, Adulto Jovem

### ABSTRACT

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gathers health related information and allows identification of the impact over functionality in different clinical situations, such as those caused by firearms injuries. **Objective:** The objective of the study was to, per ICF, describe the impact of violence caused by firearms over hospitalized adolescents and young adults at a tertiary referral trauma hospital. **Method:** This is a descriptive, cross-sectional, quantitative study, conducted from June to December 2014, in Fortaleza-CE, Brazil. The sample consisted of 231 participants of both sexes, aging from 12 to 24 years. A reduced list of ICF scales were applied in two moments, at admission and at discharge. **Results:** At admission, the most compromised categories of Activity and Participation components were mobility (72.27%), interpersonal interactions and relationships (65.4%) and self-care (37.8%); Body component and respiratory functions were (26.71%), and sensory pain (25.35%), voice and speech (20.1%), mental (13.26%) and neuromusculoskeletal (11.04%). At discharge, the most altered categories of Activity and Participation component were interactions relationships (64.5%), mobility (36.79%) and self-care (29.29%). Regarding the Body Functions component, sensory functions and pain (23.38%), voice and speech functions (16.8%), mental functions (13.26%), neuromusculoskeletal and movement-related functions (10.45%), and respiratory system (5.05%) were compromised. The categories related to mobility and respiratory system, were those with the highest percentages of improvement at discharge, whereas sensory functions and interpersonal interactions and relationships showed the lowest percentage of improvement. **Conclusion:** This classification made it possible to trace a functionality profile of these patients and to encode ICF information for detecting the risk of functional impairment at admission and discharge, what is decisive for the resolution of clinical related concerns.

**Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health, Violence, Wounds, Gunshot, Adolescent, Young Adult

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Hospital Instituto Dr. José Frota – IJF.

<sup>2</sup> Professora Adjunta, Universidade Estadual do Ceará – UECE.

<sup>3</sup> Professora Adjunta, Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

<sup>4</sup> Professor, Centro Universitário Estácio do Ceará/FIC.

<sup>5</sup> Professora Assistente, Centro Universitário Estácio do Ceará/FIC.

<sup>6</sup> Fisioterapeuta, Coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Instituto Dr. José Frota – IJF.

Endereço para correspondência:  
Hospital Instituto Dr. José Frota – IJF  
Nilce Almino de Freitas  
Rua Barão do Rio Branco, 1816  
CEP 60025-061  
Fortaleza – CE  
E-mail: nilcealmnofreitas@gmail.com

Recebido em 15 de Setembro de 2016.  
Aceito em 19 Abril de 2018.

## INTRODUÇÃO

Atualmente os hospitais estão sob um forte desafio, que é o tentar evitar o declínio funcional dos pacientes internados, situação que envolve mudança de paradigma de toda a equipe multiprofissional. Com o foco na funcionalidade, torna-se mais fácil o direcionamento dos cuidados para desfechos expressos pelos pacientes, desde a admissão, até além do período de alta.<sup>1</sup>

Os fatores que serão abordados pela equipe de saúde a partir da compreensão da relação entre as deficiências nas estruturas e funções do corpo são considerados avanços terapêuticos e preventivos na recuperação funcional de pacientes em condições crônicas. Esta razão dá ênfase à necessidade dos profissionais que integram a equipe em idealizarem instrumentos baseados no risco de incapacidade e na funcionalidade das vítimas visando um potencial de melhora durante o planejamento da intervenção.<sup>2</sup>

As razões para classificar a situação funcional dos pacientes nos serviços hospitalares são: descrição (dados que podem ser utilizados para o estabelecimento de metas relacionadas ao tratamento do paciente); triagem e avaliação (detectam deficiências de modo mais detalhado e estabelecem condutas) e monitoramento (feito ao longo do tempo, não exige o mesmo nível de detalhe, mas deve ser suficientemente adequado para identificar o nível de mudança na funcionalidade e a continuidade e evolução do tratamento).<sup>1</sup>

A prevalência de condições crônicas nos hospitais, como, por exemplo, a dos lesionados por arma de fogo, muitas vezes acompanhada de incapacidades diversas, relaciona-se com o complexo quadro epidemiológico brasileiro e, portanto, no modo de se medir o impacto dessas condições na população. Além disso, os indicadores clássicos, como taxa de mortalidade e indicadores de morbidade, se tornaram incapazes para avaliar o estado de saúde das pessoas e as necessidades dos serviços, por não privilegiarem com exatidão a saúde e a situação de morbidade).<sup>3</sup>

O fato de que alterações de funcionalidade decorrentes da violência armada na faixa etária de 12 a 24 anos, enfatizam essa mudança no padrão epidemiológico, está relacionado ao grande número de adolescentes e jovens que sofrem as consequências das perfurações por arma de fogo (PAF). Estima-se que, para cada menor de 18 anos morto, existem outros 12 hospitalizados ou com incapacidades per-

manentes no Brasil. Este é um fator de enorme gravidade para o quadro social do País, pois ocasiona consequências de forte impacto, dos tipos econômico, emocional e social, levando a pessoa a se ausentar vários dias do trabalho, ensejando custos para o sistema de saúde, aumentando a demanda dos serviços sociais, proporcionando perda de vida produtiva, além de danos mentais e emocionais irreparáveis para as vítimas e as famílias.<sup>4</sup>

A repercussão da incapacidade entre os adolescentes e jovens pode ainda ser maior ao interferir de forma significativa em aspectos sociais em suas vidas. Além disso, aproximadamente 20% das PAF não fatais neste grupo apresentarão deficiências físicas ou neurológicas.<sup>5</sup>

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) mostra-se como mais um caminho para que a equipe de saúde possa identificar e classificar a funcionalidade humana, não tendo como base a doença da pessoa. Ela é considerada um modelo multidimensional e extensivo, que envolve diversos aspectos, como biológicos, psicológicos, funcionais e ambientais, privilegiados por toda a equipe multiprofissional, podendo se tornar uma grande aliada na avaliação de pacientes.<sup>6</sup>

Nessa perspectiva, torna-se cada vez mais evidente o fato de que os serviços de saúde devem se organizar a fim de prestar um atendimento de forma qualificada aos adolescentes e jovens vítimas da violência armada.<sup>7</sup> Um estudo sobre funcionalidade neste grupo pode contribuir para elaboração de conhecimento, bem como para estabelecer políticas públicas destinadas aos adolescentes e jovens, além de repercutir na assistência à saúde destas pessoas, coprodutoras da sociedade.<sup>8</sup>

Esta realidade torna-se ponto de partida para reflexões e questionamentos sobre o real impacto desta violência na população: quais impactos funcionais serão gerados por uma PAF nas vítimas? A busca por esta resposta foi o principal fator que motivou o estudo, com ênfase, em classificar a situação de saúde e funcionalidade dos adolescentes e jovens lesionados por arma de fogo internados em um hospital público, terciário, que é referência em trauma.

Desta forma a análise da funcionalidade pôde ser realizada de maneira mais ampla, o que reforçou a relevância desta pesquisa ao associar a situação ou o problema de saúde do paciente a um diagnóstico funcional, fator de fundamental importância para o direciona-

mento do plano terapêutico.

## OBJETIVOS

Descrever o impacto da violência por arma de fogo em adolescentes e jovens internados em hospital de referência com base na classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.

## METODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, prospectiva, com abordagem quantitativa, realizada no período de junho a dezembro de 2014, na cidade de Fortaleza – CE, Brasil.

O locus do estudo foi o Hospital Instituto Dr. José Frota (IJF), hospital público, terciário, atualmente o maior hospital de urgência e emergência do Estado do Ceará, sendo referência em assistência à pacientes vítimas de trauma e de alta complexidade em toda a região Norte-Nordeste do Brasil, além de ser considerada instituição de ensino, pesquisa e orientadora de políticas públicas em saúde.<sup>9</sup>

A população abrangida por esta pesquisa foi constituída por adolescentes e jovens internados em decorrência de ferimento por arma de fogo, estimada por levantamento prévio em um total de 420 indivíduos.

Em razão da inviabilidade de se avaliar todos os elementos da população, foi realizada uma amostragem, a fim de que o estudo pudesse reproduzir as características relevantes sobre a população. O tamanho da amostra calculada por meio da fórmula para população finita contou com 231 participantes.

Foram incluídos no estudo adolescentes e jovens com idade de 12 a 24 anos, de ambos os gêneros que estavam internados no período de junho de 2014 a dezembro de 2014 em decorrência da violência por arma de fogo, sendo excluídas as de causa acidental ou suicídio.

Para a coleta de dados, foi constituído um instrumento que tinha a finalidade de classificar cada paciente avaliado quanto à funcionalidade, chamado de Lista Resumida da CIF. Esta foi realizada em dois momentos: na admissão ou até dez dias após internação (período em que as sequelas começam a se instalar), e na alta, ou tão logo esta tenha sido prevista. Para a avaliação funcional empregou-se os métodos e escalas já padronizados no hospital.

A busca ativa dos pacientes ocorreu a cada

três dias na semana, de acordo com os critérios de inclusão.

A lista resumida foi preenchida posteriormente à avaliação funcional, com apoio em regras de ligação entre o método usado para a avaliação e os respectivos códigos e qualificadores. Sua finalidade foi privilegiar, especificamente, a Parte 1 da CIF, que diz respeito à Funcionalidade e Incapacidades, por ser este o objetivo principal do estudo. Desta parte da CIF, foram abordados seus dois componentes: Funções e Estruturas do Corpo, Atividade e Participação. Porém, por serem mais específicos em relação ao objeto do estudo, foram incluídos apenas alguns domínios e categorias, descritos a seguir.

- Funções (b): mentais (b1), sensoriais e dor (b2), da voz e da fala (b3), do aparelho respiratório (b4), neuromusculares (b7) e relacionadas ao movimento (s7).
- Estruturas do Corpo (s): referentes ao sistema nervoso (s1), relacionadas à voz e à fala (s3), do aparelho cardiorrespiratório (s4), relacionadas com o movimento (s7).
- Atividade e Participação (d): mobilidade (d4), autocuidados (d5), interações e relacionamentos interpessoais (d7).

Em cada domínio, foram escolhidos para compor a lista resumida as funções específicas que mais se identificaram com o objeto do estudo.

Os códigos foram utilizados para classificar distintos estados de saúde e relacionados com a saúde dos pacientes incluídos no estudo, no sentido de expressar funcionalidades e incapacidades identificadas por intermédio dos qualificadores.

Neste estudo, em relação aos componentes Funções e Estruturas do Corpo, os qualificadores foram aplicados para identificar apenas se o paciente possui ou não deficiência, e não a magnitude da deficiência, de forma que o código zero (0) indicou que o participante não apresentou nenhuma deficiência (bXXX.0) e o código oito (8) indicou que o paciente apresentou uma deficiência não especificada, ou seja, presente, mas não quantificada em relação à gravidade (bXXX.8). No caso de pacientes que, porventura, demonstraram algum problema que inviabilizou a avaliação de determinada categoria, esta foi classificada como não aplicável, com o código nove (9) ou (bXXX.9). Utilizou-se a lista resumida desta forma por ser mais prática e por não implicar os resultados, visto que o mais importante para a pesquisa era identificar as incapacida-

des e não sua dimensão.

A constatação sobre se houve melhora ou não, do estado de funcionalidade do momento de admissão hospitalar até a ocasião da alta, foi feita baseada no fato de o participante que a princípio apresentou deficiência e posteriormente deixou de apresentar, e não no quanto melhorou da deficiência, visto que a magnitude da deficiência não foi quantificada.

Em relação aos componentes Atividade e Participação, os dois domínios foram classificados juntos, em componente único. Para qualificar este componente, foram utilizados dois qualificadores: (dXXX.YZ) - desempenho (Y) e capacidade (Z). Neste estudo, porém, o qualificador “desempenho” não foi analisado para ser mostrado, pois identifica aquilo que a pessoa realiza na vida real, e não em um ambiente padrão, como um hospital. Por este motivo, os qualificadores desempenho e capacidade aparecerão pré-identificados com a forma: dXXX.Z.

Já o qualificador “capacidade” se expressou da seguinte maneira: código zero (0) para nenhuma dificuldade ao realizar a atividade ou código oito (8) para dificuldade não especificada, ou seja, presente, mas não quantificada. Os qualificadores foram aplicados para indicar se existia ou não uma dificuldade, mas não a magnitude da dificuldade. No caso de pacientes que porventura expressaram algum problema que inviabilizou a avaliação de determinada categoria, esta foi classificada como não aplicável, com o código nove (9).

A constatação acerca de se houve melhora ou não, do estado de funcionalidade do momento de admissão hospitalar até a ocasião da alta, foi feita baseada no fato de o participante que a princípio demonstrou dificuldade e posteriormente deixou de o fazer, e não no quanto melhorou da dificuldade, visto que a magnitude da dificuldade não foi quantificada.

O armazenamento e o tratamento dos dados foram realizados no SPSS versão 20.0. Realizou-se análise descritiva de todas as variáveis, utilizando-se frequências absoluta e relativa para as categóricas e médias, desvio-padrão, mínimo e máximo, para as contínuas. Variáveis categóricas e contínuas foram confrontadas com os desfechos ou variáveis dependentes a fim de se verificar possíveis associações. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparações de grupos envolvendo variáveis numéricas. Recorrem-se aos testes de Qui-Quadrado e Exato de Fisher para comparações de variáveis categóricas. O nível de significância adotado em todos os testes foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IJF, em cumprimento à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o número 692.559.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 231 adolescentes e jovens na faixa etária de 12 a 24 anos, internados em um hospital de referência terciária de Fortaleza – CE, Brasil.

Em relação a todos os aspectos da funcionalidade analisados neste item, é importante ressaltar que foram consideradas todas as alterações ou referências de dificuldades dos participantes, partindo do princípio de que cada um pode ter mais de um tipo de dificuldade. Esta justificativa explica o fato de o total encontrado ser maior do que o da amostra do estudo.

Conforme explicado na metodologia, a CIF é formada por códigos compostos de letras e números. Por este motivo, os aspectos da funcionalidade foram relacionados com seus devidos códigos durante a descrição dos resultados.

### Aspectos relacionados à funcionalidade no momento da admissão hospitalar

Com amparo nos componentes da CIF, constatou-se que as categorias e seus níveis mais alterados no momento da admissão foram os observados (Figura 1).

• *Atividades e Participação relacionadas à mobilidade (d4), com 331 (72,27%) referências de dificuldade nas funções, em que estão incluídas as atividades de mudança na posição básica do corpo (d410.\_8) e deambulação (d450.\_8).*

• *Atividades e Participação relacionadas às interações e relacionamentos interpessoais (d7), com 151 (65,4%) referências de dificuldade na função, na qual está incluída interação interpessoal básica (d710.\_8).*

• *Atividades e Participação relacionadas a autocuidado (d5), com 262 (37,8%) referências de dificuldade nas funções, em que estão incluídos os cuidados relacionados com o processo de excreção (d530.\_8), de comer (d550.\_8) e de beber (d560.\_8) com independência.*

• *Funções relacionadas ao aparelho respiratório (b4), com 370 (26,71%) referências de dificuldade nas funções, em que estão inclui-*

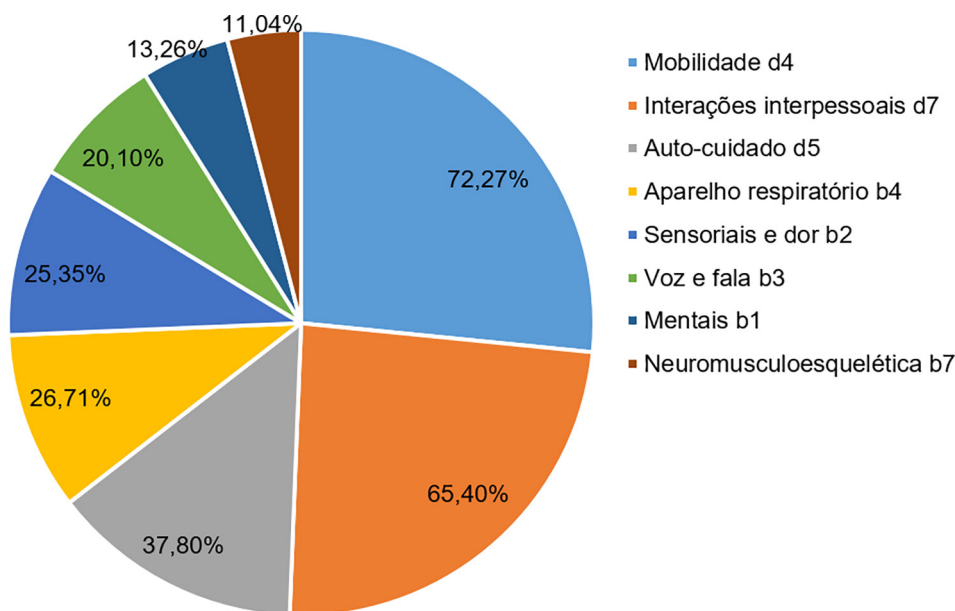


Figura 1. Distribuição da proporção de dados de funcionalidade, relacionados às categorias mais alteradas no momento da admissão de adolescentes e jovens vítimas de violência armada

das as funções da respiração (b440.8), como frequência respiratória (b4400.8), ritmo respiratório (b4401.8), profundidade respiratória (b4402.8), uso de via aérea artificial e de oxigênio (b4409.8), assim como, funções respiratórias adicionais, como a eficácia da tosse (b450.8).

- Funções sensoriais e de dor (b2), com 232 (25,35%) referências de dificuldade nas funções, aí incluídas as funções da visão (b210.8), audição (b230.8), tátil (b265.8) e dolorosa (b280.8).

- Funções da voz e da fala (b3), com 45 (20,1%) referências da dificuldade nas funções;

- Funções mentais (b1), com 61 (13,26%) referências de dificuldade nas funções, incluídas as funções da consciência (b110.8) e da orientação (b114.8).

- Funções neuromusculoesqueléticas (b7), com 306 (11,04%) referências de dificuldade nas funções, incluídas as funções de força (b730.8) e tônus de músculos isolados ou grupos musculares (b7350.8), força (b7301.8) e tônus (b7351.8) de músculos de um membro, força (b7302.8) e tônus (b7352.8) de músculos de um lado do corpo, força (b7303.8) e tônus (b7353.8) de músculos da parte inferior do corpo, força (b7304.8) e tônus (b7354.8) de músculos de todos os membros, força (b7306.8) e tônus (b7356.8) de todos os músculos do corpo.

Percebeu-se ainda, que, entre as categorias descritas como as mais alteradas no momento da admissão, as relacionadas à atividade e participação (d) ocuparam os primeiros

lugares. Analisou-se cada categoria específica com seu respectivo nível e as que demonstraram mais alterações no momento da admissão do paciente foram descritas (Figura 2).

- Deambulação (d450.\_8), relacionada à função de mobilidade (d4): 191 (84,1%) referências da dificuldade na função.

- Mudança na posição básica do corpo (d410.\_8), relacionada à função de mobilidade (d4): 170 (73,6%) referências da dificuldade na função.

- Interações interpessoais básicas (d710.\_8), relacionadas à função de interação e relacionamento interpessoal (d7): 151 (65,4%) referências da dificuldade na função.

- Padrão de marcha (b770.8), relacionado à função neuromusculoesquelética (b7): 57 (57%) referências da dificuldade na função;

- Sensação de dor (b280.8), relacionada às funções sensoriais (b2): 108 (46,8%) referências de alteração na função.

Percebeu-se, ainda, que, entre estas categorias específicas descritas como as mais alteradas no momento da admissão, as relacionadas à atividade e participação (d) foram as mais afetadas. As categorias específicas que proporcionaram menos alterações no momento da admissão do paciente foram todas relacionadas à função neuromusculoesquelética (b7), ou seja, às funções do corpo (b) (Figura 3).

- Tônus muscular de todos os membros (b7354.8), com quatro (1,7%) referências da dificuldade nas funções.

- Força muscular de todos os membros

(b7304.8), com cinco (2,2%) referências da dificuldade nas funções.

- Tônus de todos os músculos do corpo (b7356.8), com sete (3%) referências da dificuldade nas funções.

- Tônus de músculos isolados e grupos (b7350.8), e tônus muscular de um lado do corpo (b7352) competindo, com nove (3,9%) referências da dificuldade nas funções.

- Força de todos os músculos do corpo (b7306.8), com dez (4,3%) referências da dificuldade nas funções.

### Aspectos relacionados à funcionalidade no momento da alta hospitalar

Os aspectos da funcionalidade e suas alterações foram analisados com suporte nos componentes da CIF. Confirmou-se que as categorias e seus níveis mais alterados no momento da alta foram os descritos na sequência (Figura 4).

- Atividades e Participação relacionadas às interações e relacionamentos interpessoais (d7.\_8), com 149 (64,5%) referências da dificuldade nas funções.

- Atividades e Participação relacionadas à mobilidade (d4.\_8), com 170 (36,79%) referências da dificuldade nas funções.

- Atividades e Participação relacionadas à autocuidado (d5.\_8), com 203 (29,29%) referências da dificuldade nas funções.

- Funções sensoriais e de dor (b2.8), com 214 (23,38%) referências da dificuldade nas funções.

- Funções da voz e da fala (b3.8), com 38 (16,8%) referências da dificuldade nas funções.

- Funções mentais (b1.8), com 61 (13,26%) referências da dificuldade nas funções.

- Funções neuromusculoesqueléticas (b7.8), com 300 (10,45%) referências da dificuldade nas funções.

- Funções relacionadas ao aparelho respiratório (b4.8), com 70 (5,05%) referências da dificuldade nas funções.

Nota-se, ainda, que, entre estas categorias descritas como as mais alteradas no momento da alta, as relacionadas à atividade e participação (d) ocuparam os primeiros lugares. As categorias específicas e seus níveis que proporcionaram mais alterações em relação aos aspectos relacionados à funcionalidade foram as que se delineiam agora (Figura 5).

- Interações interpessoais básicas (d7), relacionadas à função de interação e relacionamento interpessoal (d710.\_8): 149 (64,5%)

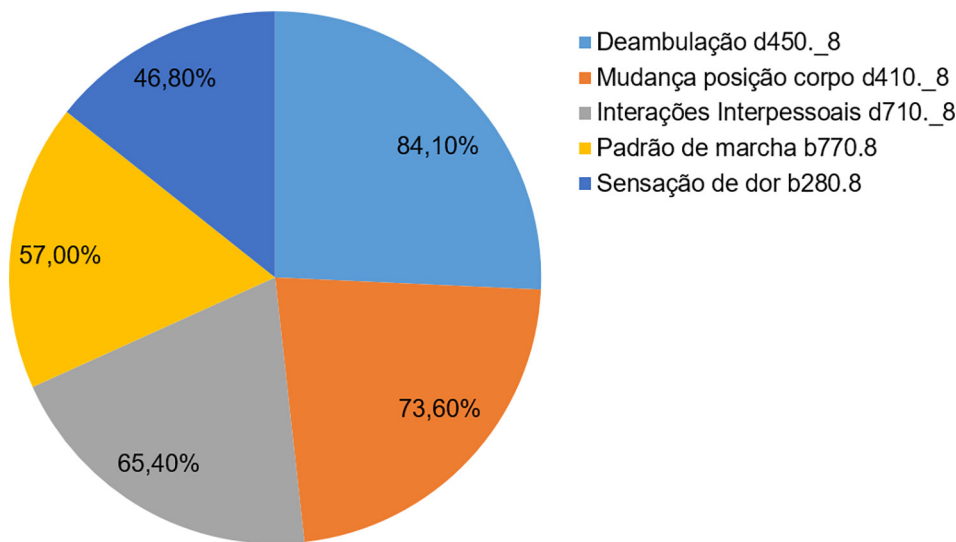


Figura 2. Distribuição da proporção dos dados relacionados às categorias específicas mais alteradas da funcionalidade, no momento da admissão de adolescentes e jovens vítimas de violência armada

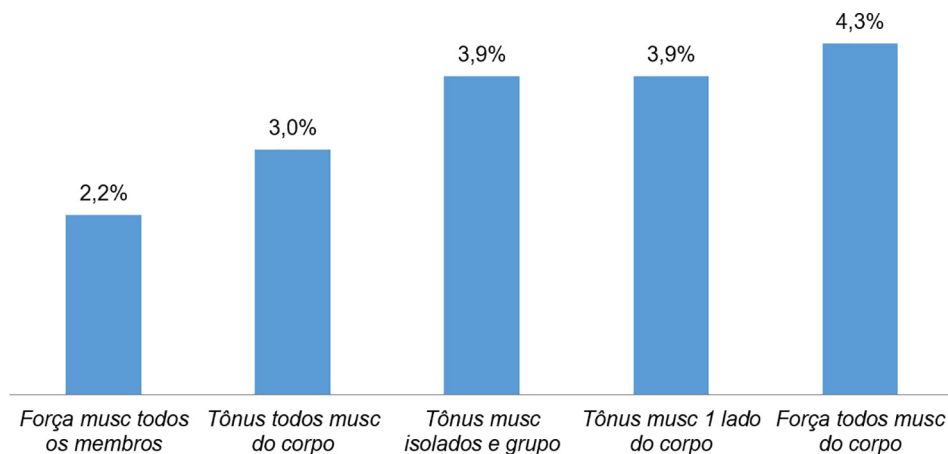


Figura 3. Distribuição dos dados relacionados às categorias específicas da funcionalidade menos alteradas, no momento da admissão de adolescentes e jovens vítimas de violência armada

referências da dificuldade na função.

• **Deambulação (d450.\_8)**, relacionada à função de mobilidade (d4): 110 (47,6%) referências da dificuldade na função.

• **Força de um membro (b7301.8)**, relacionada à função neuromusculoesquelética (b7): 102 (44,2%) referências da dificuldade na função.

• **Função tátil (b265.8)**, relacionada às funções sensoriais (b2): 98 (42,6%) referências de alteração na função.

• **Sensação de dor (b280.8)**, relacionada às funções sensoriais (b2): 92 (39,8%) referências de alteração na função.

Percebeu-se, ainda, que, entre estas categorias específicas descritas como as mais alteradas no momento da alta, as relacionadas

à atividade e participação (d) ocuparam os primeiros lugares. As categorias específicas que proporcionaram menos alterações no momento da alta do paciente apresentaram-se todas relacionadas às funções do corpo (b), conforme segue:

• **Força muscular de todos os membros (b7304)**, empatada com **tônus muscular de todos os membros (b7354.8)**, ambos relacionados à função neuromusculoesquelética (b7), com quatro (1,7%) referências da dificuldade nas funções.

• **Necessidade de oxigenioterapia (b4409.8)**, relacionada às funções do aparelho respiratório (b4), com cinco (2,2%) referências da dificuldade nas funções.

• **Ritmo Respiratório (b4401.8)**, relaciona-

do às funções do aparelho respiratório (b4), com seis (2,6%) referências da dificuldade nas funções.

• **Tônus de todos os músculos do corpo (b7356.8)** relacionados à função neuromusculoesquelética (b7), com sete (3%) referências da dificuldade nas funções.

• **Tônus de músculos isolados e grupos (b7350.8)** relacionados à função neuromusculoesquelética (b7), com oito (3,5%) referências da dificuldade nas funções.

## DISCUSSÃO

É sabido que, com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a pessoa deixa de ser considerada como aquela com determinada deficiência, para que sejam enfatizados, especialmente, os componentes da funcionalidade e dos fatores contextuais que facilitam e dificultam a realização de suas atividades.<sup>10</sup>

Neste estudo, aplicou-se a CIF em 231 adolescentes e jovens lesionados por arma de fogo. No momento da admissão, as alterações nas categorias relacionadas à mobilidade (d4) predominaram em mais da metade dos participantes do estudo, bem como as categorias relacionadas às interações e relacionamentos interpessoais (d7), seguidas das categorias relacionadas a autocuidado (d5), que ocupou o terceiro lugar quanto às alterações do estado de funcionalidade. Entre estas categorias, destacaram-se por ordem de alteração as categorias específicas de deambulação (d450.\_8), mudança na posição básica do corpo (d410.\_8) e interações interpessoais básicas (d710.\_8).

Autores ressaltam que a mobilidade comprometida, dentro de uma perspectiva funcional, pela falta de habilidade de pessoa em se movimentar livremente, pelos défices na marcha e pela dependência quanto às atividades de vida diária, significa dificuldade nos deslocamentos no próprio domicílio e em outros ambientes. Alterações motoras podem ensejar fraqueza muscular, espasticidade e padrões anormais de movimento que podem impedir ou dificultar as transferências, a deambulação e a realização das atividades de vida diária, limitando, assim, a execução das atividades e, conseqüentemente, levando à restrição na participação social.<sup>11</sup>

No geral, a amostra deste estudo demonstrou deficiências em diversas funções, tais como respiratórias (b4), da fala e da voz (b3), mentais (b1), sensoriais (b2) e neuromusculoesqueléticas (b7). Para a elaboração do plano terapêutico, capacidades conservadas e di-

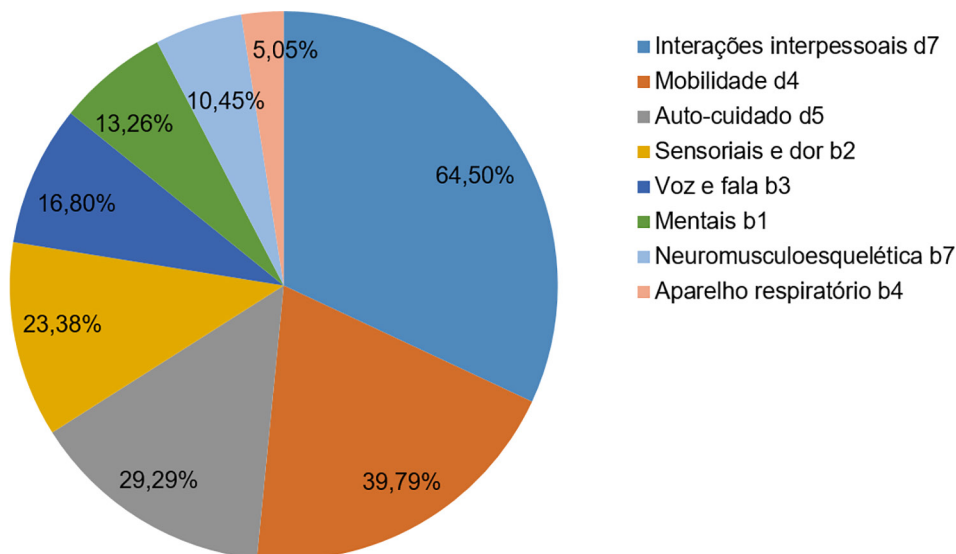


Figura 4. Distribuição da proporção dos dados relacionados às categorias da funcionalidade mais alteradas, no momento da alta de adolescentes e jovens vítimas de violência armada

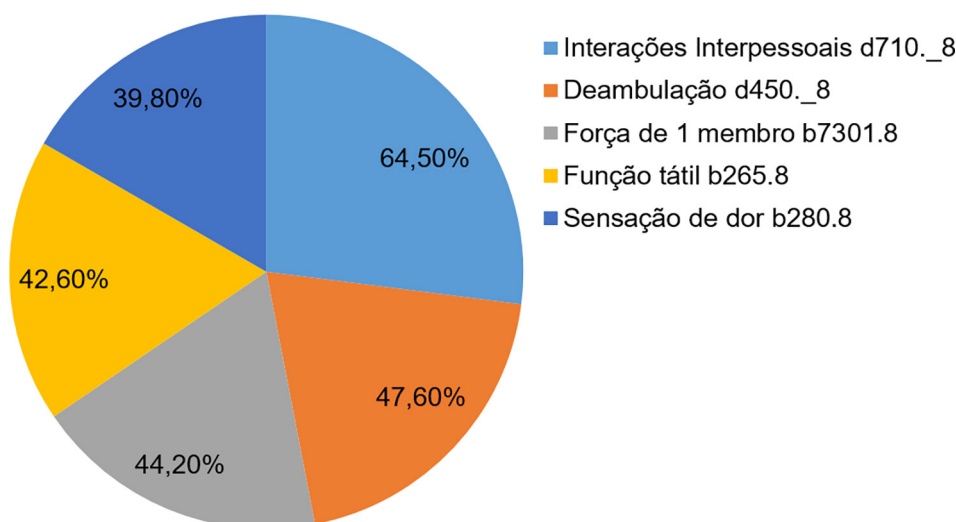


Figura 5. Distribuição da proporção dos dados relacionados às categorias específicas mais alteradas da funcionalidade, no momento da alta de adolescentes e jovens vítimas de violência armada

ficuldades reveladas constituem informações importantes.

A todo momento busca-se a independência do paciente em relação aos limites físicos, cognitivos e comportamentais impostos pela incapacidade. Em pessoas acometidas por PAF, a locomoção e a perda do controle postural representam funções geralmente afetadas. As condições de saúde física e psicológica de indivíduo são importantes nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no processo de reabilitação.<sup>12</sup>

Neste estudo, observou-se a ausência de melhora da função mental (b1) no momento da alta, quando comparada à admissão, e da

discreta melhora nas funções relacionadas à interação interpessoal (d7) e sensoriais (b2). Houve também melhora das categorias relacionadas à mobilidade (d4) e às funções respiratórias (b4) no momento da alta. Apesar da melhora ter acontecido, contudo, não chegou a atingir sequer metade dos participantes, nem nas categorias relativas à mobilidade (d4), nem na função respiratória (b4).

Com relação às alterações no componente função (b), percebe-se que duas categorias que não constavam no momento da admissão como alteradas, função tátil (b265.8) e força de um membro (b730.8), apareceram entre as mais alteradas no momento da alta. Percebe-

se, ainda, que duas categorias do componente atividade e participação (d), encontradas na lista das mais alteradas na admissão, deixaram de constar na lista das mais alteradas no momento da alta (demonstrando melhora), como mudança na posição básica do corpo (b730.8) e padrão de marcha (b770.8).

Já no concernente à análise das categorias alteradas tanto na admissão quanto na alta, apenas a categoria deambulação (d450.\_8) expressou melhora, fato indicativo de que parte dos participantes que não andavam ou que tiveram dificuldade durante a atividade passaram a andar normalmente. Em contrapartida, a função (b) de sensação de dor (b280.8) e as atividades e participação (d) relacionadas às interações interpessoais básicas (d710.\_8) praticamente não tiveram melhora.

Destaca-se que no hospital onde foi realizada a pesquisa existe carência significativa de psicólogos e conta com apenas um terapeuta ocupacional. Nessa perspectiva, o enfoque da interdisciplinaridade da equipe de saúde no aprimoramento de sua assistência visa a compartilhar conhecimentos, habilidades e atitudes, no sentido de reduzir ou amenizar possíveis sequelas que podem vir a se instalar em decorrência da PAF.<sup>13</sup>

Observou-se que duas categorias relacionadas à função respiratória (b4) encontram-se na lista dos menos alterados no momento da alta e ambas não se encontravam entre os menos alterados na ocasião da admissão, significando que da admissão até a alta houve diminuição do número de referências quanto à dificuldade nas funções, ou seja, melhoraram. Vale ressaltar que o hospital alvo do estudo possui assistência fisioterapêutica respiratória todos os dias da semana.

Segundo pesquisa realizada, em pacientes com traumas torácicos, como a PAF, a intervenção fisioterapêutica respiratória traz benefícios nos parâmetros fisiológicos na ausculta pulmonar, na saturação de oxigênio e na gassometria, diminui o risco de complicações das funções respiratórias e de infecções hospitalares.<sup>14</sup>

Outras categorias do componente função (b) incluídas na lista das menos alteradas no momento da alta, assim como todas as categorias listadas entre as menos alteradas na admissão, fazem parte da categoria funções neuromusculoesqueléticas (b7). Praticamente, não houve melhora destas categorias entre a admissão e a alta.

Disfunções relacionadas a défices de força muscular e dificuldades de movimento interferem na capacidade de se manter o controle postural, que interferem no desempenho das

atividades funcionais do indivíduo.<sup>15</sup>

Ao se analisar o estado de funcionalidade no momento da admissão e da alta, percebeu-se que as categorias dos componentes funções (b) e atividade e participação (d) mais alteradas foram as relacionados à mobilidade; às funções neuromusculoesqueléticas e às funções respiratórias.

## CONCLUSÃO

A CIF permitiu aos profissionais de saúde do hospital alvo do estudo, traçar um perfil de funcionalidade específico para a situação vivenciada por parte dos adolescentes e jovens vítimas da violência por arma de fogo, considerando o seu contexto, facilitando a identificação das deficiências, limitações e restrições que o situam num estado de incapacidade, elementos decisivos para a resolução das realidades clínicas.

Com origem nos componentes da CIF, evidenciou-se o fato de que o prejuízo funcional foi mais acentuado em relação às categorias das atividades e participação (d), tanto na admissão hospitalar, como na alta, confirmando que as lesões decorrentes da violência por arma de fogo ocasionam vários tipos de incapacidades.

Se as instituições pudessem identificar melhor estas incapacidades pela análise do estado de funcionalidade e codificar a informação por meio da CIF, estas informações poderiam ser acompanhadas sistematicamente e aproveitadas para propiciar eficiência no

referenciamento para os serviços na Rede de Atenção à Saúde e para outros setores além da Saúde, garantindo o processo de reabilitação destes adolescentes e jovens.

A avaliação funcional realizada nos adolescentes e jovens lesionados por PAF durante o período do estudo permitiu conhecer o estado de funcionalidade destas vítimas de modo interdisciplinar, com base no modelo multidirecional da CIF, detectando-se o risco de incapacidade funcional no momento da admissão e da alta. Também tornou mais fácil identificar as deficiências estruturais e funcionais, as limitações para a execução das atividades humanas e as restrições de participação.

## REFERÊNCIAS

- Duarte A, Martinez BP. Abordagem fisioterapêutica no declínio funcional do paciente crítico. In: Dias CM, Martins JA. Programa de atualização em fisioterapia em terapia intensiva adulto: ciclo 2. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 63-87.
- Andrade PMO, Ferreira FO, Vasconcelos AG, Lima EP, Haase VG. Perfil cognitivo, déficits motores e influência dos facilitadores para reabilitação de crianças com disfunções neurológicas. Rev Paul Pediatr. 2011;29(3):320-7.
- Guimarães F, Castaneda L. Classificação internacional de funcionalidade na fisioterapia neurofuncional. In: Garcia CSNB, Facchinetti LD. Programa de atualização em fisioterapia neurofuncional: ciclo 1. Porto Alegre: Artmed; 2013; p. 43-66.
- Matos KF, Martins CBG. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. Rev Esp Saude. 2013;14(1-2):82-93.
- Françoso LA, Coates V. Repercussões sociais das seqüelas físicas em adolescentes vítimas de acidentes de trânsito. Adolesc Saude. 2008;5(1):6-13.
- Santos CA, Pedreira NC, Cerqueira TMS. Perfil das ocorrências por arma de fogo atendidas no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) em Feira de Santana no ano de 2012-2013 [Monografia]. Feira de Santana: Faculdade Nobre; 2013.
- Sanchez S, Duarte SJH, Pontes ERJC. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. Saude soc. 2009;18(1):95-102.
- Horta NC, Sena RR. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. Physis. 2010;20(2):475-95.
- Instituto Doutor José Frota [homepage na Internet]. Fortaleza: IJF; c2014 [citado 2014 mar 20] Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/institucional/a-secretaria-347>
- Araujo ES. Manual de utilização da CIF em saúde funcional. São Paulo: Andreoli; 2011.
- Pasin JSM, Teixeira WS. A funcionalidade de sujeitos com disfunções neurológicas sob a ótica da CIF. Santa Maria: UNIFRA; 2012.
- Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Soares DM, Cianca TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. Rev Bras Enferm. 2010;63(6):1056-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600029>
- Vieira LIES, Souza ER, Xavier EP, Lira SVG, Ferreira RC. Relatos da equipe de saúde quanto às práticas educativas ao vitimado no trânsito durante a hospitalização/reabilitação num hospital de emergência. Saude Soc. 2010;19(1):213-23.
- Waltrick T, Cunem SK. Benefícios das Técnicas de Fisioterapia Respiratória em Pacientes com Dreno Pleural Vitimizadas por Trauma Torácico. Rev Inspirar Mov Saude. 2012;4(4):9-15.
- Queiroz E, Araujo TCCF. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. Paidéia. 2009;19(43):177-87.