

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

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

Maria Cristina Pedro Biz

Pós Graduada do programa de Doutorado Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, FCM/UNICAMP.

Regina Yu Shon Chun

Professora e Orientadora da Pós Graduação na área de concentração Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, FCM/UNICAMP.

Resumo

O objetivo é analisar a produção de informação gerada pelo uso de Checklist da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (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 longitudinal realizada em serviço de administração direta do Sistema Único de Saúde (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 planejamento de gestão, e assegurar o modelo de avaliação e cuidado disposto na Lei Brasileira de Inclusão e proposto pela Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência.

Palavras-chave: Necessidades e demandas de serviços de saúde; Sistemas de Informação; Classificação Internacional de Funcionalidade; Reabilitação.

Abstract

This study aims to analyze the production of information generated by the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (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 longitudinal nature, performed in the health care service directly administered by Unified Health System (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 the provisions of the Brazilian Inclusion Law and proposed by the Network of Disabled People Care.

Keywords: Needs and demands of health care services; Instrumentation; International classification of functioning; Rehabilitation.

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 rede de saúde.¹

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 tendo como base o modelo biopsicossocial da classificação.

Ter na CIF a funcionalidade como perspectiva possibilita um quadro mais abrangente da saúde, ampliando o olhar para o impacto que uma determinada condição de saúde traz à 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.²⁻⁶

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

O modelo biopsicossocial da CIF já é utilizado no Brasil desde 2007 nas 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). O modelo é utilizado pelo INSS para concessão de aposentaria e para a pessoa com deficiência. Estas iniciativas contribuiram para orientar outras experiências na estruturação de políticas de seguridade social, para além de benefícios e isenções.⁸⁻¹¹

Contudo, na assistência em saúde ainda são poucas 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 também constar nos itens de verificação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), na avaliação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER).^{12,13} O uso da CIF requer sistematização que permita embasar a avaliação dos serviços, sua implementação e articulação de forma rotineira, revertendo 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 e o aumento das doenças crônicas e degenerativas pedem 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 de saúde 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.¹⁴

As informações em saúde que temos atualmente sobre usuários e populações se resumem ao que a Classificação Internacional de Doenças (CID)

traz. Um usuário que acessa o serviço de reabilitação com um diagnóstico, e se não estiver totalmente recuperado ao final do processo terapêutico, o sistema de informação em saúde finalizará sua assistência pelo serviço com a mesma CID. Seu desempenho nas atividades, sua participação social, e, conseqüentemente, todo processo terapêutico não tem visibilidade à luz do sistema que temos hoje. Com isso, a informação produzida pelos serviços reforça o foco na doença e não na funcionalidade, reduzindo a práxis a procedimentos, o que dificulta a consideração sobre as necessidades de cada caso.¹⁵⁻²¹

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. Ao mesmo tempo tornar pública uma forma de operacionalização da CIF que possa contribuir para que outros serviços sintam-se estimulados em fazer seu uso.

Material e Método

Desenho da Pesquisa

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

Procedimentos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e m P e s q u i s a , s o b o C A A E

69670917.7.0000.5404 e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Município estudado.

Cenário e Amostra

O serviço de reabilitação deste estudo, de administração direta do Sistema Único de Saúde (SUS), está localizado em uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo que está entre os municípios com número alto índice de população idosa. O serviço 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. 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.

Critérios de inclusão

A escolha dos usuários ocorreu pelos profissionais de cada setor, conforme a rotina de trabalho, sendo considerados elegíveis todos em assistência no serviço, independentemente do tempo de admissão.

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 conforme definição do grupo de profissionais, ou seja, por setor, e as escolhas das categorias da CIF se deram a partir da correspondência entre a avaliação clínica realizada por cada setor do serviço e a classificação, com base nas regras de ligação propostas por Cieza et al (2016),²² 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. Questões foram propostas para contribuir na escolha das categorias (Quadro 1). A CIF não substitui a avaliação clínica ou uso de protocolos pelos serviços, ao contrário, a partir deles possibilita o registro do estado de saúde momentâneo do usuário pelo profissional.

Quadro 1. Questões propostas para contribuir com a escolha das categorias pelos profissionais de saúde.

- Quais domínios são necessários de cada componente da CIF para rotina diária?
- De cada domínio, quais aspectos compõem sua avaliação profissional e o que pode relacionar a cada componente função (b), estrutura (s), atividade (capacidade) e participação (desempenho) (d)?
- Quais os aspectos 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?

O grupo estabeleceu o número de cinco (05) usuários para avaliação por profissional de cada setor. O Setor de Assistência Domiciliar estabeleceu a elaboração de um (01) *checklist* por especialidade, compreendendo: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia. O número de usuários avaliados pelo grupo cinco (05) avaliações por profissional. O Setor de Assistência Musculoesquelética estabeleceu a elaboração de um (01) *checklist* comum à fisioterapia e terapia ocupacional, e a avaliação de cinco (05) usuários por profissional. A equipe multidisciplinar do ambulatório de neurologia elaborou um (01) *checklist* compreendendo todas as especialidades: Fisioterapia,

Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, realizando a avaliação conjunta de cinco (05) usuários; e na fonoaudiologia infantil foi elaborado um (01) *checklist* e avaliados 10 usuários.

Para mensuração através do *checklist* foram utilizados os qualificadores da CIF, segundo o estabelecido pela OMS (Quadro 2). O uso dos qualificadores permitiu estabelecer a comparação entre os momentos da avaliação e reavaliação. O tempo estabelecido para reavaliação foi de três (03) meses, com exceção da assistência musculoesquelética que tinha como rotina o número de 10 sessões de atendimento.

Quadro 2. 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

Foram definidos para todos os *checklists* o qualificador oito 8 para os Fatores Ambientais. Os dados dos *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 adotado¹⁶.

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 dois 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, incluir Sexo e Idade. Os achados indicam uma parcela significativa de usuários

idosos, reiterando a importância de a assistência em saúde ter a funcionalidade como foco do projeto terapêutico.

O processo de construção do instrumento deu origem a seis (06) *checklists*. Para o Setor de Assistência Domiciliar, um (01) *checklist* para a fisioterapia, um (01) para a fonoaudiologia e um (01) para a psicologia; um (01) *checklist* para o Setor de Assistência Musculoesquelética elaborado em conjunto pela fisioterapia e terapia ocupacional; um (01) *checklist* para a Equipe Multidisciplinar do ambulatório de neurologia elaborado em conjunto por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo e um (01) *checklist* para o Setor de Fonoaudiologia Infantil.

O número de usuários avaliados no Setor de Assistência Domiciliar foi de 24 usuários avaliados em fisioterapia, 5 em fonoaudiologia e 4 em psicologia. A psicóloga do setor e um fisioterapeuta não conseguiram completar as 5 avaliações referindo dificuldades na organização da rotina para a aplicação devido a rotina. 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 pelo setor apresentam quadros considerados graves ou agudos devido ao Parkinson, Demência ou sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), encontram-se acamados ou com restrição de mobilidade. A reavaliação ocorreu após três meses de intervenção terapêutica, o que para esse perfil clínico foi considerado relevante pelos profissionais, devido ao curto período para analisar a evolução.

De todo modo, foi possível observar melhora do quadro. Destacam-se as categorias em função do corpo (b) - estabilidade das articulações, força muscular, sensação de dor- e atividade e participação (d) - mudar a posição básica do corpo; andar; deslocar-se por diferentes locais - que demonstram a evolução dos usuários e a melhoria 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).

A Assistência Musculoesquelética em Fisioterapia prestada a usuários com Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (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 neste setor, o que nos permite inferir sobre os melhores resultados 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.

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

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 devido a sua linguagem codificada. 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 Medida de Independência Funcional (MIF), por exemplo, seria importante para obter valores mais objetivos.

Discussão

As etapas seguidas neste estudo para implementação da CIF, seguem modelos trazidos por experiências aqui no país, na concessão de benefícios e de experiências internacionais em serviço de reabilitação.^{9-11,20-26} 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, da dificuldade no acesso a produtos e tecnologias, somados a base do sistema de informação em saúde restrita a dados contemplados apenas pela CID. Os indicativos 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 processo de operacionalização da CIF, da forma como foi estabelecido para este estudo, 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, o que permite atender ao disposto pela legislação brasileira.

O *checklist*, 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^{9,10,11,22,23}.

Segundo o roteiro utilizado, 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.^{1,15,18,25-30}

Os resultados nos permitem afirmar que a construção dos *checklists* foram fundamentais para operacionalização da CIF no serviço, sendo um norteador para o processo de implementação da Classificação. 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 Classificação, o que reforça estudos realizados com instrumentos da CIF.²⁵⁻²⁹

Os *checklists* elaborados pelo grupo refletem as escolhas dos profissionais e evidenciaram maior atenção aos 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. As medidas de melhora do desempenho e dos facilitadores ambientais permitem 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 práxis. Construir o instrumento de avaliação baseado na CIF funcionou como uma metodologia para colocar em prática uma abordagem biopsicossocial.²⁶

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 operacionalização. 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.²⁴⁻²⁹

Aplicar o que se 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.²⁵ Ao mesmo tempo, operacionalizar a CIF através de instrumentos tornou possível àquilo que para a maioria dos profissionais envolvidos neste estudo, imaginavam no início do processo como impossível. A visão inicial da equipe ser de que a CIF era difícil, mas ao final da implementação compreendeu 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.

6,7,9,10,12,19-22

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.^{1,20} 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 de 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.

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, entender que o usuário é o 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 da amostra não impediu que

fornece 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.³⁰⁻³⁵

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.²⁶

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, com informações produzidas pelos profissionais e serviços, que pouco contribuem para dar visibilidade ao processo de assistência realizado, em que predomina a dimensão quantitativa para avaliação do serviço através de número de consultas e procedimentos.

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

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 hoje caminham dissociadas.

Conclusão

O objetivo deste estudo foi apresentar os dados do processo de implementação da CIF em um Serviço de Reabilitação, seu potencial uso, para quem sabe, contribuir com que outros serviços pensem formas de incorporação da Classificação em sua rotina.

A possibilidade de terminologias comuns, de maior acesso à informação, 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. Permitem gerar dados para análises 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 CIF no serviço estudado.

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

Referências

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. <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wpcontent/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
http://www.mpgp.mp.br/porta1web/hp/41/docs/avaliacao_das_pessoas_com_deficiencia_-_bpc.pdf acesso em 03/05/2019
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. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017021103515&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 03/05/2019.
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. Available from:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf

Tabela 1. Fisioterapia Domiciliar.

CATEGORIAS	QUALIFICADORES					p-valor*
	0	1	2	3	4	
b1144 Orientação em relação ao espaço	0	1	2	3	4	
Avaliação	16	1	4	2	1	0,149
Reavaliação	17	2	2	2	1	
Total	33	3	6	4	2	
b140 Funções da atenção	0	1	2	3	4	
Avaliação	9	6	5	3	1	0,008
Reavaliação	10	10	2	2	0	
Total	19	16	7	5	1	
b152 Funções emocionais	0	1	2	3		
Avaliação	1	10	8	4		0,013
Reavaliação	4	12	6	1		
Total	5	22	14	5		
b235 Função vestibular	0	1	2	3	4	
Avaliação	8	2	8	3	3	0,015
Reavaliação	8	11	1	1	3	
Total	16	13	9	4	6	
b260 Função Proprioceptiva	0	1	2	3	4	
Avaliação	6	3	10	5	0	0,009
Reavaliação	6	13	2	2	1	
Total	12	16	12	7	1	
b265 Função Tátil	0	1	2	3	4	
Avaliação	7	4	7	6	0	0,009
Reavaliação	10	6	5	2	1	
Total	17	10	12	8	1	
b280 Sensação de dor	0	1	2	3	4	
Avaliação	3	7	9	3	2	0,003
Reavaliação	7	10	3	3	1	
Total	10	17	12	6	3	
b710 Funç. relac à estabilidade das articulações	1	2	3	4		
Avaliação	3	5	14	2		0,002
Reavaliação	11	6	4	3		
Total	14	11	18	5		
b730 Função da força muscular	1	2	3	4		
Avaliação	2	8	11	3		0,003
Reavaliação	10	9	1	4		
Total	12	17	12	7		
b735 Tônus	0	1	2	3	4	
Avaliação	2	2	7	11	2	0,001
Reavaliação	3	7	10	3	1	
Total	5	9	17	14	3	
b760 Funções Relacionadas aos movimentos voluntários	0	1	2	3		
Avaliação	8	1	5	10		0,006
Reavaliação	8	5	8	3		
Total	16	6	13	13		

O papel Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)...

b765 Funções Relacionadas aos movimentos involuntários	0	1	2	3		
Avaliação	14	3	5	2		0,129
Reavaliação	14	7	1	2		
Total	28	10	6	4		
b770 Funções relacionadas ao Padrão de marcha	0	1	2	3	4	
Avaliação	1	1	1	10	11	,001
Reavaliação	1	7	8	0	8	
Total	2	8	9	10	19	
d410 Mudar a posição básica do corpo	0	1	2	3	4	
Avaliação	2	4	9	7	2	0,001
Reavaliação	5	11	5	1	2	
Total	7	15	14	8	4	
d415 Manter a posição do corpo	0	1	2	3	4	
Avaliação	2	5	10	4	2	0,003
Reavaliação	5	10	4	2	2	
Total	7	15	14	6	4	
d445 Uso da mão e do braço	0	1	2	3	4	
Avaliação	6	3	7	3	5	0,026
Reavaliação	7	6	4	3	4	
Total	13	9	11	6	9	
d450 Andar	1	2	3	4		
Avaliação	0	4	10	10		0,001
Reavaliação	6	10	0	8		
Total	6	14	10	18		
d460 Deslocar-se por diferentes locais	0	1	2	3	4	
Avaliação	0	1	5	8	10	0,001
Reavaliação	2	6	9	0	7	
Total	2	7	14	8	17	
d465 Deslocar-se utilizando equipamento	0	1	2	3	4	
Avaliação	2	3	7	6	5	0,002
Reavaliação	7	9	1	2	4	
Total	9	12	8	8	9	
e1101 Medicamentos.	0	1				
Avaliação	10	14				
Reavaliação	10	14				
Total	20	28				
e1201 Prod. Tec. de assist. mobilidade e transporte pessoal	0	1	2			
Avaliação	4	5	15			0,037
Reavaliação	4	10	10			
Total	8	15	25			
e210 Geografia física	0	1	2			
Avaliação	13	4	6			
Reavaliação	13	5	6			
Total	26	9	12			
e355 Profissionais da Saúde	0	1	2			
Avaliação	4	17	3			0,999
Reavaliação	4	18	2			
Total	8	35	5			

e398 Apoio e relacionamento, outros especificados	0	1	2			
Avaliação	9	12	3			
Reavaliação	9	12	3			
Total	18	24	6			
e498 Atitudes, outras especificadas	0	1	2			
Avaliação	9	10	5			
Reavaliação	9	10	5			
Total	18	20	10			
e570 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social	0	1	2			
Avaliação	11	9	4			
Reavaliação	12	9	3			0,999
Total	23	18	7			

*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.

Tabela 2. 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
Total	1	7	4	11	1	
b710 Mobilidade das articulações	0	1	2	3		
Avaliação	2	6	2	2		
Reavaliação	7	1	1	3		0,129
Total	9	7	3	5		
b730 Função força muscular	0	1	2	3	4	
Avaliação	3	6	2	1	0	
Reavaliação	7	1	3	0	1	0,484
Total	10	7	5	1	1	
b735 Tônus muscular	0	1	2	3	4	
Avaliação	3	2	5	2	0	
Reavaliação	7	3	1	0	1	0,046
Total	10	5	6	2	1	

*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.

Tabela 3. Fonoaudiologia Infantil.

CATEGORIAS	QUALIFICADORES					p-valor*
	0	1	2	3	4	
b140 Funções de atenção	0	1	2			
Avaliação	4	4	2			0,072
Reavaliação	6	4	0			
Total	10	8	2			
b144 Funções da memória	0	1	2			
Avaliação	5	3	2			0,037
Reavaliação	8	2	0			
Total	13	5	2			
b147 Funções psicomotoras	0	1	2			
Avaliação	6	3	1			0,037
Reavaliação	8	2	0			
Total	14	5	1			
b152 Funções emocionais	0	1	2			
Avaliação	4	1	5			0,037
Reavaliação	7	3	0			
Total	11	4	5			
b1560 Percepção auditiva	0	1	2	3		
Avaliação	3	2	4	1		0,019
Reavaliação	7	3	0	0		
Total	10	5	4	1		
b1561 Percepção visual	0	1				
Avaliação	5	5				0,037
Reavaliação	10	0				
Total	15	5				
b1670 Recep da linguagem	0	1				
Avaliação	8	2				0,346
Reavaliação	10	0				
Total	18	2				
b1671 Exp da linguagem	0	1	2	3	4	
Avaliação	0	1	5	1	3	0,008
Reavaliação	2	7	1	0	0	
Total	2	8	6	1	3	
b310 Função da voz	0	1	2			
Avaliação	9	0	1			0,999
Reavaliação	9	1	0			
Total	18	1	1			
b320 Funções da articulação	0	1	2	3	4	
Avaliação	0	1	3	3	3	0,008
Reavaliação	2	7	1	0	0	
Total	2	8	4	3	3	
b330 Funções da fluência e do ritmo da fala	0	1				
Avaliação	9	1				0,999
Reavaliação	10	0				
Total	19	1				

d132 aquisição de linguagem	0	1	2			
Avaliação	7	2	1			
Reavaliação	9	1	0			0,371
Total	16	3	1			
d137 Aquisição de conceitos	0	1	2			
Avaliação	3	5	2			
Reavaliação	8	2	0			0,026
Total	11	7	2			
d160 Concentrar a atenção	0	1	2			
Avaliação	3	5	2			
Reavaliação	8	2	0			0,011
Total	11	7	2			
d166 Ler	0	2	3	9		
Avaliação	1	3	1	5		
Reavaliação	5	0	0	5		0,089
Total	6	3	1	10		
d170 Escrever	0	1	2	3	9	
Avaliação	1	1	1	2	5	
Reavaliação	4	1	0	0	5	0,174
Total	5	2	1	2	10	
d310 Comunicação-recepção de mensagens orais	0	1				
Avaliação	8	2				
Reavaliação	10	0				0,174
Total	18	2				
d325 Comunicação-recepção mensagens escritas	0	1	2	3	9	
Avaliação	0	1	1	1	5	
Reavaliação	4	1	0	0	5	0,174
Total	4	2	1	1	10	
d330 Fala	0	1	2	3	4	
Avaliação	6	2	4	2	1	
Reavaliação	7	4	1	0	0	0,013
Total	13	6	5	2	1	
d710 Interações Interpessoais básicas	0	1	2			
Avaliação	6	1	3			
Reavaliação	7	3	0			0,174
Total	13	4	3			
d760 Relações Familiares	0	1	2			
Avaliação	6	1	3			
Reavaliação	7	3	0			0,072
Total	13	4	3			
d820 Educação Escolar	0	1	2			
Avaliação	6	2	2			
Reavaliação	7	2	1			0,346
Total	13	4	3			
d920 Recreação e Lazer	0	1	2			
Avaliação	8	1	1			
Reavaliação	8	2	0			0,999
Total	16	3	1			

e330 Pessoas em posição de autoridade		1				
Avaliação		10				
Reavaliação		10				
Total		20				
e410 Atitudes Individuais da família Nuclear	0	1	2			
Avaliação	0	7	3			
Reavaliação	1	6	3			0,999
Total	1	13	6			
e415 Atitudes Individuais da Família Ampliada	0	1	2			
Avaliação	3	3	4			
Reavaliação	4	3	3			0,999
Total		6	7			
e420 Atitudes individuais de amigos	0	1	2			
Avaliação	2	6	2			
Reavaliação	3	6	1			0,999
Total	5	12	3			
e355 Profissionais de saúde	0	1	2			
Avaliação	0	9	1			
Reavaliação	1	9	0			0,999
Total	1	18	1			

*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.

Submissão: 16/05/2019
Aceite: 24/04/2020