



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Maria Cristina Pedro Biz

Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade  
e Saúde – CIF em um Centro Especializado em Reabilitação

Campinas  
2019

MARIA CRISTINA PEDRO BIZ

IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE  
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE - CIF EM UM CENTRO  
ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde,  
Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências  
Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte  
dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora  
em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, na área de  
Interdisciplinaridade e Reabilitação

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA REGINA YU SHON CHUN

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE A VERSÃO FINAL  
DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA MARIA CRISTINA  
PEDRO BIZ, E ORIENTADA PELA PROF<sup>a</sup> DRA REGINA  
YU SHON CHUN

CAMPINAS  
2019

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

B553i Biz, Maria Cristina Pedro, 1964-  
Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade,  
Incapacidade e Saúde-CIF em um centro especializado em reabilitação / Maria  
Cristina Pedro Biz. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Regina Yu Shon Chun.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Ciências Médicas.

1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 2.  
Indicadores em saúde. 3. Atenção à saúde. 4. Centros de reabilitação. I. Chun,  
Regina Yu Shon, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** International Classification of Functioning, Disability and Health-  
ICF implementation in a specialized rehabilitation center

**Palavras-chave em inglês:**

International Classification Functioning, Disability and Health  
Health indicators  
Health care  
Rehabilitation center

**Área de concentração:** Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Titulação:** Doutora em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Banca examinadora:**

Regina Yu Shon Chun [Orientador]  
Ademar Arthur Chioro dos Reis  
Cassia Maria Buchalla  
Gastão Wagner de Sousa Campos  
Maria Filomena de Gouveia Vilela

**Data de defesa:** 02-10-2019

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-6066-3514>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/4506842639176292>

## **COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

MARIA CRISTINA PEDRO BIZ

---

**ORIENTADOR: REGINA YU SHON CHUN**

---

### **MEMBROS:**

1. PROFA. DRA. REGINA YU SHON CHUN
2. PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS
3. PROF. DR. ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS
4. PROFA. DRA. CASSIA MARIA BUCHALLA
5. PROF. DR. MARIA FILOMENA DE GOUVEIA VILELA

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 02/10/2019**

## DEDICATÓRIA

.

À LOURDES E FRANCISCO

*In memoriam*

## EPÍGRAFE

*Esta é a postura consequente:  
mudar a prática para abrir caminho à mudança de  
atitudes e pensamentos.*

*(David Capistrano da Costa Filho)<sup>1</sup>*

## AGRADECIMENTOS

*A vida é arte e sonha além  
Quando a gente reparte com alguém  
Que de cada risco, cada traço do pincel  
Entrelaça o passo com o nosso no papel  
(Pequena canção da amizade – Marcos Canduta e Julinho Bittencourt)*

O caminho é sozinho na elaboração de uma tese, mas não solitário. E compartilhar sentimentos, os mais diversos, é tão necessário. O que resume é gratidão.

À Prof<sup>a</sup> Dra Regina Yu Shon Chun, pela condução deste caminho. Sempre pontual e precisa, já de início apontou o que seria o potencial do meu estudo, mas que eu, por estar tão envolvida, não conseguia alcançar.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em especial as professoras Adriana Lia Friszman de Laplane, Ana Carolina Constantini, Lúcia Helena Reily e Ricardo Santhiago, pelas conversas e contribuições diretas a esta tese.

Aos professores Dr Ademar Arthur Chioro dos Reis, Dr<sup>a</sup> Cassia Maria Buchalla, Dr Gastão Wagner de Sousa Campos, Dra Maria Filomena de Gouveia Vilela, Dr Wederson Rufino dos Santos, pela generosidade, cuidado na leitura do trabalho e preciosas contribuições durante a banca de qualificação e de defesa, e as professoras Dra Helenice Yemi Nakamura, Dra Maria Cecília Trenche Bonini e Dra Maria de Lurdes Zanolli pela atenção e disponibilidade.

À todos os colegas da pós, sempre tão acolhedores, cuidadosos e prontos para auxiliar, no melhor estilo do “*estamos juntos*”.

À Regina, chefe de seção do serviço de reabilitação deste estudo, onde atuei por quase trinta anos, e aos colegas que tornaram esse trabalho possível: Cintia, Flavia, Ricardo, Gilberto, Aline, Airton, Ana Maria, Pedro, Stela, Carlos, Sueli, Melina, Terezinha, Teresa, Leniza, Carla, Simone, Doris e Lucia. Colegas que me fazem sentir orgulhosa e privilegiada em compartilhar e construir um tempo dentro do SUS.

Aos usuários do serviço, sentido deste trabalho e da busca constante por formas mais humanizadas de cuidado.

Aos colegas e militantes do SUS, em especial ao FENTAS e a gestão 2010-2013 do Conselho Nacional de Saúde, onde tive o privilégio em compartilhar da bancada. Este período, além do enorme aprendizado, reitera a importância dos espaços de representação social e se configura na defesa intransigente destes meios como forma de assegurar a democracia garantindo direitos.

Ao Dr Eduardo Santana Cordeiro, com quem iniciei as minhas primeiras experiências com a CIF.

Ao Dr Igor da Costa Borysow pela atenção, cuidado e prontidão as minhas demandas.

À prof Dra Fernanda Cockell, que tornou minha reta final de trabalho no SUS ainda mais significativa, possibilitando compartilhar e pensar formas de estruturação da CIF na perícia médica, medicina do trabalho e reabilitação profissional, o que culminou em portaria municipal para avaliação dos servidores. Permitiu reforçar a expressão: *fechar com chave de ouro!*

As colegas da diretoria executiva da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, gestão 2017-2019, que me inspiram e estimulam.

Ao Grupo de pesquisa CERBRASIL, tão bem coordenado pela Profª Drª Luciana Castaneda, o qual tenho a honra em compor, trabalhar e seguir na concretização de um modelo de cuidado em saúde que prime pela integralidade.

À Lia Rangel, e sua roda de escrita, contribuindo muito para dar contorno a estes registros.

A Heliana Maguolo, pelos olhos atentos e cuidadosos a este texto.

Aos amigos e amigas escolhidos para compartilhar esses ciclos de vida: Conceição, Sandra Gomes, Sandra Antunes, Teresa, Paloma, Claudia, Mara, Jaqueline, Aninha, Paulo, Caci, Grela, Daniele, Jenival, Laura, Ligia, Brasa, Cristina Jabbur, Cidinha, Adriana, Renato, Marcia, Reginalice, Cecilia, Harete, Lourdes, Maria José, Delmira, Isis, Rosana... e tantos outros queridos que amenizam as dificuldades de tempos difíceis com alegria e empatia.

À minha querida irmã Lourdes, por suas velas acesas e estímulos constantes, e os irmãos Álvaro, Luiza, Dalva, José e Marli sempre na torcida por conquistas maiores.

À minha família, sem dúvida o espaço mais significativo de convívio com o contrário.

Ao Jabuticaba, que nos momentos difíceis me levava para ver o mar.

Deixo a todos vocês, como forma de homenagear a amizade, mais uma linda canção deste compositor caçara. A rede que construímos ao longo da vida diz muito sobre nosso trajeto.

AbraSUS

*Meus amigos são o melhor que há  
Desde toda parte, de todo lugar  
Meus amigos vão onde quer que eu vá  
E onde eles estão é onde vou estar  
E os amigos deles são amigos meus  
E os amigos deles são amigos meus  
Deus que te proteja de tocar um dedo  
Num amigo meu  
(Rede Social, Julinho Bittencourt)*

## RESUMO

**Introdução** A adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica vem sendo discutida na literatura em vários países. Alguns desafios são apontados para sua implementação, tais como a capacitação profissional, a mudança de paradigma e cultura do modelo em saúde, a prática clínica hoje hegemônica e centrada na doença, o apoio gerencial, bem como formas de aplicação da CIF que tornem possível sua incorporação na rotina clínica e atendam as necessidades locais. Modos de sistematizar sua operacionalização podem contribuir para superar essas questões.

**Objetivo:** Analisar e descrever o processo de implementação da CIF em um Centro Especializado em Reabilitação em uma cidade de médio porte de São Paulo.

**Material e Método:** Pesquisa-ação de delineamento descritivo e analítico, de caráter longitudinal, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer do CAAE nº 69670917.7.0000.5404. A amostra foi constituída por dois grupos de participantes: 20 profissionais, sendo 11 fisioterapeutas, 2 Terapeutas Ocupacionais, 3 Psicólogas e 4 Fonoaudiólogas, e 65 usuários do serviço, com agravos de origem neurológica, musculoesquelética e de aprendizagem. Os procedimentos de coleta de dados abrangeram: diário de campo com registro das etapas do processo de implementação da CIF, aplicação inicial de questionário acerca do conhecimento da CIF, grupos focais com profissionais e elaboração do *checklist* de cada setor e sua aplicação em dois momentos: avaliação e reavaliação. Foi feita análise qualitativa dos questionários iniciais, destacando-se os aspectos recorrentes e relevantes. Transcrição das gravações em áudio dos grupos focais e análise de conteúdo, com suporte do software MAXQDA. Construção de banco de dados com os resultados do *checklist* da CIF e análise estatística utilizando-se o Teste Wilcoxon.

**Resultados:** Como resposta ao questionário inicial, a maior parte dos profissionais se referiu ao conhecimento da CIF “*de ouvir falar*”. Apesar do pouco conhecimento, traziam a expectativa de que a CIF poderia contribuir em seu trabalho. A funcionalidade, conceito estruturante da CIF, foi trazida pela maioria dos profissionais de forma restrita, relacionada a alterações da função do corpo. Porém, há uma comum concordância de que o contexto interfere no desempenho do usuário. O grupo focal, após a capacitação, trouxe a importância do conhecimento da CIF e de seu modelo multidimensional para uso no serviço, bem como a preocupação em torno de como operacionalizar na prática. A elaboração dos *checklists* pelos profissionais dirimiu essa preocupação. Foram construídos 6 *checklists* da CIF, considerando-se os setores do serviço envolvidos, aplicados em 2 momentos, avaliação inicial e reavaliação após 3 meses. Somente no setor de Assistência Musculoesquelética em Fisioterapia é que as

reavaliações ocorreram após o curso de 10 sessões. O uso do *checklist* gerou indicadores de resolutividade da assistência prestada pelo serviço e de evolução dos usuários. O grupo focal ao final do processo de implementação trouxe a percepção dos profissionais de que a capacitação para o uso da CIF é fundamental e de que a construção de instrumentos da CIF que atendam as demandas locais e de cada setor é essencial para seu uso na rotina de trabalho.

**Considerações Finais:** A CIF possibilitou ampliar a visão da prática clínica dentro de uma abordagem biopsicossocial. O envolvimento dos profissionais na sua operacionalização, as evidências de resolutividade do serviço, além da visibilidade e organização do processo de trabalho, foram fundamentais para alcançar esses resultados. A implementação da CIF na rotina do serviço através da construção de ferramentas de avaliação, contribuiu para o planejamento e eficácia das estratégias terapêuticas, bem como gerar indicadores de resolutividade do serviço. Desenvolver instrumentos como *checklist* possibilitou para além da operacionalização da CIF, contribuir para ampliar o olhar do profissional dentro de uma perspectiva biopsicossocial e avançar em um modelo de atenção e cuidado integral.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Indicadores em Saúde; Atenção em Saúde; Centro de Reabilitação

## ABSTRACT

**Introduction** The adoption of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in the clinical practice is discussed in the literature of several countries. Studies point out some challenges faced when implementing the ICF, such as professional training, change of health, culture, and management support paradigm, as well as manners to use the ICF that meet the local needs. Ways of systematizing its operationalization can contribute to overcome such challenges.

**Purpose:** To analyze and describe the ICF implementation process in a Specialized Rehabilitation Center of a middle scale city in São Paulo state.

**Material and Method:** Research-action with a descriptive-analytical outline, longitudinal in nature, approved by the Research Ethics Committee, under CAAE 69670917.7.0000.5404. The sample comprised two groups of participants: 20 professionals, of which 11 were physiotherapists, 2 Occupational Therapists, 3 Psychologists, and 4 Speech and Language Pathologists, besides 65 users of the healthcare service, with grievances of neurological, musculoskeletal and learning origins. The procedures of data collection encompassed the following: a logbook for field notes registering the stages of the ICF implementation process, initial application of the questionnaire to appraise the degree of knowledge about the ICF, focal groups with professionals, and elaboration of a *checklist* for each sector in two different moments. The qualitative analysis of the results of the initially applied questionnaires was done, pointing out recurrent and relevant aspects. Audio recordings of focal groups were written out and the contents analyzed, using the software MAXQDA. A databank was constructed with the results from the ICF *checklists*, and statistical analysis was conducted using Wilcoxon Test.

**Results:** In the answers to the initially applied questionnaire, most of the professionals said to have got acquainted with the ICF by “*hearing about it*”. Despite this little degree of knowledge, they had the expectation of the ICF being capable to contribute to their work. All of them agreed on that the context affects participation. Functionality was little mentioned by most of the professionals, as related to alterations to the body function. After the training session, the focal group mentioned the importance of knowing the ICF for use in the healthcare service, but also showed concern about how to operationalize it in practical terms. The elaboration of checklists by the professionals solved that concern. 6 ICF checklists were elaborated, taking into consideration the healthcare sectors involved, and were used to collect relevant data in 2 moments, during the initial evaluation and during the re-evaluation. The *checklist* generated healthcare problem-solving indicators, as well as users’ evolution

indicators. The focal group, at the end of the implementation process, showed that the professionals perceived the use of ICF as fundamental, and that the construction of instruments meeting the local and each sector demands is key for the ICF use in their work routine.

**Final Considerations:** ICF allowed more biopsychosocial approach practice, based on the engagement of professionals in its operationalization, healthcare problem-solving evidences and organization of the work process. ICF implementation in the healthcare routine through the construction of tools for the therapeutic process evaluation has contributed to plan effective therapeutic strategies, as well as to generate healthcare problem-solving indicators. The development of instruments, such as the checklist, besides allowing the ICF operationalization, also contributed to expand the professional's view from a biopsychosocial perspective.

**Key-words:** International Classification of Functioning, Disability and Health; Health Indicators; Health Care; Rehabilitation Center

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|           |                                                          |    |
|-----------|----------------------------------------------------------|----|
| Figura 1  | Interações entre os componentes da CIF (WHO, 2001) ..... | 29 |
| Figura 2  | Categorias por níveis da CIF (WHO, 2001) .....           | 30 |
| Quadro 1  | Qualificadores da CIF (WHO, 2001) .....                  | 32 |
| Quadro 2  | Por que aprender e usar uma medida de deficiência? ..... | 39 |
| Grafico 1 | Etapas do processo de implementação da CIF .....         | 45 |

### **Artigo 1**

|          |                                                                                                                   |    |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro I | Qualificadores/construtos utilizados para os diferentes componentes de acordo com o grau de comprometimento ..... | 57 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### **Artigo 2**

|          |                                                                              |    |
|----------|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 | Profissionais que participaram de todo processo de implementação da CIF..... | 81 |
|----------|------------------------------------------------------------------------------|----|

### **Artigo 3**

|          |                                                                                                                  |     |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 | Qualificadores/construtos utilizados para os diferentes componentes de acordo com o grau de comprometimento..... | 101 |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## LISTA DE TABELAS E APÊNDICES

### Artigo 1

|            |                                                                                                                                             |    |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1   | Resultado da aplicação do <i>Checklist</i> em Fisioterapia Domiciliar .....                                                                 | 59 |
| Tabela 2   | Resultado da aplicação do <i>Checklist</i> em Fonoaudiologia Infantil.....                                                                  | 62 |
| Apêndice A | <i>Checklists</i> desenvolvidos na Assistência Domiciliar pela Fisioterapia,<br>Fonoaudiologia e Psicologia da Assistência Domiciliar ..... | 72 |
| Apêndice B | <i>Checklist</i> desenvolvido pela Assistência Musculoesquelética .....                                                                     | 75 |

### Artigo 3

|          |                                                                                  |     |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1 | Resultado da aplicação do <i>Checklist</i> em Fisioterapia Domiciliar.....       | 103 |
| Tabela 2 | Resultado da aplicação do <i>Checklist</i> em Fisioterapia Musculoesquelética .. | 105 |
| Tabela 3 | Resultado da aplicação do <i>Checklist</i> em Fonoaudiologia Infantil.....       | 106 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

BPC - Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CBCD - Centro Brasileiro de Classificação de Doenças

CER - Centro Especializado em Reabilitação

CDPD - Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DORT – Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho

IFBr - Índice de Funcionalidade Brasileiro

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LBI - Lei Brasileira de Inclusão

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MDS- Model Disability Survey

MIF - Medida de Independência Funcional

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO - World Health Organization

WHODAS - World Health Disability Assessment Schedu

## SUMÁRIO

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| APRESENTAÇÃO .....                                                   | 19  |
| 1.INTRODUÇÃO .....                                                   | 23  |
| 2. CIF – ASPECTOS CONCEITUAIS E ESTRUTURAIS .....                    | 27  |
| 3. OBJETIVOS .....                                                   | 33  |
| 3.1. Objetivo Geral .....                                            | 33  |
| 3.2. Objetivos Específicos .....                                     | 33  |
| 4. REFERENCIAL TEORICO .....                                         | 33  |
| 4.1. Integração dos modelos biomédico e social .....                 | 34  |
| 4.2. Normas e regulamentação .....                                   | 35  |
| 4.3. Formas de uso da CIF .....                                      | 38  |
| 5.MATERIAL E MÉTODO .....                                            | 40  |
| 5.1.Aspectos Éticos .....                                            | 40  |
| 5.2.Constituição da Amostra .....                                    | 40  |
| 5.3.Descrição do Processo de Implementação .....                     | 41  |
| 5.4 Procedimentos de coleta de dados .....                           | 46  |
| 5.5 Formas de Análise.....                                           | 48  |
| 6.RESULTADOS .....                                                   | 49  |
| 6.1. Artigo 1 .....                                                  | 49  |
| 6.2. Artigo 2 .....                                                  | 76  |
| 6.3. Artigo 3 .....                                                  | 96  |
| 7.DISSCUSSÃO .....                                                   | 116 |
| 8. CONCLUSÃO .....                                                   | 120 |
| 9. ANÁLISE ESTATÍSTICA .....                                         | 122 |
| 9.1 Análise descritiva dos dados gerados pelo uso do checklist ..... | 122 |
| 10. REFERÊNCIAS .....                                                | 129 |
| 11. APÊNDICES .....                                                  | 135 |
| 11.1 Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos .....              | 135 |
| 11.2. <i>Checklists</i> da CIF desenvolvidos pela equipe .....       | 140 |
| 12. ANEXOS .....                                                     | 159 |
| 12.1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....                    | 159 |

|      |                                                    |     |
|------|----------------------------------------------------|-----|
| 12.2 | Comite de Ética Secretaria Municipal de Saúde..... | 162 |
|------|----------------------------------------------------|-----|

## APRESENTAÇÃO

O SUS, sem dúvida, é um dos resultados mais impactantes do processo de redemocratização do país. Garantir saúde como direito e de forma universal, com equidade e integralidade, tornou-se um desafio que nos impõe diariamente, como trabalhador de saúde, gestor, usuário, a necessidade de aperfeiçoar, qualificar e assegurar a atenção e o cuidado; o entendimento, todo o tempo, de que seus princípios e direitos constituídos estão sempre em disputa e carecem de defesa diária.

Ser funcionária e pesquisadora ao mesmo tempo no serviço que compõe este estudo, trouxe um misto de potência e fragilidade. A princípio esses sentimentos parecem conflitantes, mas ao longo do tempo vão dizendo de sentimentos que compõem a práxis não resumida à prática clínica, que envolvem tempo e espaço, que envolvem compromisso. Olhar para esse trajeto, ter a oportunidade de devolver ao serviço o que recebi é retribuir, mas também mostrar que somente de forma coletiva e afetiva fortaleceremos relações e políticas.

Esta tese surge como produto da minha experiência profissional, ao longo de 30 anos, na assistência à pessoa com deficiência em serviço de reabilitação do SUS. É fruto de um trabalho iniciado em 1990 quando o país ainda dava seus primeiros passos na construção de um sistema de saúde universal. Era o SUS iniciando seus passos e eu com ele. E a certeza de estar no lugar certo, na hora certa.

Nessa época, poucas eram as políticas públicas específicas que acolhessem as demandas das pessoas com deficiência. Quando ocorriam, traziam viés assistencialista que ainda hoje persiste em algumas áreas. Os serviços de reabilitação públicos, de administração direta, que não estivessem ligados às entidades filantrópicas, também inexistiam. Trabalhei em uma dessas instituições filantrópicas que assistiam crianças com deficiência, antes de ingressar em concurso público no município em que resido.

O serviço de reabilitação em que atuei ao longo desses 30 anos estava sendo construído como parte de um projeto político maior, parte da estratégia de municipalização da saúde, devido ao processo de descentralização da gestão proposta pelo SUS.

Esse projeto político tinha como mentor David Capistrano da Costa Filho, médico, sanitarista, secretário de saúde e depois prefeito do município. Com sua genialidade e visão sanitarista que transpunha seu tempo, o projeto compreendia saúde na concepção ampliada, com medidas que envolviam a amplificação da assistência em rede, o cuidado integral, mas também saneamento, moradia, educação e emprego.

Iniciou-se nessa época um modelo de atenção domiciliar que compreendia da internação domiciliar à assistência e reabilitação. Na época, havia a oferta de serviço domiciliar através de convênio com clínicas pelo antigo INPS – Instituto Nacional de Previdência Social e executado por profissionais não habilitados em fisioterapia. Esse serviço foi municipalizado e contratado fisioterapeutas, através de concurso público, para colocá-lo em prática. Mais tarde esse serviço de Fisioterapia Domiciliar amplia a assistência incorporando outras especialidades, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social. Recentemente modelo parecido foi adotado como política pelo governo federal e o município se ajustou às diretrizes do Ministério da Saúde. Não havia médico na equipe pois outros serviços, também de assistência domiciliar (Programa de Internação Domiciliar-PID e Programa de Atendimento Domiciliar-PAD ), contemplavam com a assistência deste profissional. Para referenciar a fisioterapia domiciliar foi criado um serviço ambulatorial de reabilitação. O encaminhamento de usuários era referenciado pelos hospitais ou UBSs – Unidades Básicas de Saúde, para o atendimento domiciliar e para fisioterapia domiciliar ou UBSs - para a unidade ambulatorial de reabilitação. Essa estrutura assistencial da rede se configura até hoje.

Aliado a tudo isso e, tão importante quanto, fruto desse projeto de saúde, surge uma política de cuidado centrado no indivíduo. Emergia, nessa época, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) na prática em saúde.

Mesmo a assistência em saúde e a formação do profissional de saúde sendo fortemente calcadas em um modelo biomédico e hegemônico – ainda é; em reabilitação isso é bastante evidente - a equipe multidisciplinar da qual fiz parte, e que compõe este estudo, conseguiu romper algumas das concepções mais conservadoras de assistência, propondo formas extra consultório e multidisciplinar que ampliavam a prática clínica. O comprometimento com a profissão, com um projeto de reabilitação – já discutíamos funcionalidade naquela época dentro dos preceitos que viriam a ser trazidos pela CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade e com o usuário - aliados a jovialidade (éramos jovens, com pouco tempo de exercício profissional), a aprovação no primeiro concurso público municipal, ao apoio da gestão e uma boa dose de afetividade entre a equipe contribuiu para a adesão a este projeto.

A cidade de Santos, município onde encontra-se este serviço, está situado em região litorânea, e possui percentual alto de população idosa, prestes a inverter a pirâmide demográfica. Já se figurou como o 5ª município com o melhor IDH.

A demanda atendida pelo serviço de reabilitação - adultos e idosos – reflete a realidade do município. Este perfil contribuiu para ampliar o olhar da equipe sobre a saúde e trazer a

multidimensionalidade de fatores para o cuidado. Se na relação terapêutica com crianças o contexto permite prever um futuro a ser conquistado, na reabilitação de adultos e idosos esse ideário não se repete. Ao contrário, somam-se as perdas de status social e civil, comprometem-se as formas de subsistência, além da manutenção da saúde agravada pelas comorbidades e, principalmente, surgem inúmeras restrições ao convívio social.

Todos esses fatores contribuíram como um processo natural para que pudéssemos realizar, hoje, esse trabalho de implementação da CIF no serviço. O trajeto percorrido foi fundamental para acolher a proposta de uma abordagem biopsicossocial.

Importante trazer esse contexto pois, sendo a CIF uma classificação, não se trata apenas de seu uso como informação, importantíssimo, ou a simples defesa de seus conceitos fundamentais. Para que possamos avançar em um modelo de saúde que atenda o indivíduo em sua integralidade, estratégias concretas de renovação permanente da prática clínica precisam ser adotadas onde profissionais de saúde atuem dentro da perspectiva trazida pela Classificação e gestores valorizem indicadores de serviço que não apenas numéricos. Além disso, a primazia pela eficiência e eficácia da assistência prestada, a fim de que ao usuário seja ofertada uma estrutura em reabilitação, que estejam centradas nas suas necessidades de cuidado.

Isso resulta de um processo interativo da tríade profissional de saúde, gestor e usuário. Para isso, profissionais de saúde precisam ser formados e capacitados nesse modelo ampliado trazido pela CIF, gestores precisam incorporá-los e usuários devem ser implicados como agentes de seu próprio processo.

Estamos falando de uma mudança de paradigma no modelo de assistir e cuidar hoje, estruturado com foco na doença. Isso envolve a revalorização social do que é saúde. Todavia, esse processo de mudança não se faz sem o processo educativo ou de renovação das formas de pensar.

Este trabalho pretende mostrar, além de um modelo de uso da CIF e da sua importância na geração de indicadores qualificados, o quanto o manuseio da sua estrutura pelo profissional de saúde e o processo educativo correspondente e análogo à prática clínica, contribui para a sua sensibilização e incorporação do modelo biopsicossocial na rotina do serviço.

Avançamos nas últimas décadas em políticas, normatizações e formas de uso da CIF; falo um pouco no item 3 nesta tese. Porém, ainda pouco se transpôs ao processo de trabalho.

A incorporação da CIF na rotina dos serviços, na informação em saúde, na vida dos usuários não é equação fácil. Também sua incorporação na informação em saúde, por si só,

não resolverá questões fundamentais na prestação da assistência como a humanização do cuidado e a educação em serviço. Contudo, seu potencial enquanto ferramenta norteadora desse processo é inegável. A utilização da CIF para a transição de um modelo de saúde, hoje cartesiano, implica na interferência de um itinerário cujo ponto de partida seria o modelo biomédico em direção a um modelo biopsicossocial.

Neste estudo discuto o processo de operacionalização da CIF em um Centro Especializado em Reabilitação, detalhado no Artigo 1; a percepção dos profissionais sobre a implementação da abordagem biopsicossocial, no Artigo 2; e uma análise sobre o uso da CIF para a tomada de decisão na gestão em serviços de saúde, no Artigo 3.

Desta forma, espero que este estudo contribua para que experiências de uso em serviços ocorram e que possamos avançar na atenção e cuidado integral ao usuário.

## 1. INTRODUÇÃO

A necessidade de conhecer o que acontece com as pessoas após um diagnóstico, qual o impacto de uma condição de saúde sobre indivíduos e populações, torna-se cada vez mais importante para a área da saúde. As causas de morte e as doenças mais frequentes, em uma época em que a expectativa de vida aumenta e a vida é prolongada pela tecnologia, são insuficientes para o planejamento de ações em saúde. O modelo de cuidado em saúde e a prática profissional também precisam ser revistos. A prestação de serviços de saúde coordenada e integrada é uma necessidade, assim como a oferta de assistência que atenda as necessidades do usuário<sup>(2-7)</sup>.

As pessoas com deficiência e os domicílios detentores de algum membro com deficiência enfrentam as piores realidades econômicas e sociais se comparados às pessoas sem deficiência. Necessitamos de melhores determinantes sobre o ambiente e seus impactos, pois a deficiência é complexa, dinâmica e multidimensional. Pessoas com a mesma condição de saúde podem apresentar diferentes graus de funcionalidade e incapacidade e pessoas sob condições diferentes de saúde podem apresentar graus similares. Estes fenômenos, além de multifatoriais, são influenciados pela condição de saúde, pelos recursos (econômicos e de habilidades pessoais) e pelo ambiente onde o indivíduo está inserido<sup>(8-12)</sup>.

Na assistência em saúde as intervenções centram-se quase que exclusivamente, ou preferencialmente, nas alterações do corpo, negligenciando o impacto da condição de saúde na vida do usuário e a interferência do contexto em seu estado de saúde. A incapacidade, de acordo com essa situação, é compreendida como consequência biológica do mau funcionamento do corpo, e o papel do profissional de saúde é reparar a disfunção vista como um desvio da normalidade. Incorporar a participação do indivíduo na prática clínica, além de ter seu desempenho nas atividades da vida diária como estruturante e definidor do plano terapêutico, é ainda um desafio. São comuns estratégias desconectadas com o propósito terapêutico final<sup>(4-9)</sup>.

Os serviços em saúde se constituem em importante espaço para mudar esse paradigma. São cenários potencialmente férteis para desenvolver um modelo de assistência onde o indivíduo é o centro do processo de recuperação e suas demandas atendidas. Apesar da dimensão social e subjetiva, e não somente biológica, ainda ser um desafio para o cuidado em saúde, é possível reverter nesse espaço a forma de fazer saúde<sup>(4,5,9,10,13)</sup>.

Das dificuldades para que a assistência centrada na pessoa ocorra, algumas estão relacionadas à falta de objetivos claramente definidos e mensuráveis, de estratégias de comunicação consistentes, da padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas, e formas participativas de cuidados integrados, que permitam considerar as necessidades de cada pessoa<sup>(5,12,13)</sup>.

A qualidade do cuidado ofertado em serviços de saúde depende também do acesso a produtos e tecnologias. Esses produtos devem estar disponíveis e acessíveis e seu uso ocorrer através de bases cientificamente sólidas e baseadas em evidências, desenvolvidos e aplicados de acordo com os efeitos terapêuticos desejados e percebido pelos usuários na melhoria da sua saúde. Nas doenças progressivas de origem neurológica, por exemplo, como a esclerose múltipla, a doença de Parkinson e as demências, o fornecimento de equipamentos, estratégias e técnicas compensatórias, o cuidado e autocuidado, a formação profissional e o controle de agravos são essenciais para a redução do impacto da deficiência. As tecnologias assistivas contribuem para melhoria da funcionalidade e informações qualificadas podem contribuir para assegurar o acesso, bem como garantir direitos<sup>(6,12-15)</sup>.

Uma avaliação mais abrangente da saúde, com foco na funcionalidade, é um pré-requisito para o cuidado centrado na experiência vivida pelo usuário, por considerar as suas necessidades e não apenas à sua condição de saúde. Também possibilita um plano de cuidado mais amplo e mais completo, que reflita os problemas autorreferidos. O cuidado passa a ser planejado levando em conta a funcionalidade, compreendendo os aspectos clínicos, mas também a mudanças e adaptações necessárias no ambiente em que vive. A participação da pessoa, seu envolvimento na vida real, tornam-se chaves nos modelos de assistência mundialmente reconhecidos<sup>(8-10,15)</sup>.

Necessitamos, assim, de dados sobre a saúde das pessoas e das populações para além da prevalência e incidência de condições crônicas que possam medir necessidades de cuidado em saúde. Nesse escopo, encontram-se incluídos o desempenho e a efetividade desse sistema de cuidado<sup>(6,8,9)</sup>.

Faz parte da missão da Organização Mundial da Saúde – OMS, a produção de Classificações Internacionais de Saúde que representem modelos consensuais a serem incorporados pelos sistemas de saúde, gestores e usuários, visando a utilização de uma linguagem comum para a descrição de problemas ou intervenções em saúde. O objetivo é facilitar o levantamento, consolidação, análise e interpretação de dados, a formação de bases de dados nacionais consistentes e a comparação de informações sobre populações

ao longo do tempo entre regiões e países<sup>(16-19)</sup>.

A CID - Classificação Internacional de Doenças, base do nosso sistema de informação em saúde, não fornece dados sobre o impacto da condição de saúde na vida das pessoas, as necessidades de assistência em saúde do indivíduo, o cuidado necessário e o quanto a doença ou distúrbio limitam a sua participação social. Para que se possa intervir é preciso analisar como o ambiente, o contexto, se relaciona com o estado de saúde do indivíduo não somente na oferta de rede de assistência, mas como sua condição de saúde é acolhida. Os fatores físico, estrutural, pessoal, ambiental e participativo do indivíduo estão interligados e necessitam, portanto, serem considerados de forma interativa. Não podemos considerar saúde sem levarmos em conta todos esses fatores. Os dados que temos, gerados pelo sistema de informação vigente, contribuem para reforçar e restringir os serviços em um modelo biomédico.

Em 2001, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, a OMS publicou a CIF, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. A Classificação traz o estado de saúde conceituado de uma forma abrangente e permite que os fatores contextuais ultrapassem a sua importância como determinantes do estado de saúde. Por tal classificação, o contexto passa a ser considerado não só como uma mudança do locus da incapacidade, mas, sobretudo, reconhecem a possibilidade de considerar como o próprio locus da intervenção e, portanto, da funcionalidade<sup>(16-20)</sup>.

Com a CIF, um modelo conceitual universalmente aceito é estabelecido, com uma estrutura que permite a mensuração dos níveis de funcionalidade e, através dele, a comparação do impacto dos diferentes tipos de doença ou distúrbios nas populações. Em momentos distintos, obtêm-se informações importantes sobre a necessidade de assistência e cuidado das pessoas, seu prognóstico, as possibilidades de independência e autonomia<sup>(16)</sup>.

A funcionalidade passa a ser uma linguagem permitindo o aumento quanto à clareza e à visão holística em equipes multidisciplinares com o fornecimento de uma perspectiva multidimensional das necessidades de saúde do indivíduo. A participação da pessoa é definida na CIF como o envolvimento em situação da vida real, nas interações e relações sociais, educação, emprego, gestão do dinheiro, vida comunitária e social. É um conceito chave nos modelos de incapacidade de vários institutos e centros de investigação e estatística, mundialmente reconhecidos<sup>(8,9,16-20)</sup>.

A difusão de pesquisas e do uso da CIF no mundo todo mostram a ocorrência de uma nova conceituação sobre funcionalidade e incapacidade, implicando em critérios de

elegibilidade para a incapacidade em questões legais, de emprego, na educação, no planejamento urbano e na provisão de tecnologias assistivas<sup>(11-13,20,21)</sup>.

As experiências de uso da CIF trazem assim a importância da formação e capacitação de profissionais que atuem nos serviços sobre a Classificação, somadas ao desenvolvimento de projetos de implementação que explorem a aplicação da CIF na prática clínica, na pesquisa e na política. Seu uso vem crescendo entre os profissionais de saúde no Brasil, tanto no aspecto científico quanto prático e político<sup>(14,15,22-6)</sup>.

Contudo, alguns desafios para incorporar a CIF na rotina dos serviços e prática clínica surgem com relação à sua amplitude e codificação alfanumérica. Para operacionalizar seu uso, há a necessidade de criação de instrumentos de avaliação. A OMS percebendo a dificuldade de aplicação da CIF por conta de sua longa extensão, lançou algumas alternativas de instrumentos apresentados, aqui, nas referências teóricas.

O que motiva este trabalho é a implementação da CIF na rotina do serviço, especificamente em Centros Especializados em Reabilitação, além do desenvolvimento de um modelo de aplicação da Classificação que contribua para o planejamento do processo terapêutico, da identificação das necessidades dos usuários e, com base neles, determinar os objetivos do tratamento e intervenção, a avaliação e mensuração de seus resultados, o ajuste no plano terapêutico com base nas necessidades individuais e do provimento de recursos necessários para a melhora da funcionalidade das pessoas.

Estabelecemos para este estudo o *checklist* da CIF desenvolvido pelos profissionais com base no processo de trabalho como forma de operacionalizar seu uso no serviço.

## 2. CIF – ASPECTOS CONCEITUAIS E ESTRUTURAIS

Com o objetivo de unificar as diferentes linguagens utilizadas no entendimento dos processos de funcionalidade, incapacidade e deficiência, a OMS publicou em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>16</sup>.

Os objetivos da CIF são:

- Proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições relacionadas à saúde e de seus determinantes e efeitos;
- Estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde para melhorar a comunicação entre diferentes usuários, como profissionais de saúde, pesquisadores, elaboradores das políticas públicas e o público, inclusive pessoas com incapacidades;
- Permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas à saúde, entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo;
- Fornecer um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde.

A CIF traz um sistema de classificação e modelo teórico baseados na junção dos modelos médico e social através de uma abordagem biopsicossocial que possibilita integrar as dimensões da saúde. Segundo Fontes et al (2010)<sup>17</sup>, para compreendermos a interação que a CIF oferece ao binômio condição de saúde/ambiente, três princípios traduzem a importância do ambiente na funcionalidade do indivíduo:

- A universalidade, no sentido de que todas as pessoas, independentemente da sua condição de saúde ou do contexto em que vivem, podem ser incluídas;
- A abordagem integrativa, no sentido de que ambiente e pessoa — fatores ambientais e pessoais — são integrados e considerados;
- A abordagem interativa, onde é reconhecido a multidimensionalidade e complexidade do fenômeno incapacidade.

Ainda segundo Fontes et al<sup>(17)</sup>, o princípio da universalidade traz subjacente a importância do "fenômeno incapacidade" ser considerado num *continuum* e, desta forma, para cada indivíduo é necessário estabelecer um ambiente, que sendo "universal", é também "pessoal" e onde suas dificuldades são dirimidas e suas restrições passíveis de

serem eliminadas.

O modelo de funcionalidade e incapacidade apresentado pela OMS adota uma abordagem biopsicossocial, refletindo a interação entre as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social) descrita nos componentes estrutura e função corporal, atividade e participação e fatores contextuais. Este modelo parte de uma condição de saúde (desordem ou doença) que na interação com os fatores contextuais (ambientais e pessoais), pode levar a uma incapacidade, limitações nas atividades e restrições de participação, concebendo novo olhar para os conceitos de saúde, funcionalidade e incapacidade. Os domínios contidos na CIF podem ser considerados como domínios da saúde e domínios relacionados a saúde. Estes domínios são descritos <sup>(8,16-19)</sup>.

A deficiência é definida como uma alteração na função ou estrutura do corpo. Uma atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. A participação é entendida em termos de envolvimento em uma situação de vida. Atividade e domínios de participação incluem, por exemplo, aprendizagem, mobilidade, autocuidado, emprego. Funcionalidade e incapacidade são termos gerais: funcionalidade abrange funções e estruturas do corpo, atividades e participação, enquanto a incapacidade inclui todo ou qualquer aspecto das deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Os fatores ambientais referem-se a todo o contexto da vida de um indivíduo, o ambiente físico, social e de atitude em que as pessoas vivem. Fatores ambientais podem ser barreiras ou facilitadores quando se trata da funcionalidade do indivíduo. Os fatores pessoais incluem sexo, idade, formas de enfrentamento, antecedentes sociais, educação, profissão e padrões comportamentais.

A Parte 1 da CIF faz referência à Funcionalidade e Incapacidade e a parte 2 abrange os Fatores Contextuais. Cada parte tem dois componentes:

1) Os componentes da Funcionalidade e Incapacidade são:

- Componente Corpo - que apresenta duas classificações, uma para as funções dos sistemas do corpo e outra para as estruturas do corpo;
- Componente Atividades e Participação – que abrange a faixa de domínios que revelam os aspectos da funcionalidade, na perspectiva individual e social, sendo interpretados por dois constructos: capacidade e desempenho.

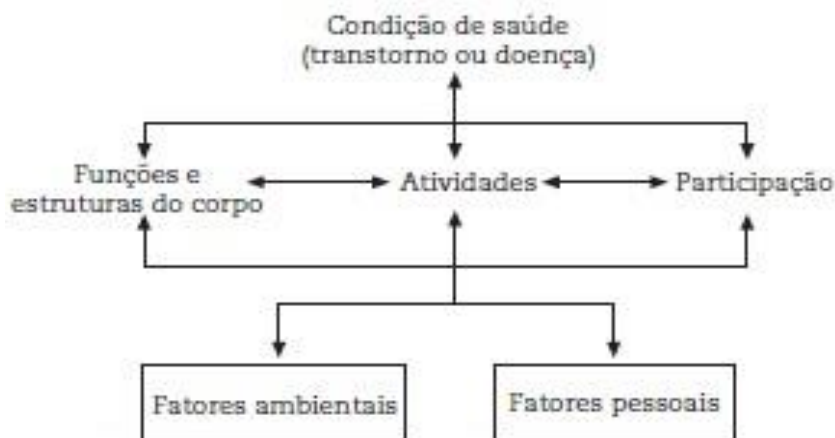
2) Os componentes dos Fatores Contextuais são:

- Componente “Fatores Ambientais” – apresentam impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e incapacidade;
- Componente “Fatores Pessoais” – são considerados, mas não estão classificados

na CIF devido variações sociais e culturais diversas associadas a eles.

O diagrama apresentado na Fig. 1 pode ser útil para visualizar a compreensão atual da interação dos vários componentes.

Fig. 1 Interação entre os componentes da CIF

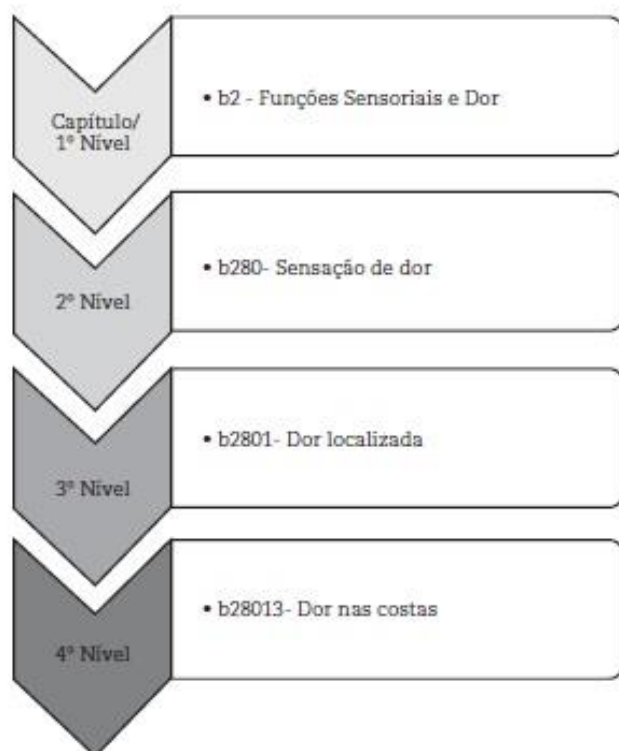


(WHO, 2001)<sup>16</sup>

Os componentes são subdivididos em itens, denominados domínios, compostos por várias categorias, que são as unidades de classificação. A segmentação da análise permite o aprofundamento em múltiplos e diferentes aspectos de cada componente, propiciando uma visão globalizada da pessoa, dentro de uma perspectiva taxonômica, conforme Figura 2.

A CIF trabalha com qualificadores que especificam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou incapacidade naquela categoria, ou a extensão na qual um fator ambiental é um facilitador ou uma barreira. Um problema pode significar uma deficiência, limitação, restrição ou barreira, dependendo do constructo. Para que essa quantificação seja utilizada de maneira universal, os procedimentos de avaliação devem ser desenvolvidos através de pesquisas.

Fig 2 - Categorias por níveis da CIF



Segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>(16)</sup>, as características da CIF que têm impacto na sua utilização são as seguintes:

- A CIF propõe definições operacionais padronizadas dos domínios da saúde e dos domínios relacionados com a saúde, em contraste com as definições correntes de saúde. Essas definições descrevem os atributos essenciais de cada domínio (por exemplo, qualidades, propriedades e relações) e contém informações sobre o que cada domínio inclui ou exclui. Como as definições contêm pontos de referência usualmente utilizados para a avaliação, podem ser facilmente utilizadas em questionários. De modo inverso, os resultados dos instrumentos de avaliação existentes podem ser codificados em termos da CIF. Por exemplo, as “funções visuais” são definidas em termos de capacidade de perceber a forma e o contorno dos objetos, a várias distâncias, utilizando um ou ambos os olhos, de maneira que a gravidade das dificuldades de visão pode ser codificada nos níveis leve, moderada, grave ou completa em relação a esses parâmetros.
- A CIF utiliza um sistema alfanumérico no qual as letras *b*, *s*, *d* e *e* são utilizadas para indicar Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Essas letras são seguidas por um código numérico que começa com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois

dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito cada).

- As categorias da CIF "encaixam-se" de maneira que as categorias mais amplas são definidas de forma a incluir subcategorias mais detalhadas. Por exemplo, o Capítulo 4, do componente Atividades e Participação, sobre Mobilidade, inclui subcategorias separadas como ficar de pé, sentar-se, andar, transportar objetos etc. A versão reduzida da CIF cobre dois níveis enquanto que a versão completa (detalhada) estende-se por quatro níveis. Os códigos das versões completa e reduzida são correspondentes e a versão resumida pode ser obtida da versão completa.
- A qualquer indivíduo pode-lhe ser atribuído uma série de códigos em cada nível. Estes podem ser independentes ou estar inter-relacionados.
- Os códigos da CIF só estão completos com a presença de um qualificador, que indica a magnitude do nível de saúde (por exemplo, gravidade do problema). Os qualificadores são codificados com um, dois ou mais dígitos após um ponto separador. A utilização de qualquer código deve ser acompanhada de pelo menos, um qualificador. Sem eles os códigos não têm significado.
- O primeiro qualificador para Funções e Estruturas do Corpo, os qualificadores de desempenho e capacidade para Atividades e Participação e o primeiro qualificador dos Fatores Ambientais descrevem a extensão dos problemas no respectivo componente.
- Todos os três componentes classificados na CIF (Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais) são quantificados através da mesma escala genérica. Um problema pode significar uma deficiência, limitação, restrição ou barreira, dependendo do constructo. As palavras de qualificação apropriadas, conforme indicado nos parênteses abaixo, devem ser escolhidas de acordo com o domínio de classificação relevante (onde xxx significa o número de domínio do segundo nível). Para que essa quantificação seja utilizada de maneira universal, os procedimentos de avaliação devem ser desenvolvidos através de pesquisas. Estão disponíveis classes amplas de percentagens para aqueles casos em que se usam instrumentos de medida calibrados ou outras normas para quantificar deficiência, limitação de capacidade, problema de desempenho ou barreira. Por exemplo, a indicação de “nenhum problema” ou “problema completo” pode ter uma margem de erro até 5%. Um "problema moderado" é quantificado a meio da escala de dificuldade total. As percentagens devem ser

calibradas nos diferentes domínios tendo como referência os valores standard da população, como percentis, conforme o Quadro 1.

- No caso dos fatores ambientais, este primeiro qualificador pode ser utilizado para indicar a extensão dos efeitos positivos do ambiente, facilitadores, ou a extensão dos efeitos negativos, barreiras. Ambos utilizam a mesma escala 0-4, mas para os facilitadores o ponto é substituído por um sinal +: por exemplo, e110+2 . Os Fatores Ambientais podem ser codificados (a) em relação a cada constructo individualmente, ou (b) em geral, sem referência a qualquer constructo individual. A primeira opção é preferível, já que ela identifica mais claramente o impacto e a atribuição.
- Para diferentes utilizadores, pode ser apropriado e útil acrescentar outros tipos de informações à codificação de cada item. Há uma variedade de qualificadores adicionais que podem ser úteis.
- As descrições dos domínios da saúde e dos domínios relacionados com a saúde correspondem à sua utilização em dado momento (i.e. como numa fotografia instantânea). No entanto, procedendo de forma repetitiva, utilizando múltiplos pontos no tempo, é possível descrever uma trajetória ao longo do tempo e do processo<sup>(16)</sup>.

Quadro 1 – Qualificadores

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| xxx.0- NÃO há problema (nenhum, ausente, insignificante) 0-4% |
| xxx.1- Problema LIGEIRO (leve, pequeno, ...) 5-24%            |
| xxx.2 - Problema MODERADO (médio, regular, ...) 25-49%        |
| xxx.3- Problema GRAVE (grande, extremo, ...) 50-95%           |
| xxx.4- Problema COMPLETO (total, ...) 96-100%                 |
| xxx.8- não especificado                                       |
| xxx.9- não aplicável                                          |

WHO, 2001<sup>(16)</sup>

A classificação não define objetivamente os qualificadores, fornecendo uma noção de percentagem baseado na pessoa saudável, de modo que fica a cargo do aplicador escolher o qualificador mais apropriado para cada domínio.

A escolha da fonte de dados também pode depender da idade do indivíduo em questão e do fim específico para o qual as informações serão usadas. Para fins de elegibilidade pode haver necessidade de estabelecer níveis de gravidades comparáveis entre contextos independentes da experiência específica de incapacidade de um indivíduo, enquanto que um estudo sobre o bem-estar social pode estar mais interessado

na experiência do indivíduo na situação específica da vida.

A CIF adota uma abordagem universal; considera que todos os indivíduos estão em risco de incapacidade em maior ou menor medida. Também amplia a possibilidade de obtermos informações em saúde que não apenas relacionadas à doença, já que é uma classificação de funcionalidade em saúde. Como classificação a CIF não estabelece um modelo de "processo" de funcionalidade e incapacidade, mas sim pode descrever esse processo a partir dos diferentes constructos e domínios. Ela permite, como processo interativo e evolutivo, fazer uma abordagem multidimensional da classificação da funcionalidade e da incapacidade e fornece as bases para os que desejam criar modelos e estudar os diferentes aspectos deste processo. Neste sentido, a CIF pode ser vista como uma linguagem: os textos elaborados com base nesta classificação dependem de quem utiliza, da sua criatividade e da sua orientação científica<sup>(16)</sup>.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

Analisar e descrever o processo de implementação da CIF em um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade de médio porte de São Paulo.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- i) Analisar e descrever o processo de operacionalização da CIF/OMS em um Centro Especializado em Reabilitação;
- ii) Analisar a percepção de profissionais de um Centro Especializado em Reabilitação acerca do processo de implementação da CIF em seu serviço;
- iii) Analisar os qualificadores de aplicação de *Checklist* da CIF em um Centro Especializado em Reabilitação como indicador de funcionalidade.

### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

O objeto deste estudo incide sobre o processo de trabalho tendo como perspectiva o profissional de saúde, condição da pesquisadora e o modelo biopsicossocial proposto pela CIF. Tem seu foco na prática clínica, nas formas de ofertar atenção e cuidado e no cotidiano profissional, porém envolvendo da mesma forma a gestão do serviço e as necessidades do usuário.

Também encontra-se como objeto desse estudo a busca de indicadores de funcionalidade e incapacidade, da integralidade do cuidado, a partir do trabalho dos profissionais de saúde, relevantes e necessários também para gestores e usuários do serviço, compondo a tríade dos serviços de reabilitação, vindo a contribuir para a

avaliação do serviço e a construção de projetos terapêuticos com base nas necessidades de cada pessoa.

Toda discussão trazida neste trabalho tem como base o conceito de deficiência defendido pela OMS como uma experiência humana universal onde todos podem enfrentar uma ou mais condição de saúde de forma temporária ou permanente ao longo da vida e onde a incapacidade não é determinada unicamente pela doença ou distúrbios das pessoas ou baseada apenas na presença destas condições específicas de saúde: ela é processual e multidimensional<sup>(8)</sup>.

Essa compreensão é fundamental para defendermos estratégias na assistência em saúde que tenham como base a integralidade do cuidado.

#### **4.1 Integração dos modelos biomédico e social**

A estrutura multidimensional e integrativa trazida pela CIF, instrumento base deste estudo, traz à discussão o modelo de atenção e cuidado em saúde vigente. Embora tenha sido elaborada como uma classificação, pois integra a família de classificações estatística da OMS, é baseada em um modelo de funcionalidade e incapacidade e sua estrutura propõe a integração do modelo médico e modelo social numa abordagem biopsicossocial.

O modelo social da deficiência foi fundamental para a garantia de que a deficiência seja considerada como questão de direito humano. Segundo Diniz et al<sup>(28)</sup>, ao resistir a redução da deficiência aos impedimentos, ofereceu novos instrumentos para a transformação social e a garantia de direitos. Não era a natureza quem oprimia, mas a cultura da normalidade que descrevia alguns corpos como indesejáveis.

No modelo médico a deficiência é vista como um corpo com impedimentos e este deve ser objeto de assistência médica.

Discorrendo sobre esses modelos Shakspeare<sup>(29)</sup> diz que o modelo social é diferenciado do modelo médico, pois o primeiro define a deficiência como uma criação social na relação entre pessoas com deficiência e uma sociedade incapacitante, e o segundo define a incapacidade em termos de déficit. No entanto, ele também afirma que o modelo social simplifica as questões e não atende a complexidade dos problemas que as pessoas enfrentam devido a suas deficiências, algumas das quais não desaparecem apenas pela remoção de barreiras ambientais. Já o modelo médico reduz os complexos problemas das pessoas com deficiência a questões de prevenção médica, ou de reabilitação.

É nesse sentido que a CIF se mostra como uma alternativa na integração do modelo médico e social, centrado na interação entre o indivíduo com condição de saúde,

ou não, e o ambiente em que vive. Os avanços técnicos e científicos, inegavelmente, proporcionam melhores condições de participação de indivíduos com alguma deficiência. Seu alcance possibilita inclusão e contribui para a garantia de cidadania. Somente asseguramos equidade e integralidade na assistência se considerarmos a complexa interação entre os fatores ambientais, a cultura, as atitudes das pessoas bem como de suas relações com as alterações das funções do corpo <sup>(7)</sup>.

Por trazer como locus para este estudo o serviço de reabilitação, a pessoa com deficiência é central e as discussões com a CIF ocorrem partindo de uma deficiência, como condição de saúde, centrada nas alterações das funções e estruturas do corpo e a interação com o ambiente em que vive interferindo em seu desempenho. Assim sendo a CIF afasta-se de ser uma Classificação sobre consequências de doença, proposta na sua versão anterior, de 1980, e possibilita descrever o estado de saúde de todas as pessoas, independente de haver uma doença ou distúrbio. Dentro de um conjunto de domínios de saúde e ou relacionados à saúde, permite a descrição sobre a funcionalidade e suas restrições. Isso reitera sua importância e contribuição para a mudança de paradigma do modelo de saúde atual e empreender uma abordagem biopsicossocial<sup>(16-20)</sup>.

#### **4.2 Normas e regulamentação**

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), de 2006, define pessoas com deficiência como sendo aquelas com impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

A forma como conceitualmente a deficiência é definida traz implicações políticas e de direitos de grande alcance social.

No Brasil, o Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007<sup>(30)</sup>. A Lei Brasileira de Inclusão, LBI<sup>(31)</sup>, sancionada em 2015, vinculou a CIF e a Convenção a todas as políticas públicas. Foi sem dúvida um avanço ao dispor sobre a competência do Poder Executivo na criação de instrumentos para a avaliação da deficiência tendo o modelo estruturante da CIF como referência e estabelecendo prazo ao poder público para que seja colocado em prática. Segundo a normativa a elaboração de instrumento de avaliação deve seguir uma perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e biopsicossocial.

No cenário nacional, anterior a LBI, já avançava-se em 2012, com a criação da

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS<sup>(32)</sup>, que compunha o Programa Interministerial, Viver Sem Limites. A RCPD considera a CIF e referencia o *World Report on Disability*<sup>(6)</sup>, publicado em 2011 pela OMS, que tem a classificação como marco conceitual. Contudo, a RCPD não apresenta diretrizes para implementação do modelo biopsicossocial em serviços.

O *World Report on Disability*<sup>(6)</sup>, da OMS, recomenda a países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) a adotar a CIF de modo a unificar todas as linguagens dos instrumentos em nível internacional.

A CIF consta também da lista de verificação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, o PNASS<sup>(33)</sup>, do Ministério da Saúde, na avaliação dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), modelo de assistência implementado pela RCPD. As atribuições do PNASS incluem o planejamento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde, que buscam garantir os princípios e as diretrizes do SUS. A avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários fazem parte dessas atribuições.

Ainda segundo o documento norteador do PNASS, a busca de reordenamento da gestão e da atenção passa, necessariamente, por sistemas de informação que sejam robustos o suficiente para subsidiar o redirecionamento das ações de saúde em um Sistema Nacional plural e heterogêneo nas suas diversas instâncias. Assim, ter a CIF como instrumento incorporado ao sistema poderá assegurar que a base da informação, avaliação e planejamento tenham uma perspectiva biopsicossocial. Ao mesmo tempo, avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos cidadãos torna-se ferramenta imprescindível na incorporação do planejamento para o aperfeiçoamento do sistema. Também atenderia ao proposto em 2012 pela Resolução 452, aprovada em plenária do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar.

A Resolução 452/12 do CNS<sup>(27)</sup> norteou a realização de duas oficinas de discussão sobre formas de operacionalização do uso da CIF organizadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A primeira oficina ocorreu em julho de 2015, durante o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e participaram gestores, representantes de instituições de ensino, das categorias profissionais e movimentos sociais. A segunda oficina, com a mesma representação, foi

realizada durante a 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde da UIPES – União Internacional de Promoção e Educação na Saúde, em 2016, trazendo como deliberação: utilizar *checklist* e questionários da CIF/OMS como lógica para a sua operacionalização e baseada na realidade local; iniciar adequação do processo de informação do cadastro individual e domiciliar do SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, com base nos códigos da CIF/OMS, e difundir seu uso ao agente comunitário de saúde; incorporação da CIF/OMS na discussão do registro eletrônico no Ministério da Saúde<sup>(34)</sup>.

No Brasil existem dois modelos de utilização da CIF que também refletem o movimento no âmbito do governo federal desde 2007 para fins de utilização da Classificação, que são o instrumento de avaliação para a concessão do Benefício de Prestação Continuada – BPC - à Pessoa com Deficiência e o Índice de Funcionalidade Brasileiro, IFBr, Lei Complementar 142, de 2013, para a concessão de aposentadoria à pessoa com deficiência. A partir do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, que cria o instrumento de Avaliação para concessão do BPC, o conceito de incapacidade passou a considerar atributos da pessoa com deficiência e os fatores ambientais, bem como a avaliação da deficiência e do grau da incapacidade, ao incorporar como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, sendo composta por avaliação médica e social. O instrumento de avaliação, um *checklist*, foi elaborado pelo grupo de trabalho constituído por técnicos do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). É utilizado pelo médico perito e assistente social e compostos por componentes da CIF. Além de trazer uma forma mais judiciosa no processo de avaliação e concessão, reforça a importância de uma avaliação do usuário que estabeleça mensurações a partir do estado de saúde e de forma interdisciplinar. As informações produzidas pelas avaliações são armazenadas nos sistemas das instituições envolvidas possibilitando gerar indicadores. O MDS à época da implementação do novo modelo, obteve como resultados imediatos a diminuição dos processos de judicialização para concessão do benefício. Esse instrumento é um dos modelos que inspiram este estudo<sup>(23-26)</sup>.

O Índice de Funcionalidade Brasileiro - IFBr, publicado em 2013 através da Lei Complementar nº 142, é utilizado para uso previdenciário na aplicação da aposentadoria para pessoa com deficiência. O índice é baseado na CIF, composto por 41 Atividades e Participação da Classificação e possui a Medida de Independência Funcional – MIF como métrica para a pontuação. Contudo, o objetivo da criação do IFBr é sua inclusão em todas as políticas públicas de direitos da pessoa com deficiência para a avaliação e

caracterização da deficiência.

Recentemente foi validado o Índice de Funcionalidade Brasileiro para uso na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, desenvolvido pela Universidade de Brasília (UnB), envolvendo os Centros Especializados em Reabilitação (CER), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituições da rede de cuidado da Coordenação da Pessoa com Deficiência e também da Atenção Básica.

De todo modo, as proposições de uso da CIF no país avançaram muito timidamente na assistência em saúde, principalmente em estabelecer diretrizes governamentais de uso da CIF e de sua incorporação no sistema de informação em saúde.

#### **4.3 Formas de uso da CIF**

A OMS, percebendo a dificuldade de aplicação da CIF por conta de sua extensão, lançou algumas alternativas de instrumentos: os core sets, o checklist, o World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) e o Model Disability Survey (MDS)<sup>(16,35-39)</sup>.

Os core sets da CIF são conjuntos de categorias que descrevem a funcionalidade de pessoas com determinadas condições de saúde. Ao invés de se avaliar 1454 aspectos da funcionalidade das pessoas, devem-se avaliar apenas aquelas categorias que são típicas e significativas de uma determinada doença. No entanto, os *core sets* da CIF são falhos no que se relaciona à classificação e descrição da funcionalidade de pessoas com mais de uma condição de saúde; geralmente, característica da população assistida em serviços de saúde, pois os *core sets* são estruturados para a obtenção de um conjunto específico de categorias relacionadas a uma doença. Desse modo, seu uso leva também a projetar a atenção e cuidados em saúde baseados na doença, reforçando o modelo biomédico e não a abordagem biopsicossocial como proposto pela CIF.

Uma outra ferramenta de aferição da funcionalidade criada pela OMS, o WHODAS 2.0 (World Health Assessment Disability Schedule 2.0), um instrumento de aplicação facilitado e baseado no modelo teórico da CIF. Enquanto os outros instrumentos citados derivam da lista de códigos da CIF, o WHODAS 2.0 foi criado a partir de um processo de agrupamento de instrumentos de aferição de funcionalidade ou deficiência. O Quadro 1 traz alguns pontos que devem ser considerados no diagnóstico e avaliação da deficiência.

O Model Disability Survey (MDS)<sup>39</sup> é um instrumento que também se baseia na CIF e tem como objetivos principais: 1. oferecer estimativas de prevalência de deficiências comparáveis e padronizadas entre os países; 2. prover dados e informações

necessários ao planejamento de intervenções, políticas e programas direcionados às pessoas com deficiência; 3. oferecer indicadores para monitorar a implementação das recomendações da Convenção da ONU. Tanto o WHODAS como o MDS são importantes instrumentos para gerar dados epidemiológicos de populações, o que difere da proposta deste trabalho que está direcionado ao serviço e demandas locais.

O *checklist* da CIF<sup>(36)</sup> consiste em uma lista abreviada com 125 códigos sistematizados em 3 domínios: 1. funções e estruturas do corpo; 2. atividades e participação; 3. fatores ambientais. O documento está disponível no site do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) e é um dos referenciais deste estudo.

#### Quadro 2. Por que aprender e usar uma medida de deficiência?

O diagnóstico e a avaliação da deficiência são valiosos porque podem prever fatores que o diagnóstico médico (ao atribuir um nome à doença), sozinho falha em prever; esses incluem:

- Necessidades de serviços – Quais são as necessidades dos pacientes?
- Nível do cuidado – O paciente deve ser encaminhado para cuidados primários, cuidados especializados, reabilitação ou outro serviço?
- Efeito da condição de saúde – Qual será o prognóstico?
- Tempo de internação – Por quanto tempo o paciente será hospitalizado?
- Recebimento de benefícios por conta da deficiência – O paciente receberá algum tipo de pensão?
- Desempenho no trabalho – O paciente voltará a desempenhar seu trabalho como antes?
- Integração social – O paciente será reintegrado na comunidade e atuará como antes? A avaliação da deficiência é, portanto, útil para os cuidados em saúde e decisões políticas, em termos de:
  - Identificar necessidades
  - Combinar tratamento e intervenções
  - Medir resultados e eficácia
  - Estabelecer prioridades
  - Alocar recursos

Para este estudo, optou-se pela criação de instrumentos próprios, checklists desenvolvidos pelos profissionais da equipe, que fossem adequados às demandas locais do serviço estudado e que possibilitassem estabelecer relações entre as avaliações realizadas, a prática clínica e o acolhimento das necessidades dos usuários. Destaca-se também o estabelecimento de um modo, ao lidar com a CIF, de incorporar ao serviço uma abordagem biopsicossocial. O trabalho com a CIF, seu modelo, estrutura e componentes de modo a refletir e relacionar com sua prática, visam, a partir desse processo, o surgimento de um instrumento de avaliação que retrate a rotina clínica.

## **5. MATERIAL E MÉTODO**

### **5.1 Aspectos Éticos**

Trata-se de pesquisa-ação, de delineamento descritivo e analítico, de caráter longitudinal e abordagem qualitativa e quantitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade em que se realizou o estudo, parecer número CAAE 69670917.7.0000.5404, nos termos da Resolução 466/12 do CONEP (Anexo 1). Há igualmente a aprovação pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do município a que pertence o serviço, com parecer da Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos (Anexo 2)

### **5.2. Constituição da Amostra**

O estudo de caso foi realizado em um serviço especializado em reabilitação, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), de administração direta, que presta assistência em média complexidade com caráter domiciliar e ambulatorial a usuários: 1) com sequelas neurológicas; 2) doenças musculoesqueléticas de origem ocupacional como Lesão do Esforço Repetitivo (LER)/Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT) e 3) crianças com distúrbios de aprendizagem, de um município de médio porte do estado de São Paulo. A chefia do serviço e do departamento de especialidades da Secretaria de Saúde do município apresentaram anuência à realização ao estudo. O conteúdo foi apresentado aos profissionais e usuários (ou seu responsável legal), instruídos sobre a necessidade de anuência e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndices 1 e 2).

A população deste estudo abrangeu dois grupos, um de profissionais e outro de usuários.

Para o grupo de profissionais foi convidada toda a equipe do serviço (n=26). Dois profissionais justificaram a ausência devido ao período de férias, tendo participado inicialmente do estudo 24 profissionais de saúde das áreas de Fisioterapia (n=15), Terapia Ocupacional (n=2), Psicologia (n=3) e Fonoaudiologia (n=4). No decorrer do processo de implementação da CIF, 4 profissionais desistiram de seguir no estudo após a etapa inicial de capacitação para uso da CIF e a construção do checklist, finalizando um total de 20 profissionais.

Os setores que compreenderam o estudo foram:

1. Assistência Domiciliar, composta por Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Psicólogo;
2. Assistência Musculoesquelética, composta por Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional;
3. Equipe Multidisciplinar em Neurologia Ambulatorial, composta por Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo e Psicólogo;
4. Fonoaudiologia Infantil.

O grupo de usuários foi composto por 65 participantes pertencentes a ambos os sexos, diferentes ciclos de vida, com distúrbios de ordem neurológica, ocupacional ou de aprendizagem, distribuídos em: Atendimento Domiciliar n=33; Assistência Musculoesquelética n=17; Equipe multidisciplinar n=5; Fonoaudiologia Infantil n=10. Os critérios de inclusão abrangeram participantes em acompanhamento no serviço na época da coleta de dados e que concordaram em participar da pesquisa.

### **5.3 Descrição do Processo de Implementação da CIF**

O processo de implementação da CIF no serviço iniciou em agosto de 2017 com a capacitação para o uso da CIF, tendo seu término em março de 2018 com a realização de grupo focal.

Na primeira etapa da implementação ocorreu a capacitação dos profissionais para o uso da CIF com o seguinte conteúdo programático: conceitos, estrutura e formas de aplicação e uso da CIF. A capacitação teve carga horária de 12 horas contendo parte teórica e prática.

A construção do *checklist* da CIF, segunda etapa do processo, seguiu o disposto pela Organização Mundial de Saúde, onde as informações podem ser coletadas por meio de observação feita por um profissional experiente, e organizadas no modelo da CIF. O julgamento clínico ou raciocínio profissional é usado para identificar a categoria alvo e

definir o nível de gravidade OMS <sup>(16)</sup>.

O processo de construção do instrumento se deu através da ligação de conteúdo ao extrair as principais questões, resultados e/ou medidas clínicas e relacionar esses conceitos à categoria da CIF mais precisa, estabelecendo a correspondência entre a avaliação realizada pelo setor e os componentes da CIF. Seu início se deu já na capacitação, considerando e relacionando o conteúdo da CIF ao perfil clínico da população atendida, o nível de complexidade do serviço, tipo de assistência, rotina e especialidade profissional. Um guia com perguntas norteadoras foi apresentado aos profissionais no intuito de contribuir para a elaboração do instrumento de avaliação a qual chamamos de *checklist* e contribuir com as escolhas das categorias:

- Quais domínios são necessários de cada componente da CIF para minha rotina diária?
- De cada domínio, quais categorias compõem minha avaliação profissional e o que posso relacionar a cada componente função **(b)**, estrutura **(s)**, atividade (capacidade) e participação (desempenho) **(d)**?
- Quais as categorias em fatores ambientais **(e)** (acesso a equipamentos, medicamentos, próteses, familiares, cuidadores, trabalho, emprego, vida social etc) e (idade, sexo, estado civil etc) interferem na prática?
- Quais são as categorias necessárias para compor sua avaliação?

A forma para estabelecer a comparação das informações de saúde com base na CIF se deu através da relação de conteúdo comum entre a avaliação clínica realizada pelo profissional e o modelo da CIF<sup>(40,41)</sup>. Os checklists são compostos pelo menor número possível de categorias da CIF, mas tantas quantas necessárias para descrever o espectro de problemas que afetam a funcionalidade e saúde dos usuários e o tipo de assistência submetida<sup>(42-45)</sup>.

Sua construção considerou os componentes da CIF e seu sistema alfanumérico onde o primeiro nível de classificação é codificado com uma letra que se refere a um componente. A letra (b) se refere a funções corporais, a letra (s) a estruturas corporais, a letra (d) a atividades e participação e a letra (e) aos fatores ambientais. Também foram considerados os fatores pessoais<sup>(16)</sup>.

Foram realizados grupos de trabalho para a composição dos checklists com os seguintes setores: Equipe Multidisciplinar Ambulatorial de Reabilitação Neurológica, Equipe de Atendimento Domiciliar, Equipe de Atendimento a Doenças Musculoesqueléticas (LER/DORT), Serviço de Fonoaudiologia Infantil e definido os

seguintes checklists:

- Equipe multidisciplinar;
- Atendimentos domiciliar;
- Fisioterapia Musculoesquelética;
- Fonoaudiologia infantil.

Os instrumentos elaborados encontram-se no Apêndice 2.

Para a 3ª etapa foram estabelecidos os momentos da avaliação inicial, atribuição, intervenção e reavaliação de acordo com as fases do ciclo de Reabilitação proposto por Rauch <sup>(46)</sup>. Atribuição e Intervenção no processo de reabilitação dizem respeito à fase de escolha dos códigos da CIF e à intervenção clínica.

Cada profissional ficou responsável pela avaliação de 5 usuários em seu setor, à exceção da Equipe Multidisciplinar da Neurologia que avaliou 5 usuários ao todo, e o Setor Ambulatorial de Fonoaudiologia Infantil que avaliou um total de 10 crianças. O número total de usuários avaliados por setor: Atendimento Domiciliar, 24 usuários em Fisioterapia, 5 em Fonoaudiologia e 4 em Psicologia; Assistência Musculoesquelética, 17 usuários, 12 avaliados pela Fisioterapia e 5 avaliados pela Terapia Ocupacional; Equipe Multidisciplinar, 5 usuários e Fonoaudiologia Infantil 10 usuários.

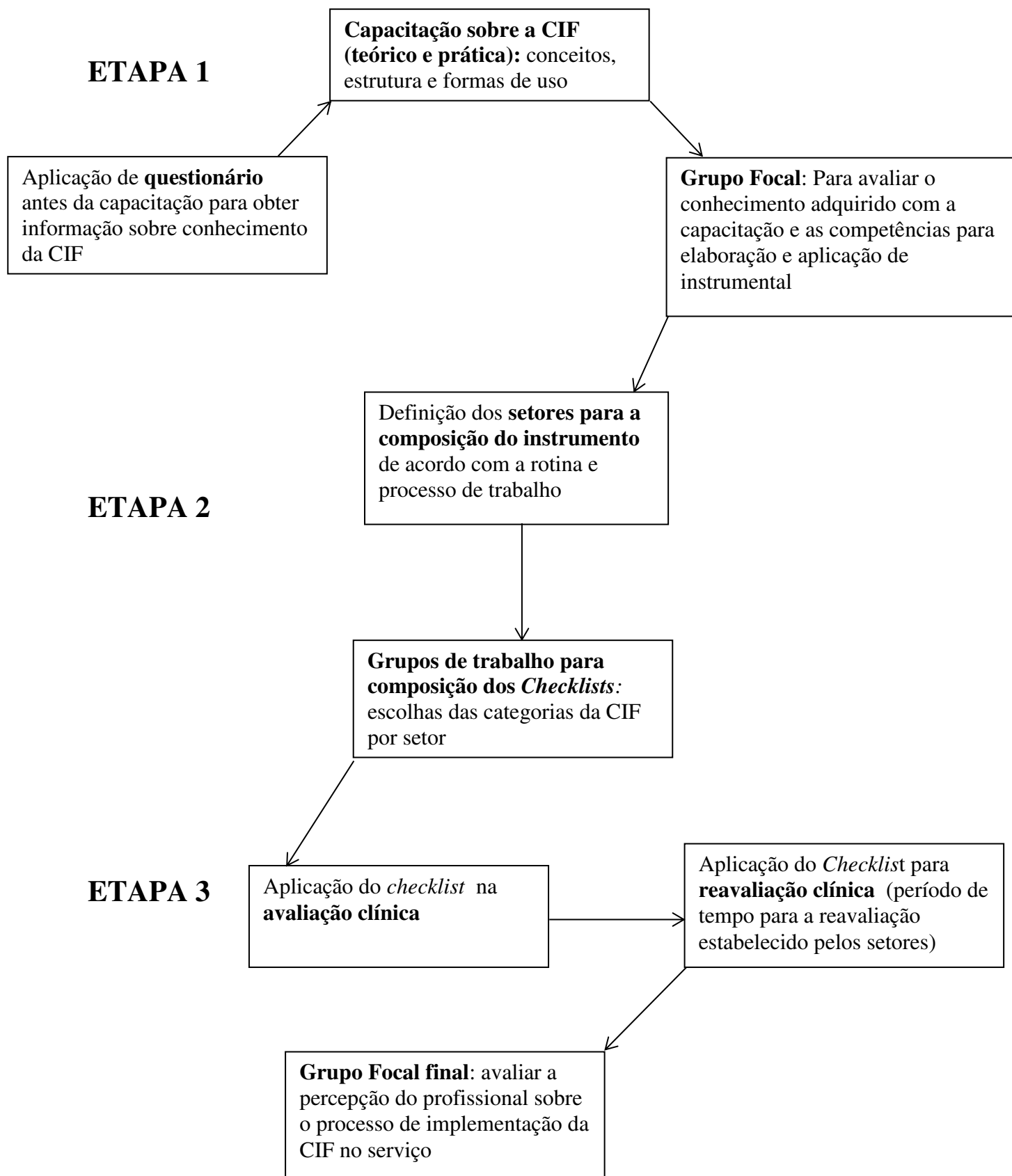
O uso dos qualificadores permitiu estabelecer a comparação entre os momentos da avaliação e reavaliação e foram utilizados segundo o estabelecido pela OMS, onde 0 (zero) corresponde a nenhum problema ou dificuldade, 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade grave), até 4 que elenca um problema ou dificuldade total ou completa. Também existem o 8, para quando o grau não esteja especificado, e o 9 para o domínio que não seja aplicável. Os Fatores Ambientais (e) podem ser considerados como facilitadores (utilizando-se um símbolo “+” que segue o código numérico) ou barreiras (utilizando-se um ponto a seguir ao código numérico). O domínio pode ser classificado como facilitador, se impactar positivamente na participação e funcionalidade da pessoa. Ou pode ser qualificado como barreira se impactar negativamente na participação e funcionalidade. Assim, um determinado fator ambiental pode ser considerado como sendo nenhum obstáculo (.0), obstáculo leve (.1), obstáculo moderado (.2), obstáculo grave (.3) até obstáculo total (. 4), ou, por outro lado, (+ 0) nenhum facilitador, facilitador leve (+1), facilitador moderado (+2), facilitador grave (+3) ou facilitador total (+4)<sup>(16,18)</sup>.

Foram estabelecidos para todos os checklists o qualificador 8 para os Fatores

Ambientais. Devido a dificuldade exposta pela equipe para estabelecer uma medida de quantificação do ambiente ser um facilitador ou uma barreira, ficou estabelecido pelo grupo o qualificador 8 (não especificado) para Fatores Ambientais. O componente (s) de estrutura foi utilizado apenas no *checklist* Assistência Musculoesquelética, com apenas 1 código, devido a característica da assistência no uso de órteses e próteses ortopédicas.

O gráfico 1 fornece um esquema das etapas do processo de implementação da CIF.

Gráfico 1 – Etapas do processo de implementação da CIF



## 5.4 Procedimentos de Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2017 a março de 2018, sendo utilizados os seguintes procedimentos:

- a) Diário de campo – a pesquisadora observou e realizou anotações de todas as etapas do processo de implementação da CIF no Centro Especializado.
- b) Aplicação de questionário – ocorreu antes da capacitação como forma de avaliar o conhecimento do profissional sobre a CIF e foi composto com as seguintes questões:
  - 1- O que você sabe sobre a CIF?
  - 2- Como você avalia a participação e a funcionalidade do paciente na sua rotina terapêutica?
  - 3- O contexto e o ambiente, na sua avaliação, comprometem o desempenho de seu paciente? Como você trabalha com isso?
  - 4- No que você acha que a CIF poderá contribuir para o seu trabalho?
  - 5- Qual a sua expectativa em conhecer a CIF?
- c) Grupo focal - ocorreu em dois momentos: o primeiro, após a capacitação para observar o conhecimento do profissional sobre a CIF, sua estrutura e conceitos. O segundo, ocorreu após a reavaliação dos usuários para obter a percepção sobre todo o processo de implementação. Essa técnica vem sendo utilizada para explorar as concepções e experiências dos participantes, podendo ser usada para examinar não somente o que as pessoas pensam, mas como elas pensam e porque pensam assim.
- d) Aplicação do *checklist* de cada setor em dois momentos: uma avaliação inicial do usuário com o novo instrumental e uma reavaliação final. O tempo estabelecido para reavaliação seguiu a rotina dos setores: 10 dias para o Atendimento Musculoesquelético e 3 meses para os demais setores.

A escolha da metodologia dos grupos focais se deve ao fato de ser uma técnica que permite a compreensão de processos de construção da realidade pelo grupo, além da compreensão das práticas cotidianas, comportamentos, atitudes e valores em relação a um tema; por pessoas que estão inseridas em um mesmo contexto, permitindo a obtenção de diferentes pontos de vista sobre o mesmo tópico <sup>(47-51)</sup>.

Os participantes dos grupos focais representavam as diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de reabilitação: psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.

A duração de cada grupo focal foi de 90 minutos, totalizando 3 horas de trabalho. Após a apresentação inicial, foram informados os objetivos do trabalho e solicitou-se a permissão para a gravação e reafirmada a garantia de confidencialidade e não identificação dos participantes.

Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora tendo como observadores alunos de pós-graduação da UNIFESP, em estágio no serviço.

Os grupos focais foram desenvolvidos a partir de questões norteadoras, tendo como objetivo a percepção dos profissionais sobre o processo de implementação da CIF.

Perguntas que nortearam o primeiro Grupo Focal após a capacitação para uso da CIF:

- 1) Após a capacitação sobre a CIF, você se sente com conhecimento suficiente sobre a classificação?
- 2) Você teve dificuldades no entendimento dos domínios, componentes e categorias da CIF para a composição do *checklist*?
- 3) Ficou claro o uso dos qualificadores?
- 4) Você teve dificuldades em apreender as informações necessárias para a elaboração do novo instrumento de avaliação?
- 5) Você teve dificuldade em compreender conceitos como funcionalidade, incapacidade, atividade e participação?

Perguntas que nortearam o segundo Grupo Focal após a reavaliação dos usuários com o *checklist* elaborado pelos profissionais:

- 1) Como você avalia o tempo de aplicação dos *checklists*?
- 2) Você teve dificuldades na classificação dos componentes e categorias do novo instrumento?
- 3) Você possuía os conhecimentos necessários para o preenchimento do novo instrumento?
- 4) Você teve dificuldades para aplicar os qualificadores nas categorias estabelecidas?
- 5) Você teve dificuldades para chegar a um resultado em cada domínio?
- 6) Na sua opinião existem categorias e/ou domínios desnecessários ou repetitivos?
- 7) Na sua opinião há algum ponto relevante que não foi contemplado pelo instrumental?
- 8) O novo instrumental facilitou o propósito de avaliação do processo de

reabilitação do sujeito?

### 5.5. Forma de Análise

- a) Os registros do Diário de Campo foram utilizados para a descrição do processo de implementação da CIF no Centro Especializado estudado. O diário de campo consiste em uma forma de registro de observações, comentários e reflexões para uso individual.
- b) Uma análise qualitativa dos questionários iniciais foi levada a cabo, com destaque para os aspectos recorrentes e relevantes. Nos termos de Turato (2003) para o critério de relevância, selecionam-se os dados tidos como significativos para o pesquisador em seus conteúdos mais relevantes para os objetivos da pesquisa<sup>(50,51)</sup>.
- c) Na análise dos dados dos grupos focais, após a transcrição das gravações, foi utilizada a análise de conteúdo para identificar as unidades temáticas que possibilitaram estabelecer categorias e compreender as ações e as narrativas dos sujeitos. Realizou-se, inicialmente, uma leitura exaustiva dos depoimentos, seguida da indexação dos dados, operações que consistiam na ordenação e categorização a partir de temas ou padrões recorrentes. Essa indexação é indutiva, e as categorias surgem da absorção hermenêutica do analista do texto. Tivemos como suporte o uso do software MAXQDA 2018<sup>(47-51)</sup>.
- d) A análise dos resultados da aplicação da CIF ocorreu através da comparação dos qualificadores entre a avaliação inicial e final em período de tempo estabelecido com o grupo. Os dados do checklists foram transportados para uma planilha Excel com as informações das avaliações de cada paciente. Pensou-se em planilhas Excel devido ao tipo de sistema de informação do SUS que usa o tabwin como base de dados. Essas planilhas, dessa forma, possibilitam a conversão dos dados para o sistema de informação dos serviços do SUS. Com as variáveis nas colunas e usuários cadastrados nas linhas e a conversão para a planilha Excel. Para comparar as distribuições das respostas dos itens da avaliação com a reavaliação após uso do checklist com os qualificadores da CIF, empregou-se o teste de Wilcoxon. Foram respeitados todos os valores dos qualificadores para a função e estrutura, Atividade e Participação. Apenas em fatores ambientais foram utilizados os valores: 0 para Neutro, 1 para Facilitador e 2 para Barreiras<sup>(52,53)</sup>.

## **6. RESULTADOS**

### **6.1 Artigo 1 – A ser publicado em Revista CoDAS**

**Titulo:** Operacionalização da Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação.

**Titulo em inglês:** International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, operationalization in a Specialized Rehabilitation Center.

**RESUMO:**

Objetivo: Interessa descrever o processo de implementação da CIF em um Centro Especializado em Reabilitação fundamentado na abordagem biopsicossocial de saúde.

Método: Trata-se de pesquisa-ação, descritiva, analítica e longitudinal. O processo de implementação no serviço abrangeu 4 etapas: a) Capacitação para uso da CIF b) Construção de *checklists* pela equipe c) Aplicação dos *checklists* com usuários do serviço e d) Construção de banco de dados. Foi elaborado um *checklist* para cada setor envolvido e banco de dados incluindo informações do resultado da avaliação e reavaliação dos usuários. Resultados: Os achados indicam maior resolutividade em todos os setores no período estudado e que a capacitação foi fundamental para operacionalização da CIF. A construção de instrumentos com base na realidade do serviço foi essencial para atender as demandas locais e de cada setor. Conclusão: A CIF possibilitou maior prática da abordagem biopsicossocial a partir do envolvimento dos profissionais na sua operacionalização, com evidências de resolutividade do serviço, além de visibilidade e organização do processo de trabalho.

Palavras chaves: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Indicadores em Saúde; Atenção à Saúde; Centro de Reabilitação.

**ABSTRACT:**

**Purpose:** It is of interest to describe the ICF implementation process in a Specialized Rehabilitation Center based on the health biopsychosocial approach. **Methods:** This is a descriptive, analytical and longitudinal research. The process of implementation in the healthcare service encompassed 4 stages: a) training for the use of the ICF, b) elaboration of checklists by the team, c) obtainment of relevant data based on the checklist from the healthcare users, and d) construction of the databank. **Results:** A checklist was elaborated for each sectors involved, and databank includes users' information and the ICF results during evaluation and re-evaluation. The findings indicate higher problem-solving capacity in all the sectors in the study period, and training was crucial to operationalize the ICF. The elaboration of instruments based on the healthcare reality was essential to meet local and each sector demands. **Conclusions:** ICF allowed more biopsychosocial approach practice, based on the engagement of professionals in its operationalization, healthcare problem-solving evidences and organization of the work process.

**Key-words:** International Classification of Functioning, Disability and Health; Health Indicators; Health Care; Rehabilitation Center.

## INTRODUÇÃO

Poucas ainda, são as tentativas de sistematizar e incorporar a CIF na rotina dos serviços, apesar da Classificação ser normatizada pela Resolução 452/12 do Conselho Nacional de Saúde, constar da lista de verificação para avaliação dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs) do Programa Nacional dos Serviços de Saúde (PNASS) e seu modelo ser referência para a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, nº 13.146/2015, que dispõe que a avaliação da deficiência, quando necessária, será em uma abordagem biopsicossocial<sup>(1-4)</sup>.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) fornece o sistema mais adequado para descrição do cuidado em saúde e pode ser utilizada como ferramenta de referência na orientação dos serviços, permitindo a unificação da linguagem utilizada pelos diferentes profissionais da equipe multiprofissional e, em especial, incorporar o modelo biopsicossocial no planejamento das intervenções. Isso propiciaria importante mudança de paradigma no modelo assistencial vigente, passando de uma visão biomédica para uma perspectiva biopsicossocial. Incorporar a CIF em serviços de saúde se justifica por permitir obter maior conhecimento acerca das condições de saúde do usuário, ter o acompanhamento longitudinal da sua recuperação, acolhendo suas necessidades e contribuindo para melhoria de seu cuidado<sup>(5-11)</sup>

Para tanto, o uso dessa Classificação na assistência em saúde requer desenvolver ferramentas apropriadas para sua implementação na prática clínica-terapêutica. Instrumentais compostos pelos conjuntos principais da CIF, em combinação com o uso de qualificadores trazido pela classificação, permitem a descrição da experiência de funcionalidade do usuário, estabelecer os objetivos terapêuticos e intervenções apropriados, possibilitando uma visão geral dos recursos necessários para melhorar os aspectos específicos da funcionalidade, bem como acompanhar as mudanças após a assistência.<sup>(12-16)</sup>

Em virtude da complexidade da CIF e da grande quantidade de aspectos contemplados, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs os *core sets* da CIF, conjuntos de categorias que descrevem a funcionalidade de pessoas com determinadas condições de saúde. Em vez de se avaliarem 1.454 aspectos da funcionalidade das pessoas, devem-se avaliar apenas aquelas categorias que são típicas e significativas de uma determinada doença<sup>(17)</sup>. No entanto, os *core sets* da CIF não contemplam a descrição da funcionalidade de pessoas com mais de uma condição de saúde, geralmente, característica da população assistida em serviços de saúde, em especial idosos, pois são

estruturados para obtenção de um conjunto específico de categorias relacionadas a uma doença. Desse modo, seu uso leva também a projetar a atenção e os cuidados em saúde baseados na doença, reforçando o modelo biomédico e não a abordagem biopsicossocial, como proposta pela CIF. Em 2012, o Centro de Colaboração para a Família de Classificações Internacionais, na Alemanha, apresentou o Core Sets da CIF para prática clínica, um dos referências deste estudo<sup>(18)</sup>. Contudo, para este estudo, optou-se por criar instrumentos próprios – *checklists*- e adequados às demandas locais do serviço estudado. Pretende-se, com isso, estabelecer relações entre as avaliações realizadas e sua mensuração, a assistência prestada, as atribuições do serviço com os domínios da CIF e seus qualificadores<sup>(19)</sup>.

No Brasil, temos experiências exitosas, como a Avaliação para Concessão do Benefício de Prestação Continuada a Pessoa com Deficiência, BPC, que possui instrumental utilizando a CIF e o Índice de Funcionalidade Brasileiro, (IFBrA), aplicado para fins de aposentaria da pessoa com deficiência, em que os instrumentos foram criados a partir das necessidades do processo de trabalho<sup>(20,21)</sup>.

Diante do exposto, este estudo se propõe a descrever o processo de operacionalização da CIF por meio da construção de instrumentos, como *checklists*, com base nas necessidades locais e das demandas dos usuários, levando-se em consideração a rotina e processo de trabalho de um serviço especializado em reabilitação. Para tanto, é descrito o processo passo a passo da operacionalização da CIF nesse serviço de modo a contribuir para se pensarem formas de incorporação na rotina assistencial de outros serviços.

## MÉTODO

Trata-se de pesquisa-ação de delineamento descritivo, analítico, de caráter longitudinal, com o objetivo de descrever o processo de instrumentalização de equipe multidisciplinar para o uso da CIF, como parte do processo de implementação da Classificação na rotina de um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade de médio porte do estado de São Paulo. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade em que se realizou o estudo sob CAAE n. 69670917.7.0000.5404, nos termos da Resolução 466/12 do CONEP. Também foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do município a que pertence o serviço, com parecer da Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após explicação da pesquisa e anuência, autorizando a utilização dos dados no estudo.

O serviço em que foi realizada a pesquisa é composto por equipe multidisciplinar integrada por 26 profissionais das áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia e Assistência Social. Pertence ao SUS – Sistema Único de Saúde, de administração direta. Presta assistência a usuários adultos que apresentam distúrbios de origem neurológica na modalidade domiciliar e ambulatorial; distúrbios de origem musculoesquelética caracterizado por Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT) em atendimento ambulatorial, e assistência a crianças em idade escolar com distúrbio de aprendizagem também ambulatorial. Dos usuários assistidos pelo serviço, 65 deles participaram da pesquisa, e já estavam em assistência pelo serviço. A demanda foi intencional e escolhida pelos profissionais responsáveis pelo cuidado, não tendo havido distinção entre usuários recém-admitidos e mais antigos. Os profissionais foram convocados pela chefia imediata, sendo facultada a participação no processo de implementação da Classificação.

O processo de implementação da CIF no serviço ocorreu em quatro etapas:

Etapa 1: Capacitação para o uso da CIF, com o seguinte conteúdo programático: conceitos, estrutura, formas de aplicação e uso da CIF.

Carga horária de 12 horas, contendo parte teórica e prática;

Etapa 2: Construção dos *checklists* em que se buscou relacionar o conteúdo entre as principais questões, resultados e/ou medidas clínicas de cada setor, com os componentes e categorias da CIF;

Etapa 3: Aplicação dos *checklists* específicos por setor na avaliação inicial e reavaliação de acordo com as fases do ciclo de Reabilitação proposto por Rauch et al<sup>(22)</sup>;

Etapa 4: Criação de um banco de dados, incluindo informações dos resultados da avaliação e reavaliação dos usuários.

Segundo o disposto pela Organização Mundial de Saúde, para o uso da CIF, as informações podem ser coletadas por meio de observação feita por um profissional experiente e organizadas no modelo da CIF. O julgamento clínico ou raciocínio profissional é usado para identificar a categoria alvo e definir o nível de gravidade<sup>(9,10)</sup>.

No processo de construção dos *checklists*, buscou-se relacionar os principais aspectos, resultados e/ou medidas clínicas de cada área, com às categorias da CIF mais precisas, estabelecendo-se a correspondência entre os itens da avaliação própria de cada setor e os componentes da CIF. Dessa forma, os *checklists* foram desenvolvidos pelos profissionais do serviço, participantes do estudo, a partir da correspondência entre a

avaliação clínica realizada por cada especialidade e a CIF, tendo como base as regras de ligação propostas por Cieza et al.<sup>(14)</sup>, o que permitiu relacionar e comparar conceitos e conteúdos significativos contidos na rotina profissional. Essa correspondência entre os aspectos avaliados pelo serviço e a CIF foi estabelecida com base na experiência acumulada dos profissionais e no conhecimento da CIF após a capacitação. Também foi utilizado, como base norteadora, o Anexo 9 da CIF com os itens sugeridos como mínimo e ideal para sistemas de informação em saúde ou inquéritos de saúde, ou para pesquisas, e o Core Set para prática clínica<sup>(9,10)</sup>.

Para elaboração do *checklist* de cada setor, foram apresentadas três questões norteadoras para subsidiar os profissionais a relacionar os dados de avaliação utilizados na rotina do serviço com códigos da CIF, considerando-se que, durante a capacitação da equipe, foram trabalhados os conceitos e a estrutura da CIF necessários para esse processo. As questões, apresentadas a seguir, visavam auxiliar o grupo a nortear as escolhas das categorias da CIF, contribuindo para que os participantes pudessem estabelecer melhor correspondência entre as avaliações clínicas de sua área e a CIF e, assim, assegurar que os componentes necessários fossem contemplados.

Questões norteadoras:

- Quais domínios são necessários de cada componente da CIF para minha rotina diária?
- De cada domínio, quais categorias compõem minha avaliação profissional e o que posso relacionar a cada componente função (**b**), estrutura (**s**), atividade (capacidade) e participação (desempenho) (**d**)?
- Quais as categorias em fatores ambientais (**e**) (acesso a equipamentos, medicamentos, próteses, familiares, cuidadores, trabalho, emprego, vida social etc) e (idade, sexo, estado civil, etc) interferem na prática?
- Quais são as categorias necessárias para compor sua avaliação?

Após a capacitação para o uso da CIF, a equipe foi dividida em quatro subgrupos por setores definidos pelos participantes: Atendimento Domiciliar, Assistência Musculoesquelética, Equipe Multidisciplinar em Neurologia e Setor de Fonoaudiologia Infantil. Foram construídos os instrumentos específicos – *checklists* – considerando: o perfil clínico da população atendida, o nível de complexidade do serviço, o tipo de assistência e a rotina profissional. O processo de escolha para *checklists*, se por área de especialidade ou multiprofissional, foi acordado com a equipe, sendo considerado, como critério, os usuários assistidos por mais de uma especialidade.

Para construção dos *checklists*, foram considerados os componentes da CIF e seu sistema alfanumérico, em que o primeiro nível de classificação é codificado com uma letra que se refere a um componente. A letra (b) se refere a funções corporais, a letra (s) a estruturas corporais, a letra (d) a atividades e participação e letra (e) aos fatores ambientais. Preocupou-se conter o menor número possível de categorias da CIF, mas tantas quantas necessárias para descrever as necessidades de informação da assistência submetida e o espectro de problemas que afetam a funcionalidade dos usuários<sup>(10,11)</sup>.

As formas de aplicação da CIF podem variar, sendo possível extrair informações por meio de avaliação, observação direta, leitura de prontuários e perguntas. Neste estudo, a forma de aplicação dos *checklists* foi por meio de sua aplicação com os usuários que já estavam em assistência no serviço<sup>(10,11,18)</sup>.

Apesar de utilizar-se a denominação de “avaliação” com o uso do instrumento da CIF, o *checklist*, é importante enfatizar que a CIF é um sistema de classificação. Deve ser considerada por seus aspectos operacionais, mas não apenas por eles, conforme preconiza a OMS. Ela não substitui a avaliação profissional, ao contrário, utiliza as informações que advêm da avaliação do profissional<sup>(9,10)</sup>.

Para aplicação dos *checklists*, foram estabelecidos os momentos de avaliação inicial, atribuição, intervenção e reavaliação, de acordo com as fases do ciclo de Reabilitação proposto por Rauch et al.<sup>(22)</sup>. Atribuição e Intervenção no processo de reabilitação dizem respeito à fase de seleção dos qualificadores de cada categoria escolhida e a intervenção clínica.

O número total de avaliações por setor: Atendimento Domiciliar - 24 usuários em Fisioterapia, 5 em Fonoaudiologia e 4 em Psicologia; Assistência Musculoesquelética - 17 usuários, 12 avaliados pela Fisioterapia e 5 avaliados pela Terapia Ocupacional; Equipe Multidisciplinar - 5 usuários, e Fonoaudiologia Infantil - 10 usuários.

Baseando-se nos qualificadores da CIF, foi possível estabelecer graus de funcionalidade, o que permitiu a comparação entre os momentos da avaliação e reavaliação. Estes qualificadores foram utilizados segundo o estabelecido pela OMS e são apresentados no Quadro 1. Os Fatores Ambientais (e) podem ser considerados como facilitadores (utilizando-se um símbolo “+” seguinte ao código numérico) ou barreiras (utilizando-se um ponto seguinte ao código numérico). O domínio pode ser classificado como facilitador, se impactar positivamente na participação e funcionalidade da pessoa. Ou pode ser qualificado como barreira, se impactar negativamente na participação e funcionalidade<sup>(9,10)</sup>.

Quadro 1. Qualificadores/construtos utilizados para os diferentes componentes de acordo com o grau de comprometimento.

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| xxx.0 NÃO há problema (nenhum, ausente, insignificante) 0-4% |
| xxx.1- Problema LIGEIRO (leve, pequeno, ...) 5-24%           |
| xxx.2 - Problema MODERADO (médio, regular, ...) 25-49%       |
| xxx.3- Problema GRAVE (grande, extremo, ...) 50-95%          |
| xxx.4- Problema COMPLETO (total, ...) 96-100%                |
| xxx.8- não especificado                                      |
| xxx.9- não aplicável                                         |

WHO, 2001<sup>(9)</sup>

Foi estabelecido para todos os checklists o qualificador 8 para os Fatores Ambientais. Mensurar o quanto o ambiente é um facilitador ou uma barreira foi considerado como fator de difícil medida para a equipe, sendo uma opção o qualificador 8 (não especificado). O componente (s) de estrutura foi utilizado apenas no *checklist* do setor de Assistência Musculoesquelética, com apenas um código, devido à característica da assistência, o uso de órteses, por exemplo.

A análise dos resultados da aplicação dos *checklist* (etapa 3) ocorreu em período de tempo estabelecido com o grupo. Com exceção da Assistência Musculoesquelética, cuja rotina de atendimento totalizavam 10 sessões de fisioterapia, para as outras áreas, foi estabelecido um período de três meses de acompanhamento entre a avaliação e reavaliação com o uso dos *checklists*.

Os dados do *checklists* foram transportados para uma planilha Excel com as informações das avaliações de cada usuário, colocando-se as variáveis nas colunas e usuários cadastrados nas linhas. Este formato foi utilizado conforme experiência realizada no município de Barueri-SP, que permite transformar as informações em leitura pelo sistema utilizado no SUS e respectiva tabulação, caso seja de interesse da gestão<sup>(23)</sup>.

Para comparar as distribuições das respostas dos itens da avaliação com a reavaliação, empregou-se o teste de Wilcoxon. Foram respeitados todos os valores dos qualificadores estabelecidos pela CIF para função e estrutura, Atividade e Participação. Apenas em fatores ambientais foram utilizados os valores: 0 para Neutro, 1 para Facilitador e 2 para Barreiras.

## RESULTADOS

Dos 26 profissionais que compõem o serviço, 24 participaram da capacitação para o uso da CIF e a construção de instrumentos de avaliação (*checklist*), e 20 participaram da

aplicação do *checklist* e da avaliação final do processo de implementação.

Os instrumentos desenvolvidos pelos grupos deram origem a seis *checklists*: Assistência Domiciliar (Apêndice A), três *checklists* por área: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia; Assistência Musculoesquelética (Apêndice B): um *checklist* comum ao atendimento ambulatorial de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; Equipe Multidisciplinar em Neurologia composta de Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicologia, e Setor de Fonoaudiologia Infantil, um *checklist*.

Apesar de a CIF não classificar os fatores pessoais, os considera em sua estrutura, ficando a cargo do proponente os dados mais significativos. Os profissionais do serviço estudado incluíram sexo e idade.

A aplicação dos *checklists* permitiu comparar os momentos de avaliação e reavaliação nas categorias que compuseram as escolhas de itens pelos profissionais das áreas.

Os resultados mostram que em todos os setores houve melhora nos indicadores, indicando evolução dos casos atendidos no período estudado, porém, devido ao “ $n=65$ ” reduzido, apresentaram menos robustez. Destacam-se a seguir os componentes de Função e Estrutura e Atividade e Participação que apresentaram resultados significantes no Teste Wilcoxon.

Alguns exemplos como o *checklist* da Assistência Domiciliar em Fisioterapia permitiu comparar os momentos de avaliação e reavaliação com melhora em quase todas as categorias dos componentes “Função do Corpo” e “Atividade e Participação” (Tabela 1). Em d450 – andar-, na avaliação inicial, dos 24 usuários assistidos, 10 apresentavam limitação completa (qualificador 4), 10 limitação severa (qualificador 3), 4 limitação moderada e nenhum com limitação leve. Na reavaliação, os achados mostram melhora desses qualificadores, sendo que, dos 24 usuários, 8 apresentavam restrição completa, nenhum apresentava alteração severa, aumentou para 10 o número de usuários com restrição moderada e 6 com restrição leve. Em d460 - deslocar-se por diferentes locais-, dos 24 usuários na avaliação inicial, 10 apresentaram restrição completa, 8 usuários com restrição severa, 5 com restrição moderada, e 1 usuário com restrição leve, e nenhum paciente sem restrição. Na reavaliação esse quadro mudou para 7 com restrição completa, e nenhum usuário com restrição severa, 9 com restrição moderada, 6 usuários com restrição leve, e 2 sem nenhuma restrição.

**Tabela 1** – Resultado da aplicação do *Checklist* em Fisioterapia Domiciliar

| Categorias |                                            |    | Qualificadores |    |       |    |       |    |       |    |       |
|------------|--------------------------------------------|----|----------------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| b1144      | Orientação espaço                          | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       |
|            | Avaliação                                  | 16 | 66,7%          | 1  | 4,2%  | 4  | 16,7% | 2  | 8,3%  | 1  | 4,2%  |
|            | Reavaliação                                | 17 | 70,8%          | 2  | 8,3%  | 2  | 8,3%  | 2  | 8,3%  | 1  | 4,2%  |
| b140       | Funções da atenção                         | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       |
|            | Avaliação                                  | 9  | 37,5%          | 6  | 25,0% | 5  | 20,8% | 3  | 12,5% | 1  | 4,2%  |
|            | Reavaliação                                | 10 | 41,7%          | 10 | 41,7% | 2  | 8,3%  | 2  | 8,3%  | 0  | 0,0%  |
| b152       | Funções emocionais                         | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       |    |       |
|            | Avaliação                                  | 1  | 4,3%           | 10 | 43,5% | 8  | 34,8% | 4  | 17,4% |    |       |
|            | Reavaliação                                | 4  | 17,4%          | 12 | 52,2% | 6  | 26,1% | 1  | 4,3%  |    |       |
| b235       | Função vestibular                          | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       |
|            | Avaliação                                  | 8  | 33,3%          | 2  | 8,3%  | 8  | 33,3% | 3  | 12,5% | 3  | 12,5% |
|            | Reavaliação                                | 8  | 33,3%          | 11 | 45,8% | 1  | 4,2%  | 1  | 4,2%  | 3  | 12,5% |
| b260       | Função Proprioceptiva                      | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       |
|            | Avaliação                                  | 6  | 25,0%          | 3  | 12,5% | 10 | 41,7% | 5  | 20,8% | 0  | 0,0%  |
|            | Reavaliação                                | 6  | 25,0%          | 13 | 54,2% | 2  | 8,3%  | 2  | 8,3%  | 1  | 4,2%  |
| b265       | Função Tátil                               | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       |
|            | Avaliação                                  | 7  | 29,2%          | 4  | 16,7% | 7  | 29,2% | 6  | 25,0% | 0  | 0,0%  |
|            | Reavaliação                                | 10 | 41,7%          | 6  | 25,0% | 5  | 20,8% | 2  | 8,3%  | 1  | 4,2%  |
| b280       | Sensação de dor                            | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       |
|            | Avaliação                                  | 3  | 12,5%          | 7  | 29,2% | 9  | 37,5% | 3  | 12,5% | 2  | 8,3%  |
|            | Reavaliação                                | 7  | 29,2%          | 10 | 41,7% | 3  | 12,5% | 3  | 12,5% | 1  | 4,2%  |
| b710       | Função relac estabilidade das articulações | 1  |                | 2  |       | 3  |       | 4  |       |    |       |
|            | Avaliação                                  | 3  | 12,5%          | 5  | 20,8% | 14 | 58,3% | 2  | 8,3%  |    |       |
|            | Reavaliação                                | 11 | 45,8%          | 6  | 25,0% | 4  | 16,7% | 3  | 12,5% |    |       |
| b730       | Função da força muscular                   | 1  |                | 2  |       | 3  |       | 4  |       |    |       |
|            | Avaliação                                  | 2  | 8,3%           | 8  | 33,3% | 11 | 45,8% | 3  | 12,5% |    |       |
|            | Reavaliação                                | 10 | 41,7%          | 9  | 37,5% | 1  | 4,2%  | 4  | 16,7% |    |       |
| b735       | Tônus                                      | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       |
|            | Avaliação                                  | 2  | 8,3%           | 2  | 8,3%  | 7  | 29,2% | 11 | 45,8% | 2  | 8,3%  |
|            | Reavaliação                                | 3  | 12,5%          | 7  | 29,2% | 10 | 41,7% | 3  | 12,5% | 1  | 4,2%  |
| b760       | Funções relacionadas aos movimentos        | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       |    |       |
|            | Avaliação                                  | 8  | 33,3%          | 1  | 4,2%  | 5  | 20,8% | 10 | 41,7% |    |       |
|            | Reavaliação                                | 8  | 33,3%          | 5  | 20,8% | 8  | 33,3% | 3  | 12,5% |    |       |
| b765       | Funções relacionadas aos movimentos        | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       |    |       |
|            | Avaliação                                  | 14 | 58,3%          | 3  | 12,5% | 5  | 20,8% | 2  | 8,3%  |    |       |
|            | Reavaliação                                | 14 | 58,3%          | 7  | 29,2% | 1  | 4,2%  | 2  | 8,3%  |    |       |
| b770       | Funções relacionadas ao padrão de marcha   | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       |
|            | Avaliação                                  | 1  | 4,2%           | 1  | 4,2%  | 1  | 4,2%  | 10 | 41,7% | 11 | 45,8% |
|            | Reavaliação                                | 1  | 4,2%           | 7  | 29,2% | 8  | 33,3% | 0  | 0,0%  | 8  | 33,3% |
| d410       | Mudança posição básica do corpo            | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       |
|            | Avaliação                                  | 2  | 8,3%           | 4  | 16,7% | 9  | 37,5% | 7  | 29,2% | 2  | 8,3%  |
|            | Reavaliação                                | 5  | 20,8%          | 11 | 45,8% | 5  | 20,8% | 1  | 4,2%  | 2  | 8,3%  |
| d415       | Manutenção da posição do corpo             | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       |
|            | Avaliação                                  | 2  | 8,7%           | 5  | 21,7% | 10 | 43,5% | 4  | 17,4% | 2  | 8,7%  |
|            | Reavaliação                                | 5  | 21,7%          | 10 | 43,5% | 4  | 17,4% | 2  | 8,7%  | 2  | 8,7%  |
| d445       | Uso da mão e do braço                      | 0  |                | 1  |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       |
|            | Avaliação                                  | 6  | 25,0%          | 3  | 12,5% | 7  | 29,2% | 3  | 12,5% | 5  | 20,8% |
|            | Reavaliação                                | 7  | 29,2%          | 6  | 25,0% | 4  | 16,7% | 3  | 12,5% | 4  | 16,7% |
| d450       | Andar                                      | 1  |                | 2  |       | 3  |       | 4  |       |    |       |
|            | Avaliação                                  | 0  | 0,0%           | 4  | 16,7% | 10 | 41,7% | 10 | 41,7% |    |       |
|            | Reavaliação                                | 6  | 25,0%          | 10 | 41,7% | 0  | 0,0%  | 8  | 33,3% |    |       |

|                                                   |    |       |    |       |    |       |   |       |    |       |   |      |
|---------------------------------------------------|----|-------|----|-------|----|-------|---|-------|----|-------|---|------|
| d460 Deslocamento por diferentes locais           | 0  |       | 1  |       | 2  |       | 3 |       | 4  |       |   |      |
| Avaliação                                         | 0  | 0,0%  | 1  | 4,2%  | 5  | 20,8% | 8 | 33,3% | 10 | 41,7% |   |      |
| Reavaliação                                       | 2  | 8,3%  | 6  | 25,0% | 9  | 37,5% | 0 | 0,0%  | 7  | 29,2% |   |      |
| d465 Deslocamento utilizando equipamento          | 0  |       | 1  |       | 2  |       | 3 |       | 4  |       | 9 |      |
| Avaliação                                         | 2  | 8,3%  | 3  | 12,5% | 7  | 29,2% | 6 | 25,0% | 5  | 20,8% | 1 | 4,2% |
| Reavaliação                                       | 7  | 29,2% | 9  | 37,5% | 1  | 4,2%  | 2 | 8,3%  | 4  | 16,7% | 1 | 4,2% |
| e1101 Medicamentos.                               | 0  |       | 1  |       |    |       |   |       |    |       |   |      |
| Avaliação                                         | 10 | 41,7% | 14 | 58,3% |    |       |   |       |    |       |   |      |
| Reavaliação                                       | 10 | 41,7% | 14 | 58,3% |    |       |   |       |    |       |   |      |
| e1201Prod e tecn de assist mobilid e transporte   | 0  |       | 1  |       | 2  |       |   |       |    |       |   |      |
| Avaliação                                         | 4  | 16,7% | 5  | 20,8% | 15 | 62,5% |   |       |    |       |   |      |
| Reavaliação                                       | 4  | 16,7% | 10 | 41,7% | 10 | 41,7% |   |       |    |       |   |      |
| e210 Geografia física                             | 0  |       | 1  |       | 2  |       |   |       |    |       |   |      |
| Avaliação                                         | 13 | 56,5% | 4  | 17,4% | 6  | 26,1% |   |       |    |       |   |      |
| Reavaliação                                       | 13 | 54,2% | 5  | 20,8% | 6  | 25,0% |   |       |    |       |   |      |
| e355 Profissionais da saúde                       | 0  |       | 1  |       | 2  |       |   |       |    |       |   |      |
| Avaliação                                         | 4  | 16,7% | 17 | 70,8% | 3  | 12,5% |   |       |    |       |   |      |
| Reavaliação                                       | 4  | 16,7% | 18 | 75,0% | 2  | 8,3%  |   |       |    |       |   |      |
| e398 Apoio e relacionamento                       | 0  |       | 1  |       | 2  |       |   |       |    |       |   |      |
| Avaliação                                         | 9  | 37,5% | 12 | 50,0% | 3  | 12,5% |   |       |    |       |   |      |
| Reavaliação                                       | 9  | 37,5% | 12 | 50,0% | 3  | 12,5% |   |       |    |       |   |      |
| e498 Atitudes, outras especificadas               | 0  |       | 1  |       | 2  |       |   |       |    |       |   |      |
| Avaliação                                         | 9  | 37,5% | 10 | 41,7% | 5  | 20,8% |   |       |    |       |   |      |
| Reavaliação                                       | 9  | 37,5% | 10 | 41,7% | 5  | 20,8% |   |       |    |       |   |      |
| e570 Serv, sist e políticas relac com a segurança | 0  |       | 1  |       | 2  |       |   |       |    |       |   |      |
| Avaliação                                         | 11 | 45,8% | 9  | 37,5% | 4  | 16,7% |   |       |    |       |   |      |
| Reavaliação                                       | 12 | 50,0% | 9  | 37,5% | 3  | 12,5% |   |       |    |       |   |      |

Teste Wilcoxon. Qualificadores: 0-nenhum problema, 1- leve, 2- moderado, 3- severo, 4- completo, 8- não especificado, 9 não se aplica. Para e (fatores ambientais) 0 - Neutro, 1- Facilitador, 2 –Barreira

Na Assistência Musculoesquelética em Fisioterapia, usuários com LER/DORT assistidos pelo setor em um programa terapêutico de dez sessões, a aplicação do *Checklist* evidencia a resolutividade do serviço nas seguintes categorias: b280 - sensação de dor - na avaliação inicial dos 12 usuários, 1 apresentou qualificador completo (4); 8 com qualificador severo (3) e 3 usuários apresentaram com qualificador moderado (2). Na reavaliação, nenhum usuário com qualificador completo (4), 3 usuários com qualificador severo (3), 1 usuário com qualificador moderado (2), 7 com qualificador leve (1) e 1 usuário não apresentava dor, com qualificador (0). Apesar de os profissionais do setor afirmarem que as categorias escolhidas para compor o *checklists* atenderam às necessidades, nos resultados verificou-se que foram as avaliações que mais apresentaram o qualificador 9 (não se aplica).

O *checklist* da Fonoaudiologia Infantil (Tabela 2) apresentou evolução dos qualificadores em quase todas as categorias. Destaque para d132 (Aquisição de linguagem), d137 (Aquisição de conceitos), d160 (Concentrar a atenção), d166 (Ler) e d330 (Fala). As crianças assistidas estavam em idade escolar e apresentavam alterações no processo de aprendizagem.

**Tabela 2** – Resultado da aplicação do *Checklist* em Fonoaudiologia Infantil

| Categorias                                  |    |        | Qualificadores |       |   |       |   |       |   |       |
|---------------------------------------------|----|--------|----------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|
| b140 Funções de atenção                     | 0  |        | 1              |       | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                   | 4  | 40,0%  | 4              | 40,0% | 2 | 20,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                 | 6  | 60,0%  | 4              | 40,0% | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |
| b144 Funções da memória                     | 0  |        | 1              |       | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                   | 5  | 50,0%  | 3              | 30,0% | 2 | 20,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                 | 8  | 80,0%  | 2              | 20,0% | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |
| b147 Funções psicomotoras                   | 0  |        | 1              |       | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                   | 6  | 60,0%  | 3              | 30,0% | 1 | 10,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                 | 8  | 80,0%  | 2              | 20,0% | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |
| b152 Funções emocionais                     | 0  |        | 1              |       | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                   | 4  | 40,0%  | 1              | 10,0% | 5 | 50,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                 | 7  | 70,0%  | 3              | 30,0% | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |
| b1560 Percepção auditiva                    | 0  |        | 1              |       | 2 |       | 3 |       |   |       |
| Avaliação                                   | 3  | 30,0%  | 2              | 20,0% | 4 | 40,0% | 1 | 10,0% |   |       |
| Reavaliação                                 | 7  | 70,0%  | 3              | 30,0% | 0 | 0,0%  | 0 | 0,0%  |   |       |
| b1561 Percepção visual                      | 0  |        | 1              |       |   |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                   | 5  | 50,0%  | 5              | 50,0% |   |       |   |       |   |       |
| Reavaliação                                 | 10 | 100,0% | 0              | 0,0%  |   |       |   |       |   |       |
| b1670 Rec da linguagem                      | 0  |        | 1              |       |   |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                   | 8  | 80,0%  | 2              | 20,0% |   |       |   |       |   |       |
| Reavaliação                                 | 10 | 100,0% | 0              | 0,0%  |   |       |   |       |   |       |
| b1671 Exp da linguagem                      | 0  |        | 1              |       | 2 |       | 3 |       | 4 |       |
| Avaliação                                   | 0  | 0,0%   | 1              | 10,0% | 5 | 50,0% | 1 | 10,0% | 3 | 30,0% |
| Reavaliação                                 | 2  | 20,0%  | 7              | 70,0% | 1 | 10,0% | 0 | 0,0%  | 0 | 0,0%  |
| b310 Função da voz                          | 0  |        | 1              |       | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                   | 9  | 90,0%  | 0              | 0,0%  | 1 | 10,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                 | 9  | 90,0%  | 1              | 10,0% | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |
| b320 Funções da articulação                 | 0  |        | 1              |       | 2 |       | 3 |       | 4 |       |
| Avaliação                                   | 0  | 0,0%   | 1              | 10,0% | 3 | 30,0% | 3 | 30,0% | 3 | 30,0% |
| Reavaliação                                 | 2  | 20,0%  | 7              | 70,0% | 1 | 10,0% | 0 | 0,0%  | 0 | 0,0%  |
| b330 Funções da fluência e do ritmo da fala | 0  |        | 1              |       |   |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                   | 9  | 90,0%  | 1              | 10,0% |   |       |   |       |   |       |
| Reavaliação                                 | 10 | 100,0% | 0              | 0,0%  |   |       |   |       |   |       |
| d132 Aquisição de linguagem                 | 0  |        | 1              |       | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                   | 7  | 70,0%  | 2              | 20,0% | 1 | 10,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                 | 9  | 90,0%  | 1              | 10,0% | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |
| d137 Aquisição de conceitos                 | 0  |        | 1              |       | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                   | 3  | 30,0%  | 5              | 50,0% | 2 | 20,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                 | 8  | 80,0%  | 2              | 20,0% | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |
| d160 Concentração da atenção                | 0  |        | 1              |       | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                   | 3  | 30,0%  | 5              | 50,0% | 2 | 20,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                 | 8  | 80,0%  | 2              | 20,0% | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |
| d166 Leitura                                | 0  |        | 2              |       | 3 |       | 9 |       |   |       |
| Avaliação                                   | 1  | 10,0%  | 3              | 30,0% | 1 | 10,0% | 5 | 50,0% |   |       |
| Reavaliação                                 | 5  | 50,0%  | 0              | 0,0%  | 0 | 0,0%  | 5 | 50,0% |   |       |
| d170 Escrita                                | 0  |        | 1              |       | 2 |       | 3 |       | 9 |       |
| Avaliação                                   | 1  | 10,0%  | 1              | 10,0% | 1 | 10,0% | 2 | 20,0% | 5 | 50,0% |
| Reavaliação                                 | 4  | 40,0%  | 1              | 10,0% | 0 | 0,0%  | 0 | 0,0%  | 5 | 50,0% |

|                                               |    |        |    |        |   |       |   |       |   |       |
|-----------------------------------------------|----|--------|----|--------|---|-------|---|-------|---|-------|
| d310 Comunicação-recepção de mensagens orais  | 0  |        | 1  |        |   |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                     | 8  | 80,0%  | 2  | 20,0%  |   |       |   |       |   |       |
| Reavaliação                                   | 10 | 100,0% | 0  | 0,0%   |   |       |   |       |   |       |
| d325 Comunicação-recepção mensagens escritas  | 0  |        | 1  |        | 2 |       | 3 |       | 9 |       |
| Avaliação                                     | 2  | 20,0%  | 1  | 10,0%  | 1 | 10,0% | 1 | 10,0% | 5 | 50,0% |
| Reavaliação                                   | 4  | 40,0%  | 1  | 10,0%  | 0 | 0,0%  | 0 | 0,0%  | 5 | 50,0% |
| d330 Fala                                     | 0  |        | 1  |        | 2 |       | 3 |       | 4 |       |
| Avaliação                                     | 0  | 0,0%   | 2  | 22,2%  | 4 | 44,4% | 2 | 22,2% | 1 | 11,1% |
| Reavaliação                                   | 4  | 44,4%  | 4  | 44,4%  | 1 | 11,1% | 0 | 0,0%  | 0 | 0,0%  |
| d710 Interações interpessoais básicas         | 0  |        | 1  |        | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                     | 6  | 60,0%  | 1  | 10,0%  | 3 | 30,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                   | 7  | 70,0%  | 3  | 30,0%  | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |
| d760 Relações familiares                      | 0  |        | 1  |        | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                     | 6  | 60,0%  | 1  | 10,0%  | 3 | 30,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                   | 7  | 70,0%  | 3  | 30,0%  | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |
| d820 Educação escolar                         | 0  |        | 1  |        | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                     | 6  | 60,0%  | 2  | 20,0%  | 2 | 20,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                   | 7  | 70,0%  | 2  | 20,0%  | 1 | 10,0% |   |       |   |       |
| d920 Recreação e lazer                        | 0  |        | 1  |        | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                     | 8  | 80,0%  | 1  | 10,0%  | 1 | 10,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                   | 8  | 80,0%  | 2  | 20,0%  | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |
| e330 Pessoas em posição de autoridade         |    |        | 1  |        |   |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                     |    |        | 10 | 100,0% |   |       |   |       |   |       |
| Reavaliação                                   |    |        | 10 | 100,0% |   |       |   |       |   |       |
| e410 Atitudes individuais da família nuclear  | 0  |        | 1  |        | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                     | 0  | 0,0%   | 7  | 70,0%  | 3 | 30,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                   | 1  | 10,0%  | 6  | 60,0%  | 3 | 30,0% |   |       |   |       |
| e415 Atitudes individuais da família ampliada | 0  |        | 1  |        | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                     | 3  | 30,0%  | 3  | 30,0%  | 4 | 40,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                   | 4  | 40,0%  | 3  | 30,0%  | 3 | 30,0% |   |       |   |       |
| e420 Atitudes individuais de amigos           | 0  |        | 1  |        | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                     | 2  | 20,0%  | 6  | 60,0%  | 2 | 20,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                   | 3  | 30,0%  | 6  | 60,0%  | 1 | 10,0% |   |       |   |       |
| e355 Profissionais de saúde                   | 0  |        | 1  |        | 2 |       |   |       |   |       |
| Avaliação                                     | 0  | 0,0%   | 9  | 90,0%  | 1 | 10,0% |   |       |   |       |
| Reavaliação                                   | 1  | 10,0%  | 9  | 90,0%  | 0 | 0,0%  |   |       |   |       |

Teste Wilcoxon. Qualificadores: 0-nenhum problema, 1- leve, 2- moderado, 3- severo, 4- completo, 8- não especificado, 9 não se aplica. Para e (fatores ambientais) 0 - Neutro, 1- Facilitador, 2 –Barreira

## DISCUSSÃO

Para a fundamentação e discussão dos resultados foram consideradas as experiências em serviços e sistemas de saúde trazidas pela literatura, em especial na Itália, Inglaterra e Alemanha e, também, experiências exitosas no Brasil, como é o caso da Avaliação para a Concessão do Benefício de Prestação Continuada à Pessoa com Deficiência e da experiência de Barueri<sup>(5,11-15,22,23)</sup>.

Desde o início desta pesquisa, acerca do processo de implementação da CIF, já na capacitação, a equipe demonstrou compreender a importância de seu modelo conceitual. Além disso, os profissionais mostraram-se abertos à sua implementação no serviço e

entusiasmados com a possibilidade de capturar elementos importantes das avaliações de suas áreas e poder sistematizá-las com a CIF. Aliás, a sistematização dos dados, a possibilidade de gerar indicadores e a sua contribuição para qualificar a assistência, foi um ponto recorrente destacado entre os profissionais. Iniciativas nacionais e internacionais foram identificadas corroborando o achado <sup>(12-16)</sup>.

Na percepção dos participantes e da pesquisadora, que também integra o serviço, a capacitação da equipe, etapa inicial desta pesquisa, proporcionou maior compreensão da estrutura da CIF, das suas formas de uso e da importância da linguagem comum, que permite a descrição das práticas clínico-terapêuticas das diferentes áreas fundamentada em conceitos, como funcionalidade e incapacidade, à luz de uma perspectiva multidimensional da deficiência e a possibilidade de incorporar um novo paradigma em saúde à rotina profissional.

Os resultados mostram que o contato com a CIF permitiu aos participantes envolvidos fazer escolhas de categorias para a construção dos *checklists*, desenvolver instrumentos de avaliação que pudessem refletir a assistência prestada pelo serviço e contribuiu também para desmistificar a impressão inicial de que o uso da CIF e seu sistema alfanumérico, era difícil como abordado pelos profissionais no início do processo.

Os achados corroboram com modelos de implementação em outros países que mostram que, após capacitação sobre a CIF, os profissionais de saúde se encontram com condições de operacionalizar a Classificação na rotina e estruturam suas intervenções com maior ênfase na participação e no ambiente <sup>(5,11-13)</sup>.

Os resultados também mostram que a construção de uma ferramenta com base na realidade do serviço, que retrate as necessidades locais, é essencial. A criação coletiva dos instrumentos, o trabalho com os componentes da Classificação, os domínios, as categorias e a estrutura se mostraram importantes para vivência e ampliação da abordagem biopsicossocial na prática clínica, bem como assegurar seu uso na rotina, como avaliado pelos próprios profissionais ao final do processo <sup>(13-16)</sup>.

A aplicação dos *checklists* permitiu maior visibilidade do processo de trabalho nas diversas áreas, gerando indicadores de resolutividade da assistência prestada em cada modalidade e servindo para o planejamento do serviço com base nas necessidades de usuários e profissionais, dados estes similares a outros trabalhos existentes <sup>(22-24)</sup>. Os achados também possibilitaram classificar e mensurar a funcionalidade a partir do uso dos qualificadores da CIF, o nível de comprometimento, além de mostrar a evolução dos

usuários participantes, o que corrobora estudos realizados<sup>(25,26)</sup>.

Os *checklists* mostram evolução dos casos nos quatro setores envolvidos nesta pesquisa, após um período de intervenção, nos domínios de Funções do Corpo (b) e dos componentes de Atividades e Participação (d). Em Fatores Ambientais (e) também houve evolução. Porém, apesar de serem recorrentes no discurso dos profissionais a importância do ambiente e seu impacto na reabilitação do usuário, os achados evidenciam dificuldades em sua classificação, iniciando nas escolhas das categorias a serem incluídas no *checklist* por alguns profissionais.

Cabe destacar os resultados mais robustos de alguns setores relacionando-os ao objetivo final da assistência. Na assistência domiciliar em Fisioterapia, observa-se maior independência e melhora da mobilidade dos usuários, assim como sua participação no ambiente e, nos casos crônicos, a melhora da qualidade de vida. Importante ressaltar que os usuários deste tipo de assistência apresentam quadros considerados graves ou agudos, e sua reavaliação ocorreu após 3 meses de intervenção terapêutica o que, para esse perfil clínico, é considerado relevante. Na Assistência Musculoesquelética em Fisioterapia, em que a população assistida caracteriza-se por lesão por esforço repetitivo (LER) e Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT), a dor é um achado recorrente na avaliação fisioterápica e os resultados da aplicação do *checklist* revelam que com um programa terapêutico de 10 sessões, houve melhora dos indicadores.

O processo de operacionalização da CIF no serviço, contribuiu para repensar o processo de trabalho pela Fisioterapia no setor Musculoesquelético. Não foi em si a classificação, mas a possibilidade de trabalhar com uma perspectiva multidimensional, levando a equipe a refletir sobre sua rotina de trabalho. O plano terapêutico, incluindo o número de sessões fisioterápicas, passou a ser estabelecido pelo profissional fisioterapeuta responsável pela assistência e não mais a partir do encaminhamento médico.

O Setor de Fonoaudiologia Infantil que tem por objetivo a assistência a crianças em idade escolar com alterações de aprendizagem, incluindo fala e escrita, trazem indicadores de evolução importantes para o processo de formação. A melhora em indicadores como os de aquisição de linguagem, aquisição de conceitos, concentração da atenção e de fala, é crucial para o desenvolvimento e aprendizado. Alterações nessas categorias causam importante impacto na vida educacional, no processo de aprendizagem de crianças, mas também e, não menos importante, em outras áreas: social, familiar e cotidiana<sup>(27)</sup>.

Os resultados também confirmam que os *checklists* desenvolvidos pelos profissionais possibilitaram acompanhar de forma longitudinal os usuários no processo terapêutico, constituindo-se em dados tanto mensuráveis quanto norteadores para o processo de implementação da CIF neste serviço e aplicáveis em outros serviços, o que reitera a importância de novos estudos a serem realizados com instrumentos da CIF, como mostra pesquisa que sinaliza sobre a escassez de dados sobre funcionalidade e a importância de geração de evidências para garantir respostas adequadas dos sistemas de saúde e sociais<sup>(24)</sup>.

Os *checklists*, incorporados na rotina do serviço estudado, poderão servir como documentação do estado de saúde dos usuários, contribuindo para o estabelecimento de metas para o plano de reabilitação, como mostram outros trabalhos<sup>(5,25,26)</sup>. Deste modo, poderá possibilitar que profissional e usuário tenham mais claros os objetivos terapêuticos, identificando aquilo que ele, usuário, realmente faz (seu desempenho) e do que ele é capaz de fazer (capacidade) e qual a medida disso nas várias situações da vida (participação) bem como ter objetivos mais específicos que sejam significativos para o usuário, como evidenciam os achados aqui encontrados<sup>(25,26,28)</sup>.

Os resultados do processo de implementação foram apresentados para a equipe participante assim como para os gestores, entre eles o secretário municipal de saúde. Desta forma, os *checklists* poderão servir para a gestão local e conferir maior visibilidade ao processo de trabalho das diversas áreas, obter indicadores de resolutividade da assistência prestada, além de servir para o planejamento do serviço com base nas necessidades de usuários e profissionais, corroborando estudos da literatura<sup>(15,23-26)</sup>.

Os achados evidenciam que, além de possibilitar a avaliação dos usuários em dois momentos distintos, a construção do *checklist* também possibilitou aos profissionais o raciocínio clínico sobre sua práxis. Construir o instrumento de avaliação baseado na CIF funcionou como uma metodologia para colocar em prática a abordagem biopsicossocial. Aplicar aquilo que adquiriu de conhecimento na capacitação e rever suas estratégias de ação ao pensar a sua rotina de trabalho, funcionou como um “modelo mental” para se pensar e utilizar a CIF<sup>(5)</sup>. Ao mesmo tempo, operacionalizar a CIF por meio de instrumentos tornou possível aquilo que, para a maioria dos profissionais envolvidos neste estudo, no início do processo, consideravam como impossível.

O uso da CIF pelos profissionais neste processo de implementação no serviço, ficou restrito às etapas do estudo. Para sua incorporação na rotina, será preciso considerar as limitações que se apresentaram nesta pesquisa. Observa-se a necessidade de

reavaliação dos *checklists* desenvolvidos pelo grupo quanto as categorias escolhidas, principalmente as que tiveram o 9 (não se aplica) como qualificador escolhido, evidentes na Assistência Musculoesquelética em Fisioterapia, por exemplo. Nos Fatores Ambientais apesar de terem sido muito citados durante todo processo de capacitação, por estar diretamente implicado em todo processo de recuperação do usuário nos resultados, verificou-se a presença do qualificador neutro (0) utilizado com bastante frequência.

A dificuldade trazida por alguns profissionais quanto ao uso dos qualificadores é outra questão, principalmente quanto ao nível moderado (2), indicando a necessidade de trabalhar mais as formas de mensuração pelos profissionais em sua rotina de trabalho e de ampliar a discussão durante a etapa de capacitação da equipe. Além disso, os resultados reiteram a importância de discutir com a equipe e os gestores como tornar o uso dos *checklists* como parte da rotina dos profissionais, de forma que não se torne mais um instrumento ou um formulário a ser utilizado, comprometendo ainda mais o tempo já escasso da equipe diante de tantas demandas a se cumprir no cotidiano do serviço.

Ressalva-se a importância de que o uso da CIF reverta na criação de um banco de dados do serviço contendo as informações dos instrumentos aplicados e, assim, a informação de cada usuário. Note-se que o prontuário eletrônico vem sendo discutido como possibilidade de futura implementação no serviço. Viabilizar formas de incorporar os *checklists* da CIF ao prontuário seria um meio de introduzir seu uso na rotina do serviço.

Como abordado na literatura, a viabilidade das propostas de sistematização da CIF está intimamente relacionada à capacitação dos profissionais dos diferentes ambientes de saúde, à integração das informações produzidas e a sua articulação com os sistemas de informação em saúde. Isso contribuiria para a qualificação da informação obtida em saúde diminuindo a produção duplicada, fragmentada e redundante na comunicação da rede de saúde <sup>(5,11,13)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados mostram que a capacitação para o uso da CIF neste serviço possibilitou o conhecimento acerca da sua estrutura, fundamentada na abordagem biopsicossocial de saúde, tendo sido fundamental para a operacionalização da CIF por meio da construção e aplicação de instrumentos de avaliação próprios para a realidade local e as necessidades dos usuários e, prospectivamente, assegurar seu uso na rotina de serviço. A escolha das categorias da CIF pelos profissionais com base na sua prática clínica foi essencial para atingir esse objetivo.

A construção dos *checklists* se mostrou necessária e contribuiu para a operacionalização da CIF no serviço. Ressalvam-se as questões trazidas sobre medidas consensuais para a aplicação dos qualificadores da CIF entre as áreas neste estudo e a importância de rever as escolhas das categorias do *checklist* antes de incorporá-los ao sistema de informação.

A construção coletiva foi um fator-chave para os resultados positivos do processo de implementação da CIF pois contribuiu para que a proposta de mudança fosse valorizada.

Este estudo evidencia a utilidade da CIF para a construção de banco de dados com indicadores de funcionalidade do usuário e de resolutividade do serviço. Para os profissionais, a experiência com a CIF possibilita a inclusão do componente participação na prática cotidiana. Deste modo, amplia o foco da função do corpo para clínica centrada no usuário.

Os achados mostram que as formas de operacionalizar a CIF contribuíram para superar a perspectiva biomédica e abrem possibilidades de incorporar, na rotina do serviço, uma abordagem biopsicossocial, incentivando diferentes olhares da visão de saúde, sujeito e da práxis. Compreender a funcionalidade como a interação dinâmica entre a condição de saúde de uma pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais é apreender o cotidiano do indivíduo com suas variações e projetar intervenções para remover barreiras nos diversos contextos. Isso é parte vital do planejamento em reabilitação para a atenção humanizada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- CNS. Resolução 452. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. 2012.  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html)  
Acesso em 01/12/19
- 2- Brasil. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União 2015; 7 jul. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm) Acesso em 01/12/19
- 3- Brasil. Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Acesso em 01/12/19

- [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)
- 4- Brasil. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, PNASS. Ministério da Saúde, 2012 . Acesso em 01/12/2019  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass\\_programa\\_nacional\\_avaliacao\\_servicos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf)
  - 5- Tempest S, Harries P, Kilbride C, De Souza L. To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disabil Rehabil* 2012; 34(20-21): 1686–1694.
  - 6- Campos GWS, Amaral, MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):849-859, 2007
  - 7- Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):821-828, 2012
  - 8- Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:187-93
  - 9- WHO. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneve: World Health Organization. 2001
  - 10- OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português. EDUSP. 2015
  - 11- Stucki G, Zampolini M, Juocevicius A, Negrini S, Christodoulou N. Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2017;53(2):299–307.
  - 12- Stein, KV, Barbazza, ES, Tello, J, Kluge, H. Towards people-centred health services delivery: a Framework for Action for the World Health Organisation (WHO) European Region. *Int J Integr Care* . 2013 out-dez; 13: e058
  - 13- Cieza A, Sabariego C, Bickenbach J, Chatterji S. Rethinking Disability. *BMC Med*. 2018;16(1):10–4.
  - 14- Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil* 2016; 8288(March):1–10.

- 15- Moura,L; Santos, WR, Castro, SS, Itod,E; Silva,DCL; Yokotaf, RTC; Abaakouka,Z; Filho, HRC , Perezi, MAG; Fellinghauerj, CS; Sabariego, C. Applying the ICF linking rules to compare population-based data from diferente sources: an exemplary analysis of tools used to collect information on disability. Disability and Rehabilitation, 2017.
- 16- Castro SS, Castaneda L, Silveira H. Identification of common content between the questionnaire of the Health Survey (ISA-SP) and the International Classification of Functionality, Disability, and Health. Rev Bras Epidemiol 2014;17(1):59–70.
- 17- Riberto, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 set-out; 64(5): 938-46.
- 18- J. Bickenbach, A. Cieza, A. Rauch, & G. Stucki. ICF Core Sets. Manual for Clinical Practice. Hogrefe Publishing. 2012
- 19- Araujo, ES; Buchalla CM. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquéritos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. Rev Bras Epidemiol Jul-Set 2015; 18(3): 720-724
- 20- Brasil; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate `a fome; Instituto Nacional do Seguro Social. Portaria Conjunta MDS/INSS Nº 1, de 24 de maio de 2011. Acesso em 18/05/19  
[http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariaconjuntamdsinss1\\_2011.htm](http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariaconjuntamdsinss1_2011.htm)
- 21- Marcelino, M.A. Avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC. IN: SAVARIS, J.A. (Coord.) Curso de perícia judicial previdenciária. 2.ed. Curitiba: Auteridade Editora, 2014
- 22- Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. J Phys Rehabil Med. 2008 Sep; 44(3):329-42
- 23- Cordeiro, ES. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade E Saúde, E- SUS e TABWIN: as experiências de Barueri e Santo André, São Paulo. Revista Baiana de Saúde Pública. v.39, n.2, p.470-477abr./jun. 2015
- 24- Chatterji,S; Byles, J; Cutler, D; Seeman,T; Verdes, E. Health, functioning, and disability in older adults - present status and future implications. Lancet. 2015; 385: 563–75
- 25- Madden RH, Bundy A. The ICF has made a difference to functioning and

- disability measurement and statistics. *Disabil Rehabil.* 2018;0(0):1–13.
- 26- Medica EM, Stucki G, Bickenbach J, Edizioni C, Medica M. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med [Internet]*. 2017;(February):134–8.
- 27- Ostroschi, D T; Zanolli, ML and Chun,RYS. Percepção de familiares de crianças e adolescentes com alteração de linguagem utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF-CJ). *CoDAS [online]*. 2017, vol.29, n.3, e20160096. Epub May 22, 2017.
- 28- Santana, MTM; Chun, RYS. Language and functionality of post-stroke adults: evaluation based on International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *CODAS* , v. 29, p. 1-8, 2017.

**Apendice A – Checklists** desenvolvidos na Assistência Domiciliar pela Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia da Assistência Domiciliar

**FISIOTERAPIA DOMICILIAR**

|       |                                                       | Qualificadores |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
|-------|-------------------------------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|--|-------------|---|---|---|---|---|---|--|
| Cod.  | Descrição                                             | Avaliação      |   |   |   |   |   |   |  | Reavaliação |   |   |   |   |   |   |  |
|       |                                                       | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |  | 0           | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |  |
| b1144 | Orientação em relação ao espaço                       |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b140  | funções da atenção                                    |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b152  | Funções emocionais                                    |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b235  | Função vestibular                                     |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b260  | Função Proprioceptiva                                 |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b265  | Função Tátil                                          |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b280  | Sensação de dor                                       |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b710  | Funções relacionadas à estabilidade das articulações. |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b730  | Função da força muscular                              |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b735  | Tônus                                                 |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b760  | Funções Relacionadas aos movimentos voluntários       |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b765  | Funções Relacionadas aos movimentos involuntários     |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b770  | Funções relacionadas ao Padrão de marcha              |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d410  | Mudar a posição básica do corpo                       |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d415  | Manter a posição do corpo                             |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d445  | Uso da mão e do braço                                 |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d450  | Andar                                                 |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d460  | Deslocar-se por diferentes locais                     |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d465  | Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento      |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |

| Fatores Ambientais |                                                                                                              | Qualificadores    |                |        |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|--------|
| Cod.               | Descrição                                                                                                    | Facilitador<br>+8 | Barreira<br>.8 | Neutro |
| e1101              | Medicamentos.                                                                                                | Avaliação         | Reavaliação    |        |
| e1201              | Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos |                   |                |        |
| e210               | Geografia física                                                                                             |                   |                |        |
| e355               | Profissionais da Saúde.                                                                                      |                   |                |        |
| e398               | Apoio e relacionamento, outros especificados                                                                 |                   |                |        |
| e498               | Atitudes, outras especificadas                                                                               |                   |                |        |
| e570               | Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social                                           |                   |                |        |

## FONOAUDIOLOGIA DOMICILIAR

|       |                                         | Qualificadores |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
|-------|-----------------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|--|-------------|---|---|---|---|---|---|--|
| Cod.  | Descrição                               | Avaliação      |   |   |   |   |   |   |  | Reavaliação |   |   |   |   |   |   |  |
|       |                                         | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |  | 0           | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |  |
| b164  | Funções cognitivas superiores           |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b1670 | Recepção da linguagem                   |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b1671 | Expressão da linguagem                  |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b310  | Função da voz                           |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b320  | Funções da articulação                  |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b5105 | Deglutição                              |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d166  | Ler                                     |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d170  | Escrever                                |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d310  | Comunicação-recepção de mensagens orais |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d325  | Comunicação-recepção mensagens escritas |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d330  | Fala                                    |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d350  | Conversação                             |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d570  | Cuidar da própria saúde                 |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d710  | Interações Interpessoais básicas        |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d920  | Recreação e Lazer.                      |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |

| Fatores Ambientais |                                                                     | Qualificadores    |                |             |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|-------------|
| Cod.               | Descrição                                                           | Facilitador<br>+8 | Barreira<br>.8 | Neutro<br>0 |
|                    |                                                                     | Avaliação         | Reavaliação    |             |
| e2109              | Geografia física                                                    |                   |                |             |
| e355               | Profissionais de saúde                                              |                   |                |             |
| e360               | Outros profissionais                                                |                   |                |             |
| e398               | Apoio e relacionamento, outros especificados                        |                   |                |             |
| .e498              | Atitudes, outras especificadas                                      |                   |                |             |
| e570               | Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social. |                   |                |             |

## PSICOLOGIA DOMICILIAR

| Cod. | Descrição                                                                            | Qualificadores |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|--|-------------|---|---|---|---|---|---|--|
|      |                                                                                      | Avaliação      |   |   |   |   |   |   |  | Reavaliação |   |   |   |   |   |   |  |
|      |                                                                                      | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |  | 0           | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |  |
| b152 | Funções emocionais                                                                   |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| b164 | Funções cognitivas superiores                                                        |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d310 | Comunicação-recepção de mensagens orais                                              |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d350 | Conversação                                                                          |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d465 | Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento                                     |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d470 | Utilização de transporte                                                             |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d520 | Cuidado das partes do corpo                                                          |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d570 | Cuidar da própria saúde                                                              |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d640 | Realização das tarefas domésticas                                                    |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d710 | Interações interpessoais básicas                                                     |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d720 | Interações interpessoais complexas                                                   |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d779 | Relacionamentos interpessoais particulares, outros especificados e não especificados |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d860 | Transações econômicas                                                                |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |
| d920 | Recreação e lazer                                                                    |                |   |   |   |   |   |   |  |             |   |   |   |   |   |   |  |

| Fatores Ambientais |                                                                          | Qualificadores    |                |             |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|-------------|
| Cod.               | Descrição                                                                | Facilitador<br>+8 | Barreira<br>.8 | Neutro<br>0 |
| e1101              | Medicamentos.                                                            |                   |                |             |
| e210               | Geografia física                                                         |                   |                |             |
| e398               | Apoio e relacionamento, outros especificados                             |                   |                |             |
| e355               | Profissionais de saúde                                                   |                   |                |             |
| e360               | Outros profissionais                                                     |                   |                |             |
| e410               | Atitudes individuais de membros da família nuclear                       |                   |                |             |
| e498               | Atitudes, outras especificadas                                           |                   |                |             |
| e570               | Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social       |                   |                |             |
| e575               | Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social em geral. |                   |                |             |

**Apendice B. Checklist** desenvolvido pela Assistência Musculoesquelética

| Cod. | Descrição                                                           | Qualificadores |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
|------|---------------------------------------------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|---|---|
|      |                                                                     | Avaliação      |   |   |   |   |   |   | Reavaliação |   |   |   |   |   |   |
|      |                                                                     | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 | 0           | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| b235 | Função vestibular                                                   |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| b260 | Função Proprioceptiva                                               |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| b265 | Função Tátil                                                        |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| b280 | Sensação de dor                                                     |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| b710 | Funções relacionadas a mobilidade das articulações                  |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| b715 | Funções relacionadas à estabilidade das articulações                |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| b730 | Função da força muscular                                            |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| b735 | Tônus                                                               |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| b770 | Funções relacionadas ao padrão da marcha                            |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| s770 | Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| d179 | Aplicação de conhecimento, outra especificada                       |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| d410 | Mudar a posição básica do corpo                                     |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| d440 | Uso fino da mão                                                     |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| d445 | Uso da mão e do braço                                               |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| d450 | Andar                                                               |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| d460 | Deslocar-se por diferentes locais                                   |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |
| d698 | Vida domestica, outra especificada                                  |                |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |   |

| Fatores Ambientais |                                                                                                              | Qualificadores    |                |        |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|--------|
| Cod.               | Descrição                                                                                                    | Facilitador<br>+8 | Barreira<br>.8 | Neutro |
| e1101              | Medicamentos                                                                                                 |                   |                |        |
| e1151              | Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária                                        |                   |                |        |
| e1201              | Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos |                   |                |        |
| e355               | Profissionais da Saúde                                                                                       |                   |                |        |
| e498               | Atitudes, outras especificadas                                                                               |                   |                |        |
| e590               | Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego                                                         |                   |                |        |

## **6.2 Artigo 2 – Submetido a Revista Interface**

**Titulo:** Implementação da abordagem biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em serviço público de saúde na percepção do profissionais

**Title:** Implementation of the biopsychological approach of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in health care services according to the professionals' perception

**Titulo:** Implementación del abordaje biopsicosocial de la Clasificación Internacional del Funcionalidad, Discapacidad y Salud (CIF) em los servicios de salud pública em la percepción de los profesionales

## RESUMO

Este estudo propõe analisar a viabilização da implementação da CIF em serviço do SUS na percepção dos profissionais. Traz como procedimento metodológico aplicação de questionário e grupos focais. Considera para análise o conhecimento sobre a CIF e o processo de operacionalização. Como resultado, segundo os profissionais, traz que a incorporação CIF no serviço conferiu melhor planejamento ao processo de trabalho e ampliou o foco da assistência. Segundo eles o *checklist* da CIF gerou indicadores de funcionalidade que podem ser compartilhados entre a equipe e gestores dos diferentes níveis. A percepção do processo de implementação pelos profissionais foi positiva e mostra a contribuição da CIF para as avaliações multiprofissionais, na definição de metas, intervenções e medida de resultados do serviço e coloca o usuário no centro do processo.

**PALAVRAS CHAVES:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Integralidade. Reabilitação

## ABSTRACT

This study aims to analyze the possibility of implementing the ICF in the SUS (Single Health System) according to the perception of the professionals. The methodological procedure of the study comprises the application of questionnaires and Focal Groups. It takes into consideration the knowledge about the ICF and its operationalization process at work. As the result, according to the professionals, the incorporation of the ICF in the health care service provided the work process with a better planning and expanded the focus of the health care. The ICF Checklist elaboration generated functionality indicators that can be shared by the team and managers from different levels. Professionals' perception of the implementation process was positive, showing the contribution of the ICF for the cross-disciplinary evaluations, definition of goals, interventions and measurement of the service results, placing the user at the center of the process.

**KEYWORDS:** International Classification of Functioning, Disability and Health. Integrality in Health. Rehabilitation.

## RESUMEN

Este estudio se propone a examinar la viabilidad de la aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en la percepción de los profesionales de la administración pública. El procedimiento metodológico adoptado

abarca cuestionarios y grupos focales. Considera para el análisis, el conocimiento, conceptos y proceso de operacionalización de la CIF. Como resultado, según los profesionales evaluados, la incorporación de la CIF le confirió una mejor planificación del proceso de trabajo y amplifico el enfoque de la asistencia. Las listas de comprobación de la CIF, creada por esos mismos profesionales, generaran datos indicadores de funcionalidad, capaces de serem compartidos entre los profesionales y los administradores. En la percepción de los profesionales, el proceso de implementación fue positivo y muestra la contribución de la CIF en las evaluaciones multiprofesionales en el desarrollo de metas, intervenciones y deducciones de los resultados del trabajo aplicado. El abordaje biopsicosocial lleva el usuario del servicio de salud hacia el centro del proceso de atención .

**PALABRAS CLAVE:** Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Integralidad en la salud; Planificación en la Salud

## INTRODUÇÃO

Este artigo traz a percepção dos profissionais sobre o processo de implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde, CIF, em serviço, sua estrutura multidimensional, possibilidades de descrição, estruturação, documentação e registro do processo de reabilitação do usuário, através de uma abordagem multidisciplinar, integral e centrada no indivíduo.

Com a aprovação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela Assembleia Mundial da Saúde em 2001, temos um modelo conceitual universal como a nova norma internacional para descrever e avaliar a saúde. Os conceitos apresentados na classificação introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a saúde e a doença, a deficiência e a incapacidade. Traz a funcionalidade como modelo dinâmico e mais compatível com a complexidade do conceito de saúde <sup>(1-4)</sup>.

Para além de um sistema de classificação, a CIF traz uma abordagem biopsicossocial que possibilita obter a integração das várias dimensões da saúde - biológica, individual e social <sup>(4-7)</sup>.

Essa mudança de paradigma proposto pela CIF implica na necessidade de revisar as formas de cuidado em saúde, em pensarmos modelos de atenção com perspectivas mais ampliadas, esses grandes desafios para assistência em saúde. Mudanças nos serviços de saúde ainda organizados a partir de uma visão preconizada pelo modelo biomédico, onde a doença é unicausal, a abordagem fragmentada refletindo a formação superespecializada <sup>(7-10)</sup>.

A implementação da CIF em serviços justifica-se, portanto, por permitir obter maior conhecimento sobre as condições de saúde do usuário, acompanhar sua recuperação de forma longitudinal, acolher suas necessidades, mas principalmente por contribuir para integralidade da assistência prestada, criando condições para uma mudança de paradigma do modelo assistencial vigente <sup>(11-16)</sup>.

O serviço escolhido para o estudo existe desde 1990 tendo surgido nos primórdios da criação do Sistema Único de Saúde, SUS, e do processo de municipalização da saúde. Iniciou a prestação da assistência à pessoa com deficiência em um período onde não havia políticas e programas que dessem cobertura nessas modalidades e que compreendessem a reabilitação com vistas a independência e autonomia do usuário. Foi concebido tendo como modelo o cuidado baseado no Projeto Terapêutico Singular, PTS, que emergia no município com a atenção em saúde mental. Importante ressaltar as características deste serviço, pois os aspectos culturais, políticos e das relações de

trabalho estão implicados na prestação do cuidado ofertada pelos profissionais de saúde, e foram importantes para o acolhimento desta proposta de implementação da CIF.

Para este estudo o profissional do serviço foi envolvido em todo processo de operacionalização para implementação da CIF, desenvolvendo as ferramentas necessárias para incorporá-la na rotina de trabalho. Levou, com isso, o profissional a revisitar seus conceitos de cuidado em saúde, do que é saúde e a sua práxis. A escuta foi fundamental para que o processo de incorporação de um novo modelo, que não é de todo novo, ocorresse.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo - analítico, de caráter longitudinal e abordagem qualitativa, onde a autora é pesquisadora e também integra a equipe profissional.

Envolve como temática o modelo de cuidado e assistência em que o profissional está envolvido e a escolha de um método de produção de dados que permitisse a manifestação das percepções e o aprofundamento coletivo sobre o processo proposto. A pesquisa qualitativa permitiu uma abordagem que responde a questões que não podem ser quantificadas, como são o universo de significados, valores e atitudes<sup>(17-21)</sup>.

### Constituição da Amostra

A pesquisa foi realizada em Centro Especializado em Reabilitação, pertencente ao Sistema Único de Saúde, SUS, de administração direta, localizado em município de médio porte do estado de São Paulo. A chefia do serviço e de departamento, apresentaram anuência para realização da mesma.

Foi convidada toda a equipe do serviço (n=26), tendo participado inicialmente 24 profissionais de saúde das áreas de Fisioterapia (n=15), Terapia Ocupacional (n=2), Psicologia (n= 3) e Fonoaudiologia (n=4), identificados no quadro 1.

No decorrer do processo de implementação da CIF, quatro profissionais desistiram de seguir no estudo após a etapa de construção do instrumento de avaliação, finalizando um total de 20 profissionais para aplicação do *checklist*.

### Breve descrição do processo de implementação da CIF

O Centro Especializado em Reabilitação do estudo presta assistência à usuários adultos com distúrbios de origem neurológica, em âmbito domiciliar e ambulatorial; usuários adultos com Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); e crianças em idade escolar que necessitam de assistência fonoaudiológica.

O processo de implementação constou: 1) da capacitação para o uso da CIF, 2) desenvolvimento de instrumental (*checklist*) e 3) sua aplicação na avaliação e reavaliação

do usuário. A anuência da chefia local possibilitou introduzir as capacitações e reuniões com a equipe na agenda do serviço.

Após a etapa de capacitação os profissionais fizeram a opção de construir instrumentos por setor. Foram, então, divididos em subgrupos e compuseram os *checklists* através da correlação de conteúdos entre avaliação clínica realizada na rotina e os componentes da CIF<sup>15</sup>. Foram elaborados 4 *checklists* por setor: Atendimento Domiciliar, 3 *checklists* (1 para Fisioterapia, 1 para Fonoaudiologia, 1 para Psicologia); 1 *checklist* para Atendimento Musculoesquelético, compreendendo Fisioterapia e Terapia Ocupacional; 1 *checklist* para Equipe Multidisciplinar em Neurologia e 1 *checklist* para Fonoaudiologia Infantil.

Quadro 1- Profissionais que participaram do processo de implementação da CIF

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| P1 Fisioterapeuta Domiciliar                             |
| P2 Fisioterapeuta Domiciliar                             |
| P3 Fisioterapeuta Domiciliar                             |
| P4 Fisioterapeuta Domiciliar                             |
| P5 Fisioterapeuta Domiciliar                             |
| P6 Psicóloga Domiciliar                                  |
| P7 Fonoaudióloga Domiciliar                              |
| P8 Fisioterapeuta/Atendimento Musculoesquelético         |
| P9 Fisioterapeuta/Atendimento Musculoesquelético         |
| P10 Fisioterapeuta/Atendimento Musculoesquelético        |
| P11 Fisioterapeuta/Atendimento Musculoesquelético        |
| P12 Fisioterapeuta/Atendimento Musculoesquelético        |
| P13 Fisioterapeuta/Atendimento Musculoesquelético        |
| P14 Terapeuta Ocupacional/Atendimento Musculoesquelético |
| P15 Fisioterapeuta/Equipe Multidisciplinar               |
| P16 Fisioterapeuta/Equipe Multidisciplinar               |
| P17 Fonoaudióloga/Equipe Multidisciplinar                |
| P18 Terapeuta Ocupacional/Equipe Multidisciplinar        |
| P19 Psicóloga/ Equipe Multidisciplinar                   |
| P20 Fonoaudiologia Infantil                              |
| P21 Fonoaudiologia Infantil                              |
| P22 Fisioterapeuta                                       |
| P23 Fisioterapeuta                                       |
| P24 Psicóloga                                            |

#### Coleta e tratamento dos dados

Os dados foram coletados de agosto de 2017 a março de 2018 por meio de diferentes estratégias:

- Diário de campo contendo a descrição das três etapas do processo de

implementação,

- Aplicação de questionário,
- Realização de grupo focal,
- Criação de banco de dados originários da aplicação dos *checklists*.

A aplicação do questionário ocorreu antes da capacitação com objetivo de avaliar o conhecimento do grupo sobre a CIF. Dois grupos focais foram realizados para obter a percepção do profissional sobre o processo de operacionalização da CIF no serviço, um após a capacitação para o uso da CIF e outro após uso do *checklist* da CIF desenvolvido pelo grupo para avaliação dos usuários.

#### Grupos focais

A metodologia dos grupos focais permitiu a obtenção de diferentes pontos de vista sobre o processo proposto no serviço<sup>(18-20)</sup>.

A duração de cada grupo focal foi de 90 minutos, totalizando três horas de trabalho. As sessões foram gravadas com permissão dos profissionais.

Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora, tendo como observadores alunos de graduação e pós-graduação em estágio no serviço.

As questões norteadoras dos Grupos Focais tiveram como objetivo contribuir para obter a percepção dos profissionais sobre o processo de implementação da CIF/OMS.

Perguntas norteadoras do primeiro Grupo Focal após a Capacitação para uso da CIF:

- 1) Após a capacitação sobre a CIF você se sente com conhecimento suficiente sobre a Classificação?
- 2) Você teve dificuldades em apreender as informações necessárias para a elaboração do novo instrumento de avaliação?
- 3) Você teve dificuldades no entendimento dos domínios e das unidades de classificação para compor o *Checklist*?
- 4) Ficou claro o uso dos qualificadores?
- 5) Sente dificuldade na escolha de domínios e categorias para compor o *Checklist*?

Perguntas norteadoras do segundo Grupo focal após a reavaliação dos pacientes com o uso do *Checklist* elaborado pelos profissionais:

- 1) Como você avalia o tempo de aplicação dos *checklists*?
- 2) Você possuía os conhecimentos necessários para o preenchimento do novo instrumento?

- 3) Você teve dificuldades para aplicar os qualificadores nas categorias escolhidas?
- 4) Você teve dificuldades para chegar a um resultado em cada domínio?
- 5) Em sua opinião existem categorias ou domínios desnecessários ou repetitivos?
- 6) Em sua opinião há algum ponto relevante que não foi contemplado no instrumental?
- 7) O novo instrumental facilitou o propósito de avaliação do processo de reabilitação do usuário?

Para análise dos dados foram levantadas as repostas ao questionário. Quanto aos grupos focais, foram feitas transcrições das gravações, e utilizada a análise de conteúdo para identificar as unidades temáticas, estabelecer categorias e compreender narrativas, o que permitiu a ordenação e categorização dos temas e padrões recorrentes, segundo os critérios de repetição e relevância. Tivemos como suporte o uso do software MAXQDA 2018<sup>(19,20)</sup>.

## RESULTADOS

No questionário aplicado antes de iniciarmos a capacitação, dos 24 profissionais que participaram, apenas 10 tinham algum conhecimento sobre a CIF. Dos que tiveram algum contato com a Classificação achavam “ *muito difícil*” e que trata de “*uma Classificação sobre funcionalidade, não diagnostico apenas*”. Sobre como os conceitos participação e funcionalidade eram avaliados em sua rotina terapêutica, respostas como “*na escala de dor e limitação imposta pela doença*”, mostraram conceitos vistos de forma reducionista por alguns profissionais, onde funcionalidade estaria restrito a funções do corpo e participação não como foco do processo terapêutico. A maioria referiu formas de considerar a participação do usuário no processo terapeutico, porem o modo de avaliar considerado fraco, pois “*colocamos sempre em palavra para nós mesmo que vemos o paciente, mas para outros deciframos considero fraca*”. Sobre se o contexto e o ambiente interferem no desempenho do paciente, todos foram unanimes em afirmar que sim, e inclusive que *retardava a evolução* deste. E limitava, por vezes, as intervenções, devido aos fatores contextuais. Quanto as contribuições da CIF para o trabalho, as expectativas da equipe foram positivas, expressadas em “*Espero que a CIF possa ajudar a demonstrar melhor o trabalho dos profissionais de saúde*”, ou “*Que facilite meu trabalho em equipe*”

A análise dos resultados dos grupos focais resultaram em duas categorias e subcategorias:

1) Conhecimento sobre a CIF (Primeiro Grupo Focal)

- Estrutura da CIF
- Conceitos da CIF
- Fatores Ambientais

2) Operacionalização da CIF (Segundo Grupo Focal)

- Checklist
- Modelo Biopsicossocial
- Qualificadores

Conhecimento sobre a CIF

A capacitação sobre o uso da Classificação traz a percepção consensual dos profissionais quanto a importância do conhecimento sobre a CIF para apreensão da sua lógica conceitual e modelo, ao mesmo tempo em que referem a utilização da sua estrutura ainda como complexa e trabalhosa.

*- P8 “Para as pessoas que vão juntar os dados e informatizar, acho que pra eles fica mais fácil, realmente, né? Pra gente, eu também concordo, dificulta um pouco. Como a P22 falou, é uma trabalhadeira.”*

A possibilidade da sistematização das informações geradas no serviço foi uma questão bastante apontada pelo grupo como de relevância para o uso da CIF:

*-P22 “O que é levado acima da gente a não ser números de atendimentos? É só. Praticamente mais nada... Não mostram a complexidade do trabalho”*

*- P14 Pra recursos, pra mudanças de organização de serviços, que é uma das coisas que a gente discute muito aqui, que significa resultado para o paciente. Se a gente consegue traduzir isso numa linguagem que lá entenda, e mostre por A+B que isso é vantajoso, né, inclusive financeiramente, talvez a gente pare de ficar assim, discutindo aqui, sem conseguir efetivar as propostas.*

Os qualificadores da CIF foram vistos como uma possibilidade de gerar indicadores que deem visibilidade a aspectos importantes para a assistência:

*-P11 “... se ele entrou aqui grave e ele saiu daqui moderado ou mais leve isso vai mostrar que o serviço fez o seu trabalho”.*

Conceitos como funcionalidade, incapacidade e participação ficaram um pouco mais claros nos discursos dos profissionais:

- P2 *“Funcionalidade tá ligada a um monte de coisa... está ligada ao ambiente, tá ligada a estrutura, ao social, ao emocional, a participação, ao envolvimento, ao estímulo, nossa funcionalidade tá ligada a tudo... é o resultado final, é o que a gente quer.”*

-P14 *“Ele não é incapaz. Capacidade ele tem. Ele não tem condição de participar”.*

Os fatores ambientais foram muito apontados pelo grupo, pelo impacto na vida dos usuários devido sua condição de saúde, e consequentemente na assistência prestada pelo profissional. Relacionados à estrutura da CIF, permitiram aos profissionais considerarem esse componente como fator importante na geração de dados sobre incapacidades:

- P10 *“...a demora pra esse paciente chegar até nós , né... a gente sabe que se tem um caso de fratura, se ele tem 3 meses, 4 meses pra chegar até o tratamento, tudo o que a gente imagina aqui em termos de função está comprometido”.*

-P12 *“Assim como tem pessoas que não conseguem comprar uma bengala...”.*

Quanto ao conhecimento adquirido na capacitação sobre a CIF, para serem absorvidos e incorporados à rotina, entendem que apenas com a prática seria possível:

-P2 *“É como se falasse outra língua, realmente. Pra gente que está acostumado com outro tipo de abordagem, cansa. Então, na minha opinião, a hora que começar a pratica, fizer o checklist, talvez a gente veja que o bicho não é tão grande assim, que não é um monstro.”*

#### Operacionalização da CIF

Novo Grupo Focal foi realizado após o desenvolvimento e aplicação do *checklist* da CIF nos momentos da avaliação e reavaliação dos usuários, onde pudemos observar se a forma de operacionalizar o uso da classificação através de *checklist* contribuiu:

-P11 *“Sem o checklist não dá”.*

-P21 *“Eu achei interessante porque você tem um instrumento formal que mostra a evolução do seu caso. E que os outros vão entender, desde que a CIF esteja mais generalizada, que as*

*...pessoas passem a utilizar e tal, e aí você consegue mostrar numa linguagem que é comum a todos, quando isso estiver sendo usado por todos, qual é a evolução que teve ou não..”*

Também referiram sobre a centralidade do processo terapêutico no usuário, a visibilidade da recuperação, a escolha das estratégias terapêuticas, a participação do usuário na avaliação:

*-P14 “...dava pra ver a evolução e era interessante porque eu fazia a reavaliação junto com o paciente e ele também me dizia, não só se eu observava melhora, mas se ele também observava melhora... E essa conversa de mão dupla pra ver o que funciona e o que não funciona. Porque as vezes o que você está propondo não vai ao encontro da realidade da pessoa, né?”*

As considerações sobre a CIF ser difícil ficaram restritas apenas a construção do instrumento de avaliação, o qual acharam trabalhoso. Sua aplicação na avaliação e reavaliação foi considerada por todos como bastante simples:

*-P19 “Foi bacana. Eu não achei tão difícil de aplicar. Trabalhoso foi no começo pra fazer, aqueles encontros, depois não...”*

Referiram sobre a importância de se considerar a rotina do serviço, a realidade local:

*-P12 “O modelo, sim. A lógica proposta, sim. Mas cada serviço tem a sua rotina”.*

E a importância da mudança de cultura para adoção de um novo modelo de trabalho:

*-P4 “A gente sempre fica na zona de conforto. Tudo que foge do nosso padrãozinho a gente fica ansioso. É tranquilo. A rotina vai fazer você fazer muito mais rápido, vai ficar muito mais simples”.*

Com relação ao instrumento elaborado pelos grupos, e as escolhas das categorias e domínios para composição de *checklist*, a maioria dos profissionais achou que contemplou a avaliação:

*-P1 “Eu gostei do nosso checklist, achei que deu pra usar bastante, mas o que pega são os qualificadores. Na hora do moderado você fica meio lá, meio cá.”*

*-P3 “...deu pra você fazer uma progressão nesses 3 meses, e deu*

*pra notar que você conseguiria classificar, dentro das possibilidades, os pacientes”.*

Contudo, alguns profissionais entenderam como necessário fazer ajustes na composição, fato que só pode ser observado, segundo eles, com a aplicação do instrumento:

*- P14 “O que eu senti nesse checklist é que ele era muito geral pra mim que sou TO, e que aí as vezes a gente vê uma questão bem mais específica e detalhada”.*

*- P2 “..é só fazendo e rolando com o tempo pra você ir aparando e modificando, inserindo outras coisas, né? “*

Também concluíram que o *checklist* possibilita ao profissional a organização do trabalho, por permitir olhar para todos os aspectos de forma multidimensional. O modelo e a estrutura possibilitam melhor planejamento e escolhas das estratégias.

*-P6 “Eu acho que direcionou mais. Eu acho que sim, eu acho que me deu mais norte, mais orientação pra ser mais pratica, mais acadêmica, menos subjetiva na forma como eu avalio”.*

*- P12 “... na hora que eu vou ver o paciente, ah, esse ponto que eu não vi tá aqui, talvez isso esteja interferindo naquilo que eu não estou conseguindo desenvolver”.*

A questão do uso dos qualificadores também gerou consenso quanto à subjetividade para escolha dos níveis, principalmente para o qualificador moderado (2), entendendo como necessário estabelecer valores de medidas entre as áreas, ou o uso de alguma escala de mensuração (MIF, por exemplo) para obter valores mais objetivos. Acharam positivo, devido a visibilidade trazida pelos indicadores, contudo a dificuldade em estabelecer as medidas foi referida por boa parte do grupo:

*- P16 “Os qualificadores, o pouco que eu apliquei o leve e o mais severo é fácil. A hora que você está aqui, um acha que é, e o outro não..”.*

Os Fatores ambientais foram novamente destacados, e trazidos como fator importante, que impacta diretamente no cuidado ofertado:

*-P5 “a gente percebe o quanto às vezes existe uma incapacidade nossa de realizar o trabalho de fisioterapia, e o quanto elementos externos deixam de colaborar. Então, a questão da família, a barreira arquitetônica, ausência de cuidador, ausência de*

*medicação, enfim, da ausência de acesso, de equipamentos auxiliares...”*

Outra questão trazida com relação à incorporação da CIF na rotina diz respeito ao fator tempo para aplicação do checklist. Entendem que deva ser reservado espaço na rotina para aplicação da avaliação. Não pela dificuldade de aplicação do *Checklist* que consideraram fácil, mas pelo tempo que poderá demandar a aplicação.

*-P9 “Demanda no tempo, né? Então, assim, não dá pra ficar fazendo um checklist com o paciente, e atendendo um lá, o outro lá, como a gente faz” (setor de Musculoesquelético).*

A possibilidade de melhora da comunicação entre os profissionais da equipe e o trabalho interdisciplinar, também foram apontados pelos profissionais:

*-. P5 “acho que ela cria uma visão mais comum a todos, e mais fácil da gente falar sobre determinado problema... acho que essa codificação, essa forma, ela facilita até para nossa troca”.*

*-P9 “... acho que a avaliação não funciona muito pra mim, e sim pra um grupo. Pra um grupo visualizar as dificuldades que tem ali dentro, daquele paciente”.*

Aspectos que contribuirão para assegurar que a CIF seja de fato incorporada, diz respeito a sua inclusão no sistema de informação em saúde e sua aceitação pela gestão:

*- P19 “Precisa de gente que saiba ler. Ter gente treinada lá em cima, interessado em ler esses códigos que a gente tá passando pra eles, né? É um grande código, na verdade, você tabula, joga no computador, a máquina lê, tem que ter alguém que tá interessado em ler...”*

*- P18 “Você tá falando da nossa capacitação, e esse pessoal lá em cima, que vai analisar, estão capacitados pra isso?”*

O uso da estrutura da CIF, ao compor o instrumento de avaliação e utilizá-lo, trouxe a possibilidade de discutir o modelo biomédico vigente:

*- P13 “Acho que num primeiro momento a gente pensa na função, mesmo, quando chega aqui a primeira coisa que a gente pensa é na função, ai depois...”.*

*- P4 “a gente é treinado pra pensar pequeno...”.*

E o modelo Biopsicossocial de cuidado em saúde:

*- P20 “O interessante da CIF, também, é que começa a dar um*

*parâmetro para as pessoas que estão acima, da gestão pública entender que a reabilitação, seja ela ortopedia ou neuro, ela não se fecha só na saúde...Você tem essa noção do que de fato é um conjunto de ações que vai envolver a melhora do paciente, e de que não é só o fisio, o psicólogo..”*

Com relação ao tempo estabelecido com os setores para reavaliação dos pacientes - Atendimento Domiciliar, Equipe Multidisciplinar e Fonoaudiologia Infantil, período de 3 meses; Atendimento Musculoesquelético, 10 sessões:

*– P2 “Eu acho que foi pouco tempo. Por exemplo, nossos pacientes de domicílio não evoluem tão rápido, né? também tinha muito paciente crônico. 3 meses você não vê quase nada, né? Talvez tido 6 meses, vai, talvez você conseguisse ver resultado melhor da evolução.”*

Ao final do processo de implementação, após a análise dos resultados, os dados foram apresentados à equipe com a presença do gestor do serviço. O serviço passa, nesse momento, pela incorporação do prontuário eletrônico. Houve compromisso em pensar formas de incorporar as informações trazidas no *checklist* ao sistema. O Secretário Municipal de Saúde, a quem também foi possível expor os resultados, firmou compromisso perante os dados do estudo de discutir formas de viabilizar a inclusão dessas informações no sistema de informação em saúde da rede municipal.

## DISCUSSÃO

A construção de uma ferramenta de avaliação com base na CIF e na realidade do serviço é essencial e somente foi possível desenvolver algo que retratasse as necessidades locais após a capacitação dos profissionais. Os resultados revelam pontos-chaves para implementação da CIF e reiteram estudos feitos na área. Mais apropriados sobre a estrutura da CIF, os profissionais puderam fazer as escolhas para construção dos *checklists* <sup>(22-27)</sup>.

A forma proposta para a operacionalização da Classificação também contribuiu para desmistificar a impressão inicial de que a CIF era difícil. A construção do *checklist*, o trabalho com seus componentes, domínios e categorias, sua estrutura e seu modelo integrativo, também funcionou como elemento importante para incorporação de um modelo biopsicossocial na prática clínica. Alias, as etapas de implementação da CIF estabelecidas para este estudo, mostraram-se importantes na formação para incorporação de um modelo de assistência com base em um Projeto Terapêutico Singular (PTS), e

segue os modelos de implementação existentes em outras experiências realizadas em serviço <sup>(23-28)</sup>.

Segundo os profissionais, o *checklist* desenvolvido foi fundamental para operacionalizar o uso da CIF, sem ele não seria possível.

O foco maior nos componentes de atividade e participação e fatores ambientais utilizados na construção do *checklist* é outro achado importante, e está em consonância com experiências relatadas em literatura, que mostram que os profissionais de saúde estruturam sua compreensão de maneira diferente após o contato com a CIF, ampliando sua visão de forma multidimensional <sup>(15-17,22,23)</sup>. Ao mesmo tempo, a forma de operacionalizar a Classificação contribuiu para dirimir a ideia inicial de que a CIF era “*difícil*”, e resultou, após a construção do checklist, como sendo apenas *trabalhosa*.

Os conjuntos principais da CIF escolhidos em combinação com o uso de qualificadores formaram a base para descrever o estado de saúde do usuário, relacionar com os objetivos da reabilitação, estabelecer a estratégia apropriada, e observar sua evolução após a intervenção <sup>(26-30)</sup>.

Essa visibilidade do processo atraiu os profissionais por possibilitar trazer evidências da assistência, e essas tornarem-se visíveis quanto a efetividade e resolutividade do trabalho prestado. Para alguns, ocorreu a necessidade de avançar na sistematização dos qualificadores da CIF, pois sentiram alguma dificuldade em estabelecer a severidade dos quadros, não impossibilitando, contudo, seu uso na prática clínica. Estudos trazem relatos nesse sentido com relação aos qualificadores, e reforçam a importância de considerar a ausência de protocolos ou medidas na rotina profissional <sup>(13-15)</sup>.

A possibilidade de sistematizar as informações e a padronização de conceitos trazidos pela CIF foram muito destacadas pelos profissionais devido a sua contribuição para um entendimento comum, facilitando a comunicação entre os membros da equipe. Esse é um dos desafios da área da saúde, onde os diferentes profissionais envolvidos no cuidado com o usuário, descrevem o mesmo problema de maneiras distintas, documentando essa informação de forma independente e restrita à sua área de atuação. Na reabilitação isto é bastante evidente, e ter uma ferramenta que permita compartilhar as informações entre a equipe multidisciplinar, contribuem para a estruturação do processo terapêutico, do planejamento e avaliação de objetivos, além de permitir a documentação e registro das condições de saúde. A padronização da mensuração de resultados pode favorecer na gestão das intervenções das equipes de saúde. As experiências de

sistematização da CIF mostram isso <sup>(14-17,22, 27-31)</sup>.

A incorporação da CIF ao sistema de informação em saúde foi levantada pelos profissionais, e é um ponto trazido em experiências de implementação, pois a CIF como a Classificação Internacional de Doenças (CID), são classificações criadas para gerar dados estatísticos, entre outros, conforme estabelecido pela OMS. Sua incorporação ao sistema de informação possibilitará gerar evidências sobre os impactos das ações dos profissionais de saúde, e fornecer indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana, padronizando as informações, melhorando a comunicação entre os equipamentos, facilitando o trabalho em rede. O usuário assistido neste serviço de reabilitação frequenta outros equipamentos que compõem a rede de saúde. A linguagem codificada trazida pela CIF permite estabelecer mecanismos mais eficazes para comunicação entre serviços e equipes de saúde. Inserida no Sistema Nacional de Informações em Saúde, a CIF poderá contribuir para o controle, avaliação e regulação dos serviços servindo para instrumentalizar a gestão no gerenciamento das ações e dos serviços, como mostram experiências internacionais <sup>(27-33)</sup>.

Outra questão também constante no discurso dos profissionais foram os fatores ambientais, marcadamente citados, e um dos pontos reiterados pela OMS na definição e criação da CIF, e definidos como de extrema utilidade nas formas de identificar o impacto destes no estado de saúde dos usuários, na qualidade da assistência prestada, o que também reitera estudos na área <sup>(1-8)</sup>.

A CIF apresentou vantagens ao processo de reabilitação, fundamentalmente, pela possibilidade de mudança de paradigma entre um modelo, hoje, fortemente centrado na doença, para um modelo multidimensional em saúde. Contudo, a equipe referiu sobre a necessidade de uma mudança de hábito (cultura), no sentido de se desenvolver novas formas, novas condutas devido à complexidade do trabalho, as práticas cristalizadas e a gama de fatores ligada à organização do serviço. Constatasse que, historicamente, o modelo que acompanha o profissional traz características modeladoras de práticas com foco na doença, caracterizada por ações fragmentadas e uma visão restrita do usuário em seu papel de paciente apenas <sup>(8-12,22)</sup>.

O desenho metodológico do trabalho favoreceu a autoanálise dos participantes e a construção coletiva de uma nova abordagem em saúde. Construir o pensar “biopsicossocial” depende da participação ativa de todos e do caminho que os profissionais desejam seguir para estruturar sua prática. Aliado a isso, a mudança de

paradigma da perspectiva biológica para a perspectiva biopsicossocial necessariamente envolve experimentação de novas formas de fazer que requer mudanças institucionais.

Apesar de necessária, somente o conhecimento da CIF e as formas de aplicação não asseguram que os profissionais utilizem a classificação no processo de avaliação dos usuários. Embora os profissionais sintam-se mais qualificados após a capacitação, e seja possível identificar e elencar avanços, trazem questões que necessitam serem escalonadas. A carga de trabalho que dificulta o investimento de tempo para aprender a utilizar e implementar a classificação, a dificuldade de integrar a ferramenta aos sistemas informatizados já existentes; a falta de recursos necessários para a implementação adequada, e principalmente questões relacionadas ao planejamento e a gestão dos serviços de reabilitação, são aspectos importantes a serem considerados, e muito desafiadores <sup>(13-16,28-33)</sup>.

A oportunidade, ao final do estudo, de compartilhar com a equipe os resultados traduzidos em indicadores positivos da assistência prestada contribuiu para reafirmar a confiabilidade do profissional no processo desenvolvido. A escuta do gestor local, e a apresentação dos dados ao secretário municipal de saúde, poderão contribuir para as mudanças institucionais necessárias para o enfrentamento dos desafios postos. Mais do que isso, levar o produto do trabalho realizado pela equipe ao gestor municipal, atendeu a uma importante demanda trazida repetidas vezes ao longo do processo e traduzida por P22: *“O que é levado acima da gente a não ser números de atendimentos? É só. Praticamente mais nada”*

## CONCLUSÃO

A análise do material usado para o entendimento das questões propostas neste estudo revelou algumas das percepções e experiências vivenciadas pelos participantes após implementação da CIF.

Trabalhar com a estrutura trazida pela CIF e sua possibilidade de sistematização faz emergir a necessidade da reorientação do modelo assistencial e da busca da concretização do trabalho em rede, e sinaliza para questões importantes que precisam ser solucionadas. Os eixos temáticos trabalhados nos grupos focais ao mesmo tempo em que traz a potência da CIF para melhoria da comunicação, seja ela entre trabalhadores e serviços nos diferentes níveis de atenção, entre as políticas propostas e a realidade de trabalho, ou ainda entre a realidade de trabalho e o próprio modelo assistencial, expõe seus gargalos. A motivação e a disposição para o trabalho não são suficientes para efetivar o cuidado integral.

A mudança no modelo assistencial pode trazer resultados consistentes na assistência em saúde. Isso implica uma nova dinâmica de estruturação de serviços, recuperando o foco de seu objeto de intervenção, que é a funcionalidade humana, numa visão ampliada e contextualizada dos usuários e dos serviços que são prestados.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) WHO. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneve: World Health Organization. 2001
- 2) Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo, EDUSP, 2015
- 3) WHO. World report on disability. Geneva, 2011  
[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/)
- 4) World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001.
- 5) World Health Organization. Towards a Common Language for V Functioning, Disability and Health – ICF. (WHO/EIP/GPE/CAS/01.3) Genebra, 2002.
- 6) Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol 2005; 8:187-9
- 7) Martins, AC, Menezes, RL. Classificação Internacional de Funcionalidade , Incapacidade e Saúde (CIF): Evidências e desafios na sua implementação- Implantando a CIF. O que acontece na prática? In: Cordeiro, ES; Biz, MCPB (orgs). Rio de Janeiro: Ed. WAK, 2017, p 33-48
- 8) Campos GWS, Amaral, MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):849-859, 2007
- 9) Chun, RYS; Nakamura, HY. Cuidado na Promoção da Saúde – Questões para a Fonoaudiologia. In: MARCHESAN, IQ; SILVA, HJ da; TOMÉ, MC. (orgs.) Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. p.744-749.
- 10) Othero, M.B.; Ayres, J.R.C.M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.40, p.219-33, jan./mar. 2012.
- 11) Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):821-828, 2012

- 12) Galvan, GB. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. Rev. SBPH [online]. 2007, vol.10, n.2, pp. 53-61 . Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582007000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200007&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 01/12/2019
- 13) Tempest S, Harries P, Kilbride C, De Souza L. To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disabil Rehabil* 2012; 34(20-21): 1686–1694.
- 14) 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. *J Rehabil Med* 2007;39(4):279–85.
- 15) Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *J Phys Rehabil Med*. 2008 Sep;44(3):329-42.
- 16) Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil* 2016; 8288(March):1–10.
- 17) Gatti, B.A. Formação de grupos e redes de intercâmbio em pesquisa educacional: dialogia e qualidade. Rev. Bras. Educ, n.30, 2005, p. 124-132. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n30/a10n30.pdf>>
- 18) Minayo, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Pag 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2016
- 19) Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- 20) Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica*.2005 Jun;39(3): 507-14.
- 21) Santos, AM; Assis, MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.1 [cited 2016-12-19], pp.53-61. Acesso em 01/12/2019. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=en&nrm=iso)
- 22) Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, et al. A conceptual model for interprofessional education: the international classification of functioning,

- disability and health (ICF). J Interprof Care. 2006;20:235–245..
- 23) Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach JE, Leonardi M. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. Disabil Rehabil. 2011;33(4):281-309.
  - 24) Madden RH, Bundy A, The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. Disabil Rehabil. 2018 Feb 12:1-13.
  - 25) Francescutti C, Martinuzzi A, Leonardi M, Kostanjsek NF. Eight years of ICF in Italy: Principles, results and future perspectives. Disabil Rehabil. 2009; 31 (Supl 1): S4-S7.
  - 26) Jacob T. The implementation of the ICF among Israeli rehabilitation centers—the case of physical therapy. Physiother Theory Pr. 2013;29(7):536–46.
  - 27) Santos, WR. Uso da CIF nos benefícios, isenções e serviços federais para as pessoas com deficiência. Implantando a CIF. O que acontece na prática? Ed. WAK. Rio de Janeiro, 2017.
  - 28) Marcelino, MA. A aplicação da CIF na avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. Implantando a CIF. O que acontece na pratica?. Ed WAK, Rio de Janeiro. 2017
  - 29) Biz, MCPB. A CIF e sua importância nas políticas públicas. Rev. CIF Brasil.2015;3(3):40-48. Acesso em 01/12/2019  
<http://www.revistacifbrasil.com.br/ojs/index.php/CIFBrasil/article/view/23/29>
  - 30) Castro, SS, Castaneda, L, Cordeiro, ES, Buchalla, CM. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Rev. bras. epidemiol. vol.19 no.3 São Paulo Jul/Set. 2016
  - 31) Cordeiro, ES. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade E Saúde, E- SUS e TABWIN: AS EXPERIÊNCIAS DE BARUERI E SANTO ANDRÉ, SÃO PAULO. Revista Baianade Saúde Pública. v.39, n.2, p.470-477abr./jun. 2015
  - 32) Castaneda L, Castro SS, Bahia L. Construtos de incapacidade presentes na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD): uma análise baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Rev Bras Estud Popul ; 31(2): 419-29. 2014
  - 33) CNS. Resolução 452.. Conselho Nacional de Saúde. 2012

### **6.3 Artigo 3 (A ser publicado na Revista Saúde em Rede)**

**Título - O papel Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a tomada de decisão na gestão em serviços de saúde**

Title – International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) role for the decision-making process in health care services management

## RESUMO

O objetivo é analisar a produção de informação gerada pelo uso de *checklist* da CIF produzido em um Centro de Reabilitação pelos profissionais de saúde e seu potencial descritivo dos resultados de funcionalidade obtidos nas avaliações dos usuários. Trata-se de pesquisa-ação de delineamento descritivo-analítico, de caráter quantitativo e longitudinal realizada em serviço de administração direta do SUS. O uso do *checklist* possibilitou acompanhamento longitudinal dos usuários e gerou informações importantes sobre a resolutividade da assistência prestada. Permitiu sistematizar o uso da CIF e trazer indicadores que poderão contribuir para tomada de decisão tanto clínica quanto de gestão do serviço. Poderá também contribuir para o aperfeiçoamento do processo de organização do trabalho e avaliação pela gestão, e assegurar o modelo de avaliação e cuidado proposto pela Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência e o disposto na Lei Brasileira de Inclusão.

Palavras Chaves: Necessidades e demandas de serviços de saúde. Sistemas de informação. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro de reabilitação.

## Abstract

This study aims to analyze the production of information generated by the use of the ICF Checklist produced in Rehabilitation Center by health professionals, and its potential to describe the functionality results obtained in the evaluation of users. It is an action-research of descriptive-analytical delineation, of quantitative and longitudinal nature, performed in the health care service directly administered by SUS. The use of the Checklist allowed the longitudinal follow-up of users, and generated relevant information. It allowed to systematize the use of the ICF, and to provide indicators that can contribute to the decision-making process both in the clinical practice and in the health care service management. It also contributes to enhance the work organization process, the evaluation performed by the management team, and to ensure tailoring the evaluation and health care model proposed by the Network of Disabled People Care, and the provisions of the Brazilian Inclusion Law.

Keywords: Needs and demands of health care services. Instrumentation. International classification of functioning, disability and health. Rehabilitation center

## INTRODUÇÃO

A avaliação de serviços constitui um dos objetos de atenção para gestão devido a sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. Avançar nesse sentido é essencial como forma de apoio à gestão<sup>1</sup>.

Este estudo traz como resultado da experiência de implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, (CIF) em um Serviço de Reabilitação, indicativos que poderão contribuir para avaliação da qualidade e efetividade das ações prestadas pelos serviços tendo como base o modelo biopsicossocial da classificação.

Ter a funcionalidade como perspectiva possibilita um quadro mais abrangente da saúde e também amplia a perspectiva biomédica para o olhar sobre o impacto que uma determinada condição de saúde traz a vida da pessoa e como ela se manifesta. As informações sobre funcionalidade estão interligadas com o contexto das necessidades relacionadas à saúde da pessoa ou populações, e não podem ser compreendidas sem levar em conta os fatores ambientais<sup>2,3,4,5,6</sup>.

A criação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPD), em 2011 e a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), em 2015, trazem avanços para estruturação dos serviços de reabilitação no país. A lei e a política têm a CIF como base conceitual e norteadora<sup>7</sup>.

No Brasil o modelo biopsicossocial da CIF já é desde 2007 utilizado para formas de avaliação da deficiência para concessão de benefícios, através do instrumento de avaliação para concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr-A), utilizado pelo INSS para concessão de aposentaria, ambos para a pessoa com deficiência. Estas iniciativas contribuíram para orientar outras experiências na estruturação de políticas de seguridade social, para além de benefícios e isenções<sup>8,9,10,11</sup>.

Contudo, na assistência em saúde, poucas ainda são as tentativas de sistematizar o modelo trazido pela CIF, mesmo sendo a Classificação normatizada através da Resolução 452/12 do Conselho Nacional de Saúde e constar dos itens de verificação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, PNASS, na avaliação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER)<sup>12,13</sup>.

O uso da CIF requer sistematização que permita embasar a avaliação dos serviços, sua implementação e articulação de forma rotineira o que reverteria em melhoria na qualidade da atenção e cuidado em saúde.

A produção de informação em saúde relacionada à funcionalidade poderá

contribuir para a construção de estratégias voltadas à melhoria das condições e práticas em saúde. O envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas e degenerativas pede um acompanhamento longitudinal da população em todo curso de vida. A abordagem integrada no cuidado em saúde requer, portanto, um enfoque na melhoria das condições de saúde e redução da incapacidade e não apenas no controle dos sintomas de uma doença.

Nos serviços, o acompanhamento dos usuários realizado de forma longitudinal e compartilhada potencializa a capacidade da equipe de manejar suas demandas de reabilitação, favorecendo meios geradores de autonomia dos usuários e de descentralização das ações. Representa uma resposta possível sobre a dificuldade de acesso ou sobre a descontinuidade do cuidado na área de reabilitação<sup>14</sup>.

Hoje, das informações que temos sobre a condição de saúde dos usuários, se resumem ao que a (CID) Classificação Internacional de Doenças, traz. Um usuário acessa um serviço de reabilitação com uma CID, e se não estiver totalmente recuperado ao final do programa terapêutico, a luz do sistema de informação em saúde que temos ele finalizará sua assistência pelo serviço com a mesma CID, mesmo estando mais pleno em sua autonomia e participação. Com isso, a informação produzida pelo sistema de saúde reforça o foco na doença não na funcionalidade, reduz a práxis a procedimentos, o que dificulta considerar as necessidades de cada caso<sup>15,16,17,18,19,20,21</sup>.

Neste estudo propomos analisar a produção de informação gerada pelo uso de *checklist* da CIF desenvolvido e aplicado em serviço de reabilitação pelos profissionais de saúde e seu potencial descritivo dos resultados de funcionalidade obtidos nas avaliações dos usuários.

## MATERIAL E MÉTODO

### Desenho da Pesquisa

Trata-se de pesquisa ação de delineamento descritivo-analítico, de caráter quantitativo e longitudinal.

### Procedimentos Éticos

Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE 69670917.7.0000.5404 e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Município estudado.

### Cenário e Amostra

O serviço de reabilitação pertence à administração direta do SUS, localizado em uma cidade de médio porte de São Paulo. Presta assistência a usuários adultos com

distúrbios de origem neurológica em âmbito domiciliar e ambulatorial; usuários adultos com Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); e crianças em idade escolar que necessitam de assistência fonoaudiológica. A amostra foi constituída por dois grupos de participantes: 20 profissionais, sendo 11 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionais, 3 psicólogas e 4 fonoaudiólogas; e 65 usuários do serviço.

#### Coleta de dados

Os dados foram coletados de agosto de 2017 a março de 2018. Abrangeram a criação de *checklists* por cada setor do serviço, a saber: Assistência Domiciliar, Ambulatório de Neurologia, Assistência Musculoesquelética e Fonoaudiologia Infantil. Os profissionais decidiram pela aplicação do *checklist* em dois momentos, na avaliação e reavaliação dos usuários, em um período de 3 meses, a exceção da Assistência Musculoesquelética que tinha como rotina um período de 10 sessões em fisioterapia.

#### Crítérios de inclusão.

A escolha dos usuários incluídos ocorreu por setor conforme a rotina de trabalho, sendo considerados elegíveis todos em assistência não sendo levado em conta o tempo da admissão no serviço.

#### Riscos e Benefícios da Pesquisa

Os riscos da pesquisa devem-se ao tempo da aplicação do instrumento de avaliação. Quanto aos benefícios os dados da avaliação poderão subsidiar melhor assistência aos usuários.

#### Organização e Análise dos Dados

Os *checklists* foram desenvolvidos pelos profissionais a partir da correspondência entre a avaliação clínica realizada por cada setor do serviço e a CIF, com base nas regras de ligação proposto por Cieza et al (2016)<sup>22</sup>, o que permitiu relacionar e comparar conceitos significativos contidos na rotina de trabalho. A correspondência entre a assistência realizada e a CIF foi estabelecida com base na experiência acumulada dos profissionais e o conhecimento da CIF após a capacitação. A CIF não substitui a avaliação clínica e o uso de protocolos pelos serviços, ao contrario, possibilita o registro do estado momentâneo do usuário pelo profissional a partir da sua avaliação clínica.

Para Assistência Domiciliar foi estabelecido pelo grupo 5 avaliações por profissional, computando 24 usuários avaliados em fisioterapia, 5 em fonoaudiologia e 4 em psicologia. Na Assistência Musculoesquelética definida a avaliação de 5 usuários por profissional, num total de 17 usuários, 12 avaliados pela fisioterapia e 5 avaliados pela terapia ocupacional. A equipe multidisciplinar do Ambulatório de Neurologia realizou

avaliação conjunta de 5 usuários; e na fonoaudiologia infantil foram avaliados 10 usuários.

Para mensuração através do *checklist* foram utilizados os qualificadores da CIF, segundo o estabelecido pela OMS (Quadro 1). O uso dos qualificadores permitiu estabelecer a comparação entre os momentos da avaliação e reavaliação. Foram definidos para todos os checklists o qualificador 8 para os Fatores Ambientais.

Quadro I. Qualificadores/construtos utilizados para os diferentes componentes de acordo com o grau de comprometimento.

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| xxx.0 NÃO há problema (nenhum, ausente, insignificante) 0-4% |
| xxx.1- Problema LIGEIRO (leve, pequeno, ...) 5-24%           |
| xxx.2 - Problema MODERADO (médio, regular, ...) 25-49%       |
| xxx.3- Problema GRAVE (grande, extremo, ...) 50-95%          |
| xxx.4- Problema COMPLETO (total, ...) 96-100%                |
| xxx.8- não especificado                                      |
| xxx.9- não aplicável                                         |

WHO, 2001<sup>(2)</sup>

Os dados do *checklists* foram transportados para uma planilha Excel com as informações das avaliações de cada paciente. Pensou-se em planilha Excel devido ao tipo de sistema de informação do SUS que usa o tabwin como base de dados. Dessa forma, possibilitam a conversão dos dados para o sistema de informação dos serviços do SUS caso o instrumento seja adotado<sup>16</sup>.

Para comparar as respostas dos itens da avaliação com a reavaliação empregou-se o teste de Wilcoxon. Foram respeitados todos os valores dos qualificadores para função (b) e estrutura (s), atividade e participação (d). Apenas em fatores ambientais (e) ficou estabelecido os valores: 0 para Neutro, 1 para Facilitador e 2 para Barreiras. Para análise da percepção pelos profissionais sobre o processo de implementação utilizamos grupo focal em 2 momentos, após a capacitação para o uso da CIF e outro após a avaliação final dos usuários. Para análise de conteúdo dos grupos focais utilizou-se o software MAXQDA 2018, e as categorias estabelecidas segundo critérios de repetição e relevância.

## RESULTADO

A CIF apesar de não classificar os fatores pessoais os considera em sua estrutura, ficando a cargo do proponente os dados mais significantes. Os profissionais optaram para este estudo por Sexo e Idade. Os achados indicam uma parcela significativa de usuários idosos, reiterando a importância de a assistência ter a funcionalidade como foco do projeto terapêutico.

O processo de construção do instrumento deu origem a 6 *checklists*. Na Assistência Domiciliar, 1 *checklist* para a fisioterapia, 1 para a fonoaudiologia e 1 para a psicologia; 1 *checklist* para a Assistência Musculoesquelética elaborado em conjunto pela fisioterapia e terapia ocupacional; 1 *checklist* para a Equipe Multidisciplinar do ambulatório de neurologia elaborado em conjunto por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo e 1 *checklist* para fonoaudiologia Infantil.

Todos os setores apresentaram melhoras nos indicadores de evolução na maioria das categorias que compuseram os *checklists*. Serão destacados os setores que produziram maior evidência devido ao número de usuários avaliados. Os dados gerados também traduzem a finalidade da intervenção setorial.

Na Fisioterapia Domiciliar destacam-se aqueles que revelam o objetivo final da assistência que é a melhora da mobilidade para a independência diária e em casos crônicos melhora da qualidade de vida. Os usuários assistidos apresentam quadros considerados graves ou agudos devido ao Parkinson, Demência ou sequelas de AVC, encontram-se acamados ou com restrição de mobilidade. A reavaliação ocorreu após 3 meses de intervenção terapêutica, o que para esse perfil clínico é considerado relevante no que se refere ao curto período.

Destacam-se as categorias em função do corpo (b) e atividade e participação (d) que demonstram a evolução dos usuários e a melhora do seu desempenho em relação ao objetivo terapêutico. Quanto aos aditamentos (bengalas, andadores) identificados em (e) fatores ambientais podemos observar a melhora do acesso através dos indicadores traduzidos nos facilitadores em contraposição à diminuição das barreiras. (Tabela 1)

Tabela 1 – Resultado da aplicação do *Checklist* Setor de Fisioterapia Domiciliar

| Categorias |                                         | Qualificadores |    |    |    | p-valor* |       |
|------------|-----------------------------------------|----------------|----|----|----|----------|-------|
| b1144      | Orientação em relação ao espaço         | 0              | 1  | 2  | 3  | 4        |       |
|            | Avaliação                               | 16             | 1  | 4  | 2  | 1        |       |
|            | Reavaliação                             | 17             | 2  | 2  | 2  | 1        | 0,149 |
| b140       | Funções da atenção                      | 0              | 1  | 2  | 3  | 4        |       |
|            | Avaliação                               | 9              | 6  | 5  | 3  | 1        |       |
|            | Reavaliação                             | 10             | 10 | 2  | 2  | 0        | 0,008 |
| b152       | Funções emocionais                      | 0              | 1  | 2  | 3  |          |       |
|            | Avaliação                               | 1              | 10 | 8  | 4  |          |       |
|            | Reavaliação                             | 4              | 12 | 6  | 1  |          | 0,013 |
| b235       | Função vestibular                       | 0              | 1  | 2  | 3  | 4        |       |
|            | Avaliação                               | 8              | 2  | 8  | 3  | 3        |       |
|            | Reavaliação                             | 8              | 11 | 1  | 1  | 3        | 0,015 |
| b260       | Função Proprioceptiva                   | 0              | 1  | 2  | 3  | 4        |       |
|            | Avaliação                               | 6              | 3  | 10 | 5  | 0        |       |
|            | Reavaliação                             | 6              | 13 | 2  | 2  | 1        | 0,009 |
| b265       | Função Tátil                            | 0              | 1  | 2  | 3  | 4        |       |
|            | Avaliação                               | 7              | 4  | 7  | 6  | 0        |       |
|            | Reavaliação                             | 10             | 6  | 5  | 2  | 1        | 0,009 |
| b280       | Sensação de dor                         | 0              | 1  | 2  | 3  | 4        |       |
|            | Avaliação                               | 3              | 7  | 9  | 3  | 2        |       |
|            | Reavaliação                             | 7              | 10 | 3  | 3  | 1        | 0,003 |
| b710       | Funç relac estabilidad das articulações | 1              | 2  | 3  | 4  |          |       |
|            | Avaliação                               | 3              | 5  | 14 | 2  |          |       |
|            | Reavaliação                             | 11             | 6  | 4  | 3  |          | 0,002 |
| b730       | Função da força muscular                | 1              | 2  | 3  | 4  |          |       |
|            | Avaliação                               | 2              | 8  | 11 | 3  |          |       |
|            | Reavaliação                             | 10             | 9  | 1  | 4  |          | 0,003 |
| b735       | Tônus                                   | 0              | 1  | 2  | 3  | 4        |       |
|            | Avaliação                               | 2              | 2  | 7  | 11 | 2        |       |
|            | Reavaliação                             | 3              | 7  | 10 | 3  | 1        | 0,001 |

|                                                        |    |    |    |    |    |       |       |
|--------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|-------|-------|
| b760 Funções Relacionadas aos movimentos               | 0  | 1  | 2  | 3  |    |       |       |
| Avaliação                                              | 8  | 1  | 5  | 10 |    |       |       |
| Reavaliação                                            | 8  | 5  | 8  | 3  |    | 0,006 |       |
| b765 Funções Relac. aos movimentos involuntários       | 0  | 1  | 2  | 3  |    |       |       |
| Avaliação                                              | 14 | 3  | 5  | 2  |    |       |       |
| Reavaliação                                            | 14 | 7  | 1  | 2  |    | 0,129 |       |
| b770 Funções relacionadas ao Padrão de marcha          | 0  | 1  | 2  | 3  | 4  |       |       |
| Avaliação                                              | 1  | 1  | 1  | 10 | 11 |       |       |
| Reavaliação                                            | 1  | 7  | 8  | 0  | 8  | 0,001 |       |
| d410 Mudar a posição básica do corpo                   | 0  | 1  | 2  | 3  | 4  |       |       |
| Avaliação                                              | 2  | 4  | 9  | 7  | 2  |       |       |
| Reavaliação                                            | 5  | 11 | 5  | 1  | 2  | 0,001 |       |
| d415 Manter a posição do corpo                         | 0  | 1  | 2  | 3  | 4  |       |       |
| Avaliação                                              | 2  | 5  | 10 | 4  | 2  |       |       |
| Reavaliação                                            | 5  | 10 | 4  | 2  | 2  | 0,003 |       |
| d445 Uso da mão e do braço                             | 0  | 1  | 2  | 3  | 4  |       |       |
| Avaliação                                              | 6  | 3  | 7  | 3  | 5  |       |       |
| Reavaliação                                            | 7  | 6  | 4  | 3  | 4  | 0,026 |       |
| d450 Andar                                             | 1  | 2  | 3  | 4  |    |       |       |
| Avaliação                                              | 0  | 4  | 10 | 10 |    |       |       |
| Reavaliação                                            | 6  | 10 | 0  | 8  |    | 0,001 |       |
| d460 Deslocar-se por diferentes locais                 | 0  | 1  | 2  | 3  | 4  |       |       |
| Avaliação                                              | 0  | 1  | 5  | 8  | 10 |       |       |
| Reavaliação                                            | 2  | 6  | 9  | 0  | 7  | 0,001 |       |
| d465 Deslocar-se utilizando equipamento                | 0  | 1  | 2  | 3  | 4  | 9     |       |
| Avaliação                                              | 2  | 3  | 7  | 6  | 5  | 1     |       |
| Reavaliação                                            | 7  | 9  | 1  | 2  | 4  | 1     | 0,002 |
| e1101 Medicamentos                                     | 0  | 1  |    |    |    |       |       |
| Avaliação                                              | 10 | 14 |    |    |    |       |       |
| Reavaliação                                            | 10 | 14 |    |    | -  |       |       |
| e1201 Prod. Tec. de assist. mobilidade e transporte    | 0  | 1  | 2  |    |    |       |       |
| Avaliação                                              | 4  | 5  | 15 |    |    |       |       |
| Reavaliação                                            | 4  | 10 | 10 |    |    | 0,037 |       |
| e210 Geografia física                                  | 0  | 1  | 2  |    |    |       |       |
| Avaliação                                              | 13 | 4  | 6  |    |    |       |       |
| Reavaliação                                            | 13 | 5  | 6  |    | -  |       |       |
| e355 Profissionais da Saúde                            | 0  | 1  | 2  |    |    |       |       |
| Avaliação                                              | 4  | 17 | 3  |    |    |       |       |
| Reavaliação                                            | 4  | 18 | 2  |    |    | 0,999 |       |
| e398 Apoio relacionamento                              | 0  | 1  | 2  |    |    |       |       |
| Avaliação                                              | 9  | 12 | 3  |    |    |       |       |
| Reavaliação                                            | 9  | 12 | 3  |    | -  |       |       |
| e498 Atitudes, outras especificadas                    | 0  | 1  | 2  |    |    |       |       |
| Avaliação                                              | 9  | 10 | 5  |    |    |       |       |
| Reavaliação                                            | 9  | 10 | 5  |    | -  |       |       |
| e570 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a | 0  | 1  | 2  |    |    |       |       |
| Avaliação                                              | 11 | 9  | 4  |    |    |       |       |
| Reavaliação                                            | 12 | 9  | 3  |    |    | 0,999 |       |

\*Teste Wilcoxon ( $p \leq 0.05$ ). 24 usuários avaliados. Qualificadores: 0-nenhum problema, 1- leve, 2- moderado, 3- severo, 4- completo, 8- não especificado, 9 não se aplica. Para e (fatores ambientais) 0 - Neutro, 1- Facilitador, 2 – Barreira.

A Assistência Musculoesquelética em Fisioterapia prestada a usuários com LER/DORT pelo setor em um programa terapêutico de 10 sessões, evidencia a resolutividade do serviço nas categorias elencadas. Os usuários que buscam o serviço com quadro de LER/DORT, segundo os profissionais da área, geralmente referem dor, redução da mobilidade articular e força muscular. Destacando as categorias correspondentes da CIF é possível observar melhora no grau de severidade através das avaliações realizadas com os *checklists* (Tabela 2). Importante destacar que a assistência fisioterápica era limitada em 10 sessões terapêuticas, o que nos permite inferir sobre os resultados melhor alcançados na categoria funções do corpo (b). Outro resultado importante é que apesar dos profissionais afirmarem que as categorias escolhidas para compor o *checklists* atenderam as necessidades, foram as avaliações que mais apresentaram o qualificador 9 (não se aplica), apontando a necessidade em rever as escolhas.

Tabela 2- Resultado Aplicação do *Checklist* Fisioterapia Musculoesquelética

| CATEGORIAS                       | QUALIFICADORES |   |   |   |   | *p-valor |
|----------------------------------|----------------|---|---|---|---|----------|
| b280 Sensação de dor             | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 |          |
| Avaliação                        | 0              | 0 | 3 | 8 | 1 |          |
| Reavaliação                      | 1              | 7 | 1 | 3 | 0 | 0,013    |
| b710 Mobilidade das articulações | 0              | 1 | 2 | 3 |   |          |
| Avaliação                        | 2              | 6 | 2 | 2 |   |          |
| Reavaliação                      | 7              | 1 | 1 | 3 |   | 0,129    |
| b730 Função força muscular       | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 |          |
| Avaliação                        | 3              | 6 | 2 | 1 | 0 |          |
| Reavaliação                      | 7              | 1 | 3 | 0 | 1 | 0,484    |
| b735 Tônus muscular              | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 |          |
| Avaliação                        | 3              | 2 | 5 | 2 | 0 |          |
| Reavaliação                      | 7              | 3 | 1 | 0 | 1 | 0,046    |

\*Teste Wilcoxon ( $p \leq 0.05$ ) . 17 usuários avaliados. Qualificadores: 0-nenhum problema, 1- leve, 2- moderado, 3- severo, 4- completo, 8- não especificado, 9 não se aplica. Para e (fatores ambientais) 0 - Neutro, 1- Facilitador, 2 – Barreira

A fonoaudiologia Infantil presta assistência a crianças em idade escolar que apresentam alterações de comunicação e aprendizagem. Destacam-se as categorias da CIF como d137 (aquisição de conceitos) d160 (concentrar a atenção) d330 (fala), essenciais para o processo de aprendizagem e são objetivos importantes para o processo terapêutico. (Tabela 3)

Tabela 3 – Resultado a aplicação do *checklist* Setor Fonoaudiologia Infantil

| Categorias                              | p-valor* |   |   |   |       |
|-----------------------------------------|----------|---|---|---|-------|
| b140 Funções de atenção                 | 0        | 1 | 2 |   |       |
| Avaliação                               | 4        | 4 | 2 |   |       |
| Reavaliação                             | 6        | 4 | 0 |   | 0,072 |
| b144 Funções da memória                 | 0        | 1 | 2 |   |       |
| Avaliação                               | 5        | 3 | 2 |   |       |
| Reavaliação                             | 8        | 2 | 0 |   | 0,037 |
| b147 Funções psicomotoras               | 0        | 1 | 2 |   |       |
| Avaliação                               | 6        | 3 | 1 |   |       |
| Reavaliação                             | 8        | 2 | 0 |   | 0,037 |
| b152 Funções emocionais                 | 0        | 1 | 2 |   |       |
| Avaliação                               | 4        | 1 | 5 |   |       |
| Reavaliação                             | 7        | 3 | 0 |   | 0,037 |
| b1560 Percepção auditiva                | 0        | 1 | 2 | 3 |       |
| Avaliação                               | 3        | 2 | 4 | 1 |       |
| Reavaliação                             | 7        | 3 | 0 | 0 | 0,019 |
| b1561 Percepção visual                  | 0        | 1 |   |   |       |
| Avaliação                               | 5        | 5 |   |   |       |
| Reavaliação                             | 10       | 0 |   |   | 0,037 |
| b1670 Recep da linguagem                | 0        | 1 |   |   |       |
| Avaliação                               | 8        | 2 |   |   |       |
| Reavaliação                             | 10       | 0 |   |   | 0,346 |
| b1671 Exp da linguagem                  | 0        | 1 | 2 | 3 | 4     |
| Avaliação                               | 0        | 1 | 5 | 1 | 3     |
| Reavaliação                             | 2        | 7 | 1 | 0 | 0     |
|                                         |          |   |   |   | 0,008 |
| b310 Função da voz                      | 0        | 1 | 2 |   |       |
| Avaliação                               | 9        | 0 | 1 |   |       |
| Reavaliação                             | 9        | 1 | 0 |   | 0,999 |
| b320 Funções da articulação             | 0        | 1 | 2 | 3 | 4     |
| Avaliação                               | 0        | 1 | 3 | 3 | 3     |
| Reavaliação                             | 2        | 7 | 1 | 0 | 0     |
|                                         |          |   |   |   | 0,008 |
| b330 Funções da fluência, ritmo da fala | 0        | 1 |   |   |       |
| Avaliação                               | 9        | 1 |   |   |       |
| Reavaliação                             | 10       | 0 |   |   | 0,999 |
| d132 aquisição de linguagem             | 0        | 1 | 2 |   |       |
| Avaliação                               | 7        | 2 | 1 |   |       |
| Reavaliação                             | 9        | 1 | 0 |   | 0,371 |
| d137 Aquisição de conceitos             | 0        | 1 | 2 |   |       |
| Avaliação                               | 3        | 5 | 2 |   |       |
| Reavaliação                             | 8        | 2 | 0 |   | 0,026 |
| d160 Concentrar a atenção               | 0        | 1 | 2 |   |       |
| Avaliação                               | 3        | 5 | 2 |   |       |
| Reavaliação                             | 8        | 2 | 0 |   | 0,011 |
| d166 Ler                                | 0        | 2 | 3 | 9 |       |
| Avaliação                               | 1        | 3 | 1 | 5 |       |
| Reavaliação                             | 5        | 0 | 0 | 5 | 0,089 |
| d170 Escrever                           | 0        | 1 | 2 | 3 | 9     |
|                                         |          |   |   |   | 9     |
| Avaliação                               | 1        | 1 | 1 | 2 | 5     |
|                                         |          |   |   |   | 5     |
| Reavaliação                             | 4        | 1 | 0 | 0 | 5     |
|                                         |          |   |   |   | 0,174 |
| d310 Comun-recepção mensag orais        | 0        | 1 |   |   |       |
| Avaliação                               | 8        | 2 |   |   |       |
| Reavaliação                             | 10       | 0 |   |   | 0,174 |

|                                        |   |    |   |   |   |       |
|----------------------------------------|---|----|---|---|---|-------|
| d325 Comun-recepção mensag escritas    | 0 | 1  | 2 | 3 | 9 |       |
| Avaliação                              | 2 | 1  | 1 | 1 | 5 |       |
| Reavaliação                            | 4 | 1  | 0 | 0 | 5 | 0,174 |
| d330 Fala                              | 0 | 1  | 2 | 3 | 4 | 4     |
| Avaliação                              | 0 | 2  | 4 | 2 | 1 | 1     |
| Reavaliação                            | 4 | 4  | 1 | 0 | 0 | 0,013 |
| d710 Interações Interpessoais básicas  | 0 | 1  | 2 |   |   |       |
| Avaliação                              | 6 | 1  | 3 |   |   |       |
| Reavaliação                            | 7 | 3  | 0 |   |   | 0,174 |
| d760 Relações Familiares               | 0 | 1  | 2 |   |   |       |
| Avaliação                              | 6 | 1  | 3 |   |   |       |
| Reavaliação                            | 7 | 3  | 0 |   |   | 0,072 |
| d820 Educação Escolar                  | 0 | 1  | 2 |   |   |       |
| Avaliação                              | 6 | 2  | 2 |   |   |       |
| Reavaliação                            | 7 | 2  | 1 |   |   | 0,346 |
| d920 Recreação e Lazer                 | 0 | 1  | 2 |   |   |       |
| Avaliação                              | 8 | 1  | 1 |   |   |       |
| Reavaliação                            | 8 | 2  | 0 |   |   | 0,999 |
| e330 Pessoas em posição de autoridade  |   | 1  |   |   |   |       |
| Avaliação                              |   | 10 |   |   |   |       |
| Reavaliação                            |   | 10 |   |   |   | -     |
| e410 Atitudes Indiv da família Nuclear | 0 | 1  | 2 |   |   |       |
| Avaliação                              | 0 | 7  | 3 |   |   |       |
| Reavaliação                            | 1 | 6  | 3 |   |   | 0,999 |
| e415 Atitudes Indiv da Família         | 0 | 1  | 2 |   |   |       |
| Avaliação                              | 3 | 3  | 4 |   |   |       |
| Reavaliação                            | 4 | 3  | 3 |   |   | 0,999 |
| e420 Atitudes individuais de amigos    | 0 | 1  | 2 |   |   |       |
| Avaliação                              | 2 | 6  | 2 |   |   |       |
| Reavaliação                            | 3 | 6  | 1 |   |   | 0,999 |
| e355 Profissionais de saúde            | 0 | 1  | 2 |   |   |       |
| Avaliação                              | 0 | 9  | 1 |   |   |       |
| Reavaliação                            | 1 | 9  | 0 |   |   | 0,999 |

Teste Wilcoxon. ( $p \leq 0.05$ ) 10 usuários avaliados. Qualificadores: 0-nenhum problema, 1- leve, 2-moderado, 3- severo, 4- completo, 8- não especificado, 9 não se aplica. Para fatores ambientais (e) 0 - Neutro, 1- Facilitador, 2 – Barreira.

Como resultado dos grupos focais, segundo os profissionais, a incorporação da CIF na rotina do serviço conferiu melhor planejamento ao processo de trabalho e ampliou o foco da assistência. Com relação aos *checklists* concluíram que gerou indicadores que podem ser compartilhados entre a equipe e gestores dos diferentes níveis. A questão do uso dos qualificadores gerou consenso quanto à subjetividade para escolha dos níveis, principalmente para o qualificador moderado (2) entendendo como necessário estabelecer valores de medidas entre as áreas. Entendem que o uso de alguma escala de mensuração (como a MIF, por exemplo) seria importante para obter valores mais objetivos.

## DISCUSSÃO

As etapas seguidas neste estudo para implementação da CIF, seguem modelos de experiências aqui no país na concessão de benefícios e de experiências internacionais em serviço<sup>9,10,11,20,21,22,23,24,25,26</sup>.

Ciente de que a realidade de outros países difere da nossa, ou mesmo que a aplicação da CIF em áreas como seguridade social se diferenciam da assistência, existem questões comuns identificadas entre os diversos serviços, como a falta de objetivos claramente definidos e mensuráveis, de estratégias de comunicação consistentes, da padronização de condutas diagnósticas terapêuticas que permitam considerar as necessidades de cada usuário, a dificuldade no acesso a produtos e tecnologias, somados a base do sistema de informação para avaliação restrita a dados contemplados apenas pela CID. Os indicadores gerados hoje, portanto, estão fixados em dados de morbidade e mortalidade e refletem a dificuldade atual em todos os segmentos na atenção a pessoa com deficiência.

O *checklist*, modelo de instrumento de avaliação concebido pelos profissionais deste estudo para implementação da CIF, baseou-se na correspondência entre as categorias da classificação e a avaliação realizada pelos profissionais na rotina do serviço, o que permitiu acolher as demandas locais. O processo da forma como foi estabelecido possibilitou considerar as necessidades de informação do serviço para tomada de decisão sobre os níveis de incapacidade para a vida independente e participativa dos usuários, na perspectiva de atender ao disposto pela legislação brasileira<sup>9,10,11,22,23</sup>.

Segundo o roteiro utilizado para implementação da CIF foi possível também avaliar a rotina do serviço e trazer informações que contribuam para a organização do trabalho, pois os resultados traduzem o que o serviço demanda, o que reforça ser essencial a construção de ferramentas de avaliação que retratem a realidade local<sup>1,15,18,25,26,27,28,29,30</sup>.

Os resultados nos permitem afirmar que a construção do *checklist* foi importante norteador para o processo de implementação da CIF na unidade de serviço, pois possibilitou o acompanhamento longitudinal produzindo dados importantes para análise da evolução dos usuários sob uma abordagem biopsicossocial, constituindo-se em dados tanto mensuráveis como de diretriz para um processo de implementação da CIF, o que reforça estudos realizados com instrumentos da CIF<sup>25,26,27,28,29</sup>.

Os *checklists* elaborados pelo grupo refletem as escolhas dos profissionais e evidenciou um foco maior nos componentes atividade e participação (d), o que permitiu

obter informações sobre o desempenho do usuário nas atividades de vida diária. Também permitiu contemplar os fatores ambientais que impactam diretamente tanto na vida do usuário como na assistência prestada pelos profissionais. A medida da melhora do desempenho e dos facilitadores ambientais permite avaliar o cumprimento das metas estabelecidas no plano terapêutico do usuário e diz da eficiência e eficácia do trabalho realizado.

Tão importantes quando as medidas, pensar na construção do *checklist* possibilitou aos profissionais o raciocínio clínico sobre sua prática. Construir o instrumento de avaliação baseado na CIF funcionou como uma metodologia para colocar em prática uma abordagem biopsicossocial<sup>26</sup>.

Somente foi possível desenvolver instrumentos de avaliação para este estudo que atendesse as necessidades locais devido ao engajamento e participação efetiva dos profissionais em todo processo de implementação. Nesse sentido, a capacitação da equipe no modelo multidimensional trazido pela CIF foi essencial para aderência do profissional em todo processo de implementação. Apenas com maior compreensão da estrutura da classificação e da possibilidade de uso de uma linguagem comum para descrição das práticas clínico-terapêuticas das diferentes áreas, de conceitos como funcionalidade e incapacidade, da multidimensionalidade da sua estrutura e do seu sistema alfanumérico foi possível a implementação. Foi fundamental para que os profissionais envolvidos pudessem fazer as escolhas das categorias da CIF para construção dos *checklists*. Ao construir o *checklist*, coube ao profissional verificar a abrangência do cuidado, contemplar fatores que pudessem traduzir o impacto da condição de saúde na vida de cada usuário assistido e que também refletisse a sua avaliação clínica. A criação de instrumento próprio da CIF, o trabalho com seus componentes, domínios e categorias foi primordial para vivência e ampliação da abordagem biopsicossocial na prática clínica<sup>(24-9)</sup>.

Aplicar aquilo que adquiriu de conhecimento e rever suas estratégias de ação ao pensar a sua rotina de trabalho, funcionou como um “modelo mental” para se pensar e utilizar a CIF<sup>25</sup>. Ao mesmo tempo, operacionalizar a CIF através de instrumentos tornou possível aquilo que para a maioria dos profissionais envolvidos neste estudo, no início do processo imaginavam como impossível. Ao final da implementação, a visão inicial de que a CIF era difícil, na compreensão da equipe era de que o manejo com classificação era apenas trabalhoso.

Os *checklists* incorporados à rotina do serviço poderão servir como documentação

do estado de saúde dos usuários, contribuindo para estabelecimento de metas para o plano de reabilitação. Também para que profissional e usuário tenham mais claros os objetivos terapêuticos, identificando aquilo que ele, usuário, realmente faz (seu desempenho) e o que ele é capaz de fazer (capacidade), e qual a medida disso nas várias situações da vida (participação). Possibilitará ter objetivos mais específicos que sejam significativos para o usuário e contemplem as demandas do serviço<sup>(6-10,12,19-22)</sup>.

Os *checklists* também poderão servir para a gestão local dando maior visibilidade ao processo de trabalho das diversas áreas, obtendo indicadores de resolutividade da assistência prestada e servindo para o planejamento do serviço com base nas necessidades de assistência ofertada<sup>1,20</sup>.

Este trabalho também demonstra que formas de operacionalizar a CIF contribuem para superar a perspectiva biomédica, criando possibilidades de incorporar na rotina do serviço uma abordagem biopsicossocial. Incentiva a mudança de cultura sobre a concepção e a visão da saúde do profissional.

Na escuta possibilitada pelos grupos focais realizados durante o processo, apesar de a equipe ter clareza de que o norteador do modelo em saúde não pode estar baseado apenas em um modelo biomédico, que isso reduz o poder e eficiência da assistência prestada, ficou claro para eles que estabelecer um modelo biopsicossocial passa por formas de estabelecer comunicação mais efetiva, assistência mais qualificada e humanizada. A interação entre a prática clínica, as necessidades individuais de cada usuário e formas de assisti-la não se resolvem somente com o acesso a assistência. A necessidade de equipamentos e produtos, o trabalho em rede, a atitude da família, a geografia física da moradia, precisam compor integralmente o processo terapêutico. Os profissionais entendem que a CIF possibilita a sistematização das informações que ocorre no processo de trabalho, ao mesmo tempo em que apresenta potencial de gerar indicadores que assegurem o acesso e facilitem a comunicação em rede. Sistematizar o cuidado clínico e terapêutico evidenciando as prioridades.

A avaliação do processo de implementação pelos profissionais foi positiva, evidenciando a contribuição da CIF como subsídio para as avaliações multiprofissionais, definição de metas, gerenciamento das intervenções e medida de resultados do serviço. Compreendem que oportuniza comunicar aquilo que é realizado em sua rotina, mas que não são visíveis no formato atual. Informações que, como eles mesmos disseram “*só nós vemos*”. Que dizem respeito a sua práxis, mas principalmente, que diz do usuário, sujeito do processo de reabilitação.

Os componentes escolhidos para composição do *checklist* em combinação com os qualificadores possibilitaram a descrição do estado de saúde do usuário e sua evolução após as intervenções em reabilitação. O baixo quantitativo não impediu que a amostra fornecesse indicativos de evolução e resolutividade na assistência prestada pelo serviço. Isso favorece não apenas a avaliação imediata do serviço quanto a efetividade da assistência prestada, mas permite aos profissionais a escolha de estratégias que possam qualificar seu trabalho, e a médio prazo contribuir para melhorar a comunicação da equipe e em rede, otimizando recursos, e garantindo outros<sup>(30-5)</sup>.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) constitui uma linguagem unificada e consistente sobre a funcionalidade humana, adequada como referência para comparar informações de saúde. A comparabilidade da informação é essencial para garantir que a maior variedade de informações esteja disponível de maneira consistente para qualquer gestor em todos os níveis do sistema de saúde. A padronização das terminologias, a facilidade de acesso as informações, disseminação dos processos envolvidos na elaboração dos indicadores, produção e análise dos dados, são indicativos importantes deste estudo<sup>26</sup>.

Contudo, a utilização somente quantitativa da CIF sem introjeção do seu modelo conceitual integrativo, o desenvolvimento de instrumentos e índices sem o contato com a estrutura da classificação pelos profissionais e usuários, poderão levar a uma prática desprovida de reflexão. A CIF trouxe com sua estrutura multidimensional possibilidade de ampliar o olhar do profissional, rever sua práxis hoje centrada nas alterações das funções e estruturas.

A viabilidade das propostas também está intimamente relacionada a capacitação dos profissionais e técnicos que trabalham nos diferentes ambientes de saúde e a integração entre as informações produzidas pelos serviços a partir de sistemas de informação articulados. Atualmente o cenário que possuímos é da produção de informação duplicada, fragmentada e redundante, a falta de objetivos mensuráveis e estratégias de comunicação consistentes, com informações produzidas pelos profissionais e serviços, que pouco contribuem para dar visibilidade ao processo de assistência realizado, onde predomina a dimensão quantitativa para avaliação do serviço através de número de consultas e procedimentos.

Inserir a CIF nos serviços de reabilitação, portanto, nos impõem desafios quanto a criação de instrumental e formatação de sistemas de informação local com o apoio técnico da organização regional dos sistemas de informação em saúde. A estrutura trazida

pela CIF também poderá contribuir para a melhoria do acesso aos profissionais de saúde, pois permite a padronização da linguagem utilizada pelos distintos setores e a sua documentação, desde que medidas sejam tomadas para sua incorporação ao sistema vigente.

Aspectos culturais, políticos e das relações de trabalho dão o contorno na prestação do cuidado ofertada pelos profissionais do serviço, e foram importantes para o acolhimento da proposta de implementação da CIF.

Dos desafios e dificuldades para implementação da CIF, os profissionais trouxeram percepções para sua sistematização e apontam questões importantes para viabilizar a incorporação da CIF, como a importância de integrar os sistemas informatizados já existentes, a não informatização do próprio serviço apesar de a instalação de prontuário eletrônico ser uma perspectiva de gestão, a falta de recursos necessários, em sua maioria tecnológicos como internet, impressora; maior apropriação da CIF para a implementação adequada, pois ainda restavam dúvidas, em sua maioria conceituais, que acreditam irão dirimir com o uso; a carga de trabalho que dificulta o investimento de tempo em aprender a utilizar e implementar a classificação e realizar as avaliações como parte da rotina; o excesso de planilhas e também questões relacionadas a organização e planejamento do processo de trabalho e a gestão do serviço, que caminham dissociadas.

### CONCLUSÃO

A possibilidade de terminologias comuns, de maior acesso às informações, de disseminação dos processos envolvidos na elaboração dos indicadores e a produção e análise de dados com base na CIF são achados importantes deste estudo. Permite gerar dados para análise estatística e epidemiológica em saúde a partir de uma linguagem única e centrada na funcionalidade humana, o que possibilita seu uso nas diversas áreas e setores, permitindo a integração da informação e facilitando a comunicação entre eles, favorecendo o trabalho e políticas entre setores e serviços incluindo saúde, educação, previdência social, medicina do trabalho, em toda rede de atenção e níveis de complexidade.

Além disso, soma-se a geração de dados sobre funcionalidade, a ampliação da abordagem biopsicossocial no cuidado em saúde favorecida pela implementação da classificação no serviço estudado.

A mudança no modelo assistencial pode trazer resultados consistentes na assistência em saúde da pessoa com deficiência. Isso implica uma nova dinâmica de

estruturação de serviços recuperando o foco de seu objeto de intervenção, que é a funcionalidade humana, numa visão ampliada e, portanto, contextualizada dos usuários e dos serviços que são prestados.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):821-828, 2012
2. WHO. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneve: World Health Organization. 2001
3. Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev. bras. epidemiol.* vol.17 no.2 São Paulo abr./jun. 2014
4. Castaneda L, Castro SS, Bahia L. Construtos de incapacidade presentes na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD): uma análise baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Bras Estud Popul* ; 31(2): 419-29. 2014
5. Castro, SS, Castaneda, L, Cordeiro, ES, Buchalla, CM. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev. bras. epidemiol.* vol.19 no.3 São Paulo Jul/Set. 2016
6. Vuori Hannu. Quality assurance of health services. Concepts and methodology. Public Health in Europe 16. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982.
7. Brasil. PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Acesso em 01/12/19 <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/PORTARIA-N%C2%BA-793-DE-24-DE-ABRIL-DE-2012.pdf>
8. Brasil. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União* 2015; 7 jul.
9. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Cien Saude Colet.* 2016;21(10):3007–15.

10. Brasil. Avaliação de pessoas com deficiência para o acesso ao Benefício de Continuada da Assistência Social. Um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Ministério da Previdência Social. Brasília, 2007. Acesso em 01/12/19  
[http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/avaliacao\\_das\\_pessoas\\_com\\_deficiencia\\_-\\_bpc.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/avaliacao_das_pessoas_com_deficiencia_-_bpc.pdf)
11. Duarte, CMR, Marcelino, MA, Boccolini, CS, Boccolini, PMM. Proteção social e política pública para populações vulneráveis: uma avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, 2017 nov; vol.22 no.11. Rio de Janeiro. Acesso em 01/12/19  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021103515&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021103515&script=sci_abstract&tlng=pt)
12. Santos, WR. Uso da CIF nos benefícios, isenções e serviços federais para as pessoas com deficiência. Implantando a CIF. O que acontece na prática? Ed. WAK. Rio de Janeiro, 2017.
13. CNS. Resolução 452. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. 2012
14. Brasil. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, PNASS. Ministério da Saúde, 2012. Acesso em 14/04/2019
15. Brasil. Ministério da Saúde. Práticas de Reabilitação na AB. 2017. Acesso em 13/04/ 2019
16. WHO. *Checklist* ICF. 2003  
<http://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf>
17. Cordeiro, ES. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, E- SUS e TABWIN: as experiências de Barueri e Santo André, São Paulo. Revista Baiana de Saúde Pública. abr./jun. 2015 v.39, n.2, p.470-477
18. WHO. Strengthening health systems: What works? Alliance for Health Policy and Systems Research. Annual Report. Geneve, 2009
19. Hopfe, M, Prodinger, B, Bickenbach, JE, Stucki, G. Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information, Disabil Rehabil. 2018 Sep; 40 (19): 2325-2330
20. Araujo, ES, Biz, MCPB. O planejamento em saúde na prática. Revista Científica CIF Brasil. 2016; 5(5):24-30
21. Zerbeto, AB. Estudo da percepção de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem utilizando a CIF-CJ. Tese de Doutorado. Unicamp. 2017

22. Stucki G, Zampolini M, Juocevicius A, Negrini S, Christodoulou N. Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2017;53(2):299–307.
23. Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil* 2016; 8288(March):1–10.
24. Madden RH, Bundy A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disabil Rehabil*. 2018;0(0):1–13.
25. Talo SA, Rytäköski UM. BPS-ICF model, A tool to measure biopsychosocial functioning and disability within ICF concepts: Theory and practice updated. *Int J Rehabil Res*. 2016;39(1):1–10.
26. Tempest S, Harries P, Kilbride C, De Souza L. To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disabil Rehabil* 2012; 34(20-21): 1686–1694.
27. Raty, S.; Aromaa, A.; Koponen, P. Measurement of physical functioning in comprehensive national health surveys – ICF as a framework. Oakland: National Public Health Institute, 2003. 171 p. Acesso em 14/04/2019
28. Lexell J, Brogårdh C. The use of ICF in the neurorehabilitation process. *NeuroRehabilitation*, 2015;36(1):5–9.
29. 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. *J Rehabil Med* 2007; 39 (4):279–85.
30. Stallinga, HA, Roodbol, PF, Annema, C, Jansen, GJ, Wynia, K. Functioning assessment vs. conventional medical assessment: a comparative study on health professionals' clinical decision-making and the fit with patient's own perspective of health. *Journal of Clinical Nursing*. July 2013
31. Medica EM, Stucki G, Bickenbach J, Edizioni C, Medica M. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2017;(February):134–8.
32. Tamaki EM, Miranda AS De. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Cien Saude Colet*. 1012;17:839–49

33. Hartz ZM & Vieira LM (organizadoras). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.: il. ISBN 85-232-0352-4
34. Lima, Claudia Risso de Araújo. Gestão da qualidade dos dados e informações dos sistemas de informação em saúde: subsídios para a construção de uma metodologia adequada ao Brasil. 2010. 156f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) --Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010.
35. Brasil M da SS-EÁ de E da S e D. Avaliação de Tecnologias em Saúde: Ferramentas para a Gestão do SUS [Internet]. Ministério da Saúde. 2009. 112 p. Acesso em 01/12/19  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_tecnologias\\_saude\\_ferramentas\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf)

## 7. DISCUSSÃO

As experiências de uso da CIF na assistência em reabilitação aqui no Brasil ainda são tímidas. Formas de sistematizar a abordagem biopsicossocial dentro dessa linha de cuidado são vistas como necessárias, mas pouco temos progredido de forma segura em modelos e padronização. É certo o avanço nas últimas décadas em políticas e normatizações que asseguram que a multidimensionalidade dos fatores que envolvem a saúde seja considerada nas avaliações e planejamento do cuidado, mas como efetivar a incorporação do modelo biopsicossocial na rotina ainda é a questão.

Do que se observa, a dificuldade de sistematizar a CIF vem da ausência de modelos centrados na nossa realidade, normatizações mais específicas sobre o tema, diretrizes de uso e a dificuldade de inserir a classificação ao sistema de informação em saúde. Outro ponto importante é a estrutura hegemônica do sistema de saúde vigente, calcada em um modelo biomédico que inclui desde a formação fragmentada e superespecializada dos profissionais ao modelo de atenção e cuidado, bem como um sistema de informação com foco na doença.

Como referido anteriormente, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, PNASS, tem na sua lista de verificação de avaliação dos CERs, a CIF como modelo a ser utilizado pelo serviço. Um grande avanço que tem levado os serviços e equipes de saúde a procura por capacitação sobre a CIF <sup>(21,32,38)</sup>. Contudo, isso tem

revertido muito timidamente em sua incorporação na rotina e a pergunta segue sendo: *Como usá-la?*

Este estudo descreve o processo de implementação e traz uma proposta de sistematização. Foi composto por duas perspectivas: quantitativa, a partir dos indicadores de evolução mediante a aplicação dos instrumentos de avaliação, os checklists, e qualitativa, a partir da percepção dos profissionais sobre o processo de implementação. A experiência de uso da CIF em um Centro Especializado em Reabilitação, foi desenvolvida a partir de um roteiro para a sua sistematização e operacionalização e traz relatos dos benefícios da inserção do modelo biopsicossocial, sua efetividade como ferramenta de avaliação, orientação e documentação, e a possibilidade de sua incorporação na prática clínica, na rotina do serviço.

A experiência apresentada aqui se baseou em relatos internacionais e experiências realizadas no Brasil, algumas em serviço de reabilitação, outras na concessão de benefícios e em pesquisas nacionais que utilizam a CIF de forma quantitativa. Todas as experiências variam em formas de implementação, mas possuem elementos comuns, como a organização do cuidado em saúde, a relação com os recursos da comunidade, o acolhimento das demandas dos usuários, a melhoria da avaliação, a concepção e oferta da prestação de serviço, as escolhas de estratégias clínicas e um sistema de informação com indicadores mais qualificados<sup>(22-24,38-43,50)</sup>.

Com base nelas foram consideradas algumas etapas para pensarmos a implementação da CIF, propondo um modelo para o serviço deste estudo. Constatamos, através da avaliação da equipe do serviço, ser essencial a capacitação com vistas ao uso da CIF, a importância de ter o domínio do conhecimento sobre sua estrutura. A relevância do seu manuseio para a construção de um modelo de uso para o serviço, mas também como um meio para exercitar a lógica e pensar sobre formas de introduzir a estrutura biopsicossocial trazida pela classificação na prática clínica. Com base nesse precedente, a definição de instrumentos de sistematização que atendam as necessidades locais do serviço<sup>(11-15)</sup>.

O processo, da maneira como foi operacionalizado, mostra sua importância para dar forma ao potencial da CIF que é atender as necessidades de indicadores de funcionalidade e introduzir uma mudança de paradigma no modelo assistencial dos serviços.

A percepção dos profissionais que participaram do processo comunga com os achados da literatura ao concluir a importância quanto ao desenvolvimento de

instrumentos para o uso da CIF e a viabilidade de sua sistematização como forma de ampliar o olhar sobre o cuidado, além de proporcionar mais objetividade nas avaliações, observação traduzida como “*olhar mais acadêmico*” por um dos participantes, ao mesmo tempo mais subjetivo e próximo das necessidades dos usuários. Fazer a correspondência entre a avaliação realizada pelos profissionais e o conteúdo da CIF permitiu constituir um “modelo mental” para se pensar a assistência ofertada à luz de um modelo multidimensional em saúde e se configurou em uma estratégia possível de ser incorporada na rotina do serviço<sup>(52)</sup>.

Apesar da clareza dos profissionais do serviço de que o norteador do modelo em saúde não pode se resumir aos aspectos biomédicos, pois isso reduz o poder e eficiência da assistência prestada, tornou-se ponto pacífico a necessidade de se estabelecer um modelo biopsicossocial que passasse por formas de uma comunicação mais efetiva, de assistência mais qualificada e humanizada, ainda que necessitasse de mudanças estruturais importantes na dinâmica do serviço para sua ocorrência.

A comunicação que se dá entre a prática clínica, as necessidades individuais de cada usuário e formas de assisti-la não se resolve somente com a garantia da assistência em saúde. Questões como acesso a equipamentos e produtos, a outros profissionais de saúde da rede ou questões como atitude da família, geografia física de moradia e de trabalho e emprego, precisam ser asseguradas e contempladas durante o processo terapêutico. A linguagem codificada da CIF, seu potencial estatístico e multidimensional pode contribuir para melhorar essa comunicação.

Essa foi a compreensão dos profissionais da equipe, a de que a CIF possibilita a sistematização pela linguagem única, mas também permite gerar indicadores que assegurem o acesso, forneça dados que deem visibilidade sobre a assistência prestada e facilitem a comunicação em rede.

Com relação aos outros indicadores que surgiram com a aplicação dos checklists, os qualificadores apresentados mostraram a evolução e resolutividade em todos os setores. O baixo quantitativo em algumas áreas não impediu que este estudo de caso fornecesse indicativos de evolução e resolutividade na assistência prestada pelo serviço. Isso favorece não apenas a avaliação imediata do serviço, a efetividade do projeto terapêutico, mas também possibilita aos profissionais a escolha de estratégias que possam qualificar seu trabalho e, em médio prazo, contribuir para melhorar a comunicação entre os membros da equipe e em rede, otimizando recursos e garantidos outros, tornando-os

mais significativos com possibilidades de atendimento das reais demandas dos usuários (39,50).

Da percepção dos profissionais sobre o processo de implementação também surgiram desafios para a sua sistematização. Apesar de consenso na equipe sobre a importância do modelo biopsicossocial para a assistência e da ênfase quanto aos fatores ambientais como componentes fundamentais para o processo de recuperação, os profissionais da equipe apontaram questões importantes para viabilizar a incorporação da CIF, tais como a necessidade de integrar os sistemas informatizados já existentes, a falta de recursos necessários (em sua maioria, tecnológicos), apropriação mais completa da CIF para a implementação de forma ainda mais adequada, a carga de trabalho que dificulta o investimento de tempo para a utilização e implementação da Classificação, além de questões relacionadas ao planejamento e à gestão dos serviços de reabilitação.

Shakspare<sup>(29)</sup> chama a atenção para o pesquisador que trabalha em pesquisa qualitativa com pessoas com deficiência, sobre a dificuldade em distinguir claramente o impacto do comprometimento e o impacto das barreiras sociais no cotidiano dessas pessoas, tema tido como interessante em se trazer ao debate. Essa foi uma questão percebida pela equipe para qualificar os Fatores Ambientais e justifica o fato de termos limitado em facilitadores e barreiras o uso dos qualificadores, utilizando o qualificador 8 da CIF e incluindo o *Neutro* como uma resposta. Essas são questões a serem melhor analisadas no uso da Classificação.

A padronização das terminologias, a facilidade de acesso às informações, disseminação dos processos envolvidos na elaboração dos indicadores, produção e análise dos dados, são indicativos importantes deste estudo. Contudo, a utilização somente quantitativa da CIF sem introjeção do seu modelo conceitual integrativo pode levar a uma prática desprovida de reflexão. Tão importante quanto a geração de dados sobre funcionalidade é a inclusão do modelo biopsicossocial no cuidado em saúde.

Ao final do processo de implementação os resultados foram apresentados à equipe e ao gestor do serviço. O momento da devolutiva foi importante para dar a equipe a dimensão do trabalho realizado por eles e o que os dados revelaram sobre o processo empreendido, respondendo a uma inquietação inicial sobre tornar visível para todos o que é realizado no serviço. Também foi entregue ao secretário municipal de saúde um compilado de todo o processo, mostrando-se o titular da pasta entusiasmado com os trabalho e prontificando-se a discutir com as coordenadorias técnicas as formas de

viabilizar a implementação, uma vez que o prontuário eletrônico nas unidades de serviço encontra-se em franco processo de implantação.

## **8. CONCLUSÃO**

A CIF fornece uma linguagem para descrever a funcionalidade e estabelecer metas para a melhoria das intervenções. Sua implementação poderá contribuir para o monitoramento da saúde em todo o processo assistencial a partir de um banco de dados específico do usuário que forneça evidências da experiência vivida durante o cuidado, podendo contribuir para melhorar os resultados a longo prazo, reduzir custos e criar estruturas organizacionais e práticas de gestão, que visem atender as necessidades do usuário na oferta do serviço. Concomitantemente, contribui para estabelecer formas de cuidado onde o usuário esteja não apenas no centro da assistência, mas que o objetivo de todo o trabalho desenvolvido seja a sua expectativa de cuidado. A observação primordial, portanto, é o que o(a) usuário(a) é capaz de fazer e que seu desempenho esteja de acordo com aquilo que é importante para ele (a), como a promoção de sua autonomia, para que suas escolhas reflitam suas expectativas. Esse é o potencial estruturante da CIF, a comunicação centrada no usuário com base em um paradigma comum, através de uma linguagem compartilhada e possível de ser compreendida por todos.

Na prática clínica pesquisa e literatura trazidas, nesse estudo, os autores citados são unânimes em afirmar que os conceitos trazidos pela CIF sobre deficiência, incapacidade e restrição de desempenho para a participação social, merecem ser explorados na assistência e formação profissional desenvolvendo modelos e formas de operá-la.

Contudo, existem discussões atuais que levantam questões quanto a necessidade de ajustes do modelo da CIF no que tange o redimensionamento da posição dos componentes da classificação, que hoje parte da condição de saúde localizada no topo do esquema da CIF, que reforçaria a dominância da abordagem médica, mesmo estando todos os componentes em interação. Por ser uma classificação de saúde trazendo um modelo que defende a multidimensionalidade de conceitos como funcionalidade e incapacidade para além de um fenômeno fisiológico e, este sendo proposto em um sistema e cultura ainda hegemônico, tensões irão ocorrer e são necessárias. Entretanto, mesmo aqueles que propõe essa discussão reiteram a importância da CIF e o quanto suas

proposições avançam para uma mudança de paradigma de um modelo hoje, centrado na doença, para uma abordagem biopsicossocial.

Todavia, é na forma de operacionalizar seu uso e incorporá-la em todo sistema assistencial que se encontra a maior lacuna. Dar forma a um modelo para efetivar seu uso é essencial. Mas tão importante quanto é considerar, na construção de um modelo de uso da CIF, todos os envolvidos no processo: o profissional de saúde, o gestor, o usuário e as suas reais demandas e expectativas.

## 9. ANÁLISE ESTATÍSTICA

### 9.1 Análise descritiva dos dados gerados pelo uso dos códigos do checklist

#### 9.1.1. Tabelas de frequências

**Tabela 1: Distribuição da variável Sexo para a área Fisio domiciliar**

| Sexo         | Frequência | Porcentagem   |
|--------------|------------|---------------|
| Masculino    | 9          | 37,5%         |
| Feminino     | 15         | 62,5%         |
| <b>Total</b> | <b>24</b>  | <b>100,0%</b> |

**Tabela 2: Distribuição da variável Sexo para a área Fono domiciliar**

| Sexo         | Frequência | Porcentagem   |
|--------------|------------|---------------|
| Masculino    | 1          | 20,0%         |
| Feminino     | 4          | 80,0%         |
| <b>Total</b> | <b>5</b>   | <b>100,0%</b> |

**Tabela 3: Distribuição da variável Sexo para a área Psico domiciliar**

| Sexo         | Frequência | Porcentagem   |
|--------------|------------|---------------|
| Masculino    | 1          | 25,0%         |
| Feminino     | 3          | 75,0%         |
| <b>Total</b> | <b>4</b>   | <b>100,0%</b> |

**Tabela 4: Distribuição da variável Sexo para a área Fisio musc**

| Sexo         | Frequência | Porcentagem   |
|--------------|------------|---------------|
| Masculino    | 6          | 50,0%         |
| Feminino     | 6          | 50,0%         |
| <b>Total</b> | <b>12</b>  | <b>100,0%</b> |

**Tabela 5: Distribuição da variável Sexo para a área TO musc**

| Sexo         | Frequência | Porcentagem   |
|--------------|------------|---------------|
| Masculino    | 1          | 20,0%         |
| Feminino     | 4          | 80,0%         |
| <b>Total</b> | <b>5</b>   | <b>100,0%</b> |

**Tabela 6: Distribuição da variável Sexo para a área Equipe mult**

| Sexo         | Frequência | Porcentagem   |
|--------------|------------|---------------|
| Masculino    | 3          | 60,0%         |
| Feminino     | 2          | 40,0%         |
| <b>Total</b> | <b>5</b>   | <b>100,0%</b> |

**Tabela 7: Distribuição da variável Sexo para a área Fono infantil**

| <b>Sexo</b>      | <b>Frequência</b> | <b>Porcentagem</b> |
|------------------|-------------------|--------------------|
| <b>Masculino</b> | 6                 | 60,0%              |
| <b>Feminino</b>  | 4                 | 40,0%              |
| <b>Total</b>     | <b>10</b>         | <b>100,0%</b>      |

### 9.1.2. Medidas descritivas

**Tabela 8: Medidas descritivas da variável Idade para cada Área**

| <b>Área</b>           | <b>Idade</b>  |       |
|-----------------------|---------------|-------|
| Fisio domiciliar      | Média         | 69,46 |
|                       | Desvio-padrão | 12,52 |
|                       | Mínimo        | 45,00 |
|                       | Máximo        | 93,00 |
| Fono domiciliar       | Média         | 59,80 |
|                       | Desvio-padrão | 20,13 |
|                       | Mínimo        | 24,00 |
|                       | Máximo        | 72,00 |
| Psicologia domiciliar | Média         | 61,75 |
|                       | Desvio-padrão | 8,30  |
|                       | Mínimo        | 51,00 |
|                       | Máximo        | 71,00 |
| Fisio musc            | Média         | 48,75 |
|                       | Desvio-padrão | 18,45 |
|                       | Mínimo        | 28,00 |
|                       | Máximo        | 86,00 |
| TO musc               | Média         | 55,20 |
|                       | Desvio-padrão | 11,82 |
|                       | Mínimo        | 36,00 |
|                       | Máximo        | 65,00 |
| Equipe mult           | Média         | 57,40 |
|                       | Desvio-padrão | 11,26 |
|                       | Mínimo        | 45,00 |
|                       | Máximo        | 71,00 |
| Fono infantil         | Média         | 6,80  |
|                       | Desvio-padrão | 2,94  |
|                       | Mínimo        | 3,00  |
|                       | Máximo        | 10,00 |

### 9.1.3. Análise inferencial

Para comparar as distribuições das respostas dos itens da avaliação com a reavaliação, empregou-se o teste de Wilcoxon. Os resultados obtidos encontram-se na tabela a seguir e permitem dizer que houve diferença entre a avaliação e reavaliação para os itens destacados em negrito.

**Tabela 9: Níveis descritivos obtidos do teste para o banco de dados Fisio domiciliar**

| <b>Item</b> | <b>Nível descritivo</b> |
|-------------|-------------------------|
| b1144       | 0,149                   |
| b140        | <b>0,008</b>            |
| b152        | <b>0,013</b>            |
| b235        | <b>0,015</b>            |
| b260        | <b>0,009</b>            |
| b265        | <b>0,009</b>            |
| b280        | <b>0,003</b>            |
| b710        | <b>0,002</b>            |
| b730        | <b>0,003</b>            |
| b735        | <b>0,001</b>            |
| b760        | <b>0,006</b>            |
| b765        | 0,129                   |
| b770        | <b>0,001</b>            |
| d410        | <b>0,001</b>            |
| d415        | <b>0,003</b>            |
| d445        | <b>0,026</b>            |
| d450        | <b>0,001</b>            |
| d460        | <b>0,001</b>            |
| d465        | <b>0,002</b>            |
| e1101       | -                       |
| e1201       | <b>0,037</b>            |
| e210        | -                       |
| e355        | 0,999                   |
| e398        | -                       |
| e498        | -                       |
| e570        | 0,999                   |

**Tabela 10: Níveis descritivos obtidos do teste para o banco de dados Fono domiciliar**

| <b>Item</b> | <b>Nível descritivo</b> |
|-------------|-------------------------|
| b164        | 0,072                   |
| b1670       | 0,174                   |
| b1671       | 0,149                   |
| b310        | -                       |
| b320        | 0,346                   |
| b5105       | 0,371                   |
| d166        | 0,149                   |
| d170        | 0,346                   |
| d310        | 0,174                   |
| d325        | 0,149                   |
| d330        | 0,999                   |
| d350        | 0,999                   |
| d570        | 0,371                   |
| d710        | 0,999                   |
| d920        | 0,371                   |
| e2109       | -                       |
| e355        | -                       |
| e360        | -                       |
| e398        | -                       |
| e498        | 0,999                   |
| e570        | -                       |

**Tabela 11: Níveis descritivos obtidos do teste para o banco de dados Psico domiciliar**

| <b>Item</b> | <b>Nível descritivo</b> |
|-------------|-------------------------|
| b152        | 0,999                   |
| b164        | 0,999                   |
| d310        | -                       |
| d350        | 0,999                   |
| d465        | 0,346                   |
| d470        | 0,999                   |
| d520        | 0,346                   |
| d570        | -                       |
| d640        | 0,999                   |
| d710        | 0,999                   |
| d720        | 0,999                   |
| d779        | -                       |
| d860        | -                       |
| d920        | 0,346                   |
| e1101       | -                       |
| e210        | -                       |
| e355        | -                       |
| e360        | -                       |
| e398        | -                       |
| e410        | -                       |

|      |   |
|------|---|
| e498 | - |
| e570 | - |
| e575 | - |

**Tabela 12: Níveis descritivos obtidos do teste para o banco de dados Fisio musc**

| <b>Item</b> | <b>Nível descritivo</b> |
|-------------|-------------------------|
| b235        | 0,999                   |
| b260        | 0,999                   |
| b265        | -                       |
| b280        | <b>0,013</b>            |
| b710        | 0,129                   |
| b715        | 0,999                   |
| b730        | 0,484                   |
| b735        | <b>0,046</b>            |
| b770        | 0,999                   |
| s770        | 0,999                   |
| d719        | -                       |
| d410        | 0,095                   |
| d440        | 0,999                   |
| d445        | 0,999                   |
| d450        | -                       |
| d460        | -                       |
| d698        | 0,999                   |
| e1101       | -                       |
| e1151       | -                       |
| e1201       | -                       |
| e355        | -                       |
| e498        | -                       |
| e590        | -                       |

**Tabela 13: Níveis descritivos obtidos do teste para o banco de dados TO musc**

| <b>Item</b> | <b>Nível descritivo</b> |
|-------------|-------------------------|
| b235        | -                       |
| b260        | -                       |
| b265        | 0,346                   |
| b280        | 0,072                   |
| b710        | 0,149                   |
| b715        | -                       |
| b730        | 0,149                   |
| b735        | 0,999                   |
| b770        | -                       |
| s770        | 0,072                   |
| d179        | -                       |
| d410        | 0,346                   |
| d440        | 0,089                   |
| d445        | 0,371                   |
| d450        | -                       |
| d460        | -                       |

|       |       |
|-------|-------|
| d698  | 0,072 |
| e1101 | -     |
| e1151 | -     |
| e1201 | -     |
| e355  | -     |
| e498  | -     |
| e590  | -     |

**Tabela 14: Níveis descritivos obtidos do teste para o banco de dados Equipe mult**

| <b>Item</b> | <b>Nível descritivo</b> |
|-------------|-------------------------|
| b134        | -                       |
| b140        | 0,346                   |
| b144        | -                       |
| b152        | 0,089                   |
| b164        | 0,999                   |
| b167        | -                       |
| b230        | -                       |
| b280        | 0,053                   |
| b320        | 0,999                   |
| b5105       | 0,346                   |
| b730        | <b>0,037</b>            |
| b735        | 0,346                   |
| b770        | 0,149                   |
| d310        | -                       |
| d330        | 0,999                   |
| d450        | 0,072                   |
| d465        | 0,346                   |
| d470        | 0,149                   |
| d510        | 0,149                   |
| d520        | 0,346                   |
| d530        | 0,346                   |
| d540        | 0,072                   |
| d550        | 0,149                   |
| d560        | 0,346                   |
| d570        | 0,149                   |
| d710        | -                       |
| d860        | 0,999                   |
| d920        | 0,999                   |
| e1101       | 0,371                   |
| e120        | 0,999                   |
| e210        | 0,999                   |
| e355        | 0,999                   |
| e398        | -                       |
| e498        | -                       |
| e598        | 0,346                   |

**Tabela 15: Níveis descritivos obtidos do teste para o banco de dados Fono infantil**

| <b>Item</b> | <b>Nível descritivo</b> |
|-------------|-------------------------|
| b140        | 0,072                   |
| b144        | <b>0,037</b>            |
| b147        | 0,149                   |
| b152        | <b>0,031</b>            |
| b1560       | <b>0,019</b>            |
| b1561       | <b>0,037</b>            |
| b1670       | 0,346                   |
| b1671       | <b>0,008</b>            |
| b310        | 0,999                   |
| b320        | <b>0,008</b>            |
| b330        | 0,999                   |
| d132        | 0,371                   |
| d137        | <b>0,026</b>            |
| d160        | <b>0,011</b>            |
| d166        | 0,089                   |
| d170        | 0,098                   |
| d310        | 0,346                   |
| d325        | 0,174                   |
| d330        | <b>0,013</b>            |
| d710        | 0,174                   |
| d760        | 0,072                   |
| d820        | 0,346                   |
| d920        | 0,999                   |
| e330        | -                       |
| e410        | 0,999                   |
| e415        | 0,999                   |
| e420        | 0,999                   |
| e355        | 0,999                   |

## 10. REFERÊNCIAS

- 1- Campos, FCB, Henriques, CMP. Contra a mare a beira-mar. A experiência do SUS em Santos. Editora HUCITEC, São Paulo, 1997.
- 2- Campos, GWS, Guerrero AVP. Org. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo; Hucitec, 2010.
- 3- Campos, GWS, Amaral, MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 849-859, 2007 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007) Acesso em 01/12/19
- 4- Reis, A. A. C.; Sóter, A. P. M.; Furtado, L. A. C.; Pereira, S. S. S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, 2016
- 5- Chun, RYS; Nakamura, HY. Cuidado na Promoção da Saúde – Questões para a Fonoaudiologia. In: Marchesan, I.Q; Silva, H.J da; Tomé, M.C. (orgs.) *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. p.744-749.
- 6- WHO. World Report on Disability. Geneva, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/) Acesso em 01/12/19
- 7- Santos, MC. Pessoas com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado: análise das práticas de reabilitação no SUS [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017
- 8- Sampaio FS, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 (3):475-483, mar, 2009
- 9- Castaneda L, Castro SS, Bahia L. Construtos de incapacidade presentes na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD): uma análise baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Bras Estud Popul* ; 31(2): 419-29. 2014
- 10- Raty, S.; Aram, A.; Koponen, P. Measurement of physical functioning in comprehensive national health surveys – ICF as a framework. Oakland: National Public Health Institute, 2003. 171 p. Acesso em 01/12/2019  
[https://www.researchgate.net/publication/265745038\\_Measurement\\_of\\_physical\\_functioning\\_in\\_comprehensive\\_national\\_health\\_surveys\\_ICF\\_as\\_a\\_framework](https://www.researchgate.net/publication/265745038_Measurement_of_physical_functioning_in_comprehensive_national_health_surveys_ICF_as_a_framework)

- 11- Stein, KV, Barbazza, ES, Tello, J, Kluge, H. Towards people-centred health services delivery: a Framework for Action for the World Health Organisation (WHO) European Region. *Int J Integr Care* . 2013 out-dez; 13: e058.
- 12- 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. *J Rehabil Med* 2007; 39 (4):279–85.
- 13- Hopfe, M, Prodinger, B, Bickenbach, JE, Stuckifile, G.: Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information. *Disability and Rehabilitation* 2018, VOL. 40, NO. 19, 2325–2330
- 14- Stallinga, HA, Roodbol, PF, Annema, C, Jansen, GJ, Wynia, K. Functioning assessment vs. conventional medical assessment: a comparative study on health professionals' clinical decision-making and the fit with patient's own perspective of health. *Journal of Clinical Nursing*. July, 2013
- 15- Lexell J, Brogårdh C. The use of ICF in the neurorehabilitation process. *NeuroRehabilitation*, 2015;36(1):5–9.
- 16- WHO. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneve: World Health Organization, 2001
- 17- Fontes, AP, Fernandes, AA, Botelho, MA. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev. Port. Sau. Pub.* v.28 n.2 Lisboa dez. 2010
- 18- Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo, EDUSP, 2015
- 19- Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:187-93
- 20- Di Nubila, H.B.V; Buchalla, C.M O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade, São Paulo, 2008
- 21- Stucki ,G, Zampolini, M, Juocevicius, A, Negrini, S, Christodoulou, N. Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017 Apr; 53(2): 299-307
- 22- Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how

to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. Eur J Phys Rehabil Med. 2015 Feb;51(1):105-17. Epub 2014 Apr 1.

Disponível em:

<https://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/N%252B9xyVJBCafqOa1ouZEKqE NOahxVhwvaHpBT9ETsfj7IJUv5J7mJUKwA%252BX6ntk6jyPc%252FbdX3HVpKyvADu47uDw%253D%253D/R33Y2015N01A0105.pdf> .

Acesso em 01/12/19

- 23- Brasil. Avaliação de pessoas com deficiência para o acesso ao Benefício de Continuada da Assistência Social. Um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Ministério da Previdência Social. Brasília, 2007. Disponível em:

[http://www.mpgp.br/portalweb/hp/41/docs/avaliacao\\_das\\_pessoas\\_com\\_Deficiencia\\_-\\_bpc.pdf](http://www.mpgp.br/portalweb/hp/41/docs/avaliacao_das_pessoas_com_Deficiencia_-_bpc.pdf) Acesso em 01/12/2019

- 24- Santos, WR. Uso da CIF nos benefícios, isenções e serviços federais para as pessoas com deficiência. Implantando a CIF. O que acontece na prática? Ed. WAK. Rio de Janeiro, 2017.

- 25- Marcelino, MA. A aplicação da CIF na avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. Implantando a CIF. O que acontece na prática?. Ed WAK, Rio de Janeiro. 2017

- 26- Brasil. Lei Complementar Nº 142, de 8 de maio de 2013. Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS

- 27- Conselho Nacional de Saúde. Resolução 452/12. Disponível em:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html)

Acesso em 01/12/2019

- 28- Diniz, D; Barbosa, L; Santos, WR. Deficiência, direitos humanos e justiça. Sur, Rev. int. direitos human. vol.6 no.11 São Paulo Dec. 2009

- 29- Mitra, Sophie; Shakespeare, Tom; (2019) Remodeling the ICF. Disability and health journal. ISSN1936-6574 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.01.008>

Disponível em: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/4652491/> Acesso em 01/12/19

- 30- Brasil. Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

- 31- Brasil. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das

- Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União 2015; 7 jul.
- 32- Brasil. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Acesso em 01/12/19. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)
- 33- Brasil. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, PNASS. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:  
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/24/Rela---o-de-Docmentos-para-Visita-de-Avalia---o---Centro-Especializado-em-Reabilita---o--CER-.pdf> Acesso em 01/12/2019
- 34- Biz, MCPB. Oficinas sobre a incorporação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS, no sistema de informação em saúde: A Resolução 452/12 do Conselho Nacional de Saúde como norteadora da discussão. Revista Científica CIF Brasil. 2016; 6(6):43-51. Disponível em:  
<http://www.revistacifbrasil.com.br/ojs/index.php/CIFBrasil/article/view/40/52>  
 Acesso em 01/12/19
- 35- WHO. *Checklist ICF* . 2003.
- 36- OMS. *Checklist da CIF*. Organização Mundial de Saúde, Setembro 2003.  
 Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/LISTA-DE-CONFERE%CC%82NCIA-DA-CIF-2004.pdf> Acesso em 01/12/19
- 37- WHO. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneve. 2010
- 38- Castro SS, Leite CF, Osterbrock C, Santos MT, Adery R. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2015. Disponível em:  
[http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/Portuguese\\_version\\_-\\_WHODAS\\_2.0\\_-\\_SS\\_Castro\\_CF\\_Leite\\_-\\_TR\\_14017.pdf](http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/Portuguese_version_-_WHODAS_2.0_-_SS_Castro_CF_Leite_-_TR_14017.pdf) Acesso em 01/12/19
- 39- WHO. Model Disability Survey (MDS). 2015. Disponível em:  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258513/9789241512862-eng.pdf;jsessionid=D1E420B4B960DDEB0D9532451C31BDB6?sequence=1>  
 Acesso em 01/12/19
- 40- Cieza A, Sabariego C, Bickenbach J, Chatterji S. Rethinking Disability. BMC Med. 2018;16(1):10–4.

- 41- Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil*, 2016; 8288(March):1–10.
- 42- Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, et al. A conceptual model for interprofessional education: the international classification of functioning, disability and health (ICF). *J Interprof Care*. 2006;20:235–245..
- 43- Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach JE, Leonardi M. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil*. 2011;33(4):281-309.
- 44- Madden RH, Bundy A, The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disabil Rehabil*. 2018 Feb 12:1-13.
- 45- Ruaro, JA, Ruaro, MB, Guerra, O. International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for Physical Health of Older Adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2014 out-dez; 37 (4): 147-53.
- 46- Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *J Phys Rehabil Med*. 2008 Sep;44(3):329-42.  
Diponível em: [How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health \(ICF\) for rehabilitation management in clinical practice.](#)  
Acesso em 01/12/19
- 47- Gatti, B.A. Formação de grupos e redes de intercâmbio em pesquisa educacional: dialogia e qualidade. *Rev. Bras. Educ*, n.30, 2005, p. 124-132. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n30/a10n30.pdf> Acesso 01/12/19
- 48- Borges, C. D.; Santos, M. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo* Jan.-Jun. 2005, Vol. 6, No. 1, pp. 74-80.
- 49- Gatti, B.; André, M. A relevância dos métodos de pesquisa qualitativa em educação no Brasil. In: Weller, Wivian; PFAFF, Nicole (Orgs.). *Metodologia da pesquisa qualitativa em educação*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. p. 29-38.
- 50- Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- 51- Turato ER. *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições,*

- diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saude Publica.2005 Jun;39(3): 507-14.
- 52- Cordeiro, ES. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade E Saúde, E- SUS e TABWIN: As Experiências de Barueri e Santo André, São Paulo. Revista Baianade Saúde Pública. v.39, n.2, p.470-477abr./jun. 2015
- 53- Araújo, E.S.: Uso da CIF no SUS: a Experiência no município de Barueri/SP Using ICF on SUS: the experience from Barueri/SP, Revista Científica CIF Brasil. 2014; 1(1):10-17.
- 54- Riberto M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Ribeirão Preto/SP, 2011. Acesso em 30/06/2019.  
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a21v64n5.pdf>  
Acesso em 01/12/19
- 55- Tempest S, Harries P, Kilbride C, De Souza L. To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. Disabil Rehabil 2012; 34(20-21): 1686–1694
- 56- Lima, Claudia Risso de Araújo. Gestão da qualidade dos dados e informações dos sistemas de informação em saúde: subsídios para a construção de uma metodologia adequada ao Brasil. 2010. 156f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) --Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010.
- 57- Barros, M. S. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidade e desafios. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 6-19, 2008. Suplemento.
- 58- Heerkens YF, de Weerd Marjolein, Huber Machteld, et al. Reconsideration of the Scheme of the International Classification of Functioning, Disability and Health: Incentives from the Netherlands for a Global Debate. Journal Disability and Rehabilitation. 2017
- 59- Dallaqua, GB. Avaliação das necessidades de fala e linguagem em sujeitos PÓS AVC: instrumento clínico baseado na CIF. Dissertação de Mestrado. UNICAMP. Campinas.
- 60- Zerbeto, AB. Estudo da percepção de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem utilizando a CIF-CJ. Tese de Doutorado. Unicamp. 201

## 11. APÊNDICES

### 11.1 . TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*(profissional)*

**Processo de implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS em Centros Especializados em Reabilitação.**

**Maria Cristina Pedro Biz (pesquisadora)**

**Profª Dra Regina Yu Shon Chun**

**Número do CAAE: 69670917.7.0000.5404.**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

#### **Justificativa e objetivos:**

Os serviços de reabilitação demandam uma grande e importante produção de dados sobre as consequências da doença na vida dos indivíduos, desde a sua manifestação, passando pelo processo de recuperação, que somente teremos acesso se instrumentos que classifiquem o estado de saúde, de forma multidimensional, dentro de uma perspectiva biopsicossocial, forem desenvolvidos. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS, por ser uma classificação estatística permite obter essas informações, e ainda trazer uma olhar multidimensional sobre o estado de saúde para a rotina terapêutica.

Nesse sentido, este estudo propõem através da implementação da CIF na SERFIS/ZNI, descrever e analisar todo o processo. O estudo compreenderá três momentos: capacitação dos profissionais sobre a CIF/OMS; a aplicação de instrumento elaborado com uso da CIF pelos profissionais em três momentos distintos: avaliação inicial, intervenção e reavaliação. Ao final do processo de implementação, será realizada uma avaliação pelos profissionais que participaram da pesquisa através de uma grupo focal com objetivo de aferir sobre os benefícios da incorporação da CIF na rotina dos processos de trabalho.

#### **Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a integrar esse processo de implementação que compõem 3 fases:

- Capacitação no uso da CIF
- Realização de Grupo Focal: na realização dessa atividade utilizaremos gravadores e câmeras de filmagem (este ultimo não necessariamente)
- Desenvolvimento de checklist com base na CIF mediante os processos de trabalho terapêutico existentes no serviço
- Aplicação do checklist em pacientes na avaliação inicial, e reavaliação
- Avaliação do processo de implementação da CIF

A capacitação e elaboração do checklist constará de carga horaria de 12 horas, a ser distribuídas em dias e horários em conjunto com a chefia do serviço.

A aplicação do checklist ocorrerá dentro da sua rotina de trabalho com o paciente, o momento da avaliação inicial e reavaliação.

Sua participação ocorrerá em dentro da sua carga horário e período de trabalho.

Os checklists obtidos ao final serão incluídos nos prontuários dos pacientes avaliados

A avaliação final do processo de implementação será realizada através de Grupo Focal e será gravada.

#### **Desconfortos e riscos:**

Não há riscos previstos nesse estudo. Porém, caso a avaliação se estenda um pouco mais e isso cause algum desconforto ou cansaço converse com a pesquisadora.

#### **Benefícios:**

Os benefícios previstos nessa pesquisa serão obtidos através dos dados fornecidos sobre o estado de saúde do paciente no que diz respeito a funcionalidade e incapacidade. Esses dados permitirão maior

conhecimento sobre as condições de saúde, possibilitando, assim, melhoria no planejamento do serviço e da assistência terapêutica prestada; bem como das estratégias estabelecidas para o tratamento e do acompanhamento do processo de recuperação. Espera-se ainda que, a partir dessa pesquisa, o conhecimento das condições de saúde sejam úteis para melhoria das condições do serviço, mas também para proposição de políticas em saúde que acolham a pessoa com deficiência em sua integralidade e singularidade. Essa pesquisa também busca tornar de domínio público instrumento de classificação e avaliação de pessoas com deficiência de ordem neurológica considerando as funções e estruturas do corpo, a participação, e fatores contextuais (ambientais e pessoais), para uso em serviço de reabilitação. Posteriormente, a incorporação deste instrumento na rotina do serviço como forma de avaliação processual de operacionalização, poderá produzir dados que forneçam maior visibilidade sobre a evolução do paciente, sobre a melhora funcional da sua capacidade e desempenho, sobre seu prognóstico.

#### **Acompanhamento e assistência:**

A pesquisadora estará sempre pronta a sanar as dúvidas inerentes do uso da CIF, esclarecendo sobre sua estrutura sempre que necessário, e a forma de aplicação.

Com relação aos pacientes que se dispuserem a participar deste estudo, por serem sujeitos vulneráveis em condição de saúde, haverá respeito ao tempo e suas necessidades. Como cuidado complementar, os cuidadores dos usuários serão esclarecidos sobre a participação destes no processo e sobre a pesquisa como um todo.

#### **Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado..

Você poderá pedir e obter, a qualquer momento, maiores informações sobre este projeto de pesquisa; ter sigilo absoluto de seu nome, apelido, data de nascimento, local de trabalho, ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação pessoal; negar-se a fornecer informações que julgue prejudicial a você; desistir a qualquer momento de participar da pesquisa sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo pessoal e ter assegurado que, caso não queiram participar deste estudo, isso não implicará em nenhum prejuízo.

Ao final do processo de aplicação dos checklist estes poderão ser incluídos no prontuário dos pacientes

#### **Ressarcimento e indenização:**

Não haverá reposição de despesas relativas à pesquisa uma vez que não se prevê custos adicionais, pois o estudo será feito durante sua rotina de tratamento no serviço.

#### **Contato:**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Maria Cristina Pedro Biz, pelo endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz, CEP 13083-887, Campinas-SP; telefone (13) 997710291, e-mail: [mcristinapbiz@gmail.com](mailto:mcristinapbiz@gmail.com)

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br).

#### **O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas e desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

#### **Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Contato telefônico: \_\_\_\_\_

e-mail (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do pesquisador)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(paciente)**

**Processo de implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS em Centros Especializados em Reabilitação.**

**Maria Cristina Pedro Biz (pesquisadora)**

**Profª Dra Regina Yu Shon Chun**

**Número do CAAE: 69670917.7.0000.5404**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

**Justificativa e objetivos:**

A CIF é uma classificação da Organização Mundial de Saúde que nos permite conhecer melhor os estados de saúde das pessoas, e o objetivo desse trabalho é analisar o processo de implementação na SERFIS/ZNI. Justifica-se esse estudo, pois a CIF/OMS fornece dados sobre funcionalidade e incapacidade, permitindo que profissionais e serviços tenham melhores informações sobre a saúde dos pacientes, melhorando as condições de assistência, tratamento, e principalmente, tendo informações mais qualificadas que assegurem um planejamento terapêutico segundo a necessidade de cada pessoa.

**Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a se submeter a aplicação de um instrumental (checklist) que tem como base a Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Esse instrumento de avaliação será aplicado pela equipe de profissionais especialistas que compõe o serviço, com base na sua avaliação, e irá classificar seu estado de funcionalidade de acordo com a queixa que lhe traz ao serviço. Além desses procedimentos ao concordar com esse termo você ou seu responsável legal também autorizam as pesquisadoras a coletar dados em seu prontuário.

Esse Checklist será aplicado pelo profissional durante sua avaliação inicial na SERFIS/ZNI e irá ser utilizada como ferramenta para definir seu tratamento. Após um período a ser estabelecido pela equipe do serviço, onde você será previamente avisado, você será reavaliado.

Para aplicação deste checklist não será necessário um tempo superior, além do utilizado pelo profissional em sua avaliação.

Os resultados finais da aplicação desse instrumental serão apresentados a você ao final do estudo, e inserido em seu prontuário.

**Desconfortos e riscos:**

Não há riscos previstos. Porém, caso a avaliação se estenda um pouco mais e isso cause algum desconforto ou cansaço avise o profissional e/ou pesquisadora que interromperá a entrevista e continuará em outro momento caso seja do seu desejo.

**Benefícios:**

Os benefícios trazidos por essa pesquisa serão obtidos através dos dados fornecidos pela CIF sobre seu estado de saúde no que diz respeito a funcionalidade e incapacidade, e quais fatores tem interferido mais na sua capacidade e desempenho frente às suas condições de saúde. Essas informações irão contribuir para a equipe de profissionais, e o serviço como um todo, tenha melhores condições de desenvolver um atendimento que vá de encontro às suas necessidades, tendo assim um melhor acompanhamento terapêutico.

**Acompanhamento e assistência:**

A aplicação desse instrumento de pesquisa (checklist) ocorrerá durante seu tratamento na SERFIS/ZNI, no ambiente clínico, de forma segura e protegida. Irá respeitar seu tempo e suas necessidades caso se disponha a participar deste estudo. Toda equipe do serviço, seus cuidadores serão esclarecidos sobre esta pesquisa e orientados a nos comunicar mediante quaisquer necessidades de acolhimento e/ou outros esclarecimentos sobre as avaliações e a pesquisa como um todo.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores.

Você poderá pedir e obter, a qualquer momento, maiores informações sobre este projeto de pesquisa; ter sigilo absoluto de seu nome, apelido, data de nascimento, local de trabalho, ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação pessoal; negar-se a fornecer informações que julgue prejudicial a você; desistir a qualquer momento de participar da pesquisa sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo pessoal e ter assegurado que, caso não queira participar deste estudo, isso não mudará de forma alguma o seu tratamento na SERFIS/ZNI

**Ressarcimento e Indenização:**

Não haverá reposição de despesas relativas à pesquisa uma vez que não se prevê custos adicionais, pois o estudo será feito durante sua rotina de tratamento no serviço.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis Maria Cristina Pedro Biz, pelo endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz, CEP 13083-887, Campinas-SP; telefone (13) 997710291, e-mail: [mcristinapbiz@gmail.com](mailto:mcristinapbiz@gmail.com)

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:00hs na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br).

**O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Contato telefônico: \_\_\_\_\_

e-mail (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
(Assinatura do pesquisador)

## 11.2 - CHECKLISTS

### 11.2.1 FISIOTERAPIA DOMICILIAR

## FORMULÁRIO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR – VERSÃO 2017

Nome:

Sexo:

Idade:

Bairro:

CID:

Data da avaliação:

Data da reavaliação:

Número de atendimentos:

[illegible]



| Fatores Ambientais                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Qualificadores    |                |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|--------|
| Cod.                                                                                                                       | Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Facilitador<br>+8 | Barreira<br>.8 | Neutro |
| <b>e1101 Medicamentos.</b>                                                                                                 | Substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para propósitos medicinais, como medicação alopática e natural.                                                                                                                                                                  |                   |                |        |
| <b>e1201 Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos.</b> | Equipamentos, produtos e tecnologias adaptados ou especialmente projetados para ajudar as pessoas a se deslocar dentro e fora dos edifícios, como dispositivos para mobilidade pessoal, carros e <i>vans</i> especiais, veículos adaptados, cadeiras de rodas, ciclomotores e dispositivos de transferência. |                   |                |        |
| <b>e210 Geografia física.</b>                                                                                              | Características dos tipos de terrenos e da hidrografia. Inclui: características geográficas incluídas na orografia (relevo, qualidade e extensão do solo e tipos de solo, incluindo altitude) e hidrografia (extensões de água, tais como, lagos, rios e mares)                                              |                   |                |        |
| <b>e355 Profissionais da Saúde.</b>                                                                                        | Todos os fornecedores de serviços que trabalham no contexto do sistema de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, audiologistas, protéticos, assistentes sociais.                                                                                        |                   |                |        |
| <b>e398 Apoio e relacionamento, outros especificados.</b>                                                                  | Trata de pessoas ou animais que fornecem apoio físico ou emocional prático, educação, proteção e assistência, e de relacionamento. Inclui: <i>família nuclear e ampliada, amigos, conhecidos, vizinhos, pessoas em posição de autoridade, cuidadores, outros.</i>                                            |                   |                |        |
| <b>e498 Atitudes, outras especificadas.</b>                                                                                | Trata de atitudes que são consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, norma, crenças fatuais e religiosas. As atitudes classificadas são aquelas de pessoas externas à pessoa cuja situação está sendo descrita. Inclui família, amigos, etc                                      |                   |                |        |
| <b>e570 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social.</b>                                            | Serviços, sistemas e políticas para o fornecimento de suporte econômico para pessoas que, por causa da idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, requerem assistência pública financiada pela receita tributária ou por esquemas de contribuição.                                       |                   |                |        |

Abaixo seguem os descritores dos qualificadores. Sua avaliação deverá contar com a escolha de 1 único qualificador para cada código existente no checklist.

| QUALIFICADORES |                             |         |                           |
|----------------|-----------------------------|---------|---------------------------|
|                |                             |         |                           |
| <b>0</b>       | <b>NENHUMA</b> deficiência  | 0-4%    | nenhuma, ausente, escassa |
| <b>1</b>       | Deficiência <b>LEVE</b>     | 5-24%   | leve, pequena             |
| <b>2</b>       | Deficiência <b>MODERADA</b> | 25-49%  | média                     |
| <b>3</b>       | Deficiência <b>GRAVE</b>    | 50-95%  | grande, extrema           |
| <b>4</b>       | Deficiência <b>COMPLETA</b> | 96-100% | Total                     |
| <b>8</b>       | não especificado            |         |                           |
| <b>9</b>       | não aplicável               |         |                           |

OBSERVAÇÕES:

### 11.2.2 FONOAUDIOLOGIA DOMICILIAR

**FORMULÁRIO FONOAUDIOLOGIA – VERSÃO 2017**

Nome:

Sexo:

Idade:

Bairro:

CID:

Data da Avaliação:

Data da Reavaliação:

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Qualificadores |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|---|--|--|
| Cod.  | Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Avaliação      |   |   |   |   |   |   |   | Reavaliação |   |   |   |   |   |  |  |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 | 0 | 1           | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |  |  |
| b164  | <b>Funções cognitivas superiores.</b> Funções mentais específicas especialmente dependentes dos lobos frontais do cérebro, incluindo comportamentos complexos direcionados para metas, como tomada de decisão, pensamento abstrato, planejamento e execução de planos, flexibilidade mental e decisão sobre quais os comportamentos adequados em circunstâncias específicas; chamadas com frequência de funções executivas. <i>Inclui: função de abstração e organização de ideias; gerenciamento do tempo, autoconhecimento (insight) e julgamento; formação de conceito, categorização e flexibilidade cognitiva.</i> |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b1670 | <b>Recepção da linguagem.</b> Funções mentais específicas de decodificação da mensagem na linguagem oral, escrita ou outra, como linguagem de sinais, para obter o seu significado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b1671 | <b>Expressão da linguagem.</b> Funções mentais específicas necessárias para produzir mensagens significativas expressas na forma oral, escrita, por meio de sinais ou outras formas de linguagem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b310  | <b>Função da voz.</b> Funções da produção de vários sons pela passagem de ar através da laringe. <i>Inclui: funções de produção e qualidade da voz; funções de fonação, timbre, volume e outras qualidades da voz; deficiências, como, afonia, disfonia, rouquidão, hipernasalidade e hiponasalidade.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b320  | <b>Funções da articulação.</b> Funções da produção de sons da fala. <i>Inclui: funções de enunciação, articulação de fonemas; disartria espástica, atáxica e flácida; anartria</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b5105 | <b>Deglutição.</b> Funções relacionadas à passagem de alimentos e de líquidos através da cavidade oral, faringe e esôfago para o estômago em velocidade e quantidade adequadas. <i>Inclui: disfagia oral, faríngea ou esofágica; deficiências na passagem do alimento pelo esôfago.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| d166  | <b>Ler.</b> Realizar atividades envolvidas na compreensão e interpretação da linguagem escrita (e.g., livros, instruções ou jornais em texto ou em Braille), com o objetivo de obter conhecimentos gerais ou informações específicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| d170  | <b>Escrever.</b> Utilizar ou produzir símbolos ou linguagem para transmitir informações, como produzir um registro escrito de eventos ou ideias, ou redigir uma carta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| d310  | <b>Comunicação-recepção de mensagens orais.</b> Compreender os significados literal e implícito das mensagens em linguagem oral, como distinguir se uma frase tem um significado literal ou é uma expressão idiomática.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| d325  | <b>Comunicação-recepção mensagens escritas.</b> Compreender os significados literal e implícito das mensagens por meio da linguagem escrita (incluindo Braille), como acompanhar os eventos políticos no jornal diário ou compreender as mensagens um texto religioso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| d330  | <b>Fala.</b> Produzir palavras, frases e passagens mais longas em mensagens faladas com significado literal e implícito, como expressar um fato ou contar uma história em linguagem oral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |



Abaixo seguem os descritores dos qualificadores. **Sua avaliação** deverá contar com a escolha de **1 único qualificador** para cada código existente no checklist.

| QUALIFICADORES |                             |         |                           |
|----------------|-----------------------------|---------|---------------------------|
|                |                             |         |                           |
| <b>0</b>       | <b>NENHUMA</b> deficiência  | 0-4%    | nenhuma, ausente, escassa |
| <b>1</b>       | Deficiência <b>LEVE</b>     | 5-24%   | leve, pequena             |
| <b>2</b>       | Deficiência <b>MODERADA</b> | 25-49%  | média                     |
| <b>3</b>       | Deficiência <b>GRAVE</b>    | 50-95%  | grande, extrema           |
| <b>4</b>       | Deficiência <b>COMPLETA</b> | 96-100% | Total                     |
| <b>8</b>       | não especificado            |         |                           |
| <b>9</b>       | não aplicável               |         |                           |

OBSERVAÇÕES:



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>d640 Realização das tarefas domésticas.</b> Administrar a casa: limpar a casa, lavar roupa, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos e remover o lixo, como varrer, passar o pano, lavar mesas, paredes e outras superfícies; coletar e remover o lixo doméstico; arrumar quartos, armários e gavetas; coletar, lavar, secar, dobrar e passar roupas; limpar sapatos; utilizar espanador, vassoura e aspirador de pó; utilizar máquinas de lavar, secadora e ferro de passar.<br><i>Inclui: lavar e secar roupas; limpar a cozinha e os utensílios; limpar a casa; utilizar aparelhos domésticos, armazenar as necessidades diárias e remover o lixo.</i> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d710 Interações interpessoais básicas.</b> Interagir com as pessoas de maneira contextual e socialmente adequada, como mostrar consideração e estima quando apropriado, ou reagir aos sentimentos dos outros. <i>Inclui: mostrar respeito, calor, apreciação, e tolerância nos relacionamentos; reagir à crítica e às insinuações sociais nos relacionamentos; e utilizar contato físico apropriado nos relacionamentos.</i>                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d720 Interações interpessoais complexas.</b> Manter e controlar as interações com outras pessoas, de maneira contextual e socialmente apropriada, como controlar emoções e impulsos, controlar a agressão verbal e física, agir de maneira independente nas interações sociais, e agir de acordo com as regras e convenções sociais. <i>Inclui: iniciar e terminar relações; controlar comportamentos dentro das interações; interagir de acordo com as regras sociais; e manter o espaço social.</i>                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d779 Relacionamentos interpessoais particulares, outros especificados e não especificados.</b> <i>Inclui: Relações com estranhos; relações formais; relações sociais informais, relação familiares, relações íntimas</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d860 Transações econômicas.</b> Participar em qualquer forma de transação econômica simples, como utilizar dinheiro para comprar comida ou fazer permutas, trocar mercadorias ou serviços; ou economizar dinheiro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d920 Recreação e lazer.</b> Participar de qualquer forma de jogos, atividade recreativa ou de lazer, como jogos ou esportes informais ou organizados, programas de exercício físico, relaxamento, diversão, ir a galerias de arte, museus, cinema ou teatro; participar de trabalhos artesanais ou hobbies, ler por prazer, tocar instrumentos musicais; fazer excursões, turismo e viajar por prazer. <i>Inclui: jogos, desportos, arte e cultura, artesanato, passatempos ("hobbies") e socialização.</i>                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Fatores Ambientais                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | Qualificadores    |                |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|----------------|-------------|
| Cod.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Descrição | Facilitador<br>+8 | Barreira<br>.8 | Neutro<br>0 |
| <b>e1101 Medicamentos.</b> Substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para propósitos medicinais, como medicação alopática e natural.                                                                                                                                                      |           |                   |                |             |
| <b>e210 Geografia física.</b> Características dos tipos de terrenos e da hidrografia. <i>Inclui: características geográficas incluídas na orografia (relevo, qualidade e extensão do solo e tipos de solo, incluindo altitude) e hidrografia (extensões de água, tais como, lagos, rios e mares)</i>                        |           |                   |                |             |
| <b>e398 Apoio e relacionamento, outros especificados.</b> Trata de pessoas ou animais que fornecem apoio físico ou emocional prático, educação, proteção e assistência, e de relacionamento. <i>Inclui: família nuclear e ampliada, amigos, conhecidos, vizinhos, pessoas em posição de autoridade, cuidadores, outros.</i> |           |                   |                |             |
| <b>e355 Profissionais de saúde.</b> Todos os fornecedores de serviços que trabalham no contexto do sistema de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, audiologistas, protéticos, assistentes sociais.                                                                   |           |                   |                |             |
| <b>e360 Outros profissionais.</b> Todos os fornecedores de serviços que trabalham fora do sistema de saúde, mas que fornecem serviços relacionados à saúde, como assistentes sociais, professores, arquitetos ou projetistas.                                                                                               |           |                   |                |             |
| <b>e410 Atitudes individuais de membros da família nuclear.</b> Opiniões e crenças gerais ou específicas dos membros familiares imediatos sobre a pessoa                                                                                                                                                                    |           |                   |                |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e económicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
| <b>e498 Atitudes, outras especificadas.</b> Trata de atitudes que são consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, norma, crenças fatuais e religiosas. As atitudes classificadas são aquelas de pessoas externas à pessoa cuja situação está sendo descrita. Inclui família, amigos, etc                                                          |  |  |  |
| <b>e570 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social.</b> Serviços, sistemas e políticas para o fornecimento de suporte econômico para pessoas que, por causa da idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, requerem assistência pública financiada pela receita tributária ou por esquemas de contribuição.                       |  |  |  |
| <b>e575 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social em geral.</b> Serviços, sistemas e políticas voltados para o fornecimento de suporte para aqueles que necessitam de ajuda em áreas como, compras, trabalho doméstico, transporte, cuidado de crianças, cuidado pessoal e cuidado dos outros, para poder funcionar melhor funcionalidade na sociedade. |  |  |  |

Abaixo seguem os descritores dos qualificadores. Sua avaliação deverá contar com a escolha de 1 único qualificador para cada código existente no checklist.

| QUALIFICADORES |                             |         |                           |
|----------------|-----------------------------|---------|---------------------------|
|                |                             |         |                           |
| <b>0</b>       | <b>NENHUMA</b> deficiência  | 0-4%    | nenhuma, ausente, escassa |
| <b>1</b>       | Deficiência <b>LEVE</b>     | 5-24%   | leve, pequena             |
| <b>2</b>       | Deficiência <b>MODERADA</b> | 25-49%  | média                     |
| <b>3</b>       | Deficiência <b>GRAVE</b>    | 50-95%  | grande, extrema           |
| <b>4</b>       | Deficiência <b>COMPLETA</b> | 96-100% | Total                     |
| <b>8</b>       | não especificado            |         |                           |
| <b>9</b>       | não aplicável               |         |                           |

OBSERVAÇÕES:

#### 11.2.4 ASSISTÊNCIA MUSCULOESQUELÉTICA

**FORMULÁRIO ASSISTÊNCIA MUSCULOESQUELETICA – VERSÃO 2017**

Nome:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Bairro:

CID:

Data da avaliação:

Data da reavaliação:

Número de atendimentos:

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Qualificadores |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|---|--|--|
| Cod. | Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Avaliação      |   |   |   |   |   |   |   | Reavaliação |   |   |   |   |   |  |  |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 | 0 | 1           | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |  |  |
| b235 | <b>Função vestibular.</b> Funções sensoriais da orelha interna relacionadas à posição, equilíbrio e ao movimento. <i>Inclui: funções de posição e sentido da posição; função de equilíbrio do corpo e do movimento.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b260 | <b>Função Proprioceptiva.</b> Funções sensoriais que permitem sentir a posição relativa das partes do corpo. <i>Inclui: funções de estatestesia e cinestesia.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b265 | <b>Função Tátil.</b> Funções sensoriais que permitem sentir as superfícies dos objetos, sua textura ou qualidade. <i>Inclui: funções tácteis, sensação táteis; sensação tátil, deficiências como entorpecimento, anestesia, formigamento, parestesia e hiperestesia.</i>                                                                                                                                                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b280 | <b>Sensação de dor.</b> Sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo. <i>Inclui: sensações de dor generalizada ou localizada, em uma ou em mais partes do corpo, dor em um dermatomo, dor aguda, dor em queimação, dor imprecisa, dor contínua e localizada; deficiências como mialgia, analgesia e hiperalgesia.</i>                                                                                                                                                                      |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b710 | <b>Funções relacionadas a mobilidade das articulações.</b> Funções relacionadas à amplitude e facilidade de movimento de uma articulação. Inclui: funções relacionadas à mobilidade de uma ou várias articulações, vertebral, ombro, cotovelo, cintura, quadril, joelho, tornozelo, pequenas articulações das mãos e pés; mobilidade generalizada das articulações; deficiências, tais como, hipermobilidade das articulações, rigidez articular, ombro “congelado”, artrite.                                                       |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b715 | <b>Funções relacionadas à estabilidade das articulações.</b> Funções de manutenção da integridade estrutural das articulações. <i>Inclui: funções da estabilidade de uma única articulação, várias articulações e articulações em geral; deficiências como ombro instável, luxação de uma articulação, luxação do ombro e do quadril.</i>                                                                                                                                                                                           |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b730 | <b>Função da força muscular.</b> Funções relacionadas à força gerada pela contração de um músculo ou grupos de músculos. <i>Inclui: funções associadas com a força de músculos específicos e grupos de músculos, músculos de um membro, de um lado do corpo, da parte inferior do corpo, de todos os membros, do peito e do corpo como um todo; deficiências como fraqueza dos pequenos músculos dos pés e das mãos, paresia muscular, paralisia muscular, monoplegia, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia e mutismo acinético.</i> |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b735 | <b>Tônus.</b> Funções relacionadas à tensão presente nos músculos em repouso e à resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente. <i>Inclui: funções associadas à tensão de músculos isolados e grupos de músculos, músculos de um membro, de um lado do corpo e da metade inferior do corpo, músculos de todos os membros, músculos do tronco, e todos os músculos do corpo; deficiências como hipotonia, hipertonía e espasticidade muscular, miotomia e paramiotonia.</i>                                   |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| b770 | <b>Funções relacionadas ao padrão da marcha.</b> Funções relacionadas com os tipos de movimentos associados com andar, correr ou outros movimentos de todo o corpo. <i>Inclui: tipos de marcha e de corrida; deficiências, tais como, marcha espástica, marcha hemiplégica, marcha paraplégica, marcha assimétrica, claudicação e padrão de marcha rígida</i>                                                                                                                                                                       |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |
| s770 | <b>Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento.</b> <i>Inclui: s7700 Ossos s7701 Articulações s7702 Músculos</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |   |   |   |   |   |   |   |             |   |   |   |   |   |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| s7703 Ligamentos extra-articulares, fâscias, aponeuroses extramusculares, retináculo, septos, bolsas sinoviais, s7708 Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas com o movimento, s7709 Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas com o movimento, não especificadas                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d179 Aplicação de conhecimento, outra especificada.</b> Inclui: concentrar a atenção, pensar, ler, escrever, calcular, resolver problemas                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d410 Mudar a posição básica do corpo.</b> Adotar e abandonar uma posição corporal e mover-se de um local para outro, como levantar-se de uma cadeira para deitar-se na cama, e adotar e abandonar posições como sentar, levantar, ajoelhar e agachar. Inclui: mudar a posição do corpo de deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou em pé, rolando, curvado e mudar o centro de gravidade do corpo. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d440 Uso fino da mão.</b> Realizar ações coordenadas de manusear objetos, levantá-los, manipulá-los e soltá-los utilizando mãos, dedos e polegar, como necessário para pegar em moedas de uma mesa ou girar um botão ou maçaneta<br>Inclui: pegar, segurar, manipular e soltar.                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d445 Uso da mão e do braço.</b> Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los, utilizando as mãos e os braços, como virar maçanetas de portas ou jogar ou apanhar um objeto. Inclui: puxar ou empurrar objetos; alcançar; virar ou torcer as mãos ou braços; jogar; apanhar um objetivo em movimento.                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d450 Andar.</b> Mover-se sobre uma superfície a pé, passo a passo, de maneira que um pé esteja sempre no solo, como passear, caminhar lentamente, andar para a frente, para trás ou para o lado<br>Inclui: andar distâncias curtas ou longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando os obstáculos.                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d460 Deslocar-se por diferentes locais.</b> Andar ou movimentar-se por vários lugares e situações, como andar entre os cômodos em uma casa, dentro de um prédio ou pela rua de uma cidade. Inclui: mover-se dentro de casa, engatinhar ou subir dentro de casa; andar ou mover-se dentro de prédios que não a própria casa e fora de casa e outros prédios.                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>d698 Vida doméstica, outra especificada.</b> Realização das ações e tarefas domésticas e do dia a dia. Inclui: obter um lugar para morar, alimentos, vestuário e outras necessidades, limpeza e reparos domésticos, cuidar dos objetos pessoais e da casa e ajudar os outros.                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Fatores Ambientais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | Qualificadores    |                |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|----------------|--------|
| Cod.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Descrição | Facilitador<br>+8 | Barreira<br>.8 | Neutro |
| <b>e1101 Medicamentos.</b> Substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para propósitos medicinais, como medicação alopática e natural.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                   |                |        |
| <b>e1151 Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária.</b> Equipamentos, produtos e tecnologias adaptados ou especialmente projetados para auxiliar as pessoas na vida diária, como, dispositivos protéticos e ortopédicos, próteses neurais (e.g. dispositivos de estimulação funcional que controlam os intestinos, bexiga, respiração e frequência cardíaca), e unidades de controle ambiental que visam facilitar o controle dos indivíduos sobre seus espaços internos (escâneres, sistemas de controle remoto, sistemas controlados por voz, temporizadores) |           |                   |                |        |
| <b>e1201 Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos.</b> Equipamentos, produtos e tecnologias adaptados ou especialmente projetados para ajudar as pessoas a se deslocar dentro e fora dos edifícios, como dispositivos para mobilidade pessoal, carros e vans especiais, veículos adaptados, cadeiras de rodas, ciclomotores e dispositivos de transferência                                                                                                                                                             |           |                   |                |        |
| <b>e355 Profissionais da Saúde.</b> Todos os fornecedores de serviços que trabalham no contexto do sistema de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, audiologistas, protéticos, assistentes sociais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |                   |                |        |
| <b>e498 Atitudes, outras especificadas.</b> Trata de atitudes que são consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, norma, crenças fatuais e religiosas. As atitudes classificadas são aquelas de pessoas externas à pessoa cuja situação está sendo descrita. Inclui família, amigos, etc                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |                   |                |        |
| <b>e590 Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego.</b> Que representam a provisão de benefícios, programas estruturados e operações; controle administrativo estabelecidos por autoridades governamentais; normas, regulamentos, convenções e padrões estabelecidos por                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |                   |                |        |

|                                                                                                                                       |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| governos e outras autoridades reconhecidas. <i>Inclui: bens de consumo, arquitetura e construção, transporte, previdência social.</i> |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

Abaixo seguem os descritores dos qualificadores. Sua avaliação deverá contar com a escolha de 1 único qualificador para cada código existente no checklist.

| QUALIFICADORES |                             |         |                           |
|----------------|-----------------------------|---------|---------------------------|
|                |                             |         |                           |
| <b>0</b>       | <b>NENHUMA</b> deficiência  | 0-4%    | nenhuma, ausente, escassa |
| <b>1</b>       | Deficiência <b>LEVE</b>     | 5-24%   | leve, pequena             |
| <b>2</b>       | Deficiência <b>MODERADA</b> | 25-49%  | média                     |
| <b>3</b>       | Deficiência <b>GRAVE</b>    | 50-95%  | grande, extrema           |
| <b>4</b>       | Deficiência <b>COMPLETA</b> | 96-100% | Total                     |
| <b>8</b>       | não especificado            |         |                           |
| <b>9</b>       | não aplicável               |         |                           |

OBSERVAÇÕES





|                                                                                                                                       |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, audiologistas, protéticos, assistentes sociais da área médica. |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

Abaixo seguem os descritores dos qualificadores. **Sua avaliação** deverá contar com a escolha de **1 único qualificador** para cada código existente no checklist.

| QUALIFICADORES |                             |         |                           |
|----------------|-----------------------------|---------|---------------------------|
|                |                             |         |                           |
| <b>0</b>       | <b>NENHUMA</b> deficiência  | 0-4%    | nenhuma, ausente, escassa |
| <b>1</b>       | Deficiência <b>LEVE</b>     | 5-24%   | leve, pequena             |
| <b>2</b>       | Deficiência <b>MODERADA</b> | 25-49%  | média                     |
| <b>3</b>       | Deficiência <b>GRAVE</b>    | 50-95%  | grande, extrema           |
| <b>4</b>       | Deficiência <b>COMPLETA</b> | 96-100% | Total                     |
| <b>8</b>       | não especificado            |         |                           |
| <b>9</b>       | não aplicável               |         |                           |

OBSERVAÇÕES:







Abaixo seguem os descritores dos qualificadores. Sua avaliação deverá contar com a escolha de 1 único qualificador para cada código existente no checklist.

| QUALIFICADORES |                             |         |                           |
|----------------|-----------------------------|---------|---------------------------|
|                |                             |         |                           |
| <b>0</b>       | <b>NENHUMA</b> deficiência  | 0-4%    | nenhuma, ausente, escassa |
| <b>1</b>       | Deficiência <b>LEVE</b>     | 5-24%   | leve, pequena             |
| <b>2</b>       | Deficiência <b>MODERADA</b> | 25-49%  | média                     |
| <b>3</b>       | Deficiência <b>GRAVE</b>    | 50-95%  | grande, extrema           |
| <b>4</b>       | Deficiência <b>COMPLETA</b> | 96-100% | Total                     |
| <b>8</b>       | não especificado            |         |                           |
| <b>9</b>       | não aplicável               |         |                           |

OBSERVAÇÕES:

## 12. ANEXO

### 12.1 PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UNICAMP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Processo de implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS em Centros Especializados em Reabilitação.

**Pesquisador:** MARIA CRISTINA PEDRO BIZ

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69670917.7.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.149.243

##### Apresentação do Projeto:

No contexto epidemiológico, a tendência global para os países em desenvolvimento, e no Brasil isso já é realidade, é para o aumento das doenças crônicas e degenerativas, como o são as doenças cardiovasculares, as doenças oncológicas, as demências ou a diabetes. As mudanças demográficas observadas e as análises prospectivas elaboradas para a população indiciam oportunidades e desafios nunca antes vividos aos sistemas e às políticas públicas, que deverão refletir a possibilidade de os indivíduos permanecerem autônomos e independentes o maior tempo possível. Esta tendência exige um planejamento do envelhecimento das populações, com base na garantia da minimização dos riscos e na maximização das oportunidades. Os desafios, que já estamos enfrentando, pressupõe centramos ações e estratégias na manutenção e promoção

da saúde de idosos. Será, naturalmente, um processo que exige modificações e adaptações a nível individual, social e organizacional. (Sampaio, 2009) Segundo o Relatório Mundial sobre a deficiência publicado pela Organização Mundial de Saúde, em 2011, o envelhecimento global tem uma grande influência sobre as tendências relativas às deficiências porque há um maior risco de deficiência entre os idosos. O documento reitera que o ambiente tem um enorme efeito sobre a prevalência e extensão da deficiência, e sobre as desvantagens que as pessoas com deficiência enfrentam.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.063-867  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.149.243

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto assinada pela chefe do Depto de Desenvolvimento Humano e Reabilitação da FCM/UNICAMP.

Apresentada declaração da Secretaria Municipal de Saúde de Santos concordando com a realização da pesquisa, assim como cronograma e orçamento do estudo.

Apresentados TCLE para profissionais de saúde e para pacientes que contemplam os direitos dos participantes do estudo.

**Recomendações:**

1-Recomendo uma revisão de português nos TCLE.

2-O texto como foi descrito no TCLE não garante indenização por danos decorrentes da pesquisa. A Resolução 466/12 (item IV.3) define que "os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no TCLE, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, patrocinador e das instituições envolvidas". Cabe enfatizar que a questão da indenização não é prerrogativa da Resolução 466/12, estando prevista no código civil. Portanto, solicitamos que seja assegurado, de forma clara e afirmativa, que o participante de pesquisa tem direito à indenização em casos de danos decorrentes da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

APROVADO COM RECOMENDAÇÕES (VIDE ITEM ACIMA RECOMENDAÇÕES).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-867  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.149.243

|                                                           |                  |                        |                             |        |
|-----------------------------------------------------------|------------------|------------------------|-----------------------------|--------|
| Cronograma                                                | CRONOGRAMA.pdf   | 19:04:37               | PEDRO BIZ                   | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | PARECER.pdf      | 08/06/2017<br>18:59:04 | MARIA CRISTINA<br>PEDRO BIZ | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEPROF.pdf     | 08/06/2017<br>18:56:37 | MARIA CRISTINA<br>PEDRO BIZ | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEPAC.pdf      | 08/06/2017<br>18:54:26 | MARIA CRISTINA<br>PEDRO BIZ | Aceito |
| Folha de Rosto                                            | FOLHADEROSTO.pdf | 08/06/2017<br>18:46:36 | MARIA CRISTINA<br>PEDRO BIZ | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINAS, 30 de Junho de 2017

---

**Assinado por:**  
**Renata Maria dos Santos Celeghini**  
 (Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-867  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

## 12.2 Comitê de Ética Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE  
GAB-SMS  
COFORM-SMS

Santos, 25 de abril de 2017

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos, concorda que a pesquisadora *Maria Cristina Pedro Btz* realize a pesquisa **Processo de Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS em Centros Especializados em Reabilitação**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

  
Luciane Picotetz da Rocha Coelho Ariza  
Coordenadora de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos  
COFORM-SMS