

Maria Cristina Pedro Biz¹ 
Regina Yu Shon Chun¹ 

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

Operationalization of the International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, in a Specialized Rehabilitation Center

Descritores

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
Indicadores em Saúde
Atenção à Saúde
Centro de Reabilitação

Keywords

International Classification of Functioning, Disability and Health
Health Indicators
Healthcare
Rehabilitation Center

Endereço para correspondência:

Maria Cristina Pedro Biz
Programa de Pós-graduação Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Rua 6 de Agosto, 50, Cidade Universitária, Barão Geraldo, Campinas (SP), Brasil,
CEP: 13083-970.
E-mail: mcristinapbiz@gmail.com

Recebido em: Março 05, 2019

Aceito em: Junho 21, 2019

RESUMO

Objetivo: Interessa descrever o processo de implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (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 quatro 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 um 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 às 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.

ABSTRACT

Purpose: Describe the implementation process of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in a Specialized Rehabilitation Center based on the biopsychosocial approach to health. **Methods:** This is a descriptive, analytical, longitudinal study. The ICF implementation process in the healthcare center encompassed four stages: a) training on the use of the ICF; b) preparation of checklists by the team; c) collection of relevant data based on the checklist from the healthcare center users; and d) construction of a database. **Results:** A checklist was constructed for each sector involved, and the database included user information and the ICF results during evaluation and reevaluation. The findings indicate higher problem-solving capacity in all sectors throughout the study period, and that training was crucial to operationalize the ICF. Preparation of the instruments based on the reality of the healthcare center was essential to meet local demands and those of each sector. **Conclusion:** The ICF enabled greater practice of the biopsychosocial approach based on the engagement of the professionals in its operationalization, with evidence of healthcare problem-solving capacity and visibility and organization of the work process.

Trabalho realizado na Seção de Reabilitação e Fisioterapia – SERFIS ZOI, Secretaria Municipal de Saúde de Santos - Santos (SP), Brasil.

¹ Programa de Pós-graduação Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP - Campinas (SP), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Poucas ainda são as tentativas de sistematizar e incorporar a CIF na rotina dos serviços, apesar de a 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, n.º 13.146/2015, que dispõe que a avaliação da deficiência, quando necessária, será em uma abordagem biopsicossocial⁽¹⁻⁴⁾.

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 a melhoria de seu cuidado⁽⁵⁻¹¹⁾.

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 trazidos 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⁽¹²⁻¹⁶⁾.

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⁽¹⁷⁾. 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 referenciais deste estudo⁽¹⁸⁾. 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⁽¹⁹⁾.

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 (IFBr), aplicado para fins de aposentaria da pessoa com deficiência, em que os instrumentos foram criados a partir das necessidades do processo de trabalho^(20,21).

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 demandas dos usuários, levando-se em consideração a rotina e o 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.º 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 caracterizados 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 as 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.⁽²²⁾;
- 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^(9,10).

No processo de construção dos *checklists*, buscou-se relacionar os principais aspectos, resultados e/ou medidas clínicas de cada área, com as 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.⁽¹⁴⁾, 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 para inquéritos de saúde, ou para pesquisas, utilizando dados dessa classificação e *Core Set* para prática clínica^(9,10).

Para elaboração do *checklist* de cada setor, foram apresentadas três questões norteadoras para subsidiar os profissionais a relacionar os dados da avaliação utilizados na rotina do serviço com códigos da CIF, considerando-se que, durante a capacitação da equipe, foram trabalhados os conceitos e as estruturas 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:

1. Quais domínios da CIF compõem minha rotina diária?
2. O que eu obtenho de informações na minha avaliação em termos de função (b), estrutura (s), atividade e participação (d)?
3. Quais fatores ambientais (e) – acesso a equipamentos, medicamentos, próteses, familiares, cuidadores, trabalho, emprego, vida social etc. – impactam na minha prática?

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 com 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^(10,11).

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^(10,11,18).

Apesar de se utilizar a denominação “avaliação” com o uso de 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 estes, conforme preconiza a OMS. Ela não substitui a avaliação profissional, ao contrário, utiliza as informações que advêm da avaliação do profissional^(9,10).

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.⁽²²⁾. Atribuição e Intervenção no processo de reabilitação dizem respeito à fase de seleção dos qualificadores de cada código escolhido e intervenção clínica.

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

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	

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^(9,10).

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, como 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 no serviço totalizam 10 sessões de fisioterapia, para as outras áreas, foi estabelecido um período de três meses de acompanhamento entre a avaliação e a reavaliação com o uso dos *checklists*.

Os dados dos *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⁽²³⁾.

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 os fatores 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, indiciando evolução dos casos atendidos no período estudado, porém, devido ao “n” 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, permitiram 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 com limitação severa (qualificador 3), 4 com 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, 1 usuário com restrição leve e nenhum paciente sem restrição. Na reavaliação, esse quadro mudou para 7 com restrição completa, nenhum usuário

Tabela 1. Fisioterapia Domiciliar

Categorias	Qualificadores									
	0	1	2	3	4	8	9	0	1	2
b1144 Orient em rel. espaço	0	1	2	3	4					
Avaliação	16	66,70%	1	4,20%	4	16,70%	2	8,30%	1	4,20%
Reavaliação	17	70,80%	2	8,30%	2	8,30%	2	8,30%	1	4,20%
Total	33	68,80%	3	6,30%	6	12,50%	4	8,30%	2	4,20%
b140 Funções da atenção	0	1	2	3	4					
Avaliação	9	37,50%	6	25,00%	5	20,80%	3	12,50%	1	4,20%
Reavaliação	10	41,70%	10	41,70%	2	8,30%	2	8,30%	0	0,00%
Total	19	39,60%	16	33,30%	7	14,60%	5	10,40%	1	2,10%
b152 Funções emocionais	0	1	2	3						
Avaliação	1	4,30%	10	43,50%	8	34,80%	4	17,40%		
Reavaliação	4	17,40%	12	52,20%	6	26,10%	1	4,30%		
Total	5	10,90%	22	47,80%	14	30,40%	5	10,90%		
b235 Função vestibular	0	1	2	3	4					

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

Tabela 1. Continuação...

Categorias				Qualificadores						
Avaliação	8	33,30%	2	8,30%	8	33,30%	3	12,50%	3	12,50%
Reavaliação	8	33,30%	11	45,80%	1	4,20%	1	4,20%	3	12,50%
Total	16	33,30%	13	27,10%	9	18,80%	4	8,30%	6	12,50%
b260 Função Proprioceptiva	0		1		2		3		4	
Avaliação	6	25,00%	3	12,50%	10	41,70%	5	20,80%	0	0,00%
Reavaliação	6	25,00%	13	54,20%	2	8,30%	2	8,30%	1	4,20%
Total	12	25,00%	16	33,30%	12	25,00%	7	14,60%	1	2,10%
b265 Função Tátil	0		1		2		3		4	
Avaliação	7	29,20%	4	16,70%	7	29,20%	6	25,00%	0	0,00%
Reavaliação	10	41,70%	6	25,00%	5	20,80%	2	8,30%	1	4,20%
Total	17	35,40%	10	20,80%	12	25,00%	8	16,70%	1	2,10%
b280 Sensação de dor	0		1		2		3		4	
Avaliação	3	12,50%	7	29,20%	9	37,50%	3	12,50%	2	8,30%
Reavaliação	7	29,20%	10	41,70%	3	12,50%	3	12,50%	1	4,20%
Total	10	20,80%	17	35,40%	12	25,00%	6	12,50%	3	6,30%
b710 Funç relac à estab das articulações	1		2		3		4			
Avaliação	3	12,50%	5	20,80%	14	58,30%	2	8,30%		
Reavaliação	11	45,80%	6	25,00%	4	16,70%	3	12,50%		
Total	14	29,20%	11	22,90%	18	37,50%	5	10,40%		
b730 Função da força muscular	1		2		3		4			
Avaliação	2	8,30%	8	33,30%	11	45,80%	3	12,50%		
Reavaliação	10	41,70%	9	37,50%	1	4,20%	4	16,70%		
Total	12	25,00%	17	35,40%	12	25,00%	7	14,60%		
b735 Tônus	0		1		2		3		4	
Avaliação	2	8,30%	2	8,30%	7	29,20%	11	45,80%	2	8,30%
Reavaliação	3	12,50%	7	29,20%	10	41,70%	3	12,50%	1	4,20%
Total	5	10,40%	9	18,80%	17	35,40%	14	29,20%	3	6,30%
b760 Funções Relacionadas aos movimentos voluntários	0		1		2		3			
Avaliação	8	33,30%	1	4,20%	5	20,80%	10	41,70%		
Reavaliação	8	33,30%	5	20,80%	8	33,30%	3	12,50%		
Total	16	33,30%	6	12,50%	13	27,10%	13	27,10%		
b765 Funções Relacionadas aos movimentos involuntários	0		1		2		3			
Avaliação	14	58,30%	3	12,50%	5	20,80%	2	8,30%		
Reavaliação	14	58,30%	7	29,20%	1	4,20%	2	8,30%		
Total	28	58,30%	10	20,80%	6	12,50%	4	8,30%		
b770 Funções relacionadas ao padrão de marcha	0		1		2		3		4	
Avaliação	1	4,20%	1	4,20%	1	4,20%	10	41,70%	11	45,80%
Reavaliação	1	4,20%	7	29,20%	8	33,30%	0	0,00%	8	33,30%
Total	2	4,20%	8	16,70%	9	18,80%	10	20,80%	19	39,60%
d410 Mudar a posição básica do corpo	0		1		2		3		4	
Avaliação	2	8,30%	4	16,70%	9	37,50%	7	29,20%	2	8,30%
Reavaliação	5	20,80%	11	45,80%	5	20,80%	1	4,20%	2	8,30%
Total	7	14,60%	15	31,30%	14	29,20%	8	16,70%	4	8,30%
d415 Manter a posição do corpo	0		1		2		3		4	
Avaliação	2	8,70%	5	21,70%	10	43,50%	4	17,40%	2	8,70%
Reavaliação	5	21,70%	10	43,50%	4	17,40%	2	8,70%	2	8,70%
Total	7	15,20%	15	32,60%	14	30,40%	6	13,00%	4	8,70%

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

Tabela 1. Continuação...

Categorias	Qualificadores											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
d445 Uso da mão e do braço	0	1	2	3	4							
Avaliação	6	25,00%	3	12,50%	7	29,20%	3	12,50%	5	20,80%		
Reavaliação	7	29,20%	6	25,00%	4	16,70%	3	12,50%	4	16,70%		
Total	13	27,10%	9	18,80%	11	22,90%	6	12,50%	9	18,80%		
d450 Andar	1		2		3		4					
Avaliação	0	0,00%	4	16,70%	10	41,70%	10	41,70%				
Reavaliação	6	25,00%	10	41,70%	0	0,00%	8	33,30%				
Total	6	12,50%	14	29,20%	10	20,80%	18	37,50%				
d460 Deslocar-se por diferentes locais	0		1		2		3		4			
Avaliação	0	0,00%	1	4,20%	5	20,80%	8	33,30%	10	41,70%		
Reavaliação	2	8,30%	6	25,00%	9	37,50%	0	0,00%	7	29,20%		
Total	2	4,20%	7	14,60%	14	29,20%	8	16,70%	17	35,40%		
d465 Deslocar-se utilizando equipamento	0		1		2		3		4	9		
Avaliação	2	8,30%	3	12,50%	7	29,20%	6	25,00%	5	20,80%	1	4,20%
Reavaliação	7	29,20%	9	37,50%	1	4,20%	2	8,30%	4	16,70%	1	4,20%
Total	9	18,80%	12	25,00%	8	16,70%	8	16,70%	9	18,80%	2	4,20%
e1101 Medicamentos	0		1									
Avaliação	10	41,70%	14	58,30%								
Reavaliação	10	41,70%	14	58,30%								
Total	20	41,70%	28	58,30%								
e1201 Prod e tecno de assist para mobilidade e transporte pessoal	0		1		2							
Avaliação	4	16,70%	5	20,80%	15	62,50%						
Reavaliação	4	16,70%	10	41,70%	10	41,70%						
Total	8	16,70%	15	31,30%	25	52,10%						
e210 Geografia física	0		1		2							
Avaliação	13	56,50%	4	17,40%	6	26,10%						
Reavaliação	13	54,20%	5	20,80%	6	25,00%						
Total	26	55,30%	9	19,10%	12	25,50%						
e355 Profissionais da Saúde	0		1		2							
Avaliação	4	16,70%	17	70,80%	3	12,50%						
Reavaliação	4	16,70%	18	75,00%	2	8,30%						
Total	8	16,70%	35	72,90%	5	10,40%						
e398 Apoio e relacionamento, outros especificados	0		1		2							
Avaliação	9	37,50%	12	50,00%	3	12,50%						
Reavaliação	9	37,50%	12	50,00%	3	12,50%						
Total	18	37,50%	24	50,00%	6	12,50%						
e498 Atitudes, outras especificadas	0		1		2							
Avaliação	9	37,50%	10	41,70%	5	20,80%						
Reavaliação	9	37,50%	10	41,70%	5	20,80%						
Total	18	37,50%	20	41,70%	10	20,80%						
e570 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social	0		1		2							
Avaliação	11	45,80%	9	37,50%	4	16,70%						
Reavaliação	12	50,00%	9	37,50%	3	12,50%						
Total	23	47,90%	18	37,50%	7	14,60%						

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

com restrição severa, 9 com restrição moderada, 6 usuários com restrição leve e 2 sem nenhuma restrição.

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 os *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.

Tabela 2. Fonoaudiologia Infantil

Categorias	Qualificadores									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
b140 Funções de atenção	0	1	2							
Avaliação	4	40,00%	4	40,00%	2	20,00%				
Reavaliação	6	60,00%	4	40,00%	0	0,00%				
Total	10	50,00%	8	40,00%	2	10,00%				
b144 Funções da memória	0	1	2							
Avaliação	5	50,00%	3	30,00%	2	20,00%				
Reavaliação	8	80,00%	2	20,00%	0	0,00%				
Total	13	65,00%	5	25,00%	2	10,00%				
b147 Funções psicomotoras	0	1	2							
Avaliação	6	60,00%	3	30,00%	1	10,00%				
Reavaliação	8	80,00%	2	20,00%	0	0,00%				
Total	14	70,00%	5	25,00%	1	5,00%				
b152 Funções emocionais	0	1	2							
Avaliação	4	40,00%	1	10,00%	5	50,00%				
Reavaliação	7	70,00%	3	30,00%	0	0,00%				
Total	11	55,00%	4	20,00%	5	25,00%				
b1560 Percepção auditiva	0	1	2				3			
Avaliação	3	30,00%	2	20,00%	4	40,00%	1	10,00%		
Reavaliação	7	70,00%	3	30,00%	0	0,00%	0	0,00%		
Total	10	50,00%	5	25,00%	4	20,00%	1	5,00%		
b1561 Percepção visual	0	1								
Avaliação	5	50,00%	5	50,00%						
Reavaliação	10	100,00%	0	0,00%						
Total	15	75,00%	5	25,00%						
b1670 Rec da linguagem	0	1								
Avaliação	8	80,00%	2	20,00%						
Reavaliação	10	100,00%	0	0,00%						
Total	18	90,00%	2	10,00%						
b1671 Exp da linguagem	0	1	2		3		4			
Avaliação	0	0,00%	1	10,00%	5	50,00%	1	10,00%	3	30,00%
Reavaliação	2	20,00%	7	70,00%	1	10,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	2	10,00%	8	40,00%	6	30,00%	1	5,00%	3	15,00%
b310 Função da voz	0	1	2							
Avaliação	9	90,00%	0	0,00%	1	10,00%				
Reavaliação	9	90,00%	1	10,00%	0	0,00%				
Total	18	90,00%	1	5,00%	1	5,00%				
b320 Funções da articulação	0	1	2		3		4			
Avaliação	0	0,00%	1	10,00%	3	30,00%	3	30,00%	3	30,00%
Reavaliação	2	20,00%	7	70,00%	1	10,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	2	10,00%	8	40,00%	4	20,00%	3	15,00%	3	15,00%
b330 Funções da fluência e do ritmo da fala	0	1								
Avaliação	9	90,00%	1	10,00%						
Reavaliação	10	100,00%	0	0,00%						

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

Tabela 2. Continuação...

Categorias		Qualificadores							
Total	19	95,00%	1	5,00%					
d132 Aquisição de linguagem	0		1		2				
Avaliação	7	70,00%	2	20,00%	1	10,00%			
Reavaliação	9	90,00%	1	10,00%	0	0,00%			
Total	16	80,00%	3	15,00%	1	5,00%			
d137 Aquisição de conceitos	0		1		2				
Avaliação	3	30,00%	5	50,00%	2	20,00%			
Reavaliação	8	80,00%	2	20,00%	0	0,00%			
Total	11	55,00%	7	35,00%	2	10,00%			
d160 Concentrar a atenção	0		1		2				
Avaliação	3	30,00%	5	50,00%	2	20,00%			
Reavaliação	8	80,00%	2	20,00%	0	0,00%			
Total	11	55,00%	7	35,00%	2	10,00%			
d166 Ler	0		2		3		9		
Avaliação	1	10,00%	3	30,00%	1	10,00%	5	50,00%	
Reavaliação	5	50,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	50,00%	
Total	6	30,00%	3	15,00%	1	5,00%	10	50,00%	
d170 Escrever	0		1		2		3		9
Avaliação	1	10,00%	1	10,00%	1	10,00%	2	20,00%	5 50,00%
Reavaliação	4	40,00%	1	10,00%	0	0,00%	0	0,00%	5 50,00%
Total	5	25,00%	2	10,00%	1	5,00%	2	10,00%	10 50,00%
d310 Comunicação-recepção de mensagens orais	0		1						
Avaliação	8	80,00%	2	20,00%					
Reavaliação	10	100,00%	0	0,00%					
Total	18	90,00%	2	10,00%					
d325 Comunicação-recepção de mensagens escritas	0		1		2		3		9
Avaliação	2	20,00%	1	10,00%	1	10,00%	1	10,00%	5 50,00%
Reavaliação	4	40,00%	1	10,00%	0	0,00%	0	0,00%	5 50,00%
Total	6	30,00%	2	10,00%	1	5,00%	1	5,00%	10 50,00%
d330 Fala	0		1		2		3		4
Avaliação	0	0,00%	2	22,20%	4	44,40%	2	22,20%	1 11,10%
Reavaliação	4	44,40%	4	44,40%	1	11,10%	0	0,00%	0 0,00%
Total	4	22,20%	6	33,30%	5	27,80%	2	11,10%	1 5,60%
d710 Interações interpessoais básicas	0		1		2				
Avaliação	6	60,00%	1	10,00%	3	30,00%			
Reavaliação	7	70,00%	3	30,00%	0	0,00%			
Total	13	65,00%	4	20,00%	3	15,00%			
d760 Relações Familiares	0		1		2				
Avaliação	6	60,00%	1	10,00%	3	30,00%			
Reavaliação	7	70,00%	3	30,00%	0	0,00%			
Total	13	65,00%	4	20,00%	3	15,00%			
d820 Educação Escolar	0		1		2				
Avaliação	6	60,00%	2	20,00%	2	20,00%			
Reavaliação	7	70,00%	2	20,00%	1	10,00%			
Total	13	65,00%	4	20,00%	3	15,00%			
d920 Recreação e Lazer	0		1		2				
Avaliação	8	80,00%	1	10,00%	1	10,00%			
Reavaliação	8	80,00%	2	20,00%	0	0,00%			
Total	16	80,00%	3	15,00%	1	5,00%			
e330 Pessoas em posição de autoridade			1						
Avaliação			10	100,00%					
Reavaliação			10	100,00%					
Total			20	100,00%					

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

Tabela 2. Continuação...

Categorias		Qualificadores				
e410 Atitudes individuais da Família Nuclear	0	1	2			
Avaliação	0	0,00%	7	70,00%	3	30,00%
Reavaliação	1	10,00%	6	60,00%	3	30,00%
Total	1	5,00%	13	65,00%	6	30,00%
e415 Atitudes individuais da Família Ampliada	0	1	2			
Avaliação	3	30,00%	3	30,00%	4	40,00%
Reavaliação	4	40,00%	3	30,00%	3	30,00%
Total	7	35,00%	6	30,00%	7	35,00%
e420 Atitudes individuais de amigos	0	1	2			
Avaliação	2	20,00%	6	60,00%	2	20,00%
Reavaliação	3	30,00%	6	60,00%	1	10,00%
Total	5	25,00%	12	60,00%	3	15,00%
e355 Profissionais de saúde	0	1	2			
Avaliação	0	0,00%	9	90,00%	1	10,00%
Reavaliação	1	10,00%	9	90,00%	0	0,00%
Total	1	5,00%	18	90,00%	1	5,00%

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

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.

DISCUSSÃO

Para a fundamentação e discussão dos resultados, foram consideradas 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 Concessão do Benefício de Prestação Continuada à Pessoa com Deficiência e da experiência no município de Barueri^(5,11-15,22,23).

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⁽¹²⁻¹⁶⁾.

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

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, 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 da 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^(5,11-13).

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⁽¹³⁻¹⁶⁾.

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⁽²²⁻²⁴⁾. 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^(25,26).

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 o 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 três 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 provocou mudança na assistência prestada pela Fisioterapia no setor Musculoesquelético. O plano terapêutico, incluindo o número de sessões fisioterápicas, passou a ser estabelecido pelo profissional Fisioterapeuta responsável pela assistência, não mais a partir da avaliação médica.

O Setor de Fonoaudiologia Infantil, que tem por objetivo a assistência a crianças em idade escolar com alterações de aprendizagem, incluindo fala e escrita, traz 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⁽²⁷⁾.

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 estudo que sinaliza sobre a escassez de dados sobre funcionalidade e a importância de geração de evidências robustas, para garantir respostas adequadas dos sistemas de saúde e sociais⁽²⁴⁾.

Os *checklists*, incorporados na rotina do serviço estudado, poderão servir como documentação do estado de saúde dos usuários, contribuindo para estabelecimento de metas para o plano de reabilitação, como mostram outros trabalhos^(5,25,26). Deste modo, poderá possibilitar 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), bem como ter objetivos mais específicos que sejam significativos para o usuário, como evidenciam os achados aqui encontrados^(25,26,28).

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^(15,23-26).

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, funcionaram como um “modelo mental” para se pensar e utilizar a CIF⁽⁵⁾. 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 às categorias escolhidas, principalmente as que tiveram o 9 (não se aplica) como qualificador escolhido, evidentes na Assistência Musculoesquelética em Fisioterapia, por exemplo. Os Fatores Ambientais, apesar de terem sido muito citados durante todo o 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 à sua articulação com os sistemas de informação em saúde. Isso contribuiria para qualificação da

informação obtida em saúde, diminuindo a produção duplicada, fragmentada e redundante na comunicação da rede de saúde^(5,11,13).

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 operacionalização da CIF por meio da construção e aplicação de instrumentos de avaliação próprios para a realidade local e necessidades dos usuários, e, prospectivamente, assegurar seu uso na rotina de serviço. A escolha dos códigos e 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 aplicação dos qualificadores da CIF entre as áreas neste estudo e a importância de rever as escolhas dos códigos do *checklist* antes de incorporá-los ao sistema de informação.

A construção coletiva foi um fator-chave para os resultados positivos de processo de implementação da CIF, pois contribuiu para que o processo de mudança fosse valorizado.

Este estudo evidencia a utilidade da CIF para 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 de participação na prática cotidiana. Deste modo, amplia o foco da função do corpo para a 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, de 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

1. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012 [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 10 de maio de 2012 [citado em 2019 Jun 02]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html
2. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 7 de julho de 2015 [citado em 2019 Jun 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm
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 [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 26 de agosto de 2009 [citado em 2019 Jun 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
4. Brasil. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde: PNISS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 2019 Jun 02].

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/pniss_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):1686-94. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.658489>. PMID:22372376.
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. *Cien Saude Colet*. 2007;12(4):849-59. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>. PMID:17680144.
7. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet*. 2012;17(4):821-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>. PMID:22534834.
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(2):187-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.
9. WHO: World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization. 2001
10. OMS: Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2015.
11. Stucki G, Zampolini M, Jucovicic 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;53(2):299-307. PMID:27882907.
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;13(4):e058. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.1514>. PMID:24409110.
13. Cieza A, Sabariego C, Bickenbach J, Chatterji S. Rethinking disability. *BMC Med*. 2018;16(1):10-4. <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-017-1002-6>. PMID:29370847.
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*. 2019;41(5):574-83. PMID:26984720.
15. Ruaro JA, Ruaro MB, Guerra O. International Classification of Functioning, Disability and Health core set for physical health of older adults. *J Geriatr Phys Ther*. 2014;37(4):147-53. <http://dx.doi.org/10.1519/JPT.0b013e3182abe7e1>. PMID:24495869.
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. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-790X201400010006ENG>. PMID:24896783.
17. Riberto M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2011;64(5):938-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500021>.
18. Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G. ICF core sets: manual for clinical practice. Göttingen: 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*. 2015;18(3):720-4. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030017>. PMID:26247195.
20. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Instituto Nacional do Seguro Social. Portaria Conjunta MDS/INSS nº 1, de 24 de maio de 2011 [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 26 de maio de 2011 [citado em 2019 Jun 02]. Disponível em: http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariaconjuntamdssins1_2011.htm
21. Marcelino MA. A aplicação da CIF na avaliação de pessoas com deficiência para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC. Rio de Janeiro: WAK Editora; 2017. p. 215-32.
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. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008;44(3):329-42. PMID:18762742.

23. Cordeiro ES. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, E- SUS e TABWIN: as experiências de Barueri e Santo André, São Paulo. Rev Baiana de Saúde Pública. 2015;39(2):470-7.
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(9967):563-75. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8). PMID:25468158.
25. Madden RH, Bundy A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. Disabil Rehabil. 2018;41(12):1450-62. PMID:29433362.
26. Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2017;53(1):134-8. PMID:28118696.
27. Ostroschi DT, Zanolli ML, 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. 2017;29(3):e20160096. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20172016096>. PMID:28538828.
28. Santana MTM, Chun RYS. Language and functionality of post-stroke adults: evaluation based on International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). CoDAS. 2017;29(1):e20150284. PMID:28300953.

Contribuição dos autores

Declaramos que MCPB participou da elaboração do projeto, coleta e análise de dados e redação do artigo; RYSC participou da elaboração do projeto e redação do artigo.

Apêndice A. Checklist aplicado pela Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia da Assistência Domiciliar a pacientes adultos/idosos com distúrbios neurológicos

FISIOTERAPIA DOMICILIAR

Cod. Descrição	Qualificadores													
	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 Cod. Descrição	Qualificadores		
	Facilitador +8 Avaliação	Barreira .8 Reavaliação	Neutro
e1101 Medicamentos.			
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

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 de 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 +8	Barreira .8	Neutro 0
e2109 Geografia física	Avaliação	Reavaliação	
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 +8	Barreira .8	Neutro 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			

Apêndice B. Checklist aplicado na 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 à 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 doméstica, outra especificada														

Fatores Ambientais	Qualificadores		
Cod. Descrição	Facilitador +8	Barreira .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			

ERRATA

No artigo intitulado “Operacionalização da funcionalidade, incapacidade e saúde em Centro Especializado em Reabilitação”, com o número do DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20192019046>, publicado na revista CoDAS, 2020, volume 32, número 2, no título em português e em inglês, respectivamente (página 1):

Onde se lia:

“Operacionalização da funcionalidade, incapacidade e saúde em Centro Especializado em Reabilitação”

e

“Operationalization of the international classification of functioning, disability and health in a Specialized Rehabilitation Center”

Leia-se:

“Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação”

e

“Operationalization of the International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, in a Specialized Rehabilitation Center”