

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE -  
MESTRADO E DOUTORADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Camila Dubow

**SINGULARIDADE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:  
implementando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde  
em um Serviço de Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde**

Santa Cruz do Sul

2024

Camila Dubow

**SINGULARIDADE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:  
implementando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde  
em um Serviço de Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Doutorado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientadora: Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug  
Coorientadora: Dra. Edna Linhares Garcia

Santa Cruz do Sul

2024

### CIP - Catalogação na Publicação

Dubow, Camila

Singularidade no cuidado às Pessoas com Deficiência:  
implementando a Classificação Internacional de Funcionalidade,  
Incapacidade e Saúde em um Serviço de Reabilitação Física do  
Sistema Único de Saúde / Camila Dubow. – 2024.

269 f. : il. ; 28 cm.

Tese (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Santa  
Cruz do Sul, 2024.

Orientação: Profa. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug.

Coorientação: Profa. Dra. Edna Linhares Garcia.

1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade  
e Saúde. 2. Pessoas com Deficiência. 3. Reabilitação. 4. Modelos  
de Assistência à Saúde. I. Krug, Suzane Beatriz Frantz. II.

Garcia, Edna Linhares. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).]

Camila Dubow

**SINGULARIDADE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:  
implementando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde  
em um Serviço de Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde**

Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug  
Professora Orientadora – UNISC

Dra. Edna Linhares Garcia  
Professora Coorientadora – UNISC

Dr. Arthur de Almeida Medeiros  
Professor Examinador – UFMS

Dra. Jane Dagmar Pollo Renner  
Professora Examinadora – UNISC

Dra. Marta Cocco da Costa  
Professora Examinadora – UFSM

Dr. Shamyry Sulyvan de Castro  
Professor Examinador – UFC

Santa Cruz do Sul

2024

## AGRADECIMENTOS

A elaboração desta Tese de Doutorado foi uma jornada desafiadora e enriquecedora, repleta de aprendizados e descobertas. Neste momento, gostaria de expressar minha sincera gratidão a todos que contribuíram para o sucesso desta trajetória acadêmica.

Agradeço à minha família que sempre incentivou meus estudos e torceu pela minha vitória. Em especial, aos meus pais, Susana e Paulo, por todo o caminho, pleno de aprendizado, que me permitiram trilhar e às minhas irmãs, Tatiana e Michele pela parceria desde sempre. Aos meus afilhados Pedro e Briana, por trazerem momentos de ternura e alegria nos intervalos dos estudos.

Aos amigos e amigas, de perto e de longe, que estiveram presentes nestes longos quatro anos, sempre apoiando e entendendo as ausências em muitos momentos.

Aos colegas de trabalho da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

Aos colegas de trabalho e alunos do Curso de Fisioterapia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Aos integrantes do Grupo de Estudos em Pesquisa e Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul, pela parceria no desenvolvimento da pesquisa e aprendizado constante.

A todos os bolsistas de graduação e pós-graduação que auxiliaram para que o projeto tivesse êxito.

À professora Suzane, pelo exemplo de pessoa e de profissional e por todas as contribuições na condução deste trabalho, cuja orientação, sabedoria e apoio foram fundamentais ao longo de todo o processo. Sou grata pela ótima parceria que formamos e por compartilharmos dos mesmos ideais.

À professora Edna pelo compartilhamento de saberes e afetos.

À professora Rejane e acadêmico Guilherme, pela parceria no desenvolvimento do *Software*.

À Coordenação, professores, colegas e funcionárias do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde por todos os aprendizados e pela disponibilidade sempre que necessário.

Agradeço aos membros da banca examinadora por dedicarem seu tempo e expertise à avaliação deste trabalho, contribuindo para o seu aprimoramento.

Quero expressar minha profunda gratidão a toda equipe do Serviço de Reabilitação Física da UNISC pela parceria que tivemos durante todos esses anos. Este trabalho não teria sido possível sem a colaboração e dedicação de todos vocês!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos de Doutorado e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) pelo financiamento da pesquisa.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para esta tese. Cada pessoa teve um papel importante e esta conquista é compartilhada com todos vocês.

Que este trabalho possa contribuir para o avanço do conhecimento e melhoria da atenção às Pessoas com Deficiência.

*“Como as aves, pessoas são  
diferentes em seus vôos, mas  
iguais no direito de voar”*

*(Judite Hertal)*

## RESUMO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) propõe uma abordagem à saúde baseada no modelo biopsicossocial, sob a perspectiva da funcionalidade humana. Sua utilização apresenta diversas vantagens, destacando-se a padronização da terminologia, facilitação da comunicação entre profissionais de saúde, qualificação do processo de trabalho interdisciplinar, contribuição para o estabelecimento de metas e indicadores de resultados em contextos de reabilitação, dentre outras.

Esta Tese de Doutorado, intitulada SINGULARIDADE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: implementando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em um Serviço de Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde, possui como objetivo geral descrever o percurso e analisar os processos envolvidos na implementação da CIF em um Serviço Especializado de Referência Regional em Reabilitação Física. Trata-se de um estudo do tipo pesquisa ação, através de um estudo de caso, com enfoque qualitativo, desenvolvido no Serviço Especializado de Reabilitação Física da Universidade de Santa Cruz do Sul (SRFis) no período de março de 2021 a setembro de 2023. A população do estudo abrangeu a equipe atuante neste serviço, composta por Fisioterapeutas, Enfermeiras, Terapeuta Ocupacional; docentes e acadêmicos dos cursos de Fisioterapia, Serviço Social, Enfermagem e Psicologia, além de Pessoas com Deficiência (PcDs) usuárias deste serviço e profissionais da rede de atenção.

De modo a contemplar as etapas preconizadas para o desenvolvimento de uma pesquisa-ação, a pesquisa foi dividida em 5 eixos, quais sejam: Eixo 1 - Reconhecimento das percepções de PcDs sobre o modelo de atenção à saúde, através de entrevistas semiestruturadas. Eixo 2: Realização de grupos focais com a equipe do serviço, por meio de questões norteadoras que visaram trazer para a discussão e reflexão o processo de implementação da CIF. Eixo 3: Oficinas de formação com o objetivo de qualificar a equipe do SRFis sobre a utilização da CIF fazendo uso de estratégias de educação permanente em saúde. Eixo 4: Implementação da CIF no processo de avaliação individual de usuários do SRFis através de *software* próprio desenvolvido em conjunto pela equipe do serviço e pesquisadores. Eixo 5: Avaliações permanentes dos eixos descritos anteriormente. A fim de se obter uma melhor compreensão dos dados obtidos, foi realizada uma análise conjunta e articulada dos diversos instrumentos de coleta utilizados em todos os eixos, norteadora pela Análise de Conteúdo.

A pesquisa deu origem a quatro manuscritos e um artigo já publicado, descritos a seguir:

Manuscrito 1: “Tecnologias do Cuidado na implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em um Serviço de Reabilitação Física”, o qual buscou descrever e analisar a implementação da CIF em um Serviço Especializado de Referência Regional em Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul por meio da utilização de diferentes tecnologias do cuidado. Percebeu-se que o uso combinado de tecnologias do cuidado (leves, leve-duras e duras) desempenhou um papel crucial na promoção de uma abordagem mais holística e centrada nas necessidades singulares de cada sujeito e do território estudado.

Manuscrito 2 - “Qualificação de recursos humanos em saúde para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde como disparadora de mudanças na atenção à saúde de pessoas com deficiência física” o qual visou evidenciar o conhecimento acerca da CIF, percepções e perspectivas da equipe de trabalho que compõe o SRFis no processo de implementação e utilização desta classificação. Como principais resultados tem-se o interesse da equipe em conhecer ou aprofundar o conhecimento em relação à CIF, bem como a relevância da sua utilização para a qualificação de processos de trabalho e do cuidado. Ainda, torna-se fundamental identificar a realidade das vivências dos profissionais da área da saúde e enfatizar estratégias de educação continuada e/ou permanente sobre o uso da CIF, de modo que esta possa ser incluída no cotidiano dos serviços.

Manuscrito 3 - “Descrição do perfil de saúde de pessoas com deficiência física: uma abordagem biopsicossocial baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”, que teve como objetivo delinear as principais características de usuários do SRFis e compreender aspectos relativos à funcionalidade e incapacidade de acordo com avaliação biopsicossocial baseada na CIF. Os dados foram coletados por meio de *software* próprio composto por dados de identificação, caracterização clínica e 135 códigos da CIF. Destacaram-se alterações relacionadas ao movimento que dificultam principalmente as atividades de mobilidade e autocuidado, além da relevância de produtos para facilitar essas atividades, bem como o apoio de familiares, profissionais, serviços e sistemas de saúde e seguridade. A CIF, por meio de sua perspectiva biopsicossocial mostrou-se como potente dispositivo para contribuir para um processo de reabilitação que valorize a singularidade de cada indivíduo.

Manuscrito 4 - “Pessoas com Deficiência e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: caminhos para a equidade em Saúde”, o qual objetivou analisar as perspectivas de PcDs quanto ao processo de atenção à saúde, sob o viés dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS). Destaca-se que as percepções de PcDs impactam na participação e inclusão social e

ressaltam a carência de consolidação de políticas públicas que objetivam a redução de desigualdades e promoção da equidade em saúde. Assim, a Agenda 2030, instrumento que visa a consolidação dos ODS, oportuniza estratégias de enfrentamento das desigualdades vivenciadas pelas PcDs, contribuindo para a democratização dos espaços e práticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Artigo 1: “Sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: narrativas de Pessoas com Deficiência Física em busca da integralidade da atenção” teve como objetivo analisar a organização e o acesso à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) por meio da narrativa de sujeitos com deficiência física, usuários do SRFis. As narrativas dos entrevistados indicaram a necessidade de fortalecimento de um trabalho em rede, desde a garantia do acesso até a inserção e constituição de vínculos com o serviço especializado de reabilitação, ao mesmo tempo em que ainda persistem fragilidades e desigualdades para a efetivação da integralidade do cuidado.

Ainda, a Tese gerou uma série de produtos técnicos acerca da CIF e do cuidado às PcDs, disponibilizando uma série de materiais que enriquecem o conhecimento na área da reabilitação, além de oferecerem ferramentas tangíveis para aprimorar práticas e compreensão acerca da CIF em distintos espaços. Dentre os produtos desenvolvidos destacam-se a Cartilha “(Re)visando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)”; Flyers; *Software* “SisCIF - Sistema Inteligente para CIF; E-book “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Conexões de Saberes e Práticas nos Serviços de Saúde”; Documentário “Implementação da CIF: Estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do SUS no Rio Grande do Sul”; *Podcast* “DeCIFrando as Deficiências”, além do Guia Orientativo “Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Serviços de Reabilitação Física”.

Por meio desta Tese foi possível compreender a produção interdisciplinar do conhecimento de equipes de saúde voltada aos indivíduos e populações com deficiências físicas, fundamentando-se no conceito ampliado de saúde e em seus determinantes biopsicossociais propostos pela CIF. Ainda, o estudo pode ser utilizado como modelo para a implementação da CIF em outros serviços de reabilitação, bem como para a qualificação de políticas públicas no âmbito do SUS direcionadas à população com deficiência, além de auxiliar no processo de formação de profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Pessoas com Deficiência; Reabilitação; Modelos de Assistência à Saúde

## **ABSTRACT**

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) proposes an approach to health based on the biopsychosocial model, from the perspective of human functionality. Its use has several advantages, highlighting the standardization of terminology, facilitation of communication between health professionals, qualification of the interdisciplinary work process, contribution to the establishment of goals and results indicators in rehabilitation contexts, among others.

This Thesis, entitled SINGULARITY IN THE CARE OF PEOPLE WITH DISABILITIES: implementing the International Classification of Functioning, Disability and Health in a Physical Rehabilitation Service of the Unified Health System, has the general objective of describing the path and analyzing the processes involved in implementing the ICF in a Specialized Reference Service Regional in Physical Rehabilitation. This is an action research study, through a case study, with a qualitative focus, developed at the Specialized Physical Rehabilitation Service of the University of Santa Cruz do Sul (SRFis) from March 2021 to September 2023. The study population included the team working in this service, made up of Physiotherapists, Nurses, Occupational Therapists; teachers and academics from Physiotherapy, Social Work, Nursing and Psychology courses, as well as People with Disabilities (PwDs) who use this service and professionals from the care network.

In order to contemplate the steps recommended for the development of action research, the research was divided into 5 axes, namely: Axis 1 - Recognition of PwDs' perceptions about the health care model, through semi-structured interviews. Axis 2: Conducting focus groups with the service team, through guiding questions that aimed to bring the process of implementing the ICF into discussion and reflection. Axis 3: Training workshops with the aim of qualifying the SRFis team on the use of the ICF using permanent health education strategies. Axis 4: Implementation of the ICF in the individual assessment process of SRFis users through proprietary software developed jointly by the service team and researchers. Axis 5: Permanent evaluations of the previously described axes. In order to obtain a better understanding of the data obtained, a joint and articulated analysis of the various collection instruments used in all axes was carried out, guided by Content Analysis.

The research gave rise to four manuscripts and one published article, described below:

Manuscript 1: “Care Technologies in the implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in a Physical Rehabilitation Service”, which sought to describe and analyze the implementation of the ICF in a Specialized Regional Reference Service in Physical Rehabilitation of the Unified Health System. Health in Rio Grande do Sul through the use of different care technologies. It was noticed that the combined use of care technologies (soft, light-hard and hard) played a crucial role in promoting a more holistic approach focused on the unique needs of each subject and the territory studied.

Manuscript 2 - “Qualification of human resources in health to use the International Classification of Functioning, Disability and Health as a trigger for changes in health care for people with physical disabilities” which aimed to highlight knowledge about the ICF, perceptions and perspectives of the team work that makes up the SRFis in the process of implementing and using this classification. The main results include the team's interest in knowing or deepening their knowledge in relation to the ICF, as well as the relevance of its use for the qualification of work and care processes. Furthermore, it is essential to identify the reality of the experiences of health professionals and emphasize continuing and/or permanent education strategies on the use of the ICF, so that it can be included in the daily services.

Manuscript 3 - “Description of the health profile of people with physical disabilities: a biopsychosocial approach based on the International Classification of Functioning, Disability and Health”, which aimed to outline the main characteristics of SRFis users and understand aspects related to functionality and disability according to biopsychosocial assessment based on the ICF. Data were collected using proprietary software composed of identification data, clinical characterization and 135 ICF codes. Changes related to movement that mainly hinder mobility and self-care activities were highlighted, in addition to the relevance of products to facilitate these activities, as well as support from family members, professionals, services and health and security systems. The ICF, through its biopsychosocial perspective, proved to be a powerful device to contribute to a rehabilitation process that values the uniqueness of each individual.

Manuscript 4 - “People with Disabilities and Sustainable Development Goals: paths to equity in Health”, which aimed to analyze the perspectives of PwDs regarding the health care process, from the perspective of the Sustainable Development Goals (SDGs). It is noteworthy that the perceptions of PwDs impact participation and social inclusion and highlight the lack of consolidation of public policies that aim to reduce inequalities and promote equity in health. Thus, the 2030 Agenda, an instrument that aims to consolidate the SDGs, provides strategies to

combat the inequalities experienced by PwDs, contributing to the democratization of health spaces and practices within the scope of the Unified Health System (SUS).

Article 1: “About the Care Network for People with Disabilities: narratives of People with Physical Disabilities in search of comprehensive care” aimed to analyze the organization and access to the Care Network for People with Disabilities (RCPD) through the narrative of subjects with physical disabilities, SRFis users. The narratives of the interviewees indicated the need to strengthen network work, from guaranteeing access to the insertion and establishment of links with the specialized rehabilitation service, at the same time that weaknesses and inequalities still persist in the implementation of the integrality of the Careful.

Furthermore, the Thesis generated a series of technical products about the ICF and care for PwDs, providing a series of materials that enrich knowledge in the area of rehabilitation, in addition to offering tangible tools to improve practices and understanding about the ICF in different spaces. Among the products developed, the following stand out: the Booklet "(Re)vising the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)"; flyers; Software “SisCIF - Intelligent System for CIF; E-book "International Classification of Functioning, Disability and Health: Connections of Knowledge and Practices in Health Services"; Documentary "Implementation of the ICF: Study in a Service Specialized in Physical Rehabilitation of Regional Reference of the SUS in Rio Grande do Sul"; Podcast "DeCIFrando as Deficiencies", in addition to the Guidance Guide "Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF ) in Physical Rehabilitation Services”.

Through this Thesis, it was possible to understand the interdisciplinary production of knowledge by health teams aimed at individuals and populations with physical disabilities, based on the expanded concept of health and its biopsychosocial determinants proposed by the ICF. Furthermore, the study can be used as a model for the implementation of the ICF in other rehabilitation services, as well as for the qualification of public policies within the scope of the SUS aimed at the population with disabilities, in addition to assisting in the process of training professionals in the area of health.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health; Disabled Persons; Rehabilitation; Healthcare Models

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Estruturação da CIF	32
Figura 2	Representação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	34

## LISTA DE TABELAS

### TABELAS DO ARTIGO 1

Tabela 1	Perfil dos usuários do serviço de reabilitação física participantes da pesquisa	65
----------	---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centros Especializado em Reabilitação
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
GEPS	Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPMs	Órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção
PcD	Pessoa com Deficiência
PPGPS	Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SisCIF	Sistema Inteligente para CIF
SRFis	Serviço de Reabilitação Física
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>TESE DEFENDIDA.....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO, MARCO TEÓRICO, OBJETIVOS, MÉTODO...</b>	<b>24</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>25</b>
<b>1.2 Pessoas com Deficiência no contexto da funcionalidade, incapacidade e saúde.....</b>	<b>28</b>
1.2.1 Aspectos conceituais e o contexto atual da Pessoa com Deficiência.....	28
1.2.2 Modelos de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.....	30
1.2.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	32
1.2.4 Utilização da CIF em Serviços Especializados de Reabilitação como disparador da reorientação do modelo de atenção.....	35
<b>1.3 Objetivos.....</b>	<b>39</b>
1.3.1 Objetivo geral.....	39
1.3.2 Objetivos específicos.....	39
<b>1.4 Método.....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO II - PRODUTOS DA TESE.....</b>	<b>49</b>
<b>2.1 Manuscritos e Artigos.....</b>	<b>50</b>
2.1.1 Manuscrito 1 – Tecnologias do Cuidado na implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em um Serviço de Reabilitação Física.....	50
2.1.2 Manuscrito 2 – Qualificação de recursos humanos em saúde para uso da Classificação Internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde como disparadora de mudanças na atenção à saúde de pessoas com deficiência física.....	52
2.1.3 Manuscrito 3 - Descrição do perfil de saúde de pessoas com deficiência física: uma abordagem biopsicossocial baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	54
2.1.4 Manuscrito 4 - Pessoas com Deficiência e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: caminhos para a equidade em saúde.....	56

2.1.5 Artigo 1 – Sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: narrativas de Pessoas com Deficiência Física em busca da integralidade da atenção.....	58
<b>2.2 Capítulos de Livros.....</b>	<b>79</b>
2.2.1 Conhecendo o projeto “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul”.....	79
2.2.2 Grupos Focais como dispositivos para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	89
2.2.3 Implementação de produto técnico sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em Serviço Especializado de Reabilitação Física: da concepção teórica ao desenvolvimento técnico de Software.....	96
<b>2.3 Produtos Técnicos.....</b>	<b>104</b>
<b>2.3.1 Material Didático.....</b>	<b>105</b>
2.3.1.1 Cartilha "(Re)visando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)".....	105
2.3.1.2 Flyers das Oficinas.....	106
2.3.1.3 Guia Orientativo: Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Serviços de Reabilitação Física....	108
<b>2.3.2 Software/Aplicativo (Programa de computador): SisCIF - Sistema Inteligente para CIF.....</b>	<b>122</b>
<b>2.3.3 Produto de Editoração: E-book "Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Conexões de Saberes e Práticas nos Serviços de Saúde".....</b>	<b>125</b>
<b>2.3.4 Produtos de Comunicação.....</b>	<b>127</b>
2.3.4.1 Documentário "Implementação da CIF: Estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do SUS no Rio Grande do Sul”.....	127
2.3.4.2 Podcast "DeCIFrando as Deficiências".....	128
<b>CAPÍTULO III – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>130</b>
<b>3.1 Conclusões e Considerações Finais.....</b>	<b>131</b>

<b>CAPÍTULO IV – NOTA À IMPRENSA.....</b>	<b>134</b>
<b>4.1 Nota à imprensa.....</b>	<b>135</b>
<b>CAPÍTULO V – RELATÓRIO DE CAMPO.....</b>	<b>136</b>
<b>5.1 Relatório de Campo.....</b>	<b>137</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>159</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>202</b>

## APRESENTAÇÃO

Antes de iniciar a apresentação desta tese, eu gostaria de me apresentar. Quem sou eu? Me chamo Camila Dubow, sou Fisioterapeuta e uma eterna apaixonada pela área da Saúde Coletiva. Em virtude desta afinidade com a Saúde Coletiva, desde a minha formação em 2009, pela Universidade Federal de Santa Maria, sempre busquei me inserir no sistema público de saúde. Logo após formada, cursei a Residência Multiprofissional em Saúde nesta mesma universidade, onde não demorei a perceber a magnitude do SUS e do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Após, trabalhei como servidora pública em três municípios do Rio Grande do Sul, experiências que foram muito enriquecedoras e transformadoras.

Já no ano de 2014 ingressei no serviço público do estado do Rio Grande do Sul, atuando na Secretaria Estadual de Saúde (SES) deste estado, mais especificamente lotada na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), no município de Santa Cruz do Sul, onde atuo até hoje. Desde então assumi a desafiadora, mas ao mesmo tempo apaixonante missão de coordenar, em âmbito regional, a política de Saúde da Pessoa com Deficiência, que naquela época ainda se encontrava bastante incipiente. E foi então que logo em seguida, no ano de 2015, ingressei no mestrado em Promoção da Saúde na Universidade de Santa Cruz do Sul. Então, como sempre defendi que trabalhos acadêmicos, como dissertações e teses, não servem para ficar em gavetas, decidi associar a temática dos meu projeto de pesquisa de Mestrado ao que já vinha realizando enquanto servidora pública, analisando a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde, sob a ótica dos diversos atores que a compõe.

Logo após finalizar o Mestrado em Promoção da Saúde, no ano de 2017, iniciei minha carreira como docente universitária, no Curso de Fisioterapia da Universidade de Santa Cruz do Sul. Foi aí que tive uma aproximação maior com a CIF, na supervisão de Estágio em Fisioterapia na Saúde Coletiva, onde a CIF é utilizada no processo de avaliação dos usuários em atendimento domiciliar e/ou ambulatorial.

Sendo assim, a temática da Pessoa com Deficiência é indissociável na minha vida, ela está presente tanto no meu cotidiano profissional, assim como na vida acadêmica. Seja através dos meus próprios estudos, no Mestrado e agora no Doutorado, seja no âmbito do ensino na área da saúde.

A Tese aqui apresentada é derivada de projeto de pesquisa denominado: “Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul”, vinculado ao Programa de Pós-graduação em

Promoção da Saúde - Mestrado e Doutorado - da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Contemplado na “Chamada Decit/SCTIE/MS-CNPq-FAPERGS No 08/2020 – PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS”, teve financiamento público para sua execução via Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

A pesquisa teve colaboração do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), composto por docentes, bolsistas de Mestrado, Doutorado e acadêmicos de graduação de cursos da saúde. Também contou com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RS), por meio dos Núcleos de Saúde da Pessoa com Deficiência da 8ª e 13ª Coordenadorias Regionais de Saúde deste estado.

Esta Tese de Doutorado, prevista no regimento do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde é composta de cinco capítulos: Capítulo I, contendo Introdução, Marco Teórico, Objetivos e Método; Capítulo II composto por quatro manuscritos, um artigo científico, três capítulos de livros e seis produtos técnicos desenvolvidos pelo projeto; Capítulo III englobando as Conclusões e Considerações Finais; Capítulo IV com sugestão de Nota à Imprensa e Capítulo V contendo o Relatório de Campo.

Possui como objetivo geral analisar os processos envolvidos e descrever o percurso da implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em um Serviço Especializado de Referência Regional em Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul. Desta forma, foi explorada a aplicação prática da CIF em um contexto real de um Serviço Especializado em Reabilitação Física do estado do Rio Grande do Sul, além de poder ser utilizada como uma ferramenta de apoio para a avaliação, planejam e monitoramento de ações no âmbito da reabilitação física de PcDs, contribuindo para abordagem mais ampliada e centrada na pessoa.

De modo a alcançar os objetivos propostos, foi realizado um estudo do tipo pesquisa-ação, envolvendo distintos instrumentos de pesquisa, como entrevistas semiestruturadas, grupos focais, oficinas de formação e aplicação prática da CIF por meio de *software* próprio. Como principais resultados tem-se a compreensão mais abrangente das necessidades das pessoas com deficiência no contexto da reabilitação, possibilitando o planejamento de intervenções mais individualizadas, considerando não apenas as questões físicas, mas também os aspectos psicossociais que influenciam a funcionalidade de cada indivíduo. Assim, defende-se que a CIF é uma valiosa ferramenta para promover uma abordagem ampliada na avaliação e reabilitação de pessoas com deficiência, podendo auxiliar para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde e promoção da inclusão e participação ativa desses indivíduos na sociedade.

Ademais, esta tese visa contribuir para a literatura acadêmica e contexto prático dos serviços de saúde ao destacar a importância da CIF na promoção da saúde e na prestação de cuidados de reabilitação, alinhada com os princípios do SUS. Espera-se que possa inspirar futuras pesquisas e intervenções que priorizem uma abordagem biopsicossocial e centrada na funcionalidade, como proposta pela CIF.

## **TESE DEFENDIDA**

Esta tese aqui apresentada defende que a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Serviços de Reabilitação Física requer a utilização de diversas estratégias (oficinas, grupos focais, entrevistas, uso de tecnologias) e a participação ativa de todos os envolvidos (equipe, gestores e usuários), de modo a promover um atendimento integral e singularizado às pessoas com deficiência.

Ainda, é primordial levar em consideração as necessidades dos usuários, do serviço e da rede de atenção na qual estão inseridos, destacando-se que a utilização da CIF e de seu modelo biopsicossocial promove mudanças positivas nos processos de trabalho e na atenção às pessoas com deficiência, devendo ser adaptada conforme a realidade local de cada território.

**CAPÍTULO I**  
**INTRODUÇÃO, MARCO TEÓRICO, OBJETIVOS E MÉTODO**

## 1.1 INTRODUÇÃO

O conceito de deficiência vem se modificando ao longo dos anos, acompanhando as mudanças ocorridas na sociedade, bem como as conquistas alcançadas pelas Pessoas com Deficiência (PcDs) (KRAHN; WALKER; CORREA-DE-ARAUJO, 2015). Atualmente, o conceito de deficiência utilizado no Brasil tem sido o proposto pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, o qual baliza que PcDs são aquelas pessoas que possuem algum impedimento de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, na interação com barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva dessas pessoas na sociedade (BRASIL, 2009).

Assim, as questões de saúde das Pessoas com Deficiência (PcDs) são extremamente complexas, sinalizando para a necessidade de mudanças de paradigmas na assistência à saúde, impulsionadas pelo modelo biopsicossocial (DANTAS et al., 2020). Todavia, muitos obstáculos se colocam para a consolidação de um cuidado integral, destacando-se a ênfase excessiva aos aspectos biológicos em detrimento dos subjetivos, a visão fragmentada dos sujeitos, a hierarquização de saberes e práticas, além de obstáculos culturais, sociais e institucionais (DUBOW, 2017).

Reconhecendo a importância dessa alteração de paradigma e da necessidade de um olhar no qual o indivíduo seja visto em sua integralidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WHO, 2001). Através de um modelo multidimensional e biopsicossocial da saúde tem como um de seus objetivos a utilização de códigos numéricos para permitir uma linguagem comum para os profissionais de saúde descreverem a funcionalidade de indivíduos e tornar os resultados de estudos utilizando a CIF comparáveis a níveis nacional e internacional (KARLSSON; GUSTAFSSON, 2022).

A necessidade de uma compreensão da funcionalidade no âmbito da saúde tem disseminado o uso da CIF ao longo dos últimos anos, possibilitando às equipes dispositivos para problematizar o cuidado, tendo como perspectiva a inserção do sujeito em seu próprio ambiente, se configurando como um importante instrumento para a ampliação da abordagem biopsicossocial na prática clínica (BIZ; LIMA; MACHADO, 2017; CIEZA et al., 2018). Deste modo, visa auxiliar na organização da avaliação e ampliação do raciocínio clínico e na elaboração e priorização de metas, podendo ser utilizada para todos os indivíduos e em diferentes populações, com destaque para as PcDs, devido às demandas extremamente complexas que apresentam (MAART; SYKES, 2022; DANTAS et al., 2020).

A utilização desta classificação permite a atuação de diversos setores e profissionais de maneira multiprofissional e interdisciplinar, possibilitando ofertar à população uma atenção integral, incluindo a influência do ambiente entre suas prioridades e viabilizando a construção de uma sociedade verdadeiramente inclusiva e sem barreiras (LUNA, 2017; MADDEN; BUNDY, 2018). Assim, a CIF traz visibilidade para as experiências de vida de uma pessoa e para as suas necessidades reais, valorizando suas características físicas, sociais, atitudinais e ambientais que interferem na funcionalidade, direcionando para novos processos de cuidado em saúde (FONTES; BOTELHO; FERNANDES, 2014). Seu uso como um recurso de codificação de informações relativas à funcionalidade apresenta diversas vantagens, destacando-se a padronização da terminologia, melhora da comunicação entre profissionais de saúde, compartilhamento de dados entre países, disciplinas e serviços, além da qualificação do processo de trabalho interdisciplinar e contribuição para o estabelecimento de metas e indicadores de resultados ao longo do tempo em contextos de reabilitação (CASTRO et al., 2016; COELHO et al., 2017).

Visto que a deficiência pode ser vivenciada e expressa de formas singulares por diferentes indivíduos, as ações de reabilitação devem ser centradas nas necessidades, preferências e valores específicos de cada sujeito (GARG; SKEMPES; BICKENBACH, 2020). Frente a este contexto, torna-se essencial a inclusão de dados sobre funcionalidade nos serviços e sistemas de informação em saúde, além dos desfechos típicos de morbidade e mortalidade, podendo auxiliar na tomada de decisão bem como auxiliar no planejamento para futura expansão da utilização desse tipo de informação em tais serviços (HEINEMANN et al, 2020).

Convém destacar o papel balizador do Sistema Único de Saúde (SUS) para a consolidação do modelo de atenção biopsicossocial preconizado pela CIF, uma vez que este entende a saúde como um conjunto de determinantes que envolvem as condições de moradia, transporte, trabalho e lazer, além de outros fatores (PAIM, 2013). Definido a partir de princípios universalistas e igualitários, cabe ao SUS, dentre outros objetivos, a formulação de políticas de saúde para promoção dos campos econômico e social e diminuição dos riscos de agravos à saúde, além de proposição de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando ações assistenciais e preventivas (BRASIL, 1990).

Frente ao contexto apresentado, esta pesquisa visa a implementação da CIF em um Serviço Especializado de Reabilitação Física (SRFis) de Referência Regional do SUS no Rio Grande do Sul (RS), justificando-se pela necessidade de mudanças de paradigmas na atenção à saúde de pessoas com deficiências físicas e de um redirecionamento do raciocínio clínico considerando o arcabouço teórico do modelo biopsicossocial e a emergência de novos discursos

e práticas em relação à saúde destas pessoas, em uma perspectiva de atenção integral e de promoção da saúde.

O objeto de estudo da presente pesquisa, a CIF, caracteriza-se como um instrumento interdisciplinar, fomentando a articulação entre diversos setores e campos profissionais, importante estratégia para a consolidação da interdisciplinaridade nas práticas de reabilitação. Cabe destacar o caráter inovador desta pesquisa, uma vez que se encontram poucos registros do uso sistemático da CIF em serviços de reabilitação no Brasil, podendo o mesmo ser utilizado como referência para outros serviços de reabilitação. Poderá também auxiliar para o processo de construção e consolidação de políticas públicas voltadas às reais necessidades das pessoas com deficiência e do SUS, tendo como eixo norteador a discussão da mudança de paradigma na atenção a estas pessoas, em prol de uma atenção integral e que valorize seus aspectos biopsicossociais.

Além da atenção à saúde para pessoas com deficiências físicas, o local do estudo também se configura como um espaço de formação por estar sediado em uma Instituição de Ensino Superior, possibilitando a integração ensino-serviço para a consolidação de processos de mudança na formação em saúde, através de um trabalho coletivo e permanente entre profissionais, docentes e acadêmicos, buscando responder de maneira mais adequada às necessidades da população. Desta maneira, tem-se como **questão de pesquisa**: como se constitui e quais os processos envolvidos no percurso de implementação da CIF em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do SUS no Rio Grande do Sul?

## **1.2 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO DA FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**

### **1. 2.1 Aspectos conceituais e o contexto atual da Pessoa com Deficiência**

Atualmente, em âmbito internacional, o conceito de deficiência utilizado tem sido o proposto pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, assinada em Nova York em 2007 e promulgada no Brasil, com valor de emenda constitucional, através do Decreto Presidencial n. 6.949/09: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2009, p.03). Assim, atualmente, a deficiência engloba um conceito multifacetado, em constante evolução, pois as condições de saúde associadas a esta são variadas e heterogêneas, abrangendo desde pequenas limitações funcionais até a dependência completa para todas as atividades diárias (O’ YOUNG; GOSNEY; AHN, 2019).

Entretanto, um longo percurso foi percorrido até que a deficiência fosse concebida com toda essa abrangência. A Organização Mundial da Saúde (OMS), na década de 80, através da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, entendia a deficiência como uma perda ou anormalidade de estruturas ou funções psicológicas, fisiológicas ou anatômicas, caracterizando as pessoas que as possuíam como incapazes (OMS, 1989). Já a partir de 1997, a Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação substituiu a noção de incapacidade adotada anteriormente, que remetia a uma desqualificação social, pelo conceito de limitação de atividade, entendida como uma dificuldade no desempenho social (BRASIL, 2002). Por fim, já em 2001, através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), também da Organização Mundial da Saúde, a deficiência passou a ser abordada como parte ou expressão de uma condição de saúde, não indicando, obrigatoriamente, a presença de uma doença ou um indivíduo doente, buscando a mudança do olhar centrado na doença para outro centrado na funcionalidade humana (OMS, 2003).

No mundo todo, mais de um bilhão de pessoas apresentam algum tipo de deficiência, dentre estas, duzentas milhões possuem significativas dificuldades funcionais e 80% vivem em países em desenvolvimento (WHO, 2011). No Brasil, de acordo com dados preliminares do último Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2022, 18,6 milhões de pessoas (8,9%) de 2 anos ou mais de idade possuem deficiência, sendo 10%

mulheres e 7,7% homens. Já no estado do Rio Grande do Sul, 9,9% da população apresenta alguma deficiência (IBGE, 2022).

As tendências globais mostram que a carga total de deficiência aumentou 52% entre 1990 e 2017, impulsionada principalmente pelas doenças não transmissíveis e deficiências oriundas de condições metabólicas, como diabetes tipo 2, além da prevalência crescente de deficiências associadas ao processo de envelhecimento (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2018). A mudança no perfil epidemiológico e demográfico da população pode ocasionar diminuição da qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, bem como impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral. Assim, a emergência destes novos problemas amplia de modo expressivo as demandas pelos serviços especializados de reabilitação, especialmente àqueles direcionados às pessoas com deficiências físicas, de modo a responder de maneira efetiva às necessidades de saúde desta população (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; MALTA et al., 2014; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013).

De modo a contemplar e acompanhar essa transição e as complexas necessidades de PcDs, alguns marcos legislativos no âmbito das políticas públicas brasileiras merecem ser citados. Iniciando-se pela Portaria MS/GM n. 1.060/2002, a qual instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Objetivava a reabilitação, proteção à saúde e a prevenção dos agravos que determinavam o aparecimento de deficiências, através do desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação desta (BRASIL, 2002). Já no ano de 2009, o Decreto n. 6.949/2009, promulgou no Brasil, com valor de Emenda Constitucional, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, passando a adotar em todo o território nacional a terminologia Pessoa com Deficiência, bem como as diretrizes internacionais em relação a essa população nas mais diversas áreas. Em relação à saúde, tal documento reconhece o direito das PcDs de gozar do mais elevado estado de saúde possível e a garantia de acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação (BRASIL, 2009).

De modo a contemplar os termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, foi instituído, em 2011, o Decreto n. 7.612/2011, denominado Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, visando promover o exercício pleno e equitativo dos direitos das PcDs, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações (BRASIL, 2011). Como consequência deste plano, no anos seguinte, através da Portaria MS/GM n. 793/2012, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa

com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, com o intuito de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para PcDs (BRASIL, 2012).

Já no ano de 2015 foi instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) por meio da Lei n. 13.146/2015, a qual busca assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de PcDs, visando à sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015). Por fim, em 2023, a Portaria GM/MS Nº 1.526/2023 dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, objetivando promover e proteger a saúde das PcDs através da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, articulado com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para a autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde de PcDs em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2023).

### **1.2.2 Modelos de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência**

Na área da saúde, mesmo que diversos marcos legislativos tenham formalizado direitos fundamentais das pessoas com deficiência, ampliando o acesso e a cobertura de serviços de saúde, ainda coexistem ideias de caráter assistencialista, constituindo em barreira ao processo de inclusão social e participação destas pessoas no desenvolvimento do país (BERNARDES et al., 2009; OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012; WHO, 2011).

De modo geral, a concepção de deficiência nas políticas públicas de saúde ainda não rompeu totalmente com a racionalidade sustentada pelo modelo de atenção biomédico, o qual entende a deficiência como um fenômeno no âmbito da patologia ou anormalidade, sendo a consequência de lesão em um corpo. Ao mesmo tempo, existe um forte movimento teórico e político de crítica a tal modelo, denominado modelo social da deficiência, o qual defende que a interação entre a deficiência e o modo como a sociedade está organizada condiciona a funcionalidade, as dificuldades e a inclusão/exclusão das PcDs (DINIZ, 2012; LANNA JÚNIOR, 2010). Um significativo avanço proporcionado pelo modelo social está na dissociação do campo da doença do campo da deficiência, rompendo com o olhar exclusivamente médico, marcado pela dicotomia entre normal e patológico (GAUDENZI; ORTEGA, 2016). Sob esta perspectiva, a deficiência não se resume apenas ao que o olhar médico descreve, mas principalmente, se relaciona com a restrição à participação plena provocada por barreiras sociais, sendo que o aumento destas é proporcional ao aumento das restrições impostas aos indivíduos com impedimentos físicos (SANTOS, 2016).

Esta dicotomia entre os modelos biomédico e social também está presente nos serviços de reabilitação, dificultando o desenvolvimento de intervenções para maximizar a funcionalidade e a qualidade de vida das PcDs (O'YOUNG, GOSNEY, AHN; 2019). Assim, frente a necessidade em responder as questões complexas envolvidas com a atenção à saúde de pessoas com deficiência no Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2023) tem como uma de suas diretrizes a oferta do cuidado integral à PcD sob a perspectiva interseccional em saúde, com foco na funcionalidade e sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e de base territorial. Sob esta perspectiva, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída pela Portaria 793, de 24 de abril de 2012 e alterada pela Portaria 1.526, de 11 de outubro de 2023, tem como principais objetivos a ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência, o vínculo destas pessoas e suas famílias aos pontos de atenção, além da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. A RCPD no âmbito do SUS deve se organizar através de três componentes Atenção Primária à Saúde; Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência, os quais, articulados entre si, devem garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado aos pontos de atenção ou serviços de apoio, observando a equidade na atenção a estes usuários (BRASIL, 2012; BRASIL, 2023).

Como componente da RCPD, a Atenção Primária em Saúde deve garantir acesso a cuidados de saúde abrangentes, vigilância em saúde, promoção à saúde e prevenção a doenças e agravos, além de promover a assistência, práticas de reabilitação e cuidados paliativos, através de atenção integral e cuidado multiprofissional, bem como proporcionar a atenção e cuidados relacionados à saúde bucal à PcDs (BRASIL, 2012; BRASIL, 2023).

Por sua vez, o componente da Atenção Especializada Ambulatorial na RCPD conta com diversos pontos de atenção, a saber: Centros Especializados em Reabilitação (CER); Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Oficinas Ortopédicas, além dos estabelecimentos de saúde habilitados e organizados sob a forma de serviços de reabilitação em uma única modalidade. Tanto os CER quanto os serviços de modalidade única devem realizar o diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de Tecnologia Assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção no território, atuando de forma articulada e compartilhada com os outros pontos da rede de atenção da RAS, através de Projeto Terapêutico Singular (PTS), com base na avaliação biopsicossocial (BRASIL, 2012; BRASIL, 2023).

Por fim, o componente da Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência deve ser responsável pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas

situações de urgência e emergência das PcDs, além de instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência, ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para PcDs em leitos de reabilitação hospitalar e hospitais de reabilitação, bem como ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas e atendimento sob sedação ou anestesia geral, quando necessários (BRASIL, 2012; BRASIL, 2023).

Ainda é evidente a persistência de disparidades na oferta de serviços de reabilitação à PcDs entre diferentes territórios, o que reforça a necessidade de intensificar os esforços para combater as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde para essa população, considerando o complexo perfil epidemiológico, o envelhecimento da população, o aumento da proporção de pessoas com deficiência no país e, mais recentemente, a crescente demanda resultante da síndrome pós-COVID-19 ou COVID-19 prolongada (GOMES et al., 2023). Ressalta-se que a implementação da RCPD desempenhou um papel fundamental na melhoria dos cuidados em saúde e reabilitação para PcDs nos últimos anos. No entanto, mudanças ainda necessárias dizem respeito à transição do paradigma biomédico de compreensão da deficiência e reabilitação para práticas verdadeiramente alinhadas com o modelo biopsicossocial da deficiência (GOMES; OLIVER, 2022). Neste sentido, destaca-se a exigência legal, prevista na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) que a avaliação da deficiência deverá ser biopsicossocial e realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, considerando os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação (BRASIL, 2015).

### **1.2.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**

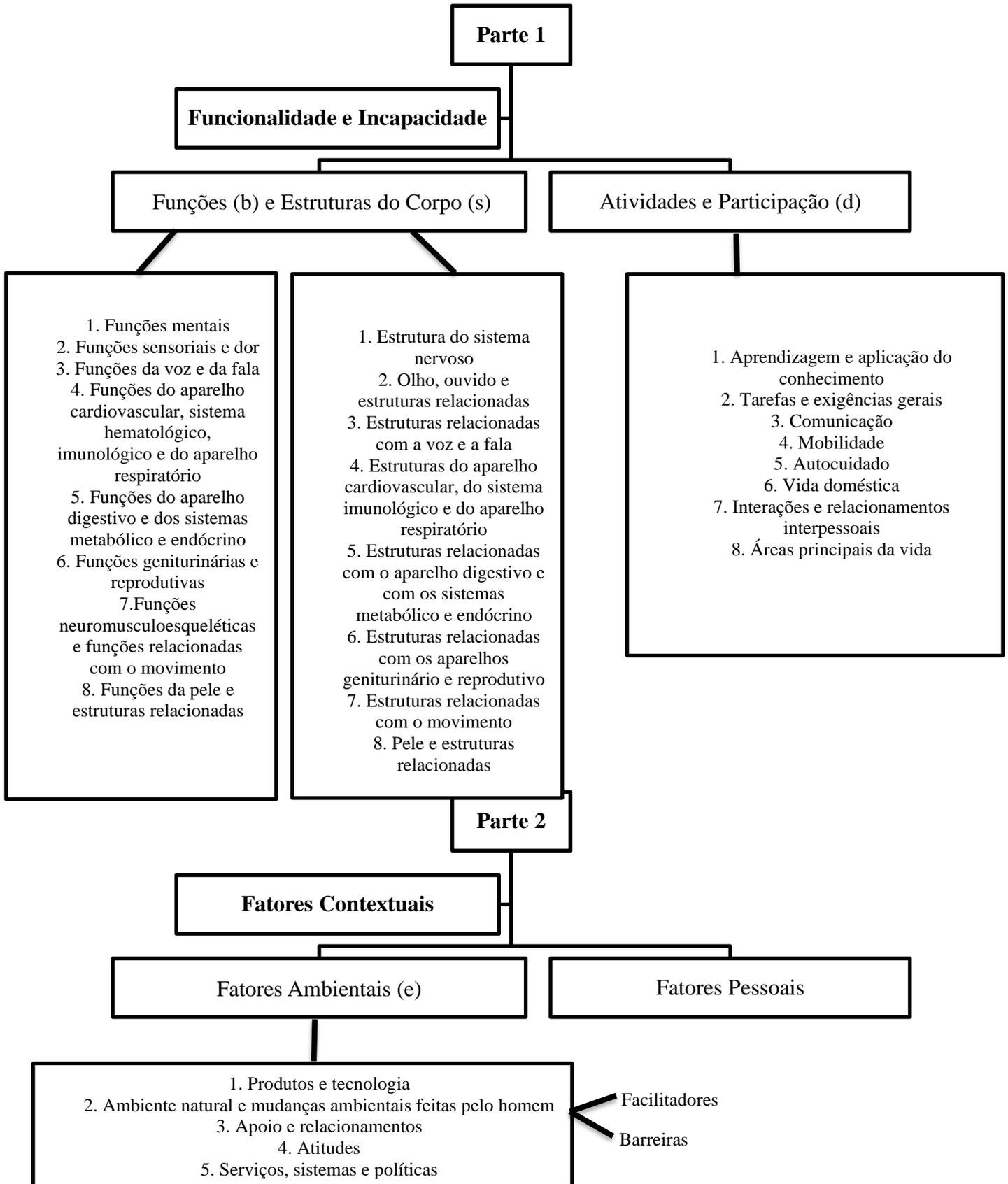
Frente a este contexto, a CIF, proposta pela OMS, propõe que a deficiência seja vista pelos serviços de saúde através de um modelo dinâmico, interativo e biopsicossocial, compreendendo funcionalidade e incapacidade como interações dinâmicas entre problemas de saúde e fatores contextuais, pessoais e ambientais (WHO, 2001). A ICF (*International Classification Of Functioning, Disability and Health* – CIF, em português) pertence, junto à ICD 11 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – CID 11, em português) à família internacional das classificações proposta pela OMS, sendo classificações que se complementam, ao permitir o diagnóstico de funcionalidade e o diagnóstico de doenças, respectivamente (WHO, 2001).

Seu principal objetivo é o estabelecimento de uma linguagem comum para descrever a saúde e os estados relacionados a esta, almejando facilitar a comunicação entre profissionais de

saúde, pesquisadores e população geral, incluindo as pessoas com alguma incapacidade (WHO, 2001). Assim, a CIF aborda a deficiência como parte ou expressão de uma condição de saúde, não indicando, obrigatoriamente, a presença de uma doença ou de um indivíduo doente, incentivando a transformação do olhar centrado na doença para outro centrado na funcionalidade humana (WHO, 2003). Estudo recente que teve como objetivo oferecer uma visão atualizada sobre os 20 anos de utilização da CIF por meio de um questionário internacional online, apontou que na maioria dos países representados pelas Comissões Colaboradoras da CIF da OMS, a CIF foi predominantemente aplicada na prática clínica, no desenvolvimento de políticas sociais e de saúde, bem como na área da educação (LEONARDI et al., 2022).

A CIF divide-se de forma hierárquica em duas partes, cada uma com dois componentes. A primeira diz respeito à funcionalidade e incapacidade, dividindo-se em Funções e Estruturas do Corpo e em Atividades e Participação, enquanto a segunda engloba os Fatores Ambientais e Pessoais. Cada um destes quatro componentes é representado por letras: Funções do Corpo (b); Estruturas do Corpo (s); Atividades e Participação (d) e Fatores Ambientais (e). Por fim, os componentes são divididos em capítulos, destacando-se que os fatores pessoais não possuem representação alfabética nem capítulos específicos (WHO, 2003). Por fim, as letras, representativas dos quatro componentes, são seguidas por um código numérico e qualificadores, que variam do nível 0 (zero), correspondente a nenhum problema ou dificuldade até o nível 4 (problema ou dificuldade total ou completa). Ainda, há o grau de incapacidade não especificado (nível 8) e domínio não aplicável (nível 9). Na figura 1 consta uma representação esquemática da estruturação da CIF.

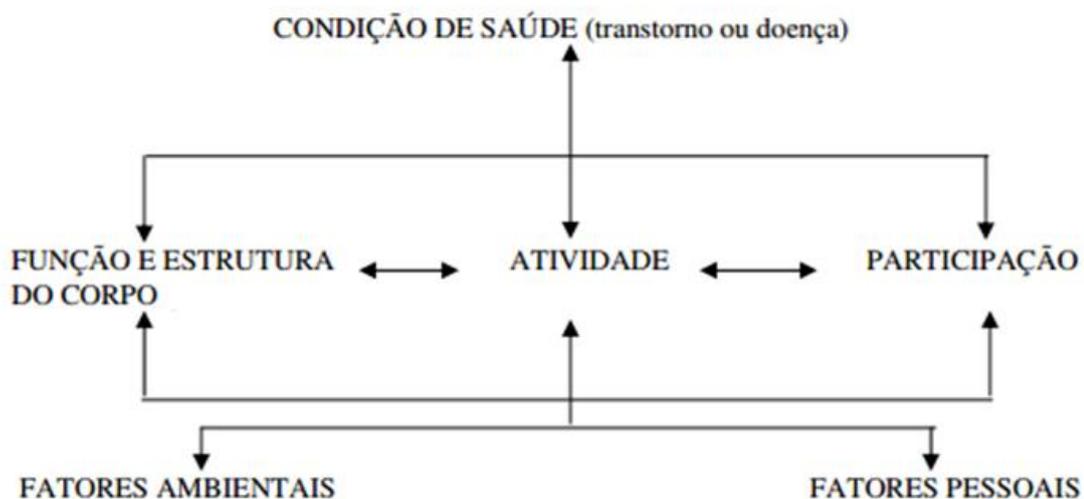
Figura 1 – Estruturação da CIF



Fonte: elaborado pela autora com base em WHO (2003)

Importante destacar que cada um dos domínios é concebido pela CIF por meio de termos neutros, os quais podem adquirir significado positivo (funcionalidade) ou negativo (incapacidade), dependentes do uso dos qualificadores e da condição de cada indivíduo (JARDIM, 2020). Com base no exposto, os diversos fatores envolvidos com a deficiência, expressos pela CIF, interagem conforme ilustra a figura 2.

Figura 2 - Representação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde



FONTE: Adaptado de WHO, 2003

#### 1.2.4 Utilização da CIF em Serviços Especializados de Reabilitação como disparador da reorientação do modelo de atenção

O conceito de reabilitação proposto pelo Relatório Mundial sobre a Deficiência abrange os aspectos relativos às deficiências, incluindo a identificação de problemas e necessidades de cada pessoa e também a interação entre fatores relevantes do indivíduo e seu ambiente (WHO, 2012). Como componente da Atenção Especializada da RCPD, os serviços de reabilitação constituem-se como serviço de referência regulado de base territorial para propiciar atenção especializada às pessoas com deficiência. Nesse sentido, devem efetivar uma atenção integral e contínua, promover o vínculo e se ajustar às necessidades dessas pessoas (BRASIL, 2012). Reconhecendo que a incapacidade pode ser vivenciada e expressa de formas singulares em diferentes indivíduos, as ações de reabilitação devem ser centradas nas necessidades, preferências e valores específicos de cada sujeito, configurando-se assim como potente

estratégia para melhorar a saúde e a funcionalidade da população (GARG; SKEMPES; BICKENBACH, 2020).

Enquanto componentes do SUS, os serviços de reabilitação devem ser balizados por seus princípios e diretrizes, compreendendo a saúde em seu conceito ampliado e o processo saúde-doença como consequência das condições de vida e de trabalho, respeitando-se os princípios da integralidade, universalidade e equidade nas ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (BRASIL, 1990). Neste sentido, as legislações que regulamentam os serviços de reabilitação no âmbito do SUS acompanharam, em seus aspectos normativos, as transformações conceituais e filosóficas ancoradas no modelo social relacionadas à compreensão e uso do termo deficiência (CAETANO; SAMPAIO; COSTA, 2018).

Embora a utilização da CIF não seja obrigatória na maioria dos países, quando utilizada, proporciona uma estrutura biopsicossocial para orientar o desenvolvimento de políticas relacionadas à saúde, funcionalidade e à deficiência (LEONARDI et al., 2022). Entretanto, ainda são perceptíveis, na prática clínica, ações ancoradas no modelo biomédico, como demonstrado em estudo de Missel, Costa e Sanfelice (2017) que investigou as percepções e atuações de profissionais que atuam em serviços de reabilitação para pessoas com deficiências físicas, evidenciando que, embora os profissionais tenham percebido os fatores socioculturais envolvidos ao usuário, muitas vezes na prática tais percepções não se concretizam em ações, ao fazerem menção a um corpo-objeto fragmentado e, portanto, submisso à manipulação.

Abordar a funcionalidade humana significa compreender o desempenho das atividades de vida diária, resultantes do funcionamento de toda a estrutura interna/aspectos biopsicológicos, a relação com o ambiente externo, além da própria história de vida dos sujeitos (JARDIM, 2020). Torna-se fundamental a avaliação dos diversos aspectos envolvidos com a funcionalidade das pessoas com deficiência na admissão aos serviços bem como no decorrer do processo de reabilitação, de modo a possibilitar uma ampliação da autonomia e a participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida, tanto pessoais quanto sociais (BRASIL, 2020).

Baseada no modelo biopsicossocial, a CIF sintetiza os modelos médico e social, ou seja, não reduz a perspectiva de funcionalidade a apenas um aspecto, mas fornece uma visão coerente de diferentes perspectivas da saúde: biológica, individual e social (DI NUBILA, 2010). Neste sentido, possui relevância em diversos aspectos no campo da reabilitação, destacando-se: a unificação e padronização da linguagem, facilitando a comunicação entre os profissionais; a elaboração de planos terapêuticos individualizados e a geração de dados epidemiológicos para

sistemas de informação, dentre outros (CASTANEDA; GUIMARÃES; CASTRO, 2017). A CIF vem se tornando cada vez mais conhecida e a sua utilização crescente por profissionais de saúde, especialmente das áreas de reabilitação, tem ampliado as possibilidades de pensar em novas intervenções, bem como em políticas mais adequadas à realidade das complexas relações envolvidas com a funcionalidade humana (DI NUBILA, 2010).

Com amplo escopo e aplicabilidade, sua utilização propõe mudanças na maneira de definir, planejar e promover saúde, ampliando a atenção para o ambiente, sociedade, oportunidades de acesso, políticas públicas e para quaisquer outros fatores que se relacionem com a presença ou não de uma limitação (LUNA, 2017). Realizar a reabilitação sob a ótica da funcionalidade permite ampliar os horizontes e contextualizar o indivíduo, sua família e comunidade em uma perspectiva social, dando ênfase aos aspectos pertinentes à inclusão, atividades e participação do indivíduo em diferentes espaços (BRASIL, 2020).

Assim, os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada da RCPD devem promover a melhora da funcionalidade e a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, configurando-se em uma alternativa em potencial para a integralidade da atenção (BRASIL, 2012; ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016). Neste sentido, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência legitima o direito à reabilitação para estas pessoas, objetivando desenvolver potencialidades, talentos, habilidades e distintas aptidões que possam contribuir para sua autonomia e participação social, com condições e oportunidades idênticas às demais pessoas (BRASIL, 2015). Já a Portaria GM/MS Nº 1.526/2023, traz como objetivo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS a promoção e proteção da saúde das PcDs, através da ampliação do acesso ao cuidado integral, articulando com as demais políticas e ações intersetoriais, de modo a contribuir para a autonomia, qualidade de vida e inclusão social de destas pessoas (BRASIL, 2023).

De modo análogo, destacam-se os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), iniciativa global proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2015 como parte da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, através de 17 metas e 169 metas que objetivam a realização de ações universais para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e garantir que todas as pessoas tenham acesso a oportunidades e bem-estar de forma equitativa e sustentável. Alguns objetivos fazem menção direta às PcDs, como por exemplo o objetivo 10.2, que busca empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos, independentemente da condição de idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião ou condição econômica (ONU, 2015). Assim, destaca-se que as ações em saúde direcionadas às PcDs devem estar em consonância com essa agenda, de modo a garantir ao

garantir o acesso igualitário à RCPD bem como a cuidados de saúde resolutivos e de qualidade, visando a redução de desigualdades as quais estas pessoas estão frequentemente expostas.

Para a efetivação dessas prerrogativas, as ações de reabilitação devem considerar o impacto da deficiência sobre a funcionalidade e se constituírem a partir das necessidades singulares de cada sujeito, considerando, ainda, os fatores emocionais, ambientais, comunicacionais, sociais e desempenho ocupacional (BRASIL, 2020). Assim, a reabilitação, quando embasada no modelo biopsicossocial proposto pela CIF, pode representar um potente espaço para o estabelecimento de novas práticas e combinações tecnológicas que articulem as noções de deficiência e limitações funcionais (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016).

Frente a este contexto, pesquisa realizada por Gomes et al. (2019) propôs a criação de uma ferramenta baseada na CIF e seus qualificadores para avaliação de usuários de um serviço de reabilitação, a qual mostrou-se capaz de acompanhar a evolução dos mesmos bem como auxiliar na programação de metas terapêuticas por meio de uma linguagem padronizada para a equipe. De modo semelhante, Biz e Chun (2020), em estudo envolvendo o processo de implementação da CIF em um serviço de reabilitação, concluíram que o envolvimento dos profissionais no processo de operacionalização da CIF potencializa uma maior prática da abordagem biopsicossocial, além de vislumbrar evidências na resolutividade do serviço, visibilidade e organização do processo de trabalho.

Em estudo que avaliou a percepção de profissionais sobre suas experiências em relação ao processo de reorientação do modelo assistencial da Rede de Reabilitação em Belo Horizonte com base na CIF, concluiu-se os processos de reabilitação ancorados no modelo biopsicossocial podem representar um potente espaço para o estabelecimento de novas práticas e combinações tecnológicas com foco na funcionalidade, contexto e na relação entre estes (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016). Ainda, Castaneda (2018) destaca a relevância da CIF como uma importante ferramenta para o campo da Promoção da Saúde, uma vez que a CIF e a Política Nacional de Promoção da Saúde possuem propostas semelhantes, especialmente no que diz respeito ao envolvimento dos sujeitos para aumentar a autonomia e corresponsabilidade. A Política Nacional de Promoção da Saúde, assim como a CIF, traz em sua base o conceito ampliado de saúde e possui como um de seus eixos operacionais as Redes de Atenção à Saúde, estimulando práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais e na integralidade do cuidado, vislumbrando transversalizar a promoção da saúde em toda a rede de atenção (BRASIL, 2014).

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo geral**

Analisar os processos envolvidos e descrever o percurso da implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em um Serviço Especializado de Referência Regional em Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

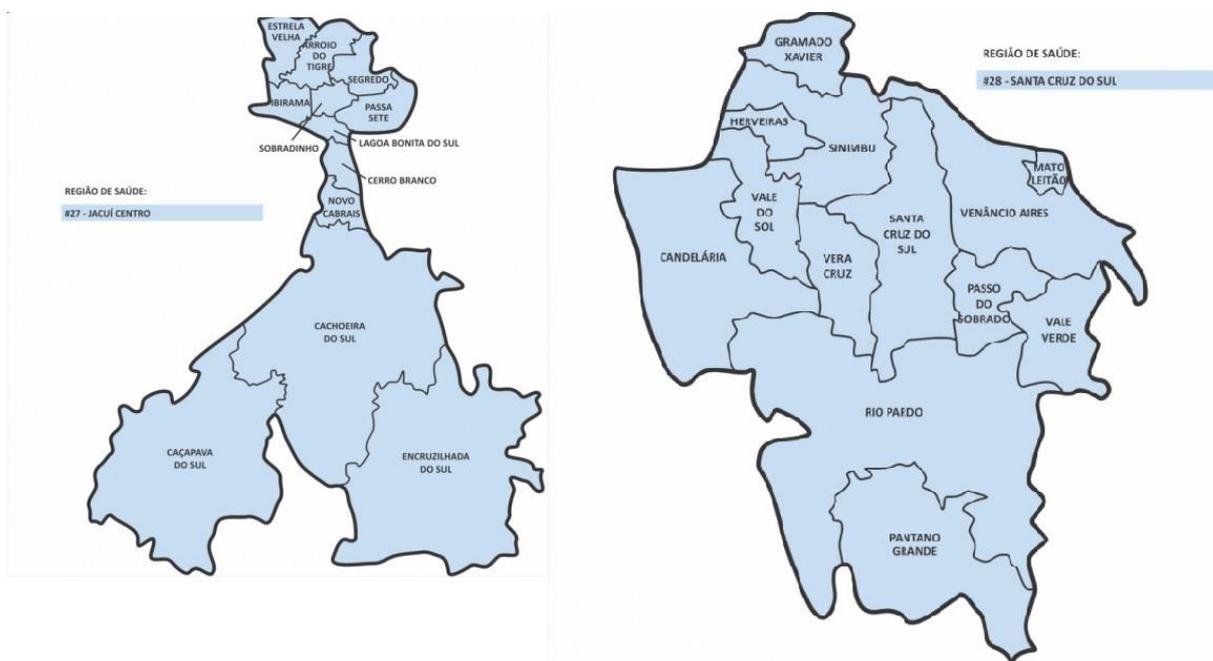
- a) Descrever e analisar a implementação da CIF em um Serviço Especializado de Referência Regional em Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul por meio da utilização de tecnologias do cuidado, considerando as interfaces da territorialidade neste percurso.
- b) Evidenciar conhecimentos, percepções e perspectivas da utilização da CIF da equipe de trabalho que compõe um Serviço Especializado de Reabilitação Física, durante processo de implementação e utilização da CIF neste serviço.
- c) Delinear as principais características dos usuários atendidos pelo serviço estudado e compreender aspectos relativos à funcionalidade e incapacidade de acordo com avaliação biopsicossocial baseada na CIF.
- d) Analisar as perspectivas da pessoa com deficiência física quanto ao processo de atenção à saúde, sob o viés dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
- e) Analisar a organização e o acesso à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por meio da narrativa de sujeitos com deficiência física.
- f) Desenvolver produto técnico de informática/informatização, a fim de facilitar e padronizar a implementação e utilização da CIF em Serviço de Reabilitação.
- g) Desenvolver produtos técnico-pedagógicos e materiais de apoio para facilitar a compreensão e utilização da CIF.

## 1.4 MÉTODO

### 1.4.1 Amostra/população/sujeitos/período

O estudo foi realizado no período de março de 2021 a setembro de 2023 no Serviço Especializado de Reabilitação Física de nível intermediário (SRFis), localizado no campus sede da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), o qual é referência em Reabilitação Física para usuários do SUS de 25 municípios das Regiões dos Vales do Rio Grande do Sul (RS), pertencentes às Regiões de Saúde 27 e 28. A Região de Saúde 27 tem Cachoeira do Sul como município sede, além de abranger outros 11 municípios, totalizando uma população de 200.264 habitantes. Já a Região de Saúde 28 possui 13 municípios e uma população de 357.158 habitantes, tendo como sede Santa Cruz do Sul. Mapa. As duas Regiões de Saúde estão ilustradas na figura abaixo:

Figura 3 - Abrangência das Regiões de Saúde 27 (Jacuí Centro) e 28 (Santa Cruz do Sul)



Fonte: SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

Sua área física é de 983 m<sup>2</sup>, composta pelas seguintes estruturas: Recepção e sala de espera; dois Consultórios para avaliação fisioterapêutica; uma Sala de orientação de estágio; uma Sala de Fisioterapia Pediátrica; uma Sala para os estagiários; Setor de Cinesioterapia; Setor

de Mecanoterapia; Setor de Hidroterapia (piscina aquecida e turbilhão); duas Salas para Projetos de Extensão; Setor de Eletroterapia e Parafina; três conjuntos de sanitários acessíveis.

O acesso a este serviço especializado, credenciado pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado do RS e pelo Ministério da Saúde, se dá mediante encaminhamento por profissional de saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde de cada um dos municípios que compõem as Regiões de Saúde 27 e 28, passando por um processo regional de regulação de prioridades, para então ocorrer o acesso e vinculação ao serviço. Ao ingressar no serviço, o usuário passa por uma triagem onde são coletadas as suas informações e demandas específicas. Posteriormente, conforme suas necessidades, é realizada a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPMs), além de reabilitação físico-funcional.

Abrange a população em todos os ciclos de vida e com diferentes necessidades, desde bebês com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, crianças, adultos e idosos com acometimento neurológicos, vasculares, ortopédicos, dentre outros. Atualmente, trinta novos usuários ingressam no serviço mensalmente, permanecendo vinculados a este o tempo necessário para o seu processo de reabilitação, conforme avaliação especializada. A equipe é composta por 01 Fisioterapeuta, 01 Enfermeira, 01 Terapeuta Ocupacional; docentes dos cursos de Fisioterapia (01), Serviço Social (01) e Psicologia (01); acadêmicos dos cursos de graduação em Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia e Enfermagem. Destaca-se que este serviço se configura também como importante espaço para a formação acadêmica profissional de cursos da área da saúde, fomentando, desta maneira, o fazer das profissões associando a formação e a atenção em saúde.

Deste modo, a população do estudo abrangeu toda a equipe atuante no SRFis, totalizando 12 sujeitos. Também foram sujeitos do estudo pessoas com deficiências físicas, usuárias do SRFis e que passaram por processo de avaliação para ingresso no serviço ou reavaliação no período do estudo ou reavaliação, totalizando 160 sujeitos.

#### **1.4.1.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídos todos os acadêmicos, docentes e profissionais em atuação no serviço, que concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também foram incluídos usuários do SRFis maiores de 18 anos com alguma deficiência, que ingressaram para processo de avaliação ou reavaliação no SRFis no período de coleta de dados.

#### **1.4.1.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos do estudo aqueles sujeitos com condições físicas e/ou cognitivas que limitem a comunicação para a realização das técnicas de coleta de dados e que não possuam responsável legal que possa representá-lo(a).

#### **1.4.2 Delineamento metodológico**

O Projeto de Pesquisa “Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul”, foi contemplado na “Chamada Decit/SCTIE/MS-CNPq-FAPERGS No 08/2020 – PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS”, tendo financiamento público para sua execução via Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

A pesquisa consistiu em um estudo do tipo pesquisa ação, através de um estudo de caso, com enfoque qualitativo. A pesquisa ação implica associação com uma ação específica ou então com a resolução de problemas coletivos, na qual os pesquisadores e participantes se envolvem de maneira cooperativa ou participativa, interagindo em prol de um resultado (PRODANOV; FREITAS, 2013). Ainda, neste tipo de estudo, os sujeitos da pesquisa passam a ter a oportunidade de se libertar de mitos e preconceitos, assumindo um caráter emancipatório e tomando consciência das transformações que ocorrem no decorrer do processo (THIOLLENT, 2009). Estudos de caso, por meio de estratégias de investigação qualitativa, podem ser utilizados para descrever e analisar contextos, relações e percepções a respeito de determinada situação, fenômeno ou episódio, sendo úteis para a geração de conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, como por exemplo intervenções e processos de mudança (MINAYO, 2014).

Foi utilizada a abordagem qualitativa em virtude de apresentar como aspectos essenciais o reconhecimento e análise dos dados sob diferentes perspectivas e as reflexões dos próprios pesquisadores sobre a pesquisa como parte do processo de produção do conhecimento. Deste modo, os objetos de estudo podem ser representados em seus contextos cotidianos, o que implica na não possibilidade de generalização para toda uma população (FLICK, 2009). Optou-se por esta abordagem pelo motivo da aplicação ao estudo da história, relações, representações,

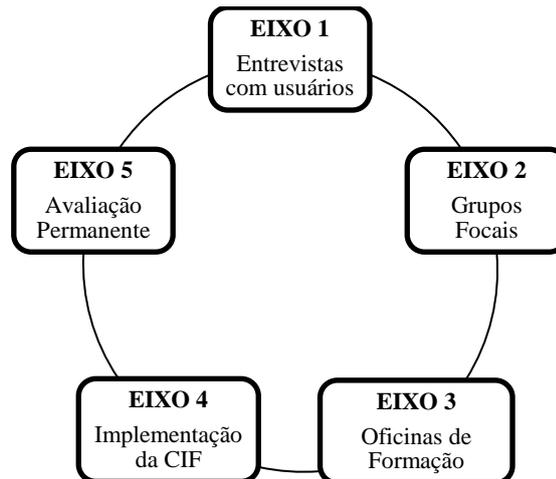
crenças, percepções e opiniões dos sujeitos, possibilitando uma sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica do processo em estudo (MINAYO, 2014).

Destaca-se que a pesquisa-ação é uma abordagem de pesquisa que combina a investigação acadêmica com ação prática para resolver problemas específicos em contextos do mundo real. Tradicionalmente associada a abordagens qualitativas de coleta e análise de dados, a pesquisa-ação também pode incorporar elementos quantitativos por diversas razões, como ocorreu na presente pesquisa, como oferecer uma compreensão mais ampla de informações que podem não ser evidentes apenas com métodos qualitativos, além da validação e confirmação dos resultados obtidos por meio de métodos qualitativos. Portanto, mesmo se tratando de uma pesquisa qualitativa em essência, a integração de dados quantitativos nesta pesquisa-ação enriqueceu a compreensão do fenômeno em estudo. Assim, justifica-se a ênfase qualitativa nesta pesquisa para descrever todo o percurso de implementação da CIF, ouvindo e valorizando as percepções de todos os envolvidos com este processo, através de um olhar ampliado proporcionado pela visão qualitativa.

### **1.4.3 Técnicas e instrumentos de coleta**

O processo de pesquisa ação, conforme Thiollent (2009), pode ser dividido em quatro fases: fase exploratória para identificação do problema, fase de planejamento da ação, considerando as possibilidades para resolução do problema, fase de execução das ações a partir de um roteiro de ação e fase de avaliação. De maneira a contemplar estas fases da pesquisa ação, o projeto foi subdividido em cinco grandes eixos, quais sejam: Eixo 1 (Entrevistas semiestruturadas), Eixo 2 (Grupos Focais), Eixo 3 (Oficinas de Formação), Eixo 4 (Implementação da CIF), Eixo 5 (Avaliação Permanente). Todas as etapas do processo de implementação da CIF foram permeadas por um constante *feedback* das informações produzidas, dado o caráter participativo e cooperativo deste tipo de estudo, sendo passível a adequação às necessidades do serviço e dos participantes. Destaca-se que, embora descritos de maneira isolada, os cinco eixos não ocorreram de forma linear, sendo interdependentes, conforme ilustrado na figura abaixo.

Figura 4 – Eixos da pesquisa



Fonte: elaborado pela autora

Eixo 1: Realização de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A) para reconhecer as percepções dos usuários que utilizam o SRFis acerca do modelo de atenção predominante no cuidado às pessoas com deficiências físicas. A entrevista neste formato permite a obtenção de dados subjetivos que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, permitindo uma reflexão e representação do próprio sujeito sobre a realidade, permitindo ao entrevistado responder sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada, justificando-se pela expectativa de que os sujeitos expressem seus pontos de vista a respeito do tema em questão (MINAYO, 2014; FLICK, 2009).

Foram entrevistadas 67 pessoas que responderam questões norteadoras que versaram sobre informações sociodemográficas e sobre a deficiência; sobre os serviços de saúde que utilizavam; processo de encaminhamento ao serviço de reabilitação; cuidados em saúde que recebiam bem como suas percepções sobre estes. As entrevistas foram gravadas através de gravador digital mediante consentimento prévio dos sujeitos e transcritas em sua íntegra e ocorreram até que ocorresse a saturação das informações (MINAYO, 2014).

Eixo 2: Realização de Grupos Focais (GF) com com questões norteadoras que buscaram trazer para a discussão e reflexão o processo de implementação da CIF. Foram convidados a participar dos GF toda a equipe que compõe o SRFis, incluindo profissionais, docentes e acadêmicos. A utilização de GF como técnica de pesquisa permite ao pesquisador reunir, num mesmo local e durante determinado período, os sujeitos que constituem o estudo, visando coletar informações acerca de determinado tema a partir do diálogo e debate entre estes, propiciando aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (FLICK, 2009; MINAYO, 2014). Conforme Dall’agnol et al. (2012), a discussão participativa e focada em tópicos específicos e diretivos no GF valoriza a interação entre pesquisador e participantes,

proporcionando troca de experiências, conceitos e opiniões. Deste modo, torna-se possível elaborar estratégias coletivas para solucionar problemas e transformar realidades, incluindo a do próprio serviço estudado, potencializando o protagonismo dos participantes na medida em que dialogam e constroem coletivamente os resultados da pesquisa, mostrando-se uma estratégia coerente em estudos que têm o intuito de planejar intervenções em saúde e discussões da realidade.

A partir destas premissas, elencou-se a utilização de GF nesta pesquisa como um meio de envolver os participantes em momentos para contextualizar, analisar e refletir sobre o processo de implementação da CIF no SRFis, motivados pelas discussões desencadeadas pelas questões norteadoras. Os sujeitos foram convidados a participar dos GF pessoalmente de maneira formal, apresentando-se os objetivos da pesquisa, a relevância da adesão, bem como a garantia do anonimato. Os grupos focais foram realizados em horário de trabalho da equipe, previamente pactuado com a coordenação do SRFis.

As atividades dos GF foram estruturadas observando-se a seguinte sequência: problematização da realidade e identificação das necessidades do serviço, análise da(s) situação/situações problema com propostas de soluções. Para cada GF foram disparadas questões norteadoras conforme descritas nos Apêndices B, C e D, com o intuito de direcionar as discussões para que os objetivos do estudo fossem alcançados. O conteúdo das discussões foi registrado em sua íntegra, através de gravação digital. Os participantes foram distribuídos em torno de uma mesa ou cadeiras disponibilizadas em forma de círculo, com o objetivo de favorecer a interação entre todos os participantes (TRAD, 2009).

Foram realizados 4 grupos focais no período do estudo, sendo disparadas questões norteadoras que abordaram o conhecimento e percepções da equipe sobre a CIF, reflexões sobre o processo de implementação, bem como os impactos da utilização da CIF no serviço. Cada grupo foi realizado em sala de reuniões do próprio serviço, sendo conduzido por no mínimo um moderador e um observador. O moderador foi a própria pesquisadora, a qual coordenou as atividades do GF com as questões norteadoras. Já o observador foi um acadêmico/bolsista vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) para que realizasse os registros das informações do grupo focal e participantes, auxiliando em todos os momentos do grupo focal, porém, sem interferir na moderação dos questionamentos proferidos pelos participantes (GATTI, 2005).

Participaram dos Grupos Focais todos os membros da equipe, totalizando 12 sujeitos. Entretanto, cabe destacar que houve substituição de membros da equipe durante o decorrer da pesquisa, sendo os novos integrantes imediatamente inseridos na pesquisa, mediante assinatura

do TCLE. Desta forma, os participantes foram os mesmos em todos os grupos focais, bem como nas oficinas de formação que serão apresentadas no eixo 3.

Eixo 3: Foram realizadas oficinas de formação com o objetivo de qualificar a equipe do SRFis sobre a utilização da CIF através de estratégias de educação permanente em saúde, que aconteceram através de atividades em grupo, utilização de metodologias ativas de aprendizagem e produção de materiais de apoio. Ocorreram dez encontros e foram convidados a participar todos os trabalhadores do serviço, bem como docentes e acadêmicos que desenvolvem atividades no local. A cada encontro foram produzidos materiais de apoio, audiovisuais e/ou educativos (impressos e/ou virtuais), bem como durante todo o processo de implementação, voltados tanto para a equipe quanto para usuários do serviço e rede de atenção.

Eixo 4: Implementação da CIF no processo de avaliação individual de usuários do SRFis. Este eixo foi executado pela equipe do serviço, conforme agendamento pré-definido, com apoio da pesquisadora e ocorreu de maneira intercalada com os grupos focais (Eixo 2). O instrumento de classificação, complementar ao processo de avaliação já realizado pelo SRFis, foi construído em conjunto com a equipe, com base nas demandas elencadas por esta nas oficinas e grupos focais.

Este eixo foi executado pela equipe do serviço com apoio dos pesquisadores através de *software* próprio denominado SisCIF - Sistema Inteligente para CIF, desenvolvido coletivamente com base nas demandas elencadas pela equipe nas oficinas e grupos focais, norteado pelo documento da CIF, versão completa e atualizada. Foi realizado um estudo piloto com aplicação do instrumento em formato de *software* desenvolvido com usuários do SRFis para avaliação quanto à sua apresentação e aplicabilidade. Após discussão e validação final em grupo focal, o mesmo foi aplicado no processo de avaliação de 93 usuários maiores de 18 anos que ingressaram para processo de avaliação ou reavaliação no SRFis, independente do diagnóstico clínico e/ou patologia de base, conforme critérios de inclusão. O software, denominado “SisCIF Sistema Inteligente para CIF” teve registro de patente concedido pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial e foi disponibilizado ao serviço para que pudessem continuar fazendo uso do mesmo após o término da pesquisa.

Eixo 5: Foram realizadas avaliações permanentes das ações descritas nos eixos anteriores, através de instrumentos com questões fechadas e abertas direcionadas para este fim, a serem respondidas pelos sujeitos do estudo. Os instrumentos foram direcionados para que se tivesse um *feedback* constante frente às ações realizadas.

Destaca-se ainda que, em todos os eixos, a percepção da pesquisadora foi registrada em diário de campo, possibilitando relatar informações relevantes para complementar e dar sentido

aos dados coletados, uma vez que a pesquisadora foi parte do contexto estudado. O diário de campo, como prática discursiva, é considerado como ferramenta de pesquisa que possibilita a documentação, através da escrita, da implicação do pesquisador com o campo de pesquisa, trazendo os conhecimentos e saberes do pesquisador, propostas, ações, angústias, desejos, avanços e dificuldades (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014; PEZZATO; L'ABBATE, 2011). Engloba a descrição dos procedimentos do estudo, do desenvolvimento das atividades realizadas além de possíveis alterações realizadas ao longo do percurso da pesquisa, servindo como uma narrativa textual das impressões do pesquisador imerso no campo da pesquisa, produzindo reflexões que podem complementar ou disparar novas análises (KROEF; GAVILLON; RAMM, 2020).

#### **1.4.4 Processamento e análise de dados**

A fim de se obter uma melhor compreensão dos dados obtidos, foi realizada uma análise conjunta e articulada dos diversos instrumentos utilizados em todos os eixos da pesquisa, tendo como eixo norteador a Análise de Conteúdo (MINAYO, 2014).

Eixos 1 e 2: As entrevistas e grupos focais foram gravados, transcritos e submetidos à Análise de Conteúdo. Foram cumpridas as etapas de pré-análise com leitura compreensiva dos textos transcritos; exploração do material buscando alcançar o núcleo de compreensão por meio da elaboração de categorias de análise e agrupamento de trechos de depoimentos significativos, culminando com o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados (MINAYO, 2014). Ainda, as observações e reflexões realizadas pela pesquisadora e registradas em diário de campo deram subsídios para complementar a análise.

Eixo 3: Os registros de cada uma das oficinas de formação foram realizados pela pesquisadora, sendo compostos pelas seguintes seções: cabeçalho (contendo data, horário, local, participantes), objetivos da oficina, conteúdo programático, relato do encontro (contendo narrativa com descrição de acontecimentos relevantes, incluindo as facilidades e dificuldades apresentadas durante o transcorrer das mesmas) e avaliação/encaminhamentos (perspectivas para as próximas oficinas).

Eixo 4: Os dados obtidos através do *software* foram tabulados em banco eletrônico no programa Microsoft® Excel 2017 (Sistema Operacional Windows 2017, Microsoft Corporation Inc.) e submetidos à análise estatística, sendo as variáveis categóricas representadas por frequência absoluta (n) e relativa (%) e as variáveis contínuas descritas na forma de média e desvio padrão, de modo a se contemplar o objetivo específico de conhecer o perfil dos pacientes

em avaliação no SRFis, com enfoque para as informações relativas à funcionalidade, obtidas através da CIF.

Eixo 5: Os dados obtidos junto aos questionários de avaliação permanente foram digitados em planilhas específicas no programa Microsoft Excel e realizada análise numérica-descritiva, através do cálculo de porcentagens e frequências absolutas e relativas e as questões abertas foram analisadas em seu conteúdo, com o intuito de avaliar de maneira contínua bem como qualificar as atividades propostas pela pesquisa.

#### **1.4.5 Considerações éticas**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o parecer número 4.446.238, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Ademais, foi garantida a proteção da confidencialidade das respostas e dos dados pessoais coletados durante o estudo, bem como todos os documentos foram armazenados em armário com chave em sala própria do Grupo de Pesquisa em Saúde da UNISC (GEPS) e serão descartados após o período de cinco anos.

**CAPÍTULO II**  
**PRODUTOS DA TESE: MANUSCRITOS, ARTIGO CIENTÍFICO,**  
**CAPÍTULOS DE LIVROS E PRODUTOS TÉCNICOS**

## 2.1 MANUSCRITOS E ARTIGOS

### 2.1.1 MANUSCRITO 1

Texto do manuscrito original: “**TECNOLOGIAS DO CUIDADO NA IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA**”, a ser submetido à Revista Panamericana de Salud Pública (ISSN 1680-5348), QUALIS- CAPES A3 na área Interdisciplinar e, em anexo, Cópia das Normas completas da Revista (ANEXO B).

#### **TECNOLOGIAS DO CUIDADO NA IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA**

#### **TECHNOLOGIES OF CARE IN THE IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH IN A PHYSICAL REHABILITATION SERVICE**

### **RESUMO**

Introdução: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), baseada em uma abordagem multidimensional e biopsicossocial da saúde, oferece uma perspectiva inovadora para a utilização de distintas tecnologias (leves, leve-duras e duras) no cuidado e reabilitação de Pessoas com Deficiência (PcDs). Apesar de ser inegável a relevância da utilização da CIF no contexto da deficiência, ainda há uma carência de relatos detalhados sobre a sua implementação e utilização em serviços de reabilitação, especialmente no que se refere ao uso de diferentes tecnologias do cuidado neste processo. Objetivo: descrever e analisar a implementação da CIF em um Serviço Especializado de Referência Regional em Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul por meio da utilização de tecnologias do cuidado. Método: Pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, realizada no Serviço Especializado de Reabilitação Física de nível intermediário (SRFis) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) entre março de 2021 e setembro de 2023. A pesquisa teve 5 eixos, incluindo entrevistas semiestruturadas com PcDs, grupos focais, oficinas de formação com a equipe do serviço, implementação da CIF por meio de *software* específico e avaliações contínuas. A análise dos dados foi conduzida por meio da Análise de Conteúdo, tendo como eixo teórico condutor as concepções teóricas das tecnologias do cuidado. Resultados: Os resultados são apresentados em três categorias temáticas: “Tecnologias leves para aproximação com o contexto de Pessoas com Deficiência física em processo de reabilitação”; “Tecnologias leve e leve-duras para a qualificação do cuidado à Pessoas com Deficiência física em processo de reabilitação”; “Tecnologias duras como suporte para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em Serviço de Reabilitação”.

Considerações finais: O uso combinado de tecnologias do cuidado, incluindo tecnologias leves, leve-duras e duras, desempenhou um papel fundamental no processo de implementação da CIF no processo de reabilitação, permitindo valorizar as características únicas dos usuários e do próprio serviço de reabilitação.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Tecnologias em Saúde; Serviços de Reabilitação

### **ABSTRACT**

**Introduction:** The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), based on a multidimensional and biopsychosocial approach to health, offers an innovative perspective for the use of different technologies (soft, soft-hard and hard) in the care and rehabilitation of People with Disabilities (PwDs). Although the relevance of using the ICF in the context of disability is undeniable, there is still a lack of detailed reports on its implementation and use in rehabilitation services, especially with regard to the use of different care technologies in this process. **Objective:** to describe and analyze the implementation of the ICF in a Specialized Regional Reference Service in Physical Rehabilitation of the Unified Health System in Rio Grande do Sul through the use of care technologies. **Method:** Action research, with a qualitative approach, carried out at the Specialized Intermediate Level Physical Rehabilitation Service (SRFis) at the University of Santa Cruz do Sul (UNISC) between March 2021 and September 2023. The research had 5 axes, including interviews semi-structured sessions with PwDs, focus groups, training workshops with the service team, implementation of the ICF through specific software and continuous assessments. Data analysis was conducted through Content Analysis, with the theoretical conceptions of care technologies as the guiding theoretical axis. **Results:** The results are presented in three thematic categories: “Soft technologies to approach the context of People with Physical Disabilities in the rehabilitation process”; “Soft and soft-hard technologies for the qualification of care for People with Physical Disabilities in the rehabilitation process”; “Hard technologies as support for the implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Rehabilitation Services”. **Final considerations:** The combined use of care technologies, including soft, soft-hard and hard technologies, played a fundamental role in the process of implementing the ICF in the rehabilitation process, allowing the unique characteristics of users and the rehabilitation service itself to be valued.

**Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health; Health Technology; Rehabilitation Services

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

## 2.1.2 MANUSCRITO 2

Texto completo do manuscrito original: “**QUALIFICAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE PARA USO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE COMO DISPARADORA DE MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**”, a ser submetido à Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação (ISSN 1807-5726), QUALIS- CAPES A2 na área Interdisciplinar e, em anexo, Cópia das Normas completas da Revista (ANEXO C).

**QUALIFICAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE PARA USO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE COMO DISPARADORA DE MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**

**QUALIFICATION OF HUMAN RESOURCES IN HEALTH FOR THE USE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH AS A TRIGGER FOR CHANGES IN THE HEALTH CARE OF PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES**

### **RESUMO**

**Introdução:** A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em serviços de reabilitação física busca uma mudança de paradigma na atenção à saúde de Pessoas com Deficiência, por meio de uma abordagem biopsicossocial. **Objetivo:** evidenciar o conhecimento acerca da CIF, percepções e perspectivas da equipe de trabalho que compõe um Serviço Especializado de Reabilitação Física no processo de implementação e utilização desta classificação. **Método:** pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação através de grupos focais com questões norteadoras para contextualizar, analisar e refletir sobre o processo de implementação da CIF no serviço de reabilitação. **Resultados:** Os dados são apresentados em três categorias temáticas que expressam o conhecimento prévio e expectativas em relação à CIF, facilidades e dificuldades durante a implementação e impactos após este processo. A equipe demonstrou interesse em conhecer ou aprofundar o conhecimento em relação à CIF, bem como destacam a relevância da utilização desta para a qualificação de processos de trabalho. **Considerações finais:** torna-se necessário identificar a realidade das vivências dos profissionais da área da saúde e enfatizar estratégias de educação continuada e/ou permanente sobre o uso da CIF, de modo que esta possa ser incluída no cotidiano dos serviços, através de uma perspectiva biopsicossocial.

**Palavras-Chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Reabilitação; Modelos de Assistência à Saúde; Educação Permanente

**ABSTRACT**

**Introduction:** The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in physical rehabilitation services seeks a paradigm shift in the health care of People with Disabilities, through a biopsychosocial approach. **Objective:** to demonstrate the knowledge about the ICF and perceptions of the work team that make up a Specialized Physical Rehabilitation Service in the process of implementing and using this classification. **Method:** qualitative action-research research through focus groups with guiding questions to contextualize, analyze and reflect on the process of implementing the ICF in the rehabilitation service. **Results:** Data are presented in three thematic categories that express prior knowledge and expectations regarding the ICF, facilities and difficulties during implementation and impacts after this process. The team showed interest in knowing or deepening knowledge regarding the ICF, as well as highlighting the relevance of using it for the qualification of work processes. **Final considerations:** it is necessary to identify the reality of the experiences of health professionals and emphasize strategies for continuing and/or permanent education on the use of the ICF, so that it can be included in the daily routine of services, through a biopsychosocial perspective.

**Key words:** International Classification of Functioning, Disability and Health; Rehabilitation; Healthcare Models; Education, Continuing

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

### 2.1.3 MANUSCRITO 3

Texto completo do manuscrito original: “**DESCRIÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: UMA ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**”, submetido à Revista Acta Fisiátrica (ISSN 2317-0190), QUALIS- CAPES B1 na área Interdisciplinar e, em anexo, Cópia das Normas completas da Revista (ANEXO D) e comprovante de submissão do artigo para publicação (ANEXO E).

**DESCRIÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA:  
UMA ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO  
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**

**DESCRIPTION OF THE HEALTH PROFILE OF PEOPLE WITH PHYSICAL  
DISABILITIES: A BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH BASED ON THE  
INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND  
HEALTH**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Delinear as principais características de usuários de um serviço de reabilitação física e compreender aspectos relativos à funcionalidade e incapacidade de acordo com avaliação biopsicossocial baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Métodos:** Estudo transversal do tipo quantitativo, desenvolvido com 93 Pessoas com Deficiência em processo de reabilitação em um serviço especializado de reabilitação física. Os dados foram dispostos em *software* próprio composto por dados de identificação, caracterização clínica e 135 códigos da CIF, contemplando seus quatro componentes e após foram submetidos à análise estatística descritiva. **Resultados:** No componente “Estruturas Corporais”, sobressaíram códigos relativos aos membros inferiores e cérebro. Nas “Funções Corporais” destacam-se funções de linguagem, percepção, vestibulares e voz, além daquelas relacionadas ao padrão da marcha, tônus muscular, mobilidade das articulações e força muscular. No que envolve “Atividade e Participação” destacam-se dificuldades relativas ao andar, deslocar-se, auto transferências e autocuidado. No componente “Fatores Ambientais” sobressaíram os produtos para facilitar a mobilidade e transporte pessoal, bem como o apoio de profissionais de saúde e família próxima e a existência de serviços, sistemas e políticas relacionados com a seguridade social e com a saúde. **Conclusão:** Evidenciaram-se situações de funcionalidade e incapacidade diversas, destacando-se alterações relacionadas ao movimento que dificultam atividades de mobilidade e autocuidado. Reforça-se a relevância de produtos para facilitar tais atividades, bem como o apoio de familiares, profissionais, serviços e sistemas de saúde e seguridade. A CIF, por meio da perspectiva biopsicossocial, pode contribuir para um processo de reabilitação que valoriza a singularidade do indivíduo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Software; Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência.

**ABSTRACT:**

**Objective:** To outline the main characteristics of users of a physical rehabilitation service and to understand aspects related to functioning and disability according to a biopsychosocial evaluate based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Methods:** Quantitative cross-sectional study was conducted with 93 People with Disabilities undergoing rehabilitation in a specialized physical rehabilitation service. The data were organized using own software, composed of identification data, clinical characterization and 135 ICF codes, covering its four components, which were then subjected to descriptive statistical analysis. **Results:** Under the "Body Structures" component, codes related to lower limbs and the brain stood out. In the "Body Functions" component, functions related to language, perception, vestibular functions, and voice stood out, as well as those related to gait pattern, muscular tone, joint mobility, and muscular strength. In the realm of "Activity and Participation," difficulties related to walking, moving around, self-transfers, and self-care were prominent. Within the "Environmental Factors" component, products to facilitate mobility and personal transportation, as well as the support of healthcare professionals and close family, and the existence of services, systems, and policies related to social security and health were highlighted. **Conclusion:** Diverse situations of functioning and disability were evidenced, with alterations related to movement that hinder mobility and self-care activities being prominent. The importance of products to facilitate such activities, along with the support of family members, professionals, healthcare services, and systems, is reinforced. The ICF, through a biopsychosocial perspective, can contribute to a rehabilitation process that values the individual's uniqueness.

**KEYWORDS:** International Classification of Functioning, Disability and Health; Software; Health Services for Persons with Disabilities.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

#### 2.1.4 MANUSCRITO 4

Texto completo do manuscrito original: “**PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: CAMINHOS PARA A EQUIDADE EM SAÚDE**”, a ser submetido à Revista Saúde em Debate (ISSN 2358-2898), QUALIS- CAPES A4 na área Interdisciplinar e, em anexo, Cópia das Normas completas da Revista (ANEXO F).

#### **Pessoas com Deficiência e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável:**

#### **caminhos para a equidade em saúde**

#### **People with Disabilities and the Sustainable Development Goals:**

#### **Pathways to Health Equity**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** analisar as perspectivas de Pessoas com Deficiência (PcDs) física quanto ao processo de atenção à saúde, sob o viés dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS). **Métodos:** Estudo de caso qualitativo, com eixo teórico condutor a promoção da equidade na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e as premissas da Agenda 2030 frente aos ODS. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 37 PcDs usuárias de um Serviço de Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul. **Resultados:** Identificou-se três eixos temáticos com estreita relação entre a atenção à saúde de PcDs e os ODS: Inserção, exclusão e modelos de existência; Saúde e bem-estar: participação social, informação e direitos; Políticas públicas, deficiência e redução da desigualdade. **Conclusões:** As percepções de PcDs impactam na participação e inclusão social e ressaltam a carência de consolidação de políticas públicas que objetivam a redução de desigualdades e promoção da equidade. A Agenda 2030 oportuniza estratégias de enfrentamento das desigualdades vivenciadas pelas PcDs, contribuindo para a democratização dos espaços e práticas de saúde no âmbito do SUS.

**Palavras-chave:** Pessoa com deficiência; Desenvolvimento Sustentável; Assistência Integral à Saúde; Sistema Único de Saúde; Equidade em Saúde

#### **ABSTRACT**

**Objective:** to analyze the perspectives of People with Physical Disabilities (PwDs) regarding the health care process, under the perspective of the Sustainable Development Goals (SDGs). **Methods:** Qualitative case study, with a theoretical axis leading to the promotion of equity in the Care Network for Persons with Disabilities and the premises of the 2030 Agenda in relation to the SDGs. Semi-structured interviews were conducted with 37 PwD users of a Physical Rehabilitation Service of the Unified Health System (SUS) in Rio Grande do Sul. **Results:** Three thematic axes were identified with a close relationship between the health care of PwD

and the SDGs: Insertion, exclusion and models of existence; Health and well-being: social participation, information and rights; Public policies, disability and inequality reduction. Conclusions: The perceptions of PwDs impact on participation and social inclusion and highlight the lack of consolidation of public policies aimed at reducing inequalities and promoting equity. The 2030 Agenda offers strategies to face the inequalities experienced by PwDs, contributing to the democratization of spaces and health practices within the scope of the SUS.

Keywords: Person with disability; Sustainable development; Comprehensive Health Care; Health Unic System; Health Equity

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

### **2.1.5 ARTIGO 1**

Texto completo do artigo original: **“SOBRE A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: NARRATIVAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO”**, publicado na Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia (ISSN 2317-34X), QUALIS- CAPES A3 na área Interdisciplinar (ANEXO G).

#### **SOBRE A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: NARRATIVAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO**

#### **CONCERNING THE CARE NETWORK FOR DISABLED PERSONS: NARRATIVES OF PERSONS IN SEARCH OF INTEGRALITY IN HEALTH**

##### **Resumo**

O objetivo do estudo foi analisar a organização e o acesso à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) por meio da narrativa de sujeitos com deficiência física usuários de um Serviço Especializado de Reabilitação Física, referência para duas Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Trata-se de um recorte do primeiro de cinco eixos delineados na pesquisa-ação intitulada Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul. Trinta e sete usuários de um serviço especializado de reabilitação física responderam entrevistas semiestruturadas as quais foram submetidas por técnica de Análise de Conteúdo culminando em duas categorias temáticas, tomando como eixo condutor as concepções teóricas da integralidade do cuidado. Uma categoria versa sobre os itinerários percorridos na rede de cuidados para obter acesso ao serviço especializado de reabilitação, destacando-se o papel primordial da Atenção Primária à Saúde nesse processo para a ordenação e coordenação do cuidado. A outra destaca o processo

de constituição e consolidação de vínculos com o referido serviço especializado, direcionando para a sua importância no processo de reabilitação e garantia da integralidade. A narrativa dos entrevistados indicou a necessidade de efetivação de um trabalho em rede, desde a garantia do acesso até a inserção e constituição de vínculos em serviço especializado de reabilitação, ao passo que persistem fragilidades e desigualdades para a efetivação da integralidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Pessoas com Deficiência; Sistema Único de Saúde; Integralidade em Saúde

### **Abstract**

The aim of the study was to analyze the organization and access to the Care Network for Persons with Disabilities (CNFPD) through the narrative of persons with physical disabilities who use a Specialized Physical Rehabilitation Service, a reference for two Health Regions of the State of Rio Grande do Sul, Brasil. This is an extract from the first of five axes outlined in the action research entitled Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): study in a Specialized Service in Physical Rehabilitation of Regional Reference of the Unified Health System in Rio Grande do Sul. Thirty-seven users of a specialized physical rehabilitation service answered semi-structured interviews, which were hosted using the Content Analysis technique, culminating in two thematic categories, having as a guiding principle the theoretical conceptions of integrality of care. One category deals with the itineraries taken in the care network to obtain access to the specialized rehabilitation service, highlighting the primary role of Primary Health Care in this process for ordering and coordinating care. The other highlights the process of establishing and consolidating links with the aforementioned specialized service, pointing to its importance in the process of recovery and guarantee of integrality. The narrative of the interviewees indicated the need for effective networking, since the guaranteeing access to the insertion and establishment of bonds in a

specialized rehabilitation service, while weaknesses and inequalities persist for the effectiveness of the integrality of the care.

**Key-words:** Disabled Persons; Unified Health System; Integrality in Health

## **Introdução**

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), organizadas de forma regionalizada e hierarquizada, são constituídas por ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, visando assegurar ao cidadão a atenção para a garantia de que suas necessidades de saúde sejam satisfeitas na rede da região ou entre regiões de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; SANTOS, 2017). O Brasil tem incentivado, desde 2011, a implementação das RAS, através de financiamento federal para áreas prioritárias pactuadas de maneira tripartite, buscando a construção e consolidação de algumas redes temáticas prioritárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Condições e Doenças Crônicas e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) objetiva ampliar o acesso e aprimorar o atendimento às Pessoas com Deficiência (PcD), atuando na organização e articulação dos serviços a fim de otimizar e possibilitar o exercício dos direitos fundamentais destas pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). As PcD estiveram historicamente presentes na sociedade e após anos de submissão, a partir dos anos 80, passaram a assumir o protagonismo na luta por inclusão social, com movimentos sociais, favorecendo o avanço substancial de políticas públicas (CARDOZO, 2017). O fenômeno de inclusão/exclusão social vivenciado por estas pessoas precisa ser compreendido a partir de várias nuances e pela incorporação da temática de direitos humanos, onde a busca pela autonomia obteve destaque entre os ativistas

da área e ganha destaque com a instituição da RCPD no âmbito da saúde (PAIVA; BENDASSOLLI, 2017).

Todavia, é inevitável mencionar que a realidade brasileira difere, em parte, da perspectiva preconizada pela RCPD, onde barreiras advindas da falta de comunicação entre os níveis de atenção em saúde e as iniciativas isoladas praticadas em cada ponto de atenção, vem demonstrando um processo no qual a atenção às PcD distancia-se, por vezes, dos princípios de integralidade, equidade e acesso qualificado, resultando em fragmentação do cuidado (SILVA et al., 2020).

Constata-se a ausência de dados sobre acesso à saúde das pessoas com deficiência no Brasil, com poucos estudos identificados ou pequenos em escala, realizados localmente, gerando lacunas que precisam ser preenchidas por meio de novas pesquisas que exaltem evidências sobre as desigualdades no acesso à saúde enfrentadas pelas PcD, de modo que intervenções adequadas possam ser desenvolvidas (DA CUNHA et al., 2022). Ainda, é necessária a redução de tempo de espera para atendimento e facilitar o acesso às consultas, contribuição intersetorial e melhoraria na comunicação com os usuários para aumentar a qualidade do cuidado, além da compreensão da rede por meio da própria óptica de PcD (DIAS; FRICHE; LEMOS, 2019). Compreender a deficiência e suas interfaces ainda é um desafio, pois congrega uma série de elementos complexos, ao mesmo tempo em que não pode ser discutida abstratamente (NOGUEIRA et al., 2016).

Desde a instituição da RCPD, pesquisas têm sido realizadas para entender os caminhos percorridos na implementação desta rede, entretanto, ainda carecem de estudos que os vejam sob a perspectiva dos principais interessados nessa questão: as próprias PcD. Destaca-se a importância em disponibilizar um cuidado à saúde que de fato reverencie a perspectiva dos sujeitos, especialmente para pessoas com deficiência física, historicamente excluídas da

sociedade e com constantes queixas de dificuldade de acesso a uma saúde universal, integral e equânime.

Sabe-se, também, da necessidade de integrar sinergicamente a prática clínica com medidas de prevenção e promoção em saúde no âmbito da efetivação dos princípios do SUS, em especial o de integralidade (FARIAS et al., 2020). Deste modo, o presente artigo propõe-se a analisar a organização e o acesso à RCPD por meio da narrativa de sujeitos com deficiência física.

### **Método**

Realizou-se um estudo qualitativo do tipo estudo de caso, de caráter descritivo, a fim de descrever a percepção de pessoas com deficiência física acerca da RCPD em duas Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Optou-se por esta abordagem por possibilitar a sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão do processo em estudo, considerando a história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões desses sujeitos, por meio da escuta e valorização das suas percepções, através de um olhar ampliado (MINAYO, 2014).

Como eixo condutor deste estudo utilizam-se as concepções teóricas da integralidade do cuidado no SUS e na RCPD, caracterizadas por um contínuo e articulado conjunto de ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, bem como, a organização de serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Sob essa perspectiva, o sujeito não pode ser reduzido à doença que lhe provoca sofrimento, mas sim devem ser consideradas suas intersubjetividades e o conhecimento sobre os modos de andar na vida daqueles que interagem com os serviços de saúde (MATTOS, 2004).

Trata-se de um recorte do primeiro eixo da pesquisa-ação intitulada “Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): estudo em um

Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul”, desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e contemplada na Chamada Decit/SCTIE/MS-CNPq-FAPERGS Nº 08/2020 – Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS.

Localizado no campus da UNISC, no município de Santa Cruz do Sul/RS, Brasil, o Serviço Especializado de Reabilitação Física de nível intermediário (SRFis), local deste estudo, é referência em Reabilitação Física para usuários do SUS de 25 municípios pertencentes às Regiões de Saúde 27 e 28 do RS. A Região de Saúde 27 possui uma população de 200.264 habitantes, abrangendo um total de 12 municípios, enquanto a Região de Saúde 28 abrange 13 municípios e uma população total de 357.158 habitantes. O acesso das PcD a este serviço ocorre perante o encaminhamento de profissional de saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde de cada um dos 25 municípios e o acesso e vinculação a este ocorre após um processo regional de regulação de prioridades dos encaminhamentos realizados.

Foram incluídos no estudo 37 sujeitos maiores de 18 anos, com deficiência física e usuários do serviço em estudo por um período de, no mínimo, quatro meses quando da coleta de dados, os quais consentiram em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a coleta de dados, realizada entre julho de 2021 e março de 2022, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, compostas de seis questões acerca dos serviços de saúde utilizados, do processo de inserção no serviço de reabilitação e cuidados prestados neste. A entrevista neste formato permite a obtenção de dados subjetivos que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, possibilitando-o responder sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada, justificando-se pela expectativa de que os sujeitos expressem seus pontos de vista (MINAYO, 2014; FLICK, 2008).

O agendamento das coletas se deu através de contato prévio dos pesquisadores com a equipe do serviço e dessa forma, foi possível obter dados relacionados aos critérios de inclusão dos usuários na pesquisa previamente. As entrevistas, com duração média de dez minutos, foram gravadas em áudio e realizadas em uma sala reservada, a fim de preservar o sigilo e anonimato dos dados e da pessoa entrevistada e após foram transcritas em sua íntegra. A coleta de dados foi encerrada quando da saturação de dados, culminando em 37 sujeitos entrevistados.

Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo, na perspectiva de Bardin (BARDIN, 2016), cumprindo as etapas de pré-análise por meio da leitura do material transcrito, exploração do material visando o núcleo de compreensão e agrupamento de depoimentos significativos e, por fim, o tratamento e interpretação dos dados obtidos. Desta análise, emergiram duas categorias temáticas: Da Atenção Primária à Saúde ao serviço especializado: acesso, articulações e interfaces da RCPD em busca da integralidade do cuidado; Constituição e consolidação de vínculos com o serviço especializado de reabilitação.

Seguindo as recomendações éticas, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul e aprovada sob parecer número 4.446.238.

## **Resultados**

Foram entrevistados 37 sujeitos com deficiência física (n= 32) ou deficiência múltipla (n= 05), sendo em sua maioria, do sexo masculino (n= 27), na faixa etária de 61 anos ou mais (n= 14), residentes em área urbana (n= 27). Quando questionados acerca de questões sociodemográficas e de estilo de vida, 17 informaram não realizar nenhum tipo de atividade física, como também, não exercer atividade laboral atualmente (n= 29). No que diz respeito à deficiência, 29 PcDs adquiriram a deficiência ao longo de suas vidas, sendo o membro inferior (n= 16) a parte do corpo mais acometida. Ainda, grande parte dos entrevistados (n= 17) afirmou que utiliza o SRFis há mais de três anos, conforme a tabela abaixo:

**Tabela 1 - Perfil dos usuários do serviço de reabilitação física participantes da pesquisa**

Perfil dos usuários do serviço de reabilitação física participantes da pesquisa			
Variáveis	N	%	Total
Sexo			37
Masculino	27	73	
Feminino	10	27	
Faixa etária (em anos)			37
18-30	4	11	
31-40	3	8	
41-50	5	13	
51-60	11	30	
61 ou mais	14	38	
Tipo de deficiência			37
Múltipla	5	14	
Física	32	86	
Causa da deficiência			37
Adquirida	29	78	
Congênita	8	22	
Parte corporal acometida			37
Membro superior	2	5	
Membro inferior	24	65	
Membro superior e inferior	10	27	
Coluna	1	3	
Área de residência			37
Urbana	27	73	
Rural	10	27	
Tempo com a deficiência			37
Não respondeu	4	10	
Congênita	3	8	
Menos de 1 ano	1	3	
1 a 10 anos	16	43	
11 a 20 anos	5	14	
21 anos ou mais	8	22	
Atividade laboral atualmente			37
Não exerce	29	78	
Exerce	8	22	
Tempo de utilização do serviço			37
De 4 a 11 meses	9	24	
De 1 a 3 anos	11	30	
Mais de 3 anos	17	46	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Os resultados são apresentados por meio das narrativas dos entrevistados em diferentes níveis da RCPD, através de seu “caminhar” na rede de saúde até a garantia de acesso em um serviço especializado em reabilitação física, a partir das duas categorias temáticas. A fim de preservar suas identidades, a identificação é feita por meio da idade e sexo, sendo feminino representado pela letra F e masculino pela letra M.

## **Da Atenção Primária à Saúde ao serviço especializado em reabilitação: acesso, articulações e interfaces da RCPD em busca da integralidade do cuidado**

Em consonância com o princípio da universalidade, o qual determina que todos os cidadãos brasileiros têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde, destaca-se como objetivo da RCPD a ampliação do acesso e qualificação do atendimento às PcD no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Sob esse viés, tal categoria temática visa elucidar os mecanismos de acesso e demais questões relativas à universalidade da atenção à saúde destas pessoas. Evidencia-se, por meio das falas apresentadas, o papel primordial do SUS para a garantia de acesso oportuno à RAS em todos os níveis de complexidade do sistema, conforme as necessidades singulares de saúde dos indivíduos.

Ainda, além da garantia de acesso via SUS, os sujeitos também relataram, em sua grande maioria, a satisfação e, até mesmo, uma certa surpresa com a possibilidade em acessar um serviço de qualidade e com rapidez pelo SUS:

*“Acho que foi o sistema público de saúde que me encaminhou. Foi muito legal, achei bem interessante”* (56a - M).

*“Pela Secretaria da Saúde. E sobre o atendimento não tenho o que falar né, não tem o que argumentar, toda a vez fui bem tratado, muito bem tratado”* (54a - M).

*“O atendimento aqui surpreendeu a gente porque geralmente quando é pelo SUS demora, eu sei que a prefeitura tem algo a ver com isso aqui. Pensei, bom vou levar no mínimo um ano pra ser atendido aqui, cara 22 dias o primeiro contato que era pra vir aqui e preencher os papéis. O atendimento aqui surpreendeu”* (67a - F).

Muitas das falas remetem ao papel ordenador e coordenador do cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS) preconizado nas RAS, destacando-se a responsabilidade e papel intrínseco desta em garantir o acesso articular-se com os demais níveis de atenção, conforme ilustrado pelos trechos a seguir:

*“Eu acho que através da Secretaria Municipal da Saúde [...] consultava no postinho [...] fazendo os exames e no final acabaram trazendo a gente pra cá”* (67a - F).

*“Eu conversei com um agente de saúde, lá no posto [...] o doutor encaminhou os papéis aí eu vim fazer uma avaliação com o ortopedista, mas eu não sabia como fazer o encaminhamento. Aí foi a Secretaria Municipal da Saúde que fez o encaminhamento aí eu vim pra cá” (60a - F).*

*“Meu médico quando fez a amputação ele disse que era pra eu procurar um médico do postinho que eu conseguiria uma prótese. Aí fui, procurei médico através do que o cirurgião me falou né e acabei vindo pra cá” (50a - M).*

*“Olha isso começou lá no posto de saúde mesmo, acho que eles fizeram uma reunião mesmo entre eles, aí eu pensei se vai dar certo então vamos lá né?” (65a - M).*

*“Foi encaminhamento pelo posto de saúde. Daí isso aí, foi alguém que comentou, agora não lembro, na verdade já tava no hospital quando tavam encaminhando, não sei de quem surgiu a ideia, mas sei que foi pelo posto de saúde” (50a - M).*

Ao mesmo tempo, informações sobre utilização de serviços privados ou plano de saúde por parte de alguns entrevistados se mostraram complementares aos cuidados ofertados pelo SUS, conforme destacado pelos sujeitos abaixo, quando questionados sobre a utilização de outros serviços não integrantes da rede SUS para o acompanhamento de sua condição de saúde e/ou deficiência:

*“[...] uso plano de saúde e uso serviço público, tem postinho lá perto de casa, mas a princípio é isso” (62a - M).*

*“É o posto de saúde que temos lá, mas mais é médicos particulares pelo convênio” (80a - M).*

*“A primeira consulta ela pagou particular, aí como ele viu que o problema era sério e ela não tinha condições de pagar, ele fez o encaminhamento interno para ser atendida pelo SUS” (67a - F).*

Diante da análise das narrativas das PcD entrevistadas, percebe-se que a APS atua como protagonista dentro do sistema de saúde, reforçando que esse ponto de atenção é a base para o cuidado (MENDES et al., 2021). Destaca-se que a RCPD deve articular os componentes Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência entre si, de modo a assegurar a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Percebe-se que muitos entrevistados permanecem vinculados à APS através das respectivas Unidades

Básicas de Saúde e/ou Estratégias de Saúde da Família de referência, bem como fazem uso de outros níveis de atenção quando necessário, conforme falas elencadas abaixo:

*“[...] eu utilizo o posto que é da nossa região, a UPA e o hospital dificilmente eu vou, nunca mais eu fui, porque eu tenho diabetes né” (60a - F).*

*“Eu faço tratamento pra diabetes né, no postinho. Quando preciso, internação no hospital” (50a - M).*

Embora permaneçam vinculados à APS, as falas elucidam que a maioria dos cuidados, neste nível de atenção, não estão relacionados diretamente com a sua deficiência, mas com questões relacionadas a outras políticas e/ou programas de atenção à saúde, ilustrada pela seguinte fala:

*“Uso o postinho só. O que eu busco lá é o remédio pro colesterol e pra depressão” (65a - M).*

Assim, fica evidente a importância do acompanhamento longitudinal destes sujeitos pela RAS, bem como a articulação dos diversos componentes da RCPD por meio de dispositivos de integração da rede, em prol da integralidade do cuidado às PcD.

### **Constituição e consolidação de vínculos com o serviço especializado de reabilitação**

Os pontos de atenção do componente Atenção Especializada em Reabilitação, dentro da RCPD, visam promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS, proporcionando uma atenção integral e contínua às PcD; garantia de acesso à informação, orientação e acompanhamento a essas pessoas, suas famílias e acompanhantes; promoção de vínculo entre PcD e equipe de saúde; bem como a adequação dos serviços às necessidades singulares destas pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Para que as ações aconteçam de maneira efetiva é importante buscar uma aproximação contínua com os usuários, pois o acolhimento e a criação de vínculo desde os momentos iniciais são ferramentas essenciais para a ampliação de acesso e para a resolutividade de alguns problemas, como por exemplo, àqueles que estão relacionados com a adesão ao tratamento (BARBOSA; BOSI, 2017). Nota-se:

*“[...] o atendimento começa já na recepção, pra mim isso é ótimo, não tenho queixas [...] eu preciso como se diz assim, de cuidados né e aqui eu encontrei. Eu fiz muitas amizades, sabe? Além de serem assim estagiários, a gente se torna amigo” (36a - F).*

*“[...]eu me senti bem sendo atendido aqui, fui sempre muito bem recebido, sempre me trataram bem” (18a - M).*

Também emergiram discursos sinalizando a importância de mecanismos de participação e controle social, através do protagonismo dos usuários, assim como da abertura dos serviços e rede de atenção em favorecer o protagonismo destas pessoas, em prol da qualificação permanente dos processos de trabalho e cuidado:

*“Claro, tem aqueles probleminhas né [...], mas isso eu já falei pra quem devia, foi assim problema de agenda, era uma demora muito grande né, eu não sei se a demanda era grande. Houve problemas assim, que não estavam ao meu alcance, a gente não sabe nem o que é, mas tudo foi solucionado. E pelo jeito continua funcionando. O serviço é essencial, eu nunca achei assim que existisse. Pras pessoas que assim como eu não teriam dinheiro pra comprar uma prótese. Então é de um alcance social incrível, por isso mesmo tem que ser uma coisa responsável né? Porque o alcance social é importante, é importante tu devolver a mobilidade pra uma pessoa, entende? Mas é isso, acho que é um grande serviço, a UNISC tá de parabéns” (56a - M).*

*“Sempre fui muito bem atendida, única coisa assim que fizeram no primeiro dia, tive que passar o dia inteiro aqui, tiravam e colocavam a perna aí caminhava um pouco, tirava e essa perna tu coloca e não consegue mais tirar. O atendimento aqui surpreendeu a gente” (67a - F).*

Além de destacarem o bom atendimento que recebem no serviço especializado, os entrevistados reforçaram o respeito com que são tratados lá, bem como das boas condições de acessibilidade e ambiência, sendo que as maiores ponderações se encontram em relação ao acesso e/ou o tempo para disponibilização dos dispositivos. Quando questionados sobre os cuidados em saúde que recebem no serviço especializado de Reabilitação Física onde a pesquisa foi realizada, grande parte destes relacionam-se com a dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), visto ser um dos objetivos da RCPD ampliar a oferta desses dispositivos através dos serviços especializados em reabilitação:

*“Aqui só a prótese mesmo” (80a - M).*

*“[...] acompanhamento da reabilitação para pegar cadeira, almofada, assento higiênico” (70a - M).*

*“Prótese e cadeira de rodas” (72a - F).*

Muitas das falas também direcionam para a relevância de acompanhamento longitudinal na rede de atenção, podendo a instituição de Projetos Terapêuticos Singulares ser um modo de proporcionar uma atenção integral e contínua às PcD conforme as especificidades de cada situação:

*“Faço tudo, venho pelo atendimento da fisioterapia, da prótese. Hoje eu vim para a fisioterapia e vou deixar a prótese e daqui 30 dias vou colocar a permanente. Muito bom” (63a - F).*

*“Só a cadeira só. A fisioterapia é tudo lá mesmo (município de origem), tem um moço que vai na casa fazer fisioterapia, aí não precisa sair de casa” (73a - M).*

Percebeu-se também a realização de ações e estratégias de educação em saúde, fundamentais para tornar os sujeitos corresponsáveis pela produção e manutenção de sua condição de saúde:

*“Me ensinaram muita coisa aqui sobre prótese e como me cuidar, me atendem super bem” (72a - F).*

De modo geral, percebe-se que as ações estão centradas, em sua maioria, na dispensação de OPM e na reabilitação, sendo o atendimento pautado, em grande parte, na condição física dos sujeitos. Tal questão encontra sustentação na organização das políticas públicas de saúde para PcD que, em sua maioria, ainda se ancoram amplamente no modelo biomédico. Ao mesmo tempo, é notória a sensibilização dos profissionais do serviço e da própria rede de atenção em questão com a singularidade de cada indivíduo, embora na prática careça de ferramentas que operacionalize e registre de maneira sistemática tais movimentos.

## **Discussão**

O Brasil vem dispondo de constantes esforços e iniciativas na busca pela integração da PcD na sociedade. A atenção à saúde de PcD visa a inclusão destas na sociedade, oportunizando uma outra perspectiva de vida para essa população, através de ações com enfoque no cuidado

integral. Em consonância, o SUS procura, desde sua criação, consolidar o direito da PcD na busca pela sua solidificação como cidadão detentor de autonomia, dentro de suas possibilidades.

Neste ínterim, as RAS são apresentadas enquanto um novo paradigma de organização para o SUS, buscando a reorientação do sistema para garantia da integralidade, melhores resultados sanitários e redução de custos excessivos, tendo a APS um papel central enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora do sistema, o que é ao mesmo tempo uma premissa e um desafio (TOFANI et al., 2021). As RAS se articulam em distintos eixos de atenção à saúde, contudo a APS permanece como pedra basilar que permeia os diversos níveis tecnológicos e assistenciais do SUS, destinando-se, para toda população, como caminho contínuo e integral em saúde, além de ser um norte de racionalização dos recursos existentes (LOPES et al., 2021).

Como visto nas narrativas apresentadas neste estudo, as ações da APS não se limitam ao acolhimento dentro do espaço físico da unidade de saúde, em virtude da necessidade de trabalhar ativamente na articulação dos serviços nos diferentes níveis de atenção, bem como, no acompanhamento de todo o trajeto percorrido pelos usuários na rede (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). Ao pensar na promoção da saúde, a APS se constitui como a referência mais próxima para a maior parte da população e, por isso, têm a difícil missão de gerenciar o cuidado e ampliar a acessibilidade aos serviços especializados, principalmente aos usuários que possuem maiores barreiras de acesso, caso das PcD (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Sendo considerada uma estratégia essencial na organização do modelo assistencial, a APS também é vista como o pilar de comunicação das RAS e elo entre fluxos e contrafluxos, fato que pôde ser observado na fala de alguns sujeitos da pesquisa. Tal coordenação serve para minimizar os obstáculos de acesso aos serviços de saúde e contribuir com melhorias na qualidade da assistência em diferentes dimensões e níveis de atenção (ALELUIA et al., 2017). Contudo, para que as ações ocorram de maneira satisfatória, torna-se imprescindível que haja uma postura dinâmica e comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos, a fim de

compreender as particularidades e singularidades empregadas às necessidades de cada indivíduo, objetivando um desfecho positivo em seu tratamento (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

No caso de PcD, embora o quadro político e legislativo no Brasil seja favorável à sua inclusão na saúde, os dados disponíveis mostram que esse direito não parece ser realizado de maneira incondicional, perpetuando grandes desigualdades devido à má implementação da política na prática, em especial relacionadas à acessibilidade dos serviços, falta de coordenação do cuidado, restrito conhecimento dos profissionais de saúde e falta de informação acerca das deficiências (DA CUNHA et al. 2022). Visando superar tal fragmentação, a RCPD propõe a articulação, de forma a garantir a integralidade do cuidado, dos componentes Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação e Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, utilizando-se de ferramentas instituídas em cada um de seus componentes para proporcionar atenção integral e contínua às PcD (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Neste viés, a RCPD deve garantir a integralidade do cuidado às PcD por meio da articulação de ações, serviços e demais atores que a compõe, além do comprometimento de trabalhadores e gestores de saúde, respeitando e dando visibilidade aos movimentos singulares existentes, na construção de uma rede viva de cuidados (DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018; MERHY et al., 2016). Deste modo, o olhar profissional para o usuário deve ir além da deficiência, diante da configuração de um cuidado integral e humanizado, condizente com as singularidades de cada indivíduo, sendo necessário, para isso, o diálogo constante entre todos os componentes da rede, favorecendo a efetivação desta política de saúde e resolução de possíveis entraves (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

Entretanto, por se tratar de legislação recente, a integração entre as equipes que atuam nos diversos pontos de atenção na RCPD ainda é incipiente, o que demonstra uma política carente de atenção e investimentos, tanto da parte estrutural quanto na instrumentalização de

profissionais capazes de assegurar acesso a cuidados e assistência integral, interdisciplinar e intersetorial, elementos essenciais para o processo de reabilitação e inclusão social (MACHADO et al., 2018).

Destaca-se que as ações de saúde direcionadas às PcD podem ser desenvolvidas em qualquer âmbito da rede. Entretanto, como enfatizado pelas falas dos sujeitos nesta pesquisa, tem-se nos serviços especializados um ponto primordial de atenção ambulatorial de referência para a rede de atenção à saúde no território, realizando diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Ao mesmo tempo, as necessidades por serviços especializados de reabilitação física têm crescido significativamente ao longo do tempo, sendo capazes de evitar uma parcela maior da carga global da incapacidade (JESUS; LANDRY; HOENIG, 2017). Outrossim, percebe-se que, apesar da incontestável ampliação do acesso das PcD às ações e serviços de saúde, a RCPD está, majoritariamente, pautada pelo aumento de serviços e oferta de procedimentos em serviços especializados, com pouca ênfase aos arranjos e conexões em rede, gerando paradoxos e culminando em uma atenção muitas vezes fragmentada e que não efetive a continuidade e integralidade do cuidado (DOS SANTOS et al.; DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018).

Como estratégia para superar essa fragmentação, os pontos de Atenção Especializada em Reabilitação Física devem produzir de modo conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de maneira matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado nas necessidades e capacidades das PcD avaliadas multidisciplinarmente, tendo como foco a produção de autonomia e independência em diferentes aspectos da vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A singularidade do processo de reabilitação define a forma como deve ser conduzida com cada indivíduo, na busca pelo desenvolvimento de suas potencialidades. Além disso, a superação de diversos aspectos deve ser considerada, desde questões emocionais, de sexualidade, imagem corporal, sociais e culturais (MACHADO et al., 2018). Deste modo,

torna-se necessário que os fluxos e movimentos sejam repensados, reestruturados e otimizados, de modo que todos os pontos da RCPD desenvolvam seu protagonismo no cuidado junto às PcD, mediante a reformulação de fluxos e práticas articuladas entre todos os serviços da rede, além do envolvimento intrínseco de tais pessoas nessa construção, para que efetivamente tenham acesso a projetos cuidadores (SANTOS; ROSA; BERTUSSI; COELHO; MERHY, 2021).

### **Conclusão**

Analisar a organização e o acesso à RCPD por meio da visão de sujeitos com deficiência física configura-se como uma necessária ação para consolidar e qualificar a atenção à saúde destes indivíduos. O presente estudo demonstrou os itinerários percorridos pelas PcD na rede de atenção, destacando-se o papel primordial da APS para ordenação e coordenação do cuidado para a garantia de acesso ao serviço especializado e integralidade do cuidado, além da relevância da constituição e consolidação de vínculos com o serviço especializado de reabilitação.

A partir da narrativa dos entrevistados constatou-se que existe uma busca pela integralidade do cuidado ofertada pelos profissionais e serviços de saúde, através de um trabalho em rede, embora ainda sejam perceptíveis fragilidades e desigualdades para a sua total efetivação. Evidencia-se a necessidade de diferentes abordagens científicas acerca do tema a fim de ampliar o escopo dos resultados, uma vez que o estudo de caso, realizado em contexto específico sob viés de pesquisa qualitativa, limitou-se a perspectiva dos sujeitos que acessam uma rede específica, o que, apesar de ser de suma importância, não é suficiente para compreender a organização e o acesso em uma rede de atenção em sua totalidade. Ao mesmo tempo, destaca-se a importância em valorizar as perspectivas dos usuários dos serviços, trazendo suas percepções acerca da RCPD em seus contextos de vida, respeitando e valorizando as trajetórias e necessidades singulares de saúde.

## Agradecimentos

Pesquisa financiada pela Chamada Decit/SCTIE/MS-CNPq-FAPERGS N° 08/2020 – Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS.

## Referências

ALELUIA, Italo Ricardo Santos *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>.

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400008>.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições. 2016.

CARDOZO, Priscila Schacht. Pessoas com deficiência e o protagonismo nos movimentos sociais. **Revista de Iniciação Científica**. 2017;15,(1):39-54.

DA CUNHA, Márcia *et al.* Health Care for People with Disabilities in the Unified Health System in Brazil: A Scoping Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 3, p. 1472, 28 jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031472>.

DIAS, Thalita Evaristo Couto; FRICHE, Amélia Augusta de Lima; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **CoDAS**, v. 31, n. 5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018102>.

DOS SANTOS, Mara Lisiane de Moraes et al. Pessoas com deficiência - corpos políticos e insurgentes, existências singulares. **O Cer que Precisa Ser**: os desafios perante as vidas insurgentes. In: Bertussi DC, Merhy EE, Coelho KSC, Santos MLMS, Rosa NSF, organizadores. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; 2021. p. 13-16. <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Livro-O-cer-que-precisa-ser-%E2%80%93-os-desafios-perante-as-vidas-insurgentes.pdf>

DUBOW, Camila; GARCIA, Edna Linhares; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 455-467, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811709>.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

FARIAS, Cynthia Moura Louzada et al. Waiting time and absenteeism in the secondary care: a challenge for universal health systems. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 190-204, 2020.. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa-3**. Artmed editora, 2008.

JESUS, Tiago S.; LANDRY, Michel D.; HOENIG, Helen. Global need for physical rehabilitation: systematic analysis from the global burden of disease study 2017. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 6, p. 980, 2019. <https://doi.org/10.3390/ijerph16060980>

LOPES, Leidiana de Jesus Silva et al. Um olhar sobre a rede de assistência à saúde: organização e desafios da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e494101422219-e494101422219, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22219>

MACHADO, Wiliam César Alves et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018.. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1411-1416, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>

MENDES, Lívia dos Santos et al. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>

MERHY, Emerson Elias et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp H Jr, organizadores. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: **Hexis**, v. 1, p. 31-42, 2017. <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Livro-O-cer-que-precisa-ser-%E2%80%93-os-desafios-perante-as-vidas-insurgentes.pdf>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria Nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **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. Diário Oficial da União. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 84 p. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)

NOGUEIRA, Giovani Cavalheiro et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3131-3142, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17622016>

OLIVEIRA, Cleise Cristine Ribeiro Borges; SILVA, Elaine Andrade Leal; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310105>

PAIVA, Juliana Cavalcante Marinho; BENDASSOLLI, Pedro F. Políticas sociais de inclusão social para pessoas com deficiência. **Psicologia em Revista**, v. 23, n. 1, p. 418-429, 2017. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p418-429>

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: faces of an innovative policy. 2014. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>

RIBEIRO, Sabinhy Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1799-1808, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1281-1289, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>

SILVA, Gisléa Kândida Ferreira da et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e300110, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300110>

TOFANI, Luís Fernando Nogueira et al. Caos, organização e criatividade: Revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4769-4782, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

## 2.2 CAPÍTULOS DE LIVROS

### 2.2.1 CAPÍTULO DE LIVRO 1: CONHECENDO O PROJETO “CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): ESTUDO EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO FÍSICA DE REFERÊNCIA REGIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL”

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde [livro eletrônico] : conexões de saberes e práticas nos serviços de saúde / organização Camila Dubow, Suzane Beatriz Frantz Krug. -- Santa Maria, RS : Arco Editores, 2022.  
PDF.

Vários autores.  
Bibliografia.  
ISBN 978-65-5417-063-5

1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) 2. Educação em saúde 3. Reabilitação médica 4. Saúde pública 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Dubow, Camila. II. Krug, Suzane Beatriz Frantz.

22-135893

CDD-610.12  
NLM-WA-150

**CONHECENDO O PROJETO “CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): ESTUDO EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO FÍSICA DE REFERÊNCIA REGIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL”**

*Camila Dubow*

*Suzane Beatriz Frantz Krug*

**Doi: 10.48209/978-65-5417-063-6**

O presente capítulo tem o propósito de discorrer sobre o projeto de pesquisa intitulado “Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul”. Para tal, o capítulo está estruturado no formato de perguntas e respostas, com a finalidade de sistematizar os principais aspectos do projeto.

### **O que motivou a elaboração do projeto?**

A ideia inicial da temática surgiu a partir do projeto de tese de doutorado de autoria de Camila Dubow do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde (PPGPS) - Mestrado e Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). O interesse em implementar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em um Serviço Especializado de Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul se deu em virtude da necessidade de mudanças de paradigmas na atenção à saúde de pessoas com deficiências (PcD) físicas, considerando o modelo de atenção à saúde biopsicossocial, em uma perspectiva de integralidade e promoção da saúde, em prol da qualificação e consolidação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Associam-se a isso, reflexões críticas e articulações do cotidiano de trabalho entre coordenação e equipe do serviço escolhido para o estudo, 8ª e 13ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), por meio dos seus respectivos núcleos da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Destaca-se a complexidade das questões de saúde relacionadas às PcD e a urgente necessidade de mudança de paradigma na assistência à saúde destas pessoas, impulsionada pelo modelo biopsicossocial (DANTAS et al., 2020). As condições de saúde associadas às deficiências são variadas e heterogêneas, persistindo nos serviços de saúde, uma dicotomia entre os modelos biomédico e social, o que dificulta o desenvolvimento de intervenções para maximizar a funcionalidade e a qualidade de vida das PcD (O’YOUNG, GOSNEY, AHN; 2019).

Neste contexto, a necessidade de uma compreensão funcional em relação à saúde, tem disseminado o uso da CIF a partir da perspectiva de inserção do sujeito em seu próprio ambiente, se configurando como um importante instrumento para a ampliação da abordagem biopsicossocial na prática clínica de serviços de reabilitação (BIZ; LIMA; MACHADO, 2017; CIEZA et al., 2018). A CIF, instrumento proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma ferramenta utilizada para descrição e organização de informações sobre a funcionalidade

e a incapacidade por meio de um modelo dinâmico, interativo e biopsicossocial, compreendendo a deficiência como uma interação complexa entre problemas de saúde e fatores contextuais (LUNA, 2017; WHO, 2001).

Partindo da premissa que a deficiência pode ser vivenciada de forma singular por cada indivíduo, as ações de reabilitação devem estar centradas nas necessidades, preferências e valores de cada sujeito, configurando-se assim como potente estratégia para melhorar a saúde e a funcionalidade da população (GARG, SKEMPES, BICKENBACH; 2020).

Durante seu percurso, o projeto foi contemplado na Chamada Decit/ SCTIE/MS-CNPq-FAPERGS Nº 08/2020 – Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS. Trata-se de uma iniciativa de descentralização de fomento à pesquisa em saúde que busca promover o desenvolvimento científico e tecnológico por meio do financiamento de pesquisas em temas prioritários para a saúde da população brasileira; além de promover a aproximação dos sistemas de saúde, ciência e tecnologia locais, bem como, reduzir desigualdades regionais na ciência, tecnologia e inovação em saúde e promover a equidade.

Por meio do recurso financeiro advindo do edital, o projeto adquiriu equipamentos de informática, livros, materiais para a execução das oficinas temáticas e de educação em saúde, incluindo a produção de podcasts sobre o tema da PcD e sobre o projeto disponível através do link

[https://open.spotify.com/show/4Wz7wxkHfkHx0c5xgea5Z9?si=F5thGTIUSIKH9\\_vtbqo28](https://open.spotify.com/show/4Wz7wxkHfkHx0c5xgea5Z9?si=F5thGTIUSIKH9_vtbqo28),

além da elaboração de e-book e documentário na mesma temática.

### **Quem compõe o projeto?**

O projeto, desenvolvido entre março de 2021 a março de 2023, tem como proponente a UNISC, por meio do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) e PPGPS da mesma instituição. Ainda, apresenta como parceiros o SRFis, bem como, a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (RS), por meio dos núcleos da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência (SPD) da 8ª e 13ª CRS.

Compõe o projeto, pesquisadores e docentes de diferentes cursos de graduação e pós-graduação da UNISC, doutorandos, mestrandos, bolsistas acadêmicos de graduação, coordenação e representantes do SRFis, além de servidores públicos das supracitadas CRS, totalizando em torno de 20 pessoas.



Parte da equipe em reunião de planejamento (janeiro de 2022)

### **Onde está sendo realizado?**

O estudo está sendo realizado no SRFis, localizado no campus sede da UNISC, o qual é referência em Reabilitação Física para usuários do SUS de 25 municípios das Regiões dos Vales do RS, pertencentes às Regiões de Saúde 27 e 28, as quais totalizam uma população de 557.422 habitantes. Além disso, o local de estudo também se configura como um espaço de formação profissional por estar vinculado a uma instituição de nível superior, possibilitando a integração ensino-serviço-comunidade para a consolidação de processos de mudança na formação em saúde, através de um trabalho coletivo e permanente entre profissionais, docentes, acadêmicos e sociedade, buscando responder de maneira mais adequada às necessidades da população.

Este serviço atende a população com deficiência física em todos os ciclos de vida e com diferentes necessidades, desde bebês com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, crianças, adultos e idosos com acometimentos neurológicos, vasculares, ortopédicos, dentre outros. Possui uma equipe multiprofissional e configura-se como importante espaço para a formação acadêmica de cursos da área da saúde.

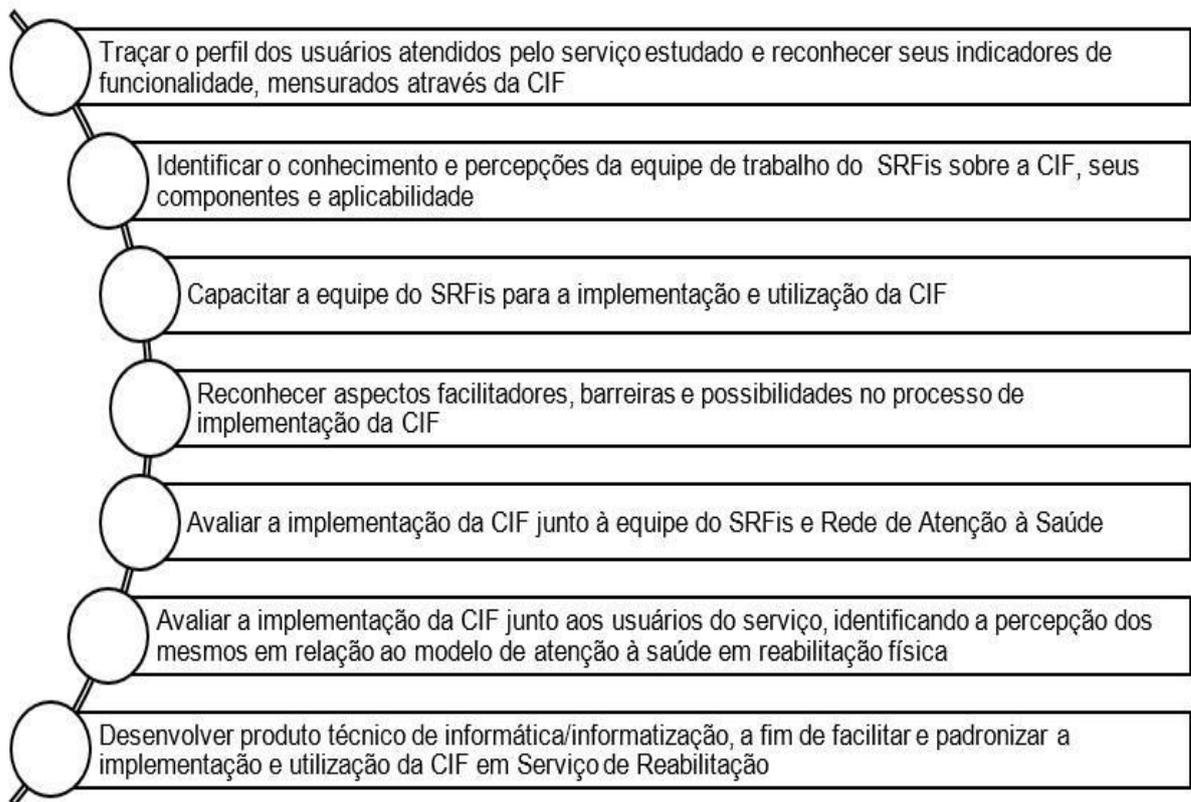


Fachada do Serviço de Reabilitação Física/UNISC

### **Quais os objetivos do projeto?**

O projeto possui como objetivo geral analisar os processos envolvidos e descrever o percurso da implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em um Serviço Especializado de Referência Regional em Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul.

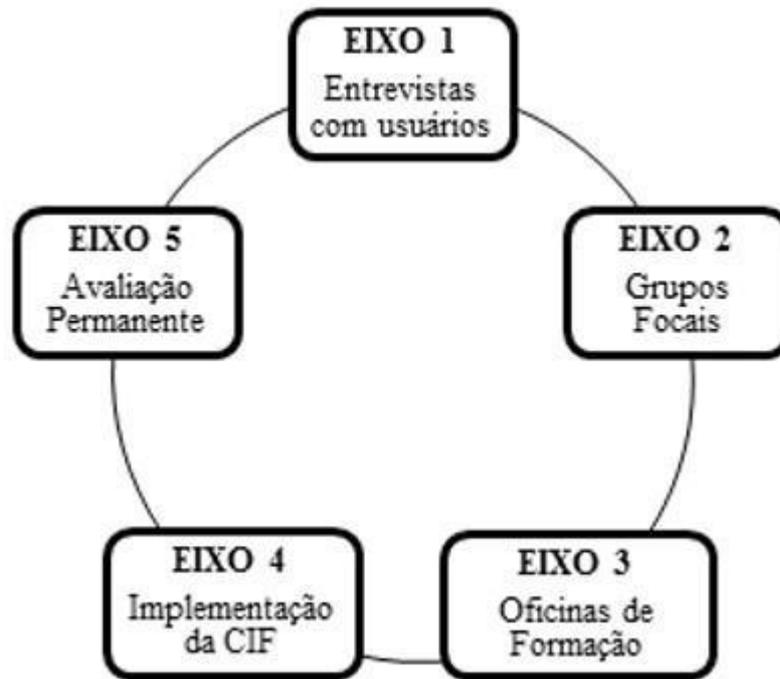
Já entre os objetivos específicos podem ser citados:



### Como o projeto está acontecendo na prática?

A metodologia de estudo é a pesquisa ação, a qual busca a resolução de problemas coletivos, por meio do envolvimento de maneira cooperativa ou participativa entre pesquisadores e participantes que interagem em prol de um resultado (PRODANOV; FREITAS, 2013). De maneira a contemplar as fases de exploração para identificação do problema, planejamento da ação, execução das ações a partir de um roteiro de ação e fase de avaliação previstas em uma pesquisa ação (Thiolent, 2009), o projeto está dividido em cinco grandes eixos (Figura 1). Todas as etapas do processo de implementação da CIF são permeadas por um constante feedback das informações produzidas, dado o caráter participativo e cooperativo deste estudo, sendo passível a adequação às necessidades do serviço e dos participantes. Destaca-se que, embora descritos de maneira isolada, os cinco eixos não ocorrem de forma linear, sendo interdependentes e transversais, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Eixos da pesquisa



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

*Eixo 1:* Entrevistas semiestruturadas para reconhecer as percepções dos usuários que utilizam o SRFis acerca do modelo de atenção predominante no cuidado às pessoas com deficiências físicas. As entrevistas foram realizadas no início da pesquisa, a fim de se compreender a percepção dos usuários sobre o modelo de atenção predominante no momento inicial da mesma e serão realizadas novamente na fase final do estudo, com o intuito de compreender se a implementação da CIF apresentará algum reflexo na percepção dos usuários em relação ao modelo de atenção à saúde predominante no serviço.

*Eixo 2:* Grupos Focais com questões norteadoras sobre o processo de implementação da CIF com toda a equipe que compõe o SRFis, incluindo profissionais, docentes e acadêmicos. As atividades dos grupos focais são estruturadas observando-se a seguinte sequência: problematização da realidade e identificação das necessidades do serviço, análise da(s) situação/situações problema com propostas de soluções. Pretende-se, até o final do projeto a realização de seis grupos focais, assim distribuídos: um ao início da pesquisa, quatro durante o período de implementação da CIF e o último ao término da pesquisa. Entretanto, este número pode variar em decorrência das demandas apresentadas durante o percurso do estudo. Para cada

grupo focal são disparadas questões norteadoras com o intuito de direcionar as discussões para que os objetivos do estudo sejam alcançados.

*Eixo 3:* Oficinas de formação visando qualificar a equipe do SRFis sobre a utilização da CIF através de estratégias de educação permanente em saúde, por meio de atividades em grupo, utilização de metodologias ativas de aprendizagem e produção de materiais de apoio.

*Eixo 4:* Implementação da CIF no processo de avaliação individual de usuários do SRFis através de dispositivo informatizado. O instrumento de classificação, a ser disponibilizado através de software, será complementar ao processo de avaliação já realizado pelo SRFis, sendo construído em conjunto com a equipe, com base nas demandas elencadas por esta nas oficinas e grupos focais e norteado pelo documento de WHO (2004): Checklist da CIF Versão 2.1a, Formulário Clínico para a CIF

*Eixo 5:* Avaliações permanentes das ações descritas nos eixos anteriores. Serão realizadas avaliações permanentes das ações descritas nos eixos anteriores, através de instrumentos com questões direcionadas para este fim, a serem respondidas pelos sujeitos do estudo. Os instrumentos são direcionados para que se obtenha um feedback constante da equipe do serviço frente às ações realizadas e se possa fazer ajustes, caso necessário, e respondidos após a realização das atividades relativas aos eixos em avaliação.

### **Como esses dados serão analisados?**

Com o intuito de se obter uma melhor compreensão dos dados obtidos, será realizada uma análise conjunta e articulada dos diversos instrumentos utilizados em todos os eixos da pesquisa, tendo como eixo norteador a Análise de Conteúdo (MINAYO, 2014). Ainda, as observações e reflexões registradas em diário de campo darão subsídios para complementar a análise.

### **Por que essas etapas e ações são importantes para viabilizar o projeto?**

A realização de entrevistas semiestruturadas (Eixo 1) é relevante para o reconhecimento das percepções das PcD acerca do modelo de atenção predominante no cuidado à saúde de pessoas com deficiências físicas. Os grupos focais (Eixo 2) buscam trazer para discussão e reflexão o processo de implementação da CIF no SRFis, tornando possível a

criação de estratégias coletivas para solucionar problemas e transformar a realidade, potencializando o protagonismo dos participantes na medida em que dialogam e constroem coletivamente os resultados da pesquisa. As oficinas de formação (Eixo 3) buscam dar subsídios teóricos e práticos para a equipe fazer uso da CIF em seu cotidiano de trabalho. No Eixo 4, optou-se pela criação de dispositivo informatizado/software para complementar, com foco na funcionalidade, o processo de avaliação já realizado pelo serviço, sendo este construído em conjunto com a equipe, com base nas demandas elencadas nas oficinas e grupos focais. Por fim, a avaliação permanente (Eixo 5) das ações descritas nos eixos anteriores, possibilita um feedback constante e ajustes necessários no transcorrer da pesquisa.

### **O que se pretende transformar ou fortalecer com a implementação desse projeto?**

Espera-se compreender a produção interdisciplinar do conhecimento de uma equipe de saúde voltada à população com deficiência física, fundamentada no conceito ampliado de saúde e em seus determinantes biopsicossociais. Destaca-se o caráter inovador desta pesquisa, uma vez que se encontram poucos registros do uso sistemático da CIF em serviços de reabilitação no Brasil, podendo o mesmo ser utilizado como referência para outros serviços de reabilitação, bem como, para a qualificação da RCPD. Ainda, também será possível auxiliar no processo de construção e consolidação de políticas públicas voltadas às reais necessidades das PcD e do SUS, apresentando como eixo norteador a discussão da mudança de paradigma na atenção à saúde destas pessoas, em prol de uma atenção integral e que valorize seus aspectos biopsicossociais.

Espera-se, ainda, contribuir como apoio ao trabalho em rede intersetorial, subsidiando a elaboração de outras tecnologias de cuidado às PcD, ao aperfeiçoamento do sistema de saúde, planejamento territorial de ações de atenção integral, construção de linhas de cuidado e na consolidação de um SUS cada vez mais inclusivo e acolhedor. Visualiza-se a possibilidade de produzir transformações no modo como os profissionais e também futuros profissionais de saúde irão lidar com essas abordagens em reabilitação, além de fomentar discussões e investimentos na qualidade das ações de saúde, quanto na promoção da saúde. Para além dos resultados, poderá produzir efeitos sobre a formação acadêmica voltada para dar sustentação ao SUS, fortalecendo valores éticos, políticos e críticos nos futuros profissionais.

## Referências

- BIZ, M. C. P.; LIMA, D. P.; MACHADO, W. F. Perspectivas da utilização da CIF na prática interdisciplinar. *Revista Científica CIF Brasil*, v. 7, n. 7, p. 2 – 11, 2017.
- CIEZA, A. et al. Rethinking Disability. *BMC Medicine*. v. 16, n. 1, p. 10-14, 2018.
- DANTAS, D. S. et al. Modelo biopsicossocial em saúde: reflexões na produção de dados sobre funcionamento e incapacidade. *Fisioterapia em movimento*. v. 33, p. 1-9, 2020.
- GARG, A.; SKEMPES, D.; BICKENBACH, J. Legal and Regulatory Approaches to Rehabilitation Planning: A Concise Overview of Current Laws and Policies Addressing Access to Rehabilitation in Five European Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. v. 17, n. 12, p. 1-26, 2020.
- LUNA, Juliana Scholtão. Uso da CIF em uma instituição pública. In: *Implantando a CIF: O que acontece na prática?* Eduardo Santana Cordeiro e Maria Cristina Pedro Biz (Org). Rio de Janeiro: Wak Editora, 2017.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- O'YOUNG, B.; GOSNEY, J.; AHN, C. The Concept and Epidemiology of Disability. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*. v. 30, n. 4, p. 697-707, 2019.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 17ed. São Paulo: Editora Cortez; 2009.
- WHO. World Health Organization. *The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva, 2001.

**2.2.2 CAPÍTULO DE LIVRO 2: GRUPOS FOCAIS COMO DISPOSITIVOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde [livro eletrônico] : conexões de saberes e práticas nos serviços de saúde / organização Camila Dubow, Suzane Beatriz Frantz Krug. -- Santa Maria, RS : Arco Editores, 2022.  
PDF.

Vários autores.  
Bibliografia.  
ISBN 978-65-5417-063-5

1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) 2. Educação em saúde 3. Reabilitação médica 4. Saúde pública 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Dubow, Camila. II. Krug, Suzane Beatriz Frantz.

22-135893

CDD-610.12  
NLM-WA-150

**GRUPOS FOCAIS COMO DISPOSITIVOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**

*Suzane Beatriz Frantz Krug*

*Luci Helen Alvez Freitas*

*Camila Dubow*

**Doi: 10.48209/978-65-5417-063-8**

## **Utilizando grupos focais em pesquisa qualitativa**

Grupos Focais constituem-se em uma modalidade de entrevista como técnica qualitativa de pesquisa, na qual o pesquisador reúne, em um mesmo local e durante determinado período de tempo, os sujeitos que constituem o estudo. Objetivam coletar informações acerca de determinado tema, fomentando o diálogo e debate, permitindo que os participantes manifestem suas percepções e pontos de vista, fundamentais para a compreensão do fenômeno objeto da investigação (GATTI, 2005; MENDES, 2012; MINAYO, 2014). Esses grupos relatam experiências das pessoas sobre doenças, serviços de saúde e outros temas, além de explorar atitudes e necessidades pessoais. As técnicas de Grupos Focais requerem do pesquisador criatividade, sensibilidade, atenção, respeito, não julgamento, flexibilidade e preparação prévia, bem como conhecimento técnico e tópico de pesquisa (KITZINGER J. 2009).

A partir desta perspectiva, a realização de Grupos Focais configura-se como o Eixo 2 do projeto de pesquisa ‘IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul’. Optou-se pela utilização de Grupos Focais como uma estratégia para envolver os participantes para contextualizar, analisar e refletir sobre o processo de implementação da CIF no Serviço de Reabilitação Física da UNISC (SRFis). Deste modo, este capítulo busca relatar a experiência da realização de Grupos Focais no processo da implementação da CIF neste serviço.

### **Experiência dos Grupos Focais no processo da implementação da CIF com o Serviço de Reabilitação Física da UNISC**

Foram realizados três grupos focais entre junho de 2021 e março de 2022, todos contando com a participação da equipe do SRFis, ressaltando-se que foram realizados em horário de funcionamento do serviço, previamente pactuados com a coordenação. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com a participação na pesquisa. Os grupos tiveram a duração média de uma hora, realizaram-se em sala de reuniões no próprio serviço e foram conduzidos por duas moderadoras e uma observadora. As moderadoras foram as próprias pesquisadoras e a observadora uma acadêmica/bolsista vinculada ao projeto, a qual realizou os registros das informações do grupo

focal, sem interferir na moderação dos questionamentos aos integrantes (GATTI, 2005). Os participantes foram distribuídos em cadeiras disponibilizadas em forma de círculo, com o objetivo de favorecer a interação entre todos (TRAD, 2009) e o conteúdo das discussões foi registrado em sua íntegra, através de gravação digital de voz e posteriormente transcrito.

Figura 1: Preparação do Grupo Focal pela equipe de pesquisa.



Para implementar um grupo focal, o moderador deve orientar a discussão em torno do objetivo e deixar os participantes à vontade, visando assim reunir informações que possam fornecer uma compreensão de opiniões, crenças e atitudes sobre um assunto, produto ou serviço. Destaca-se a importância do moderador estar atento ao momento em que deve estimular a manifestação dos participantes (LENY; TRAD, 2009). Ao final de cada grupo focal foram disponibilizados formulários de avaliação sobre a dinâmica realizada, assim, auxiliando a equipe a identificar dificuldades, bem como, reorganizar o trabalho para aprimorar as reuniões dos grupos seguintes (VERÔNICA MAZZA; NORMA MELO; ANNA; CHIESA, 2009).

No primeiro grupo focal, realizado em junho de 2021, participaram 11 integrantes do serviço sendo uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta, uma enfermeira e acadêmicos dos cursos de Fisioterapia, estes em maior número, além de Enfermagem e Psicologia. Este

grupo focal buscou acolher os participantes, realizar pactuações sobre o percurso da pesquisa, problematizar a temática da CIF e promover discussões entre os participantes, através de questões norteadoras.

A respeito disso Gatti (2005) refere que um grupo focal orientado sobre discussões controladas, onde os roteiros são impostos em uma ordem específica, como um jogo de perguntas e respostas, sucede em resultados inferiores para pesquisas aprofundadas sobre o tema. O problema é que os dados coletados desta forma acabam por serem observações superficiais, apresentando ideias vagas que não contribuem para uma reflexão mais profunda sobre a questão colocada. Considerando estes aspectos apontados pelo autor citado, os grupos focais, realizados na presente pesquisa, foram organizados estimulando a participação dos integrantes acerca do tema proposto, de forma a contribuir para melhor qualidade da produção dos dados.

Neste grupo, foi possível perceber uma certa ansiedade e curiosidade da equipe acerca do projeto que estava, naquela ocasião, iniciando o seu desenvolvimento. Alguns já haviam ouvido falar sobre o mesmo, porém, para a grande maioria ainda era desconhecido. Em um primeiro momento foi realizada uma breve apresentação sobre o projeto, sua metodologia, objetivos e necessidade de colaboração e participação dos membros da equipe no seu desenvolvimento. As discussões sobre a temática da CIF iniciaram, questionando-se, primeiramente, se os integrantes do serviço conheciam tal classificação, e, gradativamente, as questões foram se tornando mais específicas em relação ao tema da CIF. Isto fez com que algumas dúvidas surgissem especialmente com os que até então não haviam ouvido falar sobre tal classificação. Alguns questionaram sobre conceitos específicos da CIF, sua origem e aplicabilidade. No entanto, foi explicado pelas moderadoras, que naquele momento não seria possível responder tais questionamentos, visto que este grupo integrava a coleta de dados do projeto de pesquisa e que tais questões seriam abordadas posteriormente nas oficinas temáticas do projeto. A interação no grupo focal proporciona conversas, desse modo sempre buscando debater questões e expressar aprovação ou desaprovação do objeto em discussão, assim, os dados coletados ajudam a construir o conhecimento sobre o tema (HAMBOWSKI; CONTE, 2020).

Este primeiro grupo focal despertou muita curiosidade em toda a equipe em relação à CIF e também sobre as próximas etapas do projeto. A discussão participativa e focada em tópicos específicos e diretivos no grupo focal valoriza a interação entre pesquisador e

participantes, proporcionando troca de experiências, conceitos e opiniões. Assim, torna-se possível elaborar estratégias coletivas para solucionar problemas e transformar realidades, incluindo aqui a realidade do próprio serviço estudado, potencializando o protagonismo dos participantes na medida em que dialogam e constroem coletivamente os resultados da pesquisa (Dall'agnol et al; 2012). Os grupos focais, além de permitirem a coleta de dados de forma qualitativa, proporcionam uma continuidade no processo das discussões realizadas nos grupos anteriores potencializando a interação grupal entre os indivíduos (SOUZA, 2013).

O segundo grupo focal foi realizado em dezembro de 2021 com a participação de sete sujeitos: uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta, uma enfermeira e quatro acadêmicos do curso de Fisioterapia. Após seis meses de pesquisa em campo e, em especial, com a realização de algumas oficinas de formação, foi possível perceber a motivação em implementar a CIF no serviço, fato relatado com bastante frequência pelos profissionais e acadêmicos participantes do grupo. Este grupo focal teve o objetivo de identificar as percepções da equipe sobre o processo de desenvolvimento da pesquisa até o momento, por meio de questões norteadoras que envolviam o processo de aproximação da equipe com a CIF e seus conceitos; mudanças percebidas no discurso da equipe e/ou processo de trabalho; anseios, dificuldades e sugestões para as atividades do projeto no próximo ano. Foi relatado pelos participantes o entendimento dos conceitos e a importância das oficinas nesse processo. Uma das preocupações apontadas pelo grupo foi sobre o sistema de informatização atualmente utilizado pelo serviço que apresenta algumas limitações quanto ao registro de informações biopsicossociais do usuário.

Em maio de 2022 foi realizado o terceiro grupo focal com a participação de sete integrantes do Serviço de Reabilitação Física da Unisc, sendo uma Fisioterapeuta, uma Enfermeira e três acadêmicos do curso de Fisioterapia, um de Enfermagem e um de Psicologia. O objetivo deste grupo foi refletir sobre o processo de implementação da CIF em andamento até então, assim como, apresentar o check-list elaborado nas oficinas de formação com códigos da CIF para validação e posterior inserção em sistema informatizado. Ainda persistem dúvidas e questionamentos sobre o sistema de informatização da CIF a ser implementado no que tange ao seu formato e conteúdo, no entanto, percebeu-se uma maior familiaridade com os conceitos da CIF e sobre a relevância da inserção desta no serviço. Foi revisto e finalizado o *checklist* elaborado, realizadas as modificações necessárias em relação às categorias e códigos da CIF,

a fim de contemplar o perfil dos usuários que acessam o serviço bem como as necessidades da equipe.

Algumas dificuldades na realização dos grupos focais foram percebidas, destacando-se a garantia da presença da totalidade da equipe do serviço em todos os grupos. Embora pactuados previamente, alguns imprevistos aconteceram para que nem todos pudessem estar presentes, tais como demandas urgentes do serviço e horário de trabalho diversificado da equipe, sendo que na maioria das vezes os que não estavam em horário de trabalho no momento da realização do grupo focal acabaram por não participar. Outro desafio encontrado foi a necessidade de incentivar a fala de todos os participantes, principalmente daqueles que desconheciam a CIF, uma vez que estes acabavam por não se manifestar tanto durante a realização dos grupos.

Ao mesmo tempo, a realização dos grupos focais propiciou uma intensa aproximação entre pesquisadores e equipe do serviço, fato considerado essencial para uma pesquisa-ação, favorecendo o redirecionamento e ajustes para as próximas etapas da pesquisa. Também foi possível perceber um retorno positivo da pesquisa através das falas dos integrantes, os quais se mostraram extremamente motivados e curiosos pelas próximas etapas, em especial a etapa de implementação da CIF no cotidiano do serviço.

### **Considerações finais**

A utilização de grupos focais como estratégia de pesquisa-ação potencializou o protagonismo dos participantes, uma vez que possibilitou o diálogo, reflexão e construção coletiva em prol da implementação da CIF no SRFis. Tal estratégia permitiu aos pesquisadores uma aproximação com a realidade do serviço em estudo e, ao mesmo tempo, contribuiu para que os profissionais pudessem refletir e reconstruir suas práticas de trabalho, com o objetivo de promover e sustentar a implementação da CIF.

Por fim, destaca-se que, conforme o andamento da pesquisa, outros grupos focais serão realizados para explorar o processo de implementação da CIF no serviço, visando o empoderamento e protagonismo de todos os participantes neste processo de modo contextual, crítico e reflexivo.

### **Referências**

FLICK, Uwe. Introdução à Pesquisa Qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GATTI, Bernardete Angelina. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Liber Livro; 2005.

HABOWSKI, Adilson Cristiano; CONTE, Elaine. A técnica de pesquisa de grupo focal: contribuições à educação. RevistaCocar. v.14. n.28 pág.10 -16, 2020

KITZINGER J. Grupos focais. In: Pesquisa qualitativa na atenção à

MAZZA, Verônica de Azevedo; MELO, Norma Suely Falcão de Oliveira; CHIESA, Anna Maria. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. Cogitare Enfermagem, v. 14, n. 1, 2009.

MENDES. L O grupo focal como técnica de coletas de dados na pesquisa em educação: aspectos éticos e epistemológicos. Pesquisa em Pós-Graduação, n. 9, p. 49-54, 2012.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014. saúde. 3o ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

SOUZA, Rosimere de. Grupo focal com adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e com os seus responsáveis Copyright 2014 – Instituto Brasileiro de Administração Municipal – IBAM Rio de Janeiro: IBAM; CONANDA, 2013.

TRAD, Leny Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis, v. 19, n. 15, p. 777-796, 2009.

**2.2.3 CAPÍTULO DE LIVRO 3: IMPLEMENTAÇÃO DE PRODUTO TÉCNICO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM SERVIÇO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO FÍSICA: DA CONCEPÇÃO TEÓRICA AO DESENVOLVIMENTO TÉCNICO DE SOFTWARE**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde [livro eletrônico] : conexões de saberes e práticas nos serviços de saúde / organização Camila Dubow, Suzane Beatriz Frantz Krug. -- Santa Maria, RS : Arco Editores, 2022.  
PDF.

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5417-063-5

1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) 2. Educação em saúde 3. Reabilitação médica 4. Saúde pública 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Dubow, Camila. II. Krug, Suzane Beatriz Frantz.

22-135893

CDD-610.12

NLM-WA-150

**IMPLEMENTAÇÃO DE PRODUTO TÉCNICO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM SERVIÇO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO FÍSICA: DA CONCEPÇÃO TEÓRICA AO DESENVOLVIMENTO TÉCNICO DE SOFTWARE**

*Henrique Ziembowicz*

*Guilherme Saldanha Machado*

*Camila Dubow*

*Rejane Frozza*

*Suzane Beatriz Frantz Krug*

**Doi: 10.48209/978-65-5417-063-A**

## Introdução

A medicina moderna é amplamente impactada e influenciada pelo desenvolvimento tecnológico das últimas décadas e o advento da inteligência artificial (IA) emerge como importante aliada, a fim de manejar os bancos de dados oriundos da crescente produção científica (inter)nacional sobre as Pessoas com Deficiência (PcD) (FILHO et al., 2022). Neste sentido, o conhecimento produzido carece de ferramentas que permitam a correta aplicação clínica destes dados. Desta forma, a interação entre Tecnologia da Informação em Computação e a saúde permite a elaboração de *softwares* que almejam qualificar a assistência em saúde.

As potencialidades e possibilidades dessa interação permeiam diversos debates e, neste capítulo, iremos abordar a implementação de produto técnico sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Serviço Especializado em Reabilitação Física no sul do Brasil, a aplicabilidade da Inteligência Artificial, e como este diálogo de influência mútua pode agregar na área da saúde: desde sua concepção teórica ao desenvolvimento técnico de um *Software*.

A Tecnologia da Informação em Computação envolve a produção de artefatos (produtos) em conjunto com o processo de conhecimento humano (saberes e experiências). Neste sentido, ressalta-se a importância de agregar “ciência, tecnologia e pessoas” para a geração de Inovação em Saúde. Assim, surge o termo Tecnologia da Informação em Saúde (*Health Information Technology*), definida como a aplicação de processamento de informação envolvendo *hardware* e *software*, que trabalha com armazenamento, recuperação, compartilhamento e uso de informações, dados e conhecimentos em saúde para comunicação e tomadas de decisão (ALOTAIBI e FEDERICO, 2017).

Em processos de tomada de decisão, destaca-se o desenvolvimento de sistemas baseados em conhecimento, na área de Inteligência Artificial (IA). A Inteligência Artificial é uma área promissora e que impulsiona pesquisas em diversos domínios do conhecimento, como na saúde, agricultura, negócios, indústria, entre outros. Com o principal objetivo de simular sistemas computacionais baseados em conhecimento para os processos de tomadas de decisão, tem contribuído para geração de pesquisas inovadoras e fundamentais na área da saúde, como promotora de melhorias dos processos envolvidos para a qualidade de vida da sociedade em geral. A IA simula em sistemas computacionais os processos da inteligência humana. E isso pode ocorrer de diversas formas, baseando-se: na arquitetura e funcionamento

do cérebro humano; nos sistemas heurísticos de interação humano-computador, com o processamento de linguagem natural; no reconhecimento de características a partir de imagens, sons, vozes, exames médicos, objetos; na análise de dados e informações, a partir de bases de dados e redes sociais, para gerar conhecimento útil e que agregue valor às pessoas (RUSSELL e NORVIG, 2004; REZENDE, 2003).

Processos de interação, como comunicação e colaboração, são essenciais para o ser humano para auxiliar suas estruturas mentais na construção de novos conhecimentos e no processo de aprendizado. Para o desenvolvimento de sistemas computacionais inteligentes, torna-se essencial um modelo de ciclo ativo de conhecimento e aprendizado. O “conhecimento” refere-se à interpretação e geração de significado para os dados e informações sobre qualquer domínio de atuação, dentro de um contexto. Por exemplo, a partir da análise de dados de sintomas e exames de sujeitos, prever a possibilidade de desenvolvimento de doenças. Isso pode gerar a decisão e ação de profissionais da saúde na antecipação de tratamentos, por exemplo. E manter monitoramento para avaliação das decisões definidas, ou seja, *feedback* (avaliação de resultados), que gerará o “aprendizado” para futuras análises e novas tomadas de decisão.

É preciso promover a interação e a colaboração entre os profissionais de diferentes áreas e a tecnologia, porque, cada vez mais, vamos estar imersos em ambientes digitais, que promovem a socialização dos indivíduos, levando a uma relação de harmonia e paz entre humanos e sistemas computacionais baseados em técnicas de Inteligência Artificial. São várias aplicações possíveis em computação e saúde, como: i) Modernização e melhoria na qualidade de prestação de serviços e cuidados de saúde; ii) Educação em saúde – interdisciplinaridade, com colaboração de diferentes áreas do conhecimento; iii) Armazenamento, recuperação e utilização otimizada de dados, informação e conhecimento (auxílio na resolução de problemas, tomada de decisão); iv) Mineração de Dados para realizar Análise de Dados: buscar, por exemplo, padrões para predição de doenças; entre outras.

No que tange às PcD, as ações de saúde são manifestadas de forma multifacetada e complexa, o que indica a necessidade de alteração no atual modelo de assistência à saúde (DANTAS et al., 2020). Contudo, barreiras se impõem a uma transição rumo a um cuidado integral: destaca-se os excessos do modelo biomédico de atuação que prioriza aspectos biológicos que fornece uma visão fragmentada dos sujeitos e perpetua uma hierarquização de saberes e práticas em detrimento aos aspectos subjetivos (DUBOW, 2017).

Neste contexto, no intuito prover um sistema descritivo biopsicossocial e de unificar a linguagem relacionada à saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 2001 a ferramenta CIF, a qual dialoga, a partir do conceito de funcionalidade, com os aspectos biomédico, psicológico e social (OMS, 2001; FERREIRA; CASTRO; BUCHALLA, 2014). A unificação da linguagem proposta pela CIF permite que diversos profissionais em saúde se comuniquem de maneira efetiva acerca de uma condição particular do sujeito atendido e, ao integrar a equipe multidisciplinar na prestação de cuidados, promova acompanhamento longitudinal durante a reabilitação e melhorias no cuidado integral dos sujeitos (BIZ; LIMA; MACHADO, 2017).

Frente a importância que a CIF possui em auxiliar na identificação de tratamentos, diagnósticos e no acompanhamento longitudinal do cuidado, foi proposto o desenvolvimento de um sistema computacional inteligente, baseado em conhecimento, no auxílio à identificação, diagnóstico e funcionalidade de PcD, com o uso da metodologia CIF. O sistema poderá facilitar o processo de avaliação com foco na funcionalidade dos usuários do Serviço de Reabilitação Física da Universidade de Santa Cruz do Sul, além de prover um ambiente independente e autossuficiente para coleta e armazenamento de todas as informações necessárias para a equipe de atendimento.

Os profissionais da saúde serão capazes de executar um atendimento mais centrado nas metodologias e dados da CIF, coletando e armazenando dados por meio de um sistema de triagem otimizado para esta tarefa e, após, serão informados em quais características os sujeitos mais se identificam, baseado no modelo biopsicossocial descritivo da linguagem unificada da CIF.

Assim, o objetivo deste escrito é descrever o processo de modelagem e desenvolvimento de um produto técnico, do tipo *software*, para a implementação da CIF na avaliação e assistência a usuários do Serviço de Reabilitação Física (SRFis) da Universidade de Santa Cruz do Sul.

## **Desenvolvimento**

A pesquisa “Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul” foi desenvolvida em cinco eixos e dois destes são de maior relevância no contexto da elaboração deste capítulo sobre a implementação do produto técnico. A partir da pesquisa-ação e da escuta do diálogo

entre as áreas, o *software* foi modelado baseado nos componentes da CIF que mais se encaixam ao perfil dos usuários, assim, a implementação do *software* foi adequada à realidade local, a fim de suprir as demandas do Serviço em Reabilitação Física da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Como atividades prévias à elaboração do *software* sobre a CIF, com o intuito de adequar às necessidades do serviço e sua realidade de assistência, foram realizadas oficinas temáticas e grupos focais para que a equipe do serviço conhecesse a CIF, elencasse e validasse as informações que deveriam ser contempladas no *software*. Os grupos focais, com questões norteadoras, discutiram e refletiram sobre o processo de implementação da CIF, por meio do produto técnico. Ao mesmo tempo, as oficinas de formação, por meio de estratégias de educação permanente em saúde, tiveram o objetivo de instrumentalizar e qualificar a equipe do SRFis sobre a utilização da CIF com aspectos que envolveram a elaboração dos itens da CIF a serem inseridos no *software*.

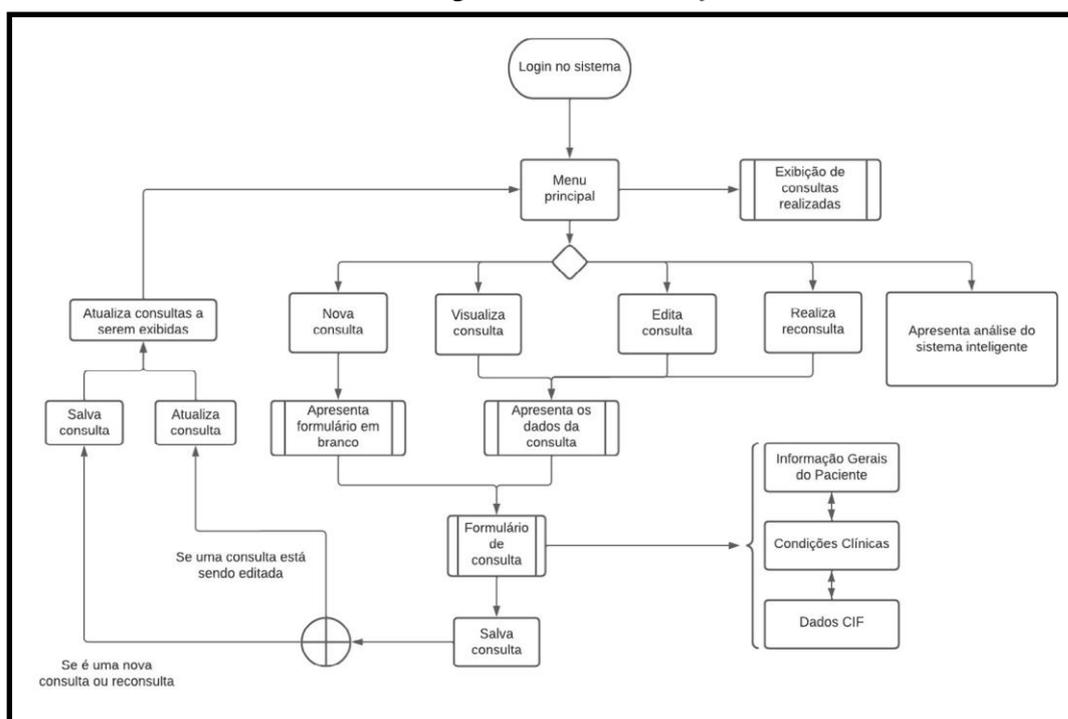
Assim, o instrumento de classificação, a ser disponibilizado por meio de um *software* é complementar ao processo de avaliação já realizado pelo SRFis, sendo construído em conjunto com a equipe, com base nas pautas das oficinas e grupos focais e norteado pelo documento da CIF, versão completa e atualizada (OMS, 2020). Desenvolvido com base nas demandas elencadas pelos profissionais do serviço e no objetivo de apresentar uma interface intuitiva, o instrumento é dividido em duas partes: uma inicial, contendo os dados de identificação e caracterização da deficiência do usuário; a segunda parte contém informações relativas à CIF, em que estão contemplados os componentes e respectivos códigos em relação às Funções do Corpo; Estruturas do Corpo; Atividade e Participação; Fatores Ambientais, representadas pelas letras “b”, “s”, “d”, “e”, respectivamente. As letras representativas dos quatro componentes são seguidas por um código numérico e qualificadores, que variam do nível 0 (correspondente a nenhuma dificuldade) ao nível 4 (dificuldade total).

Para o componente Funções do Corpo foram elencados códigos relativos às funções mentais, sensoriais e dor, voz e fala, neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento. Nas Estruturas do Corpo, os códigos se referem às estruturas dos sistemas nervoso, cardiovascular, respiratório e urinário, além das relacionadas ao sistema locomotor e tegumentar. No componente Atividade e Participação, escolheu-se os códigos relacionados à aprendizagem e aplicação de conhecimento, execução de tarefas, comunicação, mobilidade, autocuidado, vida doméstica, relações interpessoais e vida comunitária. Nos Fatores

Ambientais os códigos dizem respeito ao: ambiente natural, apoio, sistema político, e aos relacionamentos; sem deixar de lado as atitudes e tecnologias, serviços e produtos.

A Figura 1 apresenta o fluxo das funcionalidades do *software*, do tipo sistema inteligente, baseado em técnicas de aprendizado de máquina.

Figura 1. Fluxo do *Software*



Os passos para o funcionamento do sistema são: i) O sistema é capaz de atender e armazenar os dados da triagem dos pacientes conforme a metodologia CIF; ii) Os dados dos formulários dos pacientes são avaliados, processados e agrupados baseados em similaridades e tratamentos utilizados; iii) A partir uma base de dados sólida, o sistema inteligente analisa novos pacientes triados e, baseado nos dados armazenados, identifica o grupo e o atendimento mais indicado, auxiliando e organizando as enfermidades a partir das classificações existentes na metodologia CIF; iv) Ao final, o sistema inteligente indica, através de uma interface, o grupo em que o paciente se enquadra, baseado em sua análise, permitindo a consulta e a avaliação dos especialistas humanos (profissionais) sobre os resultados gerados.

## Conclusão

O *software*, por ser elaborado conjuntamente à equipe do SRFis, apresenta os elementos da CIF que mais se adequam ao perfil dos usuários deste serviço e à realidade local. Desta forma, irá beneficiar positivamente estes usuários sob o olhar da funcionalidade, ao propiciar uma atenção à saúde mais direcionada às suas singularidades. Destaca-se também o fato da utilização da CIF ser apontada frequentemente como complexa, o que aponta o *software* como importante dispositivo para facilitar o processo de trabalho e qualificar a assistência direcionada às PcD. Por fim, merece ênfase a primordial interlocução entre as áreas da saúde e computação no desenvolvimento de tecnologias em saúde, capazes de facilitar o cotidiano de profissionais e serviços de reabilitação.

## Referências

ALOTAIBI, Yasser K.; FEDERICO, Frank. **The impact of health information technology on patient safety**. Saudi Medical Journal, vol. 38, no. 12, p. 1173–1180, 2017. <https://doi.org/10.15537/smj.2017.12.20631>

BIZ, M. C. P.; LIMA, D. P.; MACHADO, W. F. **Perspectivas da utilização da CIF na prática interdisciplinar**. Revista Científica CIF Brasil, v. 7, n. 7, p. 2 – 11, 2017.

DANTAS, Diego de Sousa et al. **Biopsychosocial model in health care: reflections in the production of functioning and disability data**. Fisioterapia em Movimento, v. 33, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.AO21>

DUBOW, Camila. Análise da implementação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência na 28ª região de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2017. <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1478/1/Camila%20Dubow.pdf>

FILHO, José de Arimateia Batista Araújo et al. **Inteligência artificial na era da medicina de precisão: o que é preciso saber?** In: Sociedade Brasileira de Clínica Médica; Lopes AC, Cipullo JP, Kubiak CAP, organizadores. PROCLIM Programa de Atualização em Clínica Médica: Ciclo 18. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2020. p. 9–26. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 1).

FERREIRA, Luana Talita Diniz; CASTRO, Shamyry Sulyvan de; BUCHALLA, Cassia Maria. **The international classification of functioning, disability and health: progress and opportunities**. Ciência & saúde coletiva, v. 19, p. 469474, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.04062012>

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The International Classification of Functioning, Disability and Health**. Geneva, 2001.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de classificações internacionais em português. 1. ed. aum. [S. l.]: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

REZENDE, Solange de Oliveira. **Sistemas inteligentes: fundamentos e aplicações**. Barueri: Manole, 2003.

RUSSEL, Stuart J.; NORVIG, Peter. **Inteligência Artificial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

## **2.3 PRODUTOS TÉCNICOS**

Neste tópico é compartilhada a contribuição singular da tese por meio dos produtos técnicos desenvolvidas, culminando em uma série de materiais que não apenas enriquecem o conhecimento na área da reabilitação, mas também oferecem ferramentas tangíveis para aprimorar práticas e compreensão acerca da CIF em distintos espaços. Estes produtos resultaram de esforços colaborativos, pesquisas aprofundadas e o desejo por ampliar e disseminar os horizontes de entendimento da CIF. A seguir serão apresentados os seguintes produtos técnicos:

### **2.3.1 Material Didático**

2.3.1.1 Cartilha "(Re)visando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)"

2.3.1.2 Flyers das Oficinas

2.3.1.3 Guia Orientativo: Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Serviços de Reabilitação Física

### **2.3.2 Software/Aplicativo (Programa de computador)**

SisCIF - Sistema Inteligente para CIF

### **2.3.3 Produto de Editoração**

E-book "Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Conexões de Saberes e Práticas nos Serviços de Saúde".

### **2.3.4 Produtos de Comunicação**

2.3.4.1 Documentário "Implementação da CIF: Estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do SUS no Rio Grande do Sul".

2.3.4.2 Podcast "DeCIFrando as Deficiências".

### 2.3.1.1 Cartilha “(Re)visando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)”



Esta cartilha tem como objetivo facilitar a compreensão da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a partir de conceitos básicos e possíveis benefícios com a sua implementação. Além disso, visa compilar e divulgar os produtos técnicos e educativos produzidos pelo projeto de pesquisa “Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul”.

Com esse material de divulgação intenciona-se gerar impactos positivos, entre eles, a contribuição para a melhoria dos processos de trabalho e qualidade da assistência no Serviço de Reabilitação Física e outros serviços de saúde, assim como, para a consolidação de políticas públicas de saúde direcionadas às Pessoas com Deficiências.

A cartilha, numa tiragem de 500 exemplares, foi distribuída para a equipe do SRFis, bem como para demais serviços da Rede de Atenção à Saúde dos municípios pertencentes à 8ª e 13ª Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul, em especial aos serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/1xH9gneTZMEGYFo7K7w01N6ZEUTjsPpzu/view?usp=drivesdk>



### 2.3.1.2 Flyers utilizados para as oficinas

Foram produzidos materiais educativos de apoio para utilização nas oficinas de formação com a equipe do SRFis, de forma a subsidiar e complementar as informações contempladas nas mesmas. Posteriormente, o material foi reproduzido e distribuído na Rede de Atenção à Saúde dos municípios da 8ª e 13ª Coordenadorias Regionais de Saúde.



## MODELO INTEGRATIVO BIOPSIKOSSOCIAL DA CIF



**1) FUNÇÕES DO CORPO**  
SÃO FUNÇÕES FISIOLÓGICAS DOS SISTEMAS CORPORAIS (INCLUINDO FUNÇÕES PSICOLÓGICAS). EXEMPLOS: FORÇA, TÔNUS, MOBILIDADE, FUNÇÕES DO SONO, FUNÇÕES COGNITIVAS, ETC.

**2) ESTRUTURAS DO CORPO**  
SÃO PARTES ANATÔMICAS DO CORPO TAIS COMO ÓRGÃOS, MEMBROS E SEUS COMPONENTES. EXEMPLOS: MÚSCULOS, OSSOS, ARTICULAÇÕES, CÉREBRO, CORAÇÃO, ETC.  
**DEFICIÊNCIAS (OU IMPEDIMENTOS)**  
SÃO PROBLEMAS NA FUNÇÃO OU ESTRUTURA DO CORPO TAIS COMO UMA PERDA OU DESVIO SIGNIFICANTES.

**3.1) ATIVIDADE**  
É A EXECUÇÃO DE UMA TAREFA OU AÇÃO POR UM INDIVÍDUO. EXEMPLOS: ANDAR, FALAR, COMER, BEBER, REALIZAR ROTINA DIÁRIA, PREPARAR REFEIÇÕES, ETC.

**3.2) PARTICIPAÇÃO**  
É O ENVOLVIMENTO EM UMA SITUAÇÃO DE VIDA. EXEMPLOS: OS MESMOS DE ATIVIDADES, PORÉM INSERIDOS EM UMA SITUAÇÃO DE VIDA.

**LIMITAÇÕES NA ATIVIDADE**  
SÃO DIFICULDADES QUE UM INDIVÍDUO PODE TER PARA EXECUTAR ATIVIDADES.

**RESTRITÕES À PARTICIPAÇÃO**  
SÃO PROBLEMAS QUE UM INDIVÍDUO PODE TER NO ENVOLVIMENTO EM SITUAÇÕES DE VIDA.



## MODELO INTEGRATIVO BIOPSIKOSSOCIAL DA CIF

**4) FATORES AMBIENTAIS**  
SÃO COMPOSTOS PELO AMBIENTE FÍSICO, SOCIAL E DE ATITUDES EM QUE AS PESSOAS VIVEM E CONDUZEM SUAS VIDAS. EXEMPLOS: GEOGRAFIA FÍSICA, CADEIRA DE RODAS, MEDICAMENTOS, FAMÍLIA, SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, POLÍTICAS PÚBLICAS, ETC.

**5) CONDIÇÃO DE SAÚDE**  
DOENÇA, DISTÚRBO, LESÃO OU TRAUMA EXPRESSOS PELA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE (CID).

**6) FATORES PESSOAIS**  
HISTÓRICO PARTICULAR DA VIDA E DO ESTILO DE VIDA DE CADA INDIVÍDUO, ENGBANDO CARACTERÍSTICAS DO INDIVÍDUO QUE NÃO SÃO PARTE DE UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE OU DE ESTADOS DE SAÚDE. PODEM INCLUIR: SEXO, RAÇA, IDADE, HÁBITOS, ETC. NÃO ESTÃO CLASSIFICADOS NA CIF.

**7) CADA UM DOS 4 COMPONENTES (CLASSIFICAÇÕES) É CODIFICADO COM UMA LETRA:**

- b PARA FUNÇÕES CORPORAIS ("BODY")
- s PARA ESTRUTURAS ANATÔMICAS ("STRUCTURE")
- d PARA ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO: ("DOMAIN")
- e PARA FATORES AMBIENTAIS ("ENVIRONMENT")

AS LETRAS SÃO SEGUIDAS POR UM CÓDIGO NUMÉRICO INICIADO PELO NÚMERO DO CAPÍTULO (UM DÍGITO), SEGUIDO PELO SEGUNDO NÍVEL (DOIS DÍGITOS) E O TERCEIRO E QUARTO NÍVEIS (UM DÍGITO CADA).

 @ppsuscfunisc



## MITOS E VERDADES SOBRE A CIF



**CIF**  
Universidade de Cif, criada em 2004, pelo Projeto "Educação em Saúde: Incapacidade e Saúde" do Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).  
 Programa Pesquisa Para o SUS - PPSUS

# MITOS

FONTE: CATÁLOGO, CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (2004), ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS

**QUESTÃO**

É UTILIZADA SOMENTE POR PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE, COMO FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS?

**RESPOSTA**

NÃO. A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE (CIF) NÃO É DE USO EXCLUSIVO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE. SEU USO ABRANGE PROFISSIONAIS DE DIVERSAS ÁREAS.

**QUESTÃO**

A CIF REALIZA A CODIFICAÇÃO DE DOENÇAS?

**RESPOSTA**

NÃO, A CIF REALIZA A CODIFICAÇÃO DE FUNCIONALIDADE, ENVOLVENDO A INTERAÇÃO ENTRE FUNÇÃO, ESTRUTURA, ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO DO INDIVÍDUO.

A CIF CODIFICA MORBIDADE (DOENÇAS) E MORTALIDADE. EM CONJUNTO, AS INFORMAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO E SOBRE A FUNCIONALIDADE, DÃO UMA IMAGEM MAIS AMPLA E MAIS SIGNIFICATIVA DA SAÚDE DAS PESSOAS OU DA POPULAÇÃO, QUE PODE SER UTILIZADA EM TOMADAS DE DECISÃO.

**QUESTÃO**

A CIF PODE SER UTILIZADA APENAS PARA PESSOAS COM INCAPACIDADES?

**RESPOSTA**

NÃO, A CIF SE APLICA À TODAS AS PESSOAS, PORTANTO, SUA UTILIZAÇÃO É UNIVERSAL.

**QUESTÃO**

A CIF É UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO?

**RESPOSTA**

NÃO, ELA NÃO É CONSIDERADA UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO. A CIF É UMA CLASSIFICAÇÃO COM MÚLTIPLAS FINALIDADES ELABORADA PARA SERVIR A VÁRIAS ÁREAS E DIFERENTES SETORES.

## MITOS E VERDADES SOBRE A CIF



**CIF**  
Universidade de Cif, criada em 2004, pelo Projeto "Educação em Saúde: Incapacidade e Saúde" do Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).  
 Programa Pesquisa Para o SUS - PPSUS

# VERDADES

FONTE: CATÁLOGO, CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (2004), ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS

**QUESTÃO**

A CIF ESTÁ BASEADA NO MODELO INTEGRATIVO BIOPSISSOCIAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE?

**RESPOSTA**

SIM, ENFOCA TODOS OS ASPECTOS DA SAÚDE HUMANA RELACIONADOS COM O BEM-ESTAR E CONSIDERA UMA PERSPECTIVA BIOLÓGICA, INDIVIDUAL E SOCIAL.

**QUESTÃO**

A CIF PODE SER UTILIZADA COMO MODELO DE ORIENTAÇÃO PARA A AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL E NA ELABORAÇÃO DE PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES?

**RESPOSTA**

SIM, ISSO OCORRE DEVIDO A CIF SER CENTRADA NA INTERAÇÃO ENTRE O INDIVÍDUO COM UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE, OU NÃO, E O AMBIENTE EM QUE VIVE.

**QUESTÃO**

FORNECE UMA LINGUAGEM PADRÃO, UMA BASE CONCEITUAL PARA A DEFINIÇÃO E A CLASSIFICAÇÃO DA SAÚDE E DA INCAPACIDADE?

**RESPOSTA**

SIM, ELA ESTABELECE UMA LINGUAGEM COMUM PARA A DESCRIÇÃO DA SAÚDE E DOS ESTADOS RELACIONADOS COM A SAÚDE. AUXILIA NA COMUNICAÇÃO ENTRE OS DIVERSOS UTILIZADORES, TAIS COMO, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, INVESTIGADORES, POLÍTICOS, GESTORES E A POPULAÇÃO.

**QUESTÃO**

AGREGA INFORMAÇÕES RELACIONADAS ÀS FATORIAS INTERNAS E EXTERNAS QUE INTERFEREM NO QUADRO CLÍNICO DO INDIVÍDUO?

**RESPOSTA**

SIM, A CIF É UMA CLASSIFICAÇÃO DA SAÚDE E DOS ESTADOS RELACIONADOS COM A SAÚDE. FATORES EXTERNOS COMO, AMBIENTAIS, SOCIAIS, ECONÔMICOS, CULTURAIS, DO TRABALHO, EDUCAÇÃO E OUTROS PODEM INTERFERIR NO QUADRO CLÍNICO DO INDIVÍDUO.

### 2.3.1.3 Guia Orientativo: Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Serviços de Reabilitação Física



## GUIA ORIENTATIVO

# IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) EM SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA



GUIA PRODUZIDO A PARTIR DA TESE DE DOUTORADO: “SINGULARIDADE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: IMPLEMENTANDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”, VINCULADA AO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL.

1ª EDIÇÃO

Reprodução de imagem: Logotipo do Projeto  
Reprodução de imagem: Canva e Freepik

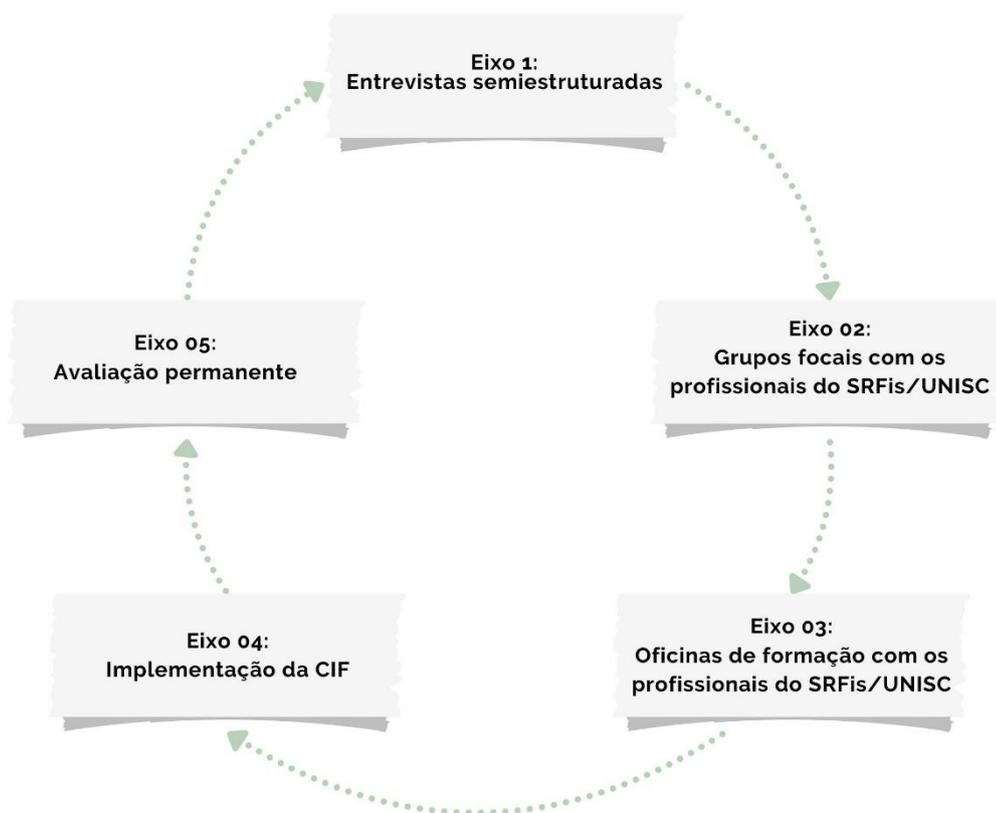




A pesquisa foi desenvolvida entre março de 2021 a setembro de 2023 e foi contemplada na Chamada Decit/SCTIE/MS-CNPq-FAPERGS N° 08/2020 – Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS.

Para sua execução, o processo de implementação ocorreu em cinco grandes eixos, os quais serão apresentados a seguir.

De modo concomitante, ocorreu a produção de materiais técnico-pedagógicos relacionados à CIF para subsidiar esse processo, relacionados ao final deste guia.



Reprodução de imagem: Canva



## Eixos temáticos

### EIXO 1: ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

#### SUJEITOS

Pessoas com Deficiência física usuárias do SRFis.



#### OBJETIVO

Reconhecer as percepções dos usuários sobre o modelo de atenção predominante no cuidado às pessoas com deficiência física.



#### ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Entrevistas semiestruturadas.



#### QUESTÕES NORTEADORAS

1. Dados de Identificação (incluindo informações sociodemográficas e sobre a deficiência).
2. Quais os serviços de saúde que você utiliza?
3. Como foi a seu encaminhamento para este serviço?
4. Quais os cuidados em saúde que você recebe?
5. Como você percebe esses cuidados?
6. O que você acha que poderia ser feito para lhe ajudar mais?



Reprodução de imagem: Canva e Freepik



## EIXO 2: GRUPOS FOCAIS

### SUJEITOS

Equipe do SRFis



### OBJETIVO

Discutir e refletir sobre o processo de implementação da CIF.



### ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Quatro grupos focais, em horário de trabalho com duração entre 30 a 60 min.



Para cada grupo foram disparadas questões norteadoras que abordaram o conhecimento e percepções sobre a CIF, reflexões sobre o processo de implementação, bem como os impactos da utilização da CIF no serviço.



Reprodução de imagem: Canva e Freepik



## EIXO 3: OFICINAS DE FORMAÇÃO

### SUJEITOS

Equipe do SRFis

### OBJETIVO

Qualificar a equipe sobre a utilização da CIF

### ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

10 oficinas de formação, se configuraram a partir de atividades em grupo, utilização de metodologias ativas de aprendizagem e produção de materiais de apoio didáticos e pedagógicos.





### EIXO 3: OFICINAS DE FORMAÇÃO



PERÍODO	TEMA DA OFICINA	OBJETIVO
1º Encontro	CIF; Conceitos básicos	Conhecer os conceitos básicos da CIF, seus objetivos e aplicabilidade.
2º Encontro	Componentes da CIF (Parte 01)	Compreender os componentes da CIF relacionados a funcionalidade e incapacidade: Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação.
3º Encontro	Componentes da CIF (Parte 02)	Compreender os componentes da CIF relacionados aos fatores contextuais: Fatores Ambientais e Fatores Pessoais.
4º e 5º Encontros	CIF no contexto da reabilitação física	Demonstrar a utilização da CIF no contexto da Reabilitação Física.
6º e 7º Encontros	Elaboração de instrumento para aplicação da CIF	Produção de esboço de instrumento/produto técnico para aplicação da CIF no SRFis/UNISC.
8º Encontro	Qualificadores da CIF	Compreender os qualificadores da CIF.
9º Encontro	Software Sistema Inteligente para CIF (SisCIF)	Apresentação e discussão do software desenvolvido.
10º Encontro	Software Sistema Inteligente para CIF (SisCIF)	Revisão de itens e pactuação para utilização do software pela equipe do SRFis.



## EIXO 4: IMPLEMENTAÇÃO DA CIF ATRAVÉS DO SOFTWARE SISCIF - SISTEMA INTELIGENTE PARA CIF

### SUJEITOS

Equipe do SRFis com apoio dos pesquisadores e profissionais da área da computação



### OBJETIVO

Utilizar a CIF no processo de avaliação de usuários do SRFis

### ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

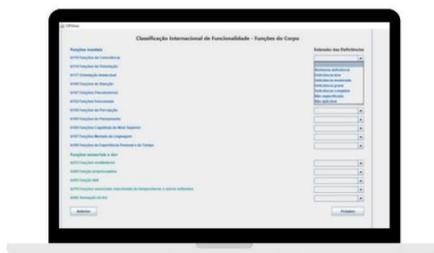
Software próprio denominado "SisCIF - Sistema Inteligente para CIF", com base nas demandas elencadas pela equipe nas oficinas e grupos focais, norteados pelo documento da CIF, versão completa e atualizada.



**INTERFACE DO SOFTWARE:** É dividida em duas partes:

Dados de identificação do usuário e caracterização da deficiência.

Apresenta 135 códigos da CIF distribuídos em seus quatro componentes: Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividade e Participação, e Fatores Ambientais, representados por letras e códigos numéricos.





## EIXO 5: AVALIAÇÕES PERMANENTES

### SUJEITOS

Equipe do SRFis



### OBJETIVO

Proporcionar um feedback constante frente às ações realizadas sobre o processo de implementação.

### ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Instrumentos com questões fechadas e abertas direcionadas para este fim.



Reprodução de imagem: Canva e Freepik



## MATERIAIS TÉCNICO-PEDAGÓGICOS DE APOIO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CIF

Aqui são apresentados materiais que auxiliaram no processo de implementação da CIF:

↳ Cartilha "(Re)visando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)"



↳ E-book "Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Conexões de Saberes e Práticas nos Serviços de Saúde"



↳ Documentário "Implementação da CIF: Estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do SUS no Rio Grande do Sul"



↳ Podcast "DeCIFrando as Deficiências"



↳ Perfil no Instagram "@ppsuscifunisc"



↳ Flyers



Dados da pesquisa  
Reprodução de imagem: Autores, 2024; Canva e Freepik



## Considerações finais

Neste guia orientativo fornecemos orientações práticas e recursos para auxiliar os profissionais de saúde na implementação efetiva da CIF em seus contextos de trabalho.

No entanto, reconhecemos que cada ambiente de reabilitação é único, e encorajamos a adaptação dessas recomendações às necessidades específicas e recursos disponíveis em cada contexto.

Ao implementar a CIF em serviços de reabilitação, podemos promover uma abordagem mais centrada na pessoa, orientada para a promoção da funcionalidade, autonomia e participação social.

Isso não só beneficia os indivíduos atendidos, mas também contribui para uma sociedade mais inclusiva e equitativa, onde todas as pessoas têm a oportunidade de alcançar seu pleno potencial.

Por fim, reafirmamos nosso compromisso com a promoção da saúde, da dignidade e dos direitos das Pessoas com Deficiência e esperamos que este guia sirva como um recurso valioso na jornada rumo a uma reabilitação baseada em evidência, centrada na pessoa e orientada para resultados significativos.



Reprodução de imagem: Logotipo do Projeto  
Reprodução de imagem: Canva e Freepik



## FINANCIADORES



## COLABORADORES/APOIADORES





## AUTORES

### **Criação de Conteúdo**

Ana Carolina Bienert  
Camila Dubow  
Luci Helen Alvez Freitas  
Suzane Beatriz Frantz Krug

### **Produção Estética**

Ana Carolina Bienert  
Luci Helen Alvez Freitas

### **Produção do texto**

Ana Carolina Bienert  
Camila Dubow  
Luci Helen Alvez Freitas  
Suzane Beatriz Frantz Krug

### **Revisão e supervisão geral**

Camila Dubow  
Suzane Beatriz Frantz Krug





2024

1ª EDIÇÃO

**TESE DE DOUTORADO**

**“SINGULARIDADE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: implementando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em um Serviço de Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde”**

Reprodução de imagem: Logotipo do Projeto  
Reprodução de imagem: Canva e Freepik

### 2.3.2 Produto técnico no formato de *software*

O “*SisCIF Sistema Inteligente para CIF*” trata-se de produto técnico em formato de *Software*, desenvolvido em conjunto pelas áreas da saúde e computação, oferecendo uma ferramenta prática para a aplicação eficaz da CIF, abrindo possibilidades para análises detalhadas e visualizações intuitivas no processo de avaliação de PcDs. Resultado de uma parceria entre as áreas da Saúde e da Computação da UNISC, foi desenvolvido com base nos componentes da CIF que mais se relacionam ao perfil dos usuários do SRFis, adequando-se à realidade local, a fim de suprir as demandas do mesmo. De autoria de Guilherme Saldanha Machado, Camila Dubow, Henrique Ziembowicz, Rejane Frozza e Suzane Beatriz Frantz Krug.

O *software* é composto por dados levantados em conjunto com a equipe de profissionais do SRFis da Unisc nas oficinas e grupos focais, de modo que contemplasse as demandas dos usuários deste serviço. Os dados englobam dados de identificação, caracterização clínica e 135 códigos da CIF, abrangendo seus quatro componentes: Estruturas Corporais, Funções Corporais, Atividade e Participação e Fatores Ambientais. Convém destacar que o *Software* SisCIF foi disponibilizado ao SRFis para que a utilização do mesmo possa continuar mesmo após o término da pesquisa.

O “*SisCIF Sistema Inteligente para CIF* teve o pedido de registro concedido pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial.





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDÚSTRIA, COMÉRCIO E SERVIÇOS  
**INSTITUTO NACIONAL DA PROPRIEDADE INDUSTRIAL**  
DIRETORIA DE PATENTES, PROGRAMAS DE COMPUTADOR E TOPOGRAFIAS DE CIRCUITOS

## Certificado de Registro de Programa de Computador

Processo Nº: **BR512023002024-9**

O Instituto Nacional da Propriedade Industrial expede o presente certificado de registro de programa de computador, válido por 50 anos a partir de 1º de janeiro subsequente à data de 10/03/2023, em conformidade com o §2º, art. 2º da Lei 9.609, de 19 de Fevereiro de 1998.

**Título:** SisCIF: Sistema Inteligente para CIF

**Data de publicação:** 10/03/2023

**Data de criação:** 10/01/2023

**Titular(es):** ASSOCIAÇÃO PRÓ-ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL

**Autor(es):** REJANE FROZZA; GUILHERME SALDANHA MACHADO; CAMILA DUBOW; SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG; HENRIQUE ZIEMBOWICZ

**Linguagem:** JAVA; POSTGREE SQL

**Campo de aplicação:** SD-05; SD-06 **Tipo**

**e programa:** FA-01; IA-01 **Algoritmo**

**hash:** SHA-256

**Resumo digital hash:** 76f0bfb828e5b77af10b4a1f3163275614f805595c3adbf91dafd3393a6952fe

**Expedido em:** 18/07/2023

**Aprovado por:**

Carlos Alexandre Fernandes Silva Chefe da DIPTO

### **2.3.3 E-book “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: conexões de saberes e práticas nos serviços de saúde”**

O e-book “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: conexões de saberes e práticas nos serviços de saúde” configura-se como produto técnico do projeto Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, contemplado na Chamada Decit/SCTIE/MS-CNPq-FAPERGS No 08/2020 – Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS. Este e-book é resultado de um esforço conjunto de professores, estudantes e profissionais que valorizam a prática do trabalho em equipe, voltado para um bem comum: a produção científica que problematiza e constrói cuidado integral e atenção em saúde de qualidade. O e-book organiza-se em doze capítulos divididos em três grandes seções temáticas que visam refletir sobre a abordagem à Saúde da Pessoa com Deficiência, sob uma perspectiva biopsicossocial e o papel primordial da CIF para a mudança de modelo de atenção à saúde de Pessoas com Deficiência (PcDs). Ainda, discorre sobre o processo de implementação da CIF no Serviço de Reabilitação Física da Universidade de Santa Cruz do Sul - RS (SRFis) da Universidade de Santa Cruz do Sul, referência em Reabilitação Física pelo Sistema único de Saúde para usuários de 25 municípios da região central do Rio Grande do Sul.

A primeira seção é constituída de três capítulos e busca fazer um resgate histórico sobre as políticas públicas de saúde voltadas às Pessoas com Deficiência, refletir sobre os conceitos de “normal” e “patológico” que permeiam as PcDs na sociedade e ainda, apresentar a CIF e a importância de sua utilização no contexto da reabilitação de PcDs. Assim, visa contribuir para reflexões sobre a importância da adoção do modelo de atenção biopsicossocial preconizado pela CIF. Na segunda seção, por meio de três capítulos, são apresentadas experiências exitosas de serviços de saúde diversos que realizaram a implementação da CIF. Esta seção busca dar subsídios teóricos e mostrar a viabilidade de utilização de tal classificação em diferentes contextos no âmbito da saúde. Por fim, na terceira seção, por meio de seis capítulos, é explanada a experiência de implementação da CIF no SRFis, sendo apresentado o arcabouço do projeto e todos os eixos que o compõe (entrevistas, oficinas de formação para a equipe, grupos focais, processo de criação de software com base nas demandas elencadas pela equipe do próprio serviço para personalizar e facilitar a utilização da CIF). Para finalizar, são feitas reflexões sobre o impacto dessa experiência para o serviço e para os acadêmicos de diversos cursos de graduação e pós-graduação envolvidos no projeto.

Disponível em:

[https://www.arcoeditores.com/files/ugd/96abf9\\_d95f547a98f74949a081db18fb642412.pdf](https://www.arcoeditores.com/files/ugd/96abf9_d95f547a98f74949a081db18fb642412.pdf)



### 2.3.4.1 Documentário "IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul"

O documentário, gravado na UNISC, apresenta uma breve introdução sobre o projeto, seu objetivo e público-alvo: pessoas com deficiências físicas usuárias do Serviço de Reabilitação Física (SRFis) da UNISC. Além disso, são abordadas as diferentes formas de funcionamento desse Serviço, por meio da triagem, concessão de órteses e próteses e reabilitação. Logo após, outros contribuintes discorrem sobre a importância da CIF no SRFis, refletindo sobre a relevância para os 25 municípios os quais é referência via SUS, além de relatos de experiências de usuários do serviço.

Possui legenda e assistência por meio de LIBRAS para pessoas com deficiência auditiva, além de QR codes na tela.

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Ck39aKvhl88>



Documentário: Implementação da CIF em um Serviço de Reabilitação Física do SUS do Rio Grande do Sul.

### **2.3.4.2 Podcast "DeCIFrando as Deficiências"**

O objetivo do Podcast é disseminar para a sociedade, em um formato bastante informal, informações relacionadas às Pessoas com Deficiência e seus aspectos sob múltiplos olhares (percepções de profissionais de diversas áreas, pessoas com deficiência e seus familiares e equipe do projeto). Foram ao ar 15 episódios, abordando as seguintes temáticas:

#### **1ª Série - Pessoas com Deficiências: aspectos de vida diária, possibilidades, barreiras e caminhos**

1º episódio: DeCIFrando a Deficiência

2º episódio: Qual o alcance da acessibilidade?

3º episódio: Tenho uma deficiência: quais os meus direitos?

4º episódio: Inclusão da Pessoa com Deficiência nos espaços sociais e de trabalho

#### **2ª Série - Convivendo com a deficiência**

5º episódio: Dando voz às Pessoas com Deficiência e seus familiares

6º episódio: A importância da família no convívio com a Pessoa com Deficiência

7º episódio: Como lutar pelos meus direitos ou de meu familiar com deficiência?

8º episódio: E no dia a dia: como é conviver com uma deficiência?

9º episódio: Sendo protagonista do meu cuidado

#### **3ª Série - Conhecendo o trabalho desenvolvido pelo projeto e suas interfaces**

10º episódio: Conhecendo o projeto “IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul

11º episódio: Conhecendo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

12º episódio: Como o projeto está funcionando?

13º episódio: Serviço de reabilitação física: cenário de realização do projeto

14º episódio: A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

15º episódio: Impactos e projeções do projeto



**CAPÍTULO III**  
**CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### 3.1 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve como objetivo geral analisar os processos envolvidos e descrever o percurso da implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em um Serviço Especializado de Referência Regional em Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul. Ao longo deste processo, foi possível identificar diversos aspectos que contribuíram significativamente para a compreensão e utilização eficaz da CIF no contexto desse serviço, abrindo caminho para uma visão holística da saúde e funcionalidade de PcDs.

Os principais resultados encontrados destacam a importância de analisar a implementação da CIF sob diferentes perspectivas, possibilitando uma compreensão mais ampla e multifacetada através de diversos fatores e atores envolvidos no processo: serviço, equipe e usuários. Assim, encontrou-se que as percepções das PcDs usuárias do SRFis remetem a um modelo de atenção à saúde ainda centrado nos aspectos biológicos da deficiência em toda a rede de cuidados, sendo muitas vezes desconsiderados seus aspectos psicossociais e contextuais. Também ficou evidente, por meio das narrativas, a centralidade dos serviços especializados de reabilitação na RCPD.

Tais percepções das PcDs impactam em sua participação e inclusão social, ressaltando uma carência na consolidação de políticas públicas que objetivam a redução de desigualdades e promoção da equidade. Desta forma, a Agenda 2030, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, fomenta estratégias de enfrentamento das desigualdades ainda vivenciadas pelas PcDs, contribuindo para a democratização dos espaços e práticas de saúde no âmbito do SUS.

Os diversos eixos da pesquisa, por sua vez, possibilitaram que a equipe do serviço estudado desenvolvesse habilidades necessárias para a utilização da CIF no cotidiano de um serviço de reabilitação física, além de reconhecer os aspectos facilitadores, barreiras e possibilidades nesse processo. Isso permitiu que os profissionais expandissem seu entendimento sobre as necessidades individuais de cada sujeito, considerando não apenas as limitações físicas, mas também os fatores sociais e ambientais que influenciam a funcionalidade e a qualidade de vida destas pessoas.

Ainda, foi possível reconhecer o perfil dos usuários atendidos pelo serviço estudado sob a perspectiva da funcionalidade, mensurada através de *software* próprio para uso da CIF, por meio da perspectiva biopsicossocial, contribuindo para um processo de reabilitação que valorize as singularidades do indivíduo. Evidenciaram-se situações de funcionalidade e

incapacidade diversas dentre os usuários do SRFis, com destaque para as alterações relacionadas ao movimento que dificultam atividades de mobilidade e autocuidado. Ademais, reforça-se a relevância de produtos e dispositivos para facilitar estas atividades, como por exemplo as cadeiras de rodas, além do apoio de familiares, profissionais, serviços e sistemas de saúde e segurança.

Desta maneira, o desenvolvimento de um produto técnico inovador que informatiza e padroniza a aplicação da CIF no SRFis de maneira intuitiva e eficiente, por meio do *Software* SisCIF, promoveu a coleta de dados de maneira consistente e compatível com as diretrizes e objetivos da CIF, representando um avanço significativo na gestão da informação no contexto da reabilitação. Ainda, o desenvolvimento de materiais técnico-pedagógicos e materiais de apoio auxiliaram a desmistificar os conceitos complexos da CIF, tornando-os acessíveis a uma ampla gama de profissionais, permitindo não apenas informar, mas também capacitar a equipe do referido serviço para integrar a CIF de maneira efetiva em suas práticas cotidianas de trabalho.

Destaca-se também a utilização de diferentes tecnologias do cuidado no processo de implementação da CIF, considerando as interfaces da territorialidade neste percurso, reconhecendo a importância de personalizar as estratégias de acordo com as características locais, de modo a favorecer a implementação da CIF de maneira contextualizada. Entretanto, é importante reconhecer que a implementação da CIF pode enfrentar resistências e demandar mudanças culturais e estruturais, sendo que a capacitação contínua dos profissionais, a sensibilização dos gestores e a adaptação dos processos organizacionais são aspectos fundamentais para o sucesso.

Estes achados de pesquisa contribuem para o avanço teórico e prático sobre a utilização da CIF em serviços de reabilitação, uma vez que desvelam fatores que conduzem tal experiência, preenchendo uma lacuna na literatura sobre a carência de registros sobre este processo. No que se refere às implicações práticas, os resultados obtidos por esta pesquisa auxiliam como um guia para a implementação da CIF em outros serviços de reabilitação, de modo que possam utilizar tais achados para desenhar estratégias coerentes com as necessidades singulares de seu público-alvo e territórios, uma vez que se encontram poucos registros do uso sistemático da CIF em serviços de reabilitação no Brasil. Tal contribuição justifica-se pela necessidade de mudanças de paradigmas na atenção à saúde de pessoas com deficiências físicas bem como um redirecionamento do raciocínio clínico considerando o modelo biopsicossocial sob a perspectiva da funcionalidade.

De modo mais abrangente, os dados da pesquisa também podem auxiliar para o processo de construção e consolidação de políticas públicas voltadas às reais necessidades das PcDs e do SUS, tendo como eixo norteador a discussão da mudança de paradigma na atenção a estas pessoas, em prol de uma atenção integral e que valorize seus aspectos biopsicossociais. Deste modo, é possível contribuir com esforços que buscam a diversidade em todas as esferas da sociedade, de modo a promover a efetiva inclusão de PcDs em todos os espaços. Em suma, a implementação da CIF no SRFis enriqueceu a abordagem em reabilitação física, colocando o usuário no centro do processo de reabilitação, trazendo-lhe diversos benefícios através da abordagem biopsicossocial proporcionada pela CIF.

As potenciais limitações de um estudo do tipo pesquisa-ação com enfoque qualitativo devem ser reconhecidas e consideradas. A principal limitação encontra-se na dificuldade de generalizar os resultados para contextos mais amplos, sendo os achados do estudo específicos para o serviço estudado e não podem ser aplicados diretamente a outros ambientes. Também se destaca o viés local, onde as características únicas do serviço em questão podem influenciar os resultados de maneira única. Ainda, a seleção de um único serviço pode não representar adequadamente a diversidade de práticas, políticas e desafios encontrados em outros locais, sendo que uma amostra mais ampla poderia fornecer uma visão mais abrangente da realidade.

Assim, sugere-se a realização de novos estudos que abordem a implementação da CIF em outros serviços de reabilitação, com o intuito de obter uma visão ampla e pulverizada sobre os processos envolvidos nesta situação em diferentes contextos e regiões do Brasil.

**CAPÍTULO IV**  
**NOTA À IMPRENSA**

#### **4.1 NOTA À IMPRENSA**

##### **Pesquisa sobre a Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é realizada através de Tese de Doutorado do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde da UNISC**

A Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) tem a satisfação de divulgar os resultados da Tese de Doutorado intitulada "SINGULARIDADE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: implementando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em um Serviço de Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde". A Tese, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde da UNISC é de autoria de Camila Dubow, orientada pela Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e co-orientada pela Dra. Edna Linhares Garcia.

A pesquisa foi realizada no Serviço Especializado de Reabilitação Física (SRFis) da UNISC, referência pelo Sistema Único de Saúde para 25 municípios da região, e teve como objetivo principal explorar e analisar os processos envolvidos na implementação da CIF em um Serviço de Referência Regional em Reabilitação Física. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma abordagem à saúde que se baseia no modelo biopsicossocial, priorizando uma abordagem abrangente para a reabilitação de Pessoas com Deficiência.

O estudo envolveu a equipe atuante no SRFis, composta por fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, docentes e acadêmicos dos cursos de Fisioterapia, Serviço Social, Enfermagem e Psicologia, bem como pessoas com deficiência (PcDs) que utilizam o serviço. A pesquisa foi dividida em cinco eixos, abrangendo entrevistas com PcDs, oficinas e grupos focais com a equipe do serviço, desenvolvimento de software para auxiliar no processo de avaliação de PcDs que utilizam o serviço, além de avaliações constantes da pesquisa. Dentre os principais resultados desta pesquisa destacam-se a melhoria na qualidade dos serviços prestados no serviço, a ampliação da visão biopsicossocial na abordagem de saúde e a promoção da inclusão e participação plena das PcDs nos seus processos de reabilitação. Estes resultados podem servir como suporte para outros serviços de reabilitação na utilização da CIF, bem como auxiliar na construção de políticas públicas de saúde mais inclusivas para PcDs.

**CAPÍTULO V**  
**RELATÓRIO DE CAMPO**

## 5.1 RELATÓRIO DE CAMPO

### O início do Doutorado...

Iniciei as atividades do Doutorado em Promoção da Saúde pela UNISC em março de 2020, tendo como objetivo dar continuidade às questões que haviam emergido em minha pesquisa de Mestrado, especialmente aquelas relacionadas ao modelo de atenção ainda predominante na atenção às PcDs: centrado no corpo e nas dificuldades que estas pessoas apresentam. Entretanto, queria mostrar, de alguma maneira, que era possível proporcionar uma atenção de maneira diferenciada, privilegiando as características e potencialidades de cada indivíduo.

Movida pelo desejo de evidenciar que é possível oferecer uma atenção de maneira mais abrangente e sensível às PcDs, buscando valorizar suas singularidades, surgiu a ideia de incorporar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como ferramenta norteadora em minha pesquisa acadêmica. Emergiram diversos questionamentos sobre como essa abordagem poderia contribuir para uma atenção mais singular, considerando não apenas as barreiras, mas também as possibilidades de cada indivíduo dentro de sua realidade única, ao mesmo tempo em que despertaram reflexões sobre a necessidade de uma transformação nos paradigmas vigentes na atenção à saúde de PcDs, ainda muito focada no modelo biomédico.

A imagem abaixo resume a linha do tempo da pesquisa, apontando os principais marcos, os quais encontram-se detalhados logo após a imagem.

# LINHA DO TEMPO



## Equipe do projeto

A equipe do projeto foi composta por Docentes, Doutorandos, Mestrandos e acadêmicos de diversos cursos da área da saúde. Semanalmente durante as quartas-feiras pela manhã, entre março de 2021 e setembro de 2023 a equipe se reuniu para tratar assuntos pertinentes ao projeto, discussão, reflexão e avaliação das atividades desenvolvidas com base no cronograma da pesquisa, além de atividades educativas para a equipe, por meio da discussão de artigos e textos com referencial teórico atualizado sobre a CIF e a temática da Saúde da Pessoa com Deficiência de modo geral. Também foram realizados, nestes encontros, a produção de resumos e material científico para publicação em eventos e periódicos científicos, a fim de socializar e contribuir com os resultados obtidos no decorrer da pesquisa, além da produção de materiais técnicos. Durante o ano de 2021, em função da pandemia da Covid-19, as reuniões semanais da equipe aconteceram de forma virtual, totalizando 25 encontros. Já no ano de 2022, foram realizadas 29 reuniões e, em 2023, 20 encontros.



Fonte: acervo próprio

## **Entrevistas com os usuários do Serviço de Reabilitação Física (SRFis UNISC)**

Inicialmente, ainda em 2021, foram realizadas seis entrevistas pilotos com pessoas com deficiência no serviço de reabilitação, a fim de experienciar o instrumento de coleta de dados. Essa atividade demonstrou a necessidade de alterações no instrumento de coleta inicial, a fim de contemplar de maneira mais específica os objetivos da pesquisa. Assim, o instrumento foi aprimorado e modificado, de modo a ampliar as concepções sobre cuidado em saúde, possibilitando ao sujeito falar de modo mais abrangente sobre sua deficiência, cuidados e necessidades.

O início das coletas de dados teve que ser postergado em função do agravamento da pandemia de COVID-19. Assim, após os ajustes, no início de 2022 foram realizadas 37 entrevistas semiestruturadas e no primeiro trimestre do ano de 2023, foram realizadas outras 30 entrevistas com PcDs maiores de 18 anos e usuárias do Serviço de Reabilitação Física da UNISC, para reconhecer suas percepções acerca do modelo de atenção predominante no cuidado às pessoas com deficiências físicas na rede de atenção. As entrevistas foram realizadas em dois momentos, início de 2022 e de 2023, a fim de minimizar que possíveis efeitos da pandemia pudessem interferir nas respostas dos indivíduos. Entretanto, percebeu-se pouca influência desta na percepção dos sujeitos, com exceção de alguns relatos sobre o período de espera para acesso ao serviço especializado de reabilitação, o qual pode ter sofrido modificações em razão das restrições sanitárias aplicadas aos serviços de saúde de maneira geral. As entrevistas foram realizadas nas dependências do próprio serviço e o agendamento das coletas se deu através de contato prévio da equipe do projeto com a equipe do mesmo. As coletas foram gravadas através de áudio, perante o consentimento dos sujeitos e posteriormente transcritas em sua íntegra.

## **Realização de quatro grupos focais com os profissionais de saúde do SRFis**

Os grupos focais ocorreram em horário de trabalho da equipe, previamente pactuado com a coordenação do SRFis. Nos quatro grupos focais foram utilizadas questões norteadoras para sua condução, com foco na discussão e reflexão acerca do processo de implementação da CIF no serviço. Ao final dos encontros, o conteúdo resultante dos grupos focais foi transcrito em e analisado, subsidiado por diários de campo elaborados ao longo de todo o processo.

O **primeiro grupo focal** foi dividido em dois momentos, em virtude de o tempo não ter sido suficiente para todas as discussões. O primeiro encontro foi realizado no dia 28 de junho e

o outro em 02 de julho de 2021, com 11 participantes (uma Terapeuta Ocupacional, uma Fisioterapeuta, uma Enfermeira e acadêmicos dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia), além de 3 integrantes da pesquisa (2 moderadores e 1 apoio) com duração de 1h30 min cada momento. Esse primeiro grupo teve a intenção de reconhecer o conhecimento sobre a CIF junto aos profissionais do Serviço de Reabilitação.

Foi possível perceber uma certa ansiedade e curiosidade da equipe acerca do projeto que estava iniciando, naquele momento, o seu desenvolvimento. Alguns já haviam ouvido falar sobre ele, porém para a grande maioria ainda era desconhecido. Anteriormente à realização do grupo focal foi realizada uma breve apresentação sobre o projeto, sua metodologia, objetivos e a intensa necessidade de colaboração e participação dos membros da equipe no seu desenvolvimento, por tratar-se de uma pesquisa-ação.

Pode-se perceber uma naturalidade dos membros da equipe ao iniciar as discussões. Tal fato pode se dar pelo envolvimento direto da pesquisadora enquanto docente na instituição de ensino a qual o serviço está vinculado, destacando-se que grande parte da equipe é composta por acadêmicos de graduação do curso de Fisioterapia, no qual a pesquisadora está vinculada. As discussões iniciaram sobre a temática da CIF questionando primeiramente se eles conheciam tal classificação e gradativamente as questões foram sendo afinadas e trazendo assuntos mais específicos em relação a esta. Isto fez com que algumas dúvidas surgissem especialmente entre aqueles que até então não a conheciam. Algumas pessoas questionaram alguns conceitos específicos sobre a CIF, sua origem e aplicabilidades, porém explicamos, enquanto pesquisadoras, que naquele momento não seria possível responder tais questionamentos visto que este grupo integra a coleta de dados do projeto de pesquisa e que tais questões seriam abordadas posteriormente nas oficinas de formação. Como nem todas as questões previstas para este primeiro grupo focal foram abordadas em razão do tempo, agendamos um novo momento para a sua finalização.

O **segundo grupo focal** foi realizado no dia 10/12/2021, totalizando 7 participantes integrantes do serviço, sendo uma Terapeuta Ocupacional, uma Fisioterapeuta, uma Enfermeira e acadêmicos do curso de Fisioterapia, com duração de 60 minutos, além de 3 integrantes da pesquisa (2 moderadores e 1 apoio), com o objetivo de identificar as percepções da equipe sobre o processo de desenvolvimento da pesquisa até então.

A vontade de implementar a CIF no SRFis foi relatada com bastante frequência pelos profissionais e acadêmicos. Entre o primeiro Grupo Focal e este aconteceram três oficinas de formação, permitindo que os participantes tivessem um conhecimento maior sobre a CIF. Pode-se perceber uma certa timidez no início do grupo focal, porém, com a discussão e a ajuda das

moderadoras o grupo foi se soltando e relatando o que estavam achando sobre as etapas de implementação já realizadas até o momento. As discussões se deram a partir das seguintes questões norteadoras: “Como foi o processo de aproximação da equipe com a CIF e seus conceitos?” Aqui foi relatado que eles conseguem entender os conceitos e que as oficinas ajudaram bastante neste processo, pois ocorreram de uma forma dinâmica e interativa. “Principais anseios e dificuldades no processo? Nessa questão foi bastante discutido sobre o sistema informatizado atual utilizado pelo serviço, trazendo que a CIF poderia ajudar a qualificar as informações coletadas nos processos de avaliação, pois o sistema atualmente utilizado possui limite de caracteres, restringindo as informações sobre o usuário. “Sugestões para as atividades no próximo ano?” O grupo demonstrou muita vontade de colocar a CIF em prática, então gostariam de que nas oficinas fosse abordada de forma mais aplicada a utilização da CIF na prática no contexto de PcDs.

O **terceiro grupo focal** aconteceu no dia 04/05/2022, compareceram 7 participantes (uma Fisioterapeuta, uma Enfermeira e acadêmicos dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia) e teve a duração de 44 minutos. O objetivo foi apresentar o esquema compilado com códigos da CIF listados pela equipe nas oficinas de formação anteriores e, de modo concomitante, a discussão/reflexão/sugestões sobre os itens que o compõem. Através de questões norteadoras, as moderadoras iniciaram com questionamento como estavam se sentindo no processo de participação na pesquisa e todos relataram que estavam gostando. Após isto, realizou-se uma avaliação e reflexões sobre o processo de implementação da CIF, alguns fizeram questionamentos de como seria a implementação na prática da CIF no Serviço de Reabilitação Física. Alguns demonstraram ansiedade por não saberem ao certo como se daria este processo. Então, foi revisado o *checklist* criado nas duas últimas oficinas, sinalizando códigos que poderiam ser incluídos e ao final relataram que ficou bem completo, sendo a versão final aprovada por todos.

O **quarto grupo focal** aconteceu no dia 16/02/2023, compareceram 6 participantes (uma Fisioterapeuta e acadêmicos de Fisioterapia), além de 2 integrantes da pesquisa (1 moderador e 1 apoio), teve a duração de 38 minutos, com o objetivo de avaliar, sob a percepção dos participantes, o processo de implementação da CIF no SRFis. Foram disparadas as seguintes questões norteadoras: “Como está sendo o processo de implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)?”; “Quais as facilidades?”; “Quais as dificuldades encontradas?”; “Como essas dificuldades podem ser solucionadas?”; “Quais os impactos que este processo teve (ou terá) na sua atuação profissional e/ou formação em saúde?”; “Quais os impactos que este processo teve (ou terá) na atenção à

saúde dos usuários do SRFis?”; “Quais os impactos que este processo teve para a dinâmica de atuação do SRFis?”. Como resposta às questões, os participantes trouxeram o impacto positivo que a pesquisa proporcionou, especialmente após o momento em que se passou a utilizar a CIF no processo de avaliação dos sujeitos através do Software, ampliando o olhar e qualificando o cuidado às pessoas que acessam o serviço. Trouxeram como principal dificuldade a rotatividade de bolsistas/acadêmicos, uma vez que o serviço está sediado em uma Instituição de Ensino Superior.



Fonte: acervo próprio

### **Realização de oficinas de formação com os profissionais do serviço de reabilitação**

Foram realizadas pela equipe do projeto dez oficinas temáticas, ao longo do período da pesquisa. Para cada oficina foram elaborados convites para a equipe do serviço, atestado de participação aos presentes e aplicado instrumento de avaliação ao final das mesmas.

A 1ª oficina, intitulada: “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: conceitos básicos”, foi realizada no dia 03 de setembro de 2021, contou com a presença de oito participantes e teve como objetivo a sensibilização sobre o assunto. Após a apresentação inicial e explanação acerca do intuito da oficina, foi colocado um breve vídeo sobre o depoimento de vida do atleta paraolímpico brasileiro Fernando Fernandes que realiza a prática adaptada de canoagem. Em seguida, foram realizados questionamentos acerca dos conceitos de incapacidade, deficiência e funcionalidade. Depois da roda de conversa, foi realizada uma dinâmica de nuvem de palavras organizada em papel pardo. Os participantes foram divididos em três grupos, receberam material (caneta colorida e tiras de cartolina) e foi proposto que

escrevessem três palavras sobre o significado de saúde, incapacidade e funcionalidade, finalizando com reflexões sobre o tema apresentado.



Fonte: acervo próprio



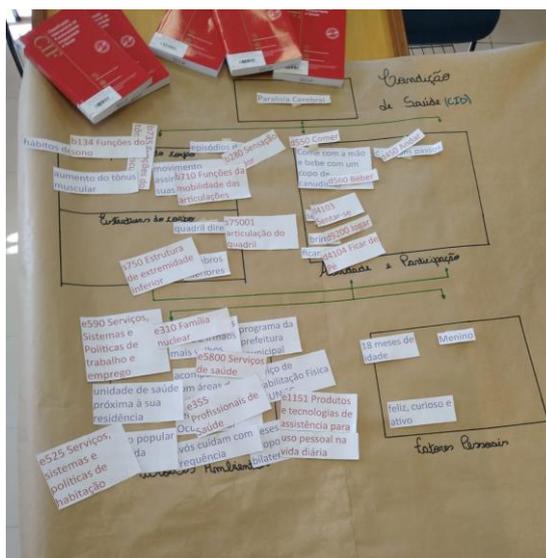
Fonte: acervo próprio

A 2ª oficina, intitulada: “Componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”, foi realizada no dia 01 de outubro de 2021, com 12 participantes, com objetivo de conceituar a CIF, através de dinâmica sobre mitos e verdades. Inicialmente, foram realizadas explanações acerca da atividade proposta e, em seguida, os participantes foram divididos em 3 equipes conforme escolha dos mesmos. Foi feita uma construção coletiva de conhecimento, referente aos conceitos da CIF. Todos os participantes discutiram juntos cada questão abordada e ficaram extremamente empolgados com a dinâmica. Após, foram feitos questionamentos e reflexões referentes a fatores ambientais que refletem na autonomia do paciente e quem pode utilizar a CIF. Ao final, foi realizada a somatória de pontos da equipe.



Fonte: acervo próprio

A 3ª oficina, intitulada: “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Compreendendo e aprimorando conceitos”, foi realizada no dia 03 de novembro de 2021 e contou com a presença de seis participantes. Com o objetivo de explicar o modelo interativo biopsicossocial da CIF, inicialmente foi realizada uma explanação sobre os conceitos de função do corpo, estruturas do corpo, atividade, participação, fatores ambientais e pessoais. Após, os participantes realizaram a leitura de um caso clínico, então as equipes (formadas na oficina 2) foram sorteando palavras chaves e refletindo onde se encaixava melhor cada conceito.



Fonte: acervo próprio

A 4ª oficina, intitulada: “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no contexto da reabilitação física”, foi realizada no dia 25 de março de 2022 e teve a presença de seis participantes. O objetivo foi demonstrar a implementação da CIF na prática e produzir instrumentos para aplicação da CIF no SRFis.



Fonte: acervo próprio

A 5ª oficina, intitulada: “Atividade, participação e Fatores ambientais”, foi realizada no dia 08 de abril de 2022 e contou com a presença de sete participantes. Inicialmente, foram realizadas explicações acerca da atividade proposta, a posteriori foi distribuído uma parte do livro 'Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde' da página 35 a 48 que contém os códigos 'Função do corpo', 'Estrutura do corpo', 'Atividades e participação' e 'Fatores ambientais'. Cada integrante leu estes capítulos e acompanhou juntamente a moderadora, relatando se aqueles códigos são condizentes com os perfis dos usuários do Serviço de Reabilitação Física/UNISC. Como resultados, os tópicos 'Atividade e participação' e 'Fatores ambientais' foram concluídos.



Fonte: acervo próprio

A 6ª oficina, intitulada: “Capacitação para o uso de software da CIF no serviço de Reabilitação Física/UNISC”, foi realizada no dia 31 de agosto de 2022 e contou com a presença de oito participantes. O objetivo dessa oficina foi conhecer e avaliar o *software*, sendo realizados alguns ajustes no mesmo.



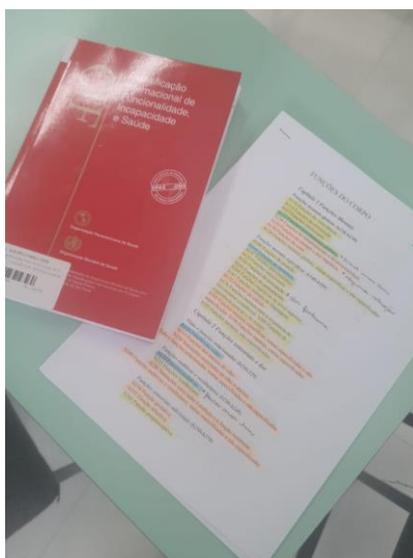
Fonte: acervo próprio

A 7ª oficina intitulada: “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: revisando os principais conceitos”, realizada no dia 21 de setembro de 2022, contou com a presença de seis participantes. A equipe escutou o podcast Conhecendo a CIF com Fernanda Guimarães (Link do episódio <https://open.spotify.com/episode/5JFHbS7TtAa2U2UxiUcqSE>), foram revisados os principais conceitos da CIF e discutido um estudo de caso para que os integrantes relacionassem com o conteúdo abordado.



Fonte: acervo próprio

A 8ª oficina, intitulada: “Qualificadores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)”, realizada no dia 28 de setembro de 2022, contou com a presença de sete participantes. Foi discutido sobre os qualificadores da CIF, os participantes tiraram algumas dúvidas sobre o tema apresentado. A equipe ainda sentiu falta de associar os conceitos teóricos com a prática do serviço, então foi sugerido que na próxima oficina sejam discutidos casos específicos no serviço.



Fonte: acervo próprio

A 9ª oficina, intitulada: “Estudo de Caso”, realizada no dia 26 de outubro de 2022, contou com a presença de oito participantes. Foram estudados alguns casos dos usuários do próprio serviço e inseridos no software.



Fonte: acervo próprio

A 10ª oficina ocorreu no dia 10 de junho de 2023 e serviu como uma revisão e consolidação sobre a utilização do *software* e resolução de dúvidas sobre o mesmo. Como resultado dessa oficina, pactuou-se que a partir de então a própria equipe do serviço faria a inserção dos dados no *software*, sem mais contar com o auxílio direto dos pesquisadores.

### **Elaboração do *Software***

O instrumento de utilização da CIF, disponibilizado através de *software*, foi complementar ao processo de avaliação já realizado pelo SRFis, sendo construído em conjunto com a equipe, com base nas demandas elencadas por esta nas oficinas e grupos focais e norteado pelo documento da CIF, versão completa e atualizada.

A primeira reunião para o planejamento da operacionalização do sistema de informática para implementação da CIF no SRFis foi realizada no dia 19 de janeiro de 2022 com a presença da coordenadora e também da fisioterapeuta responsável técnica pelo serviço. Dessa forma, a equipe do projeto pode conhecer e entender o sistema já utilizado pelo serviço no momento, assim como discutir e analisar a percepção e necessidades existentes para a implementação do novo sistema.

Para a operacionalização dessa atividade foi firmada, em março de 2022, parceria com o curso de Ciências da Computação da UNISC, por meio de um Trabalho de Conclusão de Curso de um estudante, Guilherme Machado, orientado pela Profª. Drª. Rejane Frozza. Em paralelo, foram acontecendo as oficinas e grupos focais, nos quais a equipe do SRFis indicou as informações deveriam constar no mesmo em relação à condição clínica, bem como os

códigos da CIF que deveriam constar no sistema, os quais encontram-se descritos no APÊNDICE E.

Assim, o sistema foi desenvolvido de modo a contemplar as seguintes questões:

I) O sistema é capaz de atender e armazenar os dados da triagem dos usuários conforme a CIF;

II) Os dados dos formulários dos usuários podem ser avaliados, processados e agrupados baseados em similaridades e tratamentos utilizados;

III) A partir uma base de dados sólida, o sistema inteligente pode analisar novos pacientes triados e, baseado nos dados armazenados, auxiliar e organizar as situações a partir da CIF;

IV) Ao final, o sistema inteligente indica, através de uma interface, o grupo em que o paciente se enquadra, baseado em sua análise, permitindo a consulta e a avaliação dos profissionais sobre os resultados gerados.

A partir da pesquisa-ação e da escuta do diálogo entre as áreas, o *software* foi modelado baseado nos componentes da CIF que mais se adequam ao perfil dos usuários que frequentam o serviço, assim, sua implementação foi adequada à realidade local, a fim de suprir as demandas do SRFis/UNISC. O software, denominado “SisCIF Sistema Inteligente para CIF” teve registro de patente concedido pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial, mediante encaminhamento do Núcleo de Inovação e Transferência de Tecnologia (NITT) da UNISC.



Fonte: acervo próprio

Em outubro de 2022 foi realizado teste piloto, necessitando de alguns ajustes técnicos no sistema e desde o mês de novembro de 2022 até maio de 2023, a equipe do projeto de pesquisa esteve junto à equipe do serviço, sempre que possível, objetivando inserir os dados dos usuários relativos a CIF, no momento em que eram avaliados pela equipe do serviço. A partir do mês de junho de 2023, a equipe passou a realizar a inserção dos dados em relação à CIF de maneira independente, porém os pesquisadores permaneceram à disposição para eventuais dúvidas ou dificuldades.



Fonte: acervo próprio

## Pesquisa ação ou pesquisa intervenção?

Uma questão metodológica que surgiu durante o decorrer da pesquisa, foi se se tratava de pesquisa-ação ou pesquisa intervenção, uma vez que ambas compartilham algumas características. Os dois tipos de pesquisa estão relacionados à aplicação prática dos resultados da pesquisa na resolução de problemas e na promoção de mudanças, orientadas para a ação e envolvem a implementação de mudanças práticas no contexto estudado. Ambas também enfatizam a participação ativa dos participantes no processo de pesquisa, os quais geralmente estão envolvidos no planejamento, execução e avaliação das ações propostas, além de seguirem um ciclo interativo de planejamento, ação, observação e reflexão, permitindo ajustes contínuos com base nos resultados e na compreensão emergente.

Entretanto, possuem algumas diferenças, especialmente em relação ao foco mais explícito na mudança social e na promoção de justiça social que a pesquisa intervenção apresenta, sendo, desta maneira, mais diretamente orientada para transformações estruturais em nível social, político ou organizacional. Por esta razão, a pesquisa intervenção é frequentemente utilizada em disciplinas como ciências sociais, serviço social e psicologia social, enquanto a pesquisa-ação é um termo mais amplo que pode ser aplicado em várias áreas, incluindo educação, saúde e desenvolvimento organizacional. Deste modo, apesar de apresentarem

semelhanças, este estudo teve o seu enfoque em uma pesquisa-ação, devido a sua abordagem mais ampla e flexível que pode ser aplicada em diversos contextos.

### **Expectativas sobre a CIF e avaliação biopsicossocial no contexto da reabilitação**

Entende-se a realização dessa pesquisa como um passo fundamental para que o SRFis utilize a CIF em seu cotidiano, o que tem muito a qualificar os processos de cuidados ali existentes. Cabe ressaltar que existem diversas estratégias para fomentar o uso da CIF e de sua perspectiva biopsicossocial no Brasil, seguindo a tendência internacional. Neste sentido, está em tramitação projeto de lei que visa instituir a Política Nacional de Saúde Funcional, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Em paralelo, está em andamento um Grupo de Trabalho (GT) interministerial responsável por subsidiar a elaboração de proposta da Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência a partir da CIF.

### **Socialização dos dados da pesquisa com a rede de atenção**

Os dados da pesquisa foram socializados com a rede de atenção, por meio de apresentações nas reuniões das Comissões de Integração Ensino Serviço da 8ª e 13ª Coordenadorias Regionais de Saúde. Foram espaços de muitas trocas e reflexões sobre a atenção à saúde das pessoas com deficiência na região, sendo a CIF entendida como um potente instrumento para qualificar essa atenção.

Ainda, os resultados da pesquisa serão apresentados no Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado do Rio Grande do Sul.



Fonte: acervo próprio

### **Relevância de pesquisas acadêmicas na área da Saúde da Pessoa com Deficiência**

Investir em pesquisas acadêmicas na área da Saúde da Pessoa com Deficiência, especialmente utilizando a CIF, pode trazer diversas vantagens e possibilidades, dentre as quais destacam-se: uma compreensão mais ampliada das necessidades de saúde das PcDs, incluindo aspectos físicos, sociais e psicológicos; melhor compreensão dos fatores que influenciam a saúde e conseqüente melhoria na qualidade de vida destas pessoas; propostas e soluções para promover uma sociedade mais inclusiva; formulação de políticas públicas voltadas para a saúde e bem-estar das PcDs, incluindo a alocação de recursos adequados e a implementação de medidas específicas para melhorar os serviços de saúde; compreensão da complexidade das questões relacionadas à saúde da pessoa com deficiência por meio de uma abordagem interdisciplinar; além de contribuir para a educação e sensibilização da sociedade em relação às necessidades das PcDs, reduzindo estigmas e promovendo uma visão mais inclusiva.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Maria Angélica; RIBEIRO, Fabiane Ferreira; SAMPAIO, Rosana Ferreira. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. *Fisioterapia & Pesquisa*, v. 23, n. 2, p. 185-192, 2016.

BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: Reflexões Bioéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.

BIZ, M. C. P.; CHUN, R. Y. S. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. *CoDAS*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 1-15, 2020.

BIZ, M. C. P.; LIMA, D. P.; MACHADO, W. F. Perspectivas da utilização da CIF na prática interdisciplinar. *Revista Científica CIF Brasil*, v. 7, n. 7, p. 2 – 11, 2017.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 11 set. 2023.

BRASIL. Portaria n. 1.060/2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2002. Disponível em < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)>.

BRASIL. *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pessoa\\_deficiencia\\_sus\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pessoa_deficiencia_sus_2ed.pdf). Acesso em 20 jun. 2023.

BRASIL. Decreto n. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)>. Acesso em 16 mai. 2023.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Decreto n. 7.612 de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

BRASIL. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 abr. 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em 25 jul. 2023.

BRASIL. Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2014b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em 11 set. 2023.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 07 jul. 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)>. Acesso em 08 ago. 2023.

BRASIL. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. *Ministério da Saúde*, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/10/Instrutivo-de-Reabilitacao-Rede-PCD-10-08-2020.pdf>. Acesso em 02 set. 2023.

BRASIL. PORTARIA GM/MS Nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 out 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526\\_16\\_10\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526_16_10_2023.html). Acesso em 30 nov. 2023.

CAETANO, L. A.; SAMPAIO R. F.; COSTA, L. A. A expansão dos serviços de reabilitação no SUS à luz do arcabouço normativo federal. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. v. 29, n. 3, p. 95-203, set./dez. 2018.

CASTANEDA, L.; GUIMARÃES, F.; CASTRO, S. S. O panorama de utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no contexto da reabilitação e do cuidado em saúde – onde estamos? In: *Implantando a CIF: O que acontece na prática?* Eduardo Santana Cordeiro e Maria Cristina Pedro Biz (Org). Rio de Janeiro: Wak Editora, 2017.

CASTANEDA, Luciana. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – way to Health Promotion. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*. v. 20, n. 2, p. 229-233, mar. 2018.

CASTRO, S. S. et al. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 19, n. 3, p. 679-87, 2016.

CIEZA, A. et al. Rethinking Disability. *BMC Medicine*. v. 16, n. 1, p. 10-14, 2018.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 452/2012* - aprova resolução que trata da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar: Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452\\_10\\_05\\_2012](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012). Acesso em 20 jun. 2023.

COELHO, J. N. et al. Development of an ICF core set based instrument for individuals with non-traumatic spinal cord injury. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. v. 5, n. 5, p. 432-436, 2017.

DALL'AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v. 33, n.1, p. 186-190, 2012.

DANTAS, D. S. et al. Modelo biopsicossocial em saúde: reflexões na produção de dados sobre funcionamento e incapacidade. *Fisioterapia em movimento*. v. 33, p. 1-9, 2020.

DINIZ, Debora. *O que é deficiência*. 3a. ed. São Paulo: Editora Brasiliense (Coleção Primeiros Passos), 2012.

DI NUBILA, Heloisa. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. v. 35, n. 121, p. 122-123, 2010.

DUBOW, Camila. *Análise da implementação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência na 28ª região de saúde de Estado do Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2017.

FLICK, Uwe. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTES, A.; BOTELHO, A.; FERNANDES, A. A. Biopsychosocial Evaluation Method and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). *Educational Gerontology*. v. 40, n. 9, p. 3-14, 2014.

GARG, A.; SKEMPES, D.; BICKENBACH, J. Legal and Regulatory Approaches to Rehabilitation Planning: A Concise Overview of Current Laws and Policies Addressing Access to Rehabilitation in Five European Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. v. 17, n. 12, p. 1-26, 2020.

GATTI, Bernardete Angelina. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Liber Livro; 2005.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 10, p. 3061-3070, 2016.

GOMES, J. L. et al. Aplicabilidade dos qualificadores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em pacientes neurológicos adultos em um centro de reabilitação em São Paulo, Brasil. *Acta Fisiátrica*. v. 26, n.1, p. 25-36, 2019.

GOMES, Suzy Maria et al. Reabilitação física/funcional no Brasil: análise espaço-temporal da oferta no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 373-383, 2023.

GOMES, Mariana Leme; OLIVER, Fátima Côrrea. Processos de trabalho e modelos de atenção em um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de São Paulo–SP. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 32, n. 1-3, p. e205241-e205241, 2022.

HEINEMANN, Allen W. et al. Rehabilitation is a global health priority. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, v. 87, n. 2, p. 89-90, 2020.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. Disponível em: <http://www.healthdata.org/policy-report/findings-global-burden-disease-study-2017>. Acesso em: 30 ago. 2023.

JARDIM, Pedro Martins. Deficiência e incapacidade: a importância do consenso na terminologia em saúde funcional. *Revista CIF Brasil*. v. 12, n. 1, p. 6-15, 2020.

KARLSSON, Elin; GUSTAFSSON, Johanna. Validation of the international classification of functioning, disability and health (ICF) core sets from 2001 to 2019—a scoping review. *Disability and rehabilitation*, v. 44, n. 14, p. 3736-3748, 2022.

KRAHN, G. L.; WALKER, D. K.; CORREA-DE-ARAÚJO, R. Persons With Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population. *American Journal of Public Health*, v. 105, n. 52, Sup. 2, p. 5198- 5206, 2015.

KROEF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020.

LANNA JÚNIOR, Mário Cleber Martins. *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

LEONARDI, Matilde et al. 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 18, p. 11321, 2022.

LUNA, Juliana Scholtão. Uso da CIF em uma instituição pública. In: *Implantando a CIF: O que acontece na prática?* Eduardo Santana Cordeiro e Maria Cristina Pedro Biz (Org). Rio de Janeiro: Wak Editora, 2017.

MAART, Soraya; SYKES, Catherine. Expanding on the use of The International Classification of Functioning, Disability and Health: Examples and resources. *South African Journal of Physiotherapy*, v. 78, n. 1, p. 5, 2022.

MADDEN, R. H.; BUNDY, A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disability and Rehabilitation*. v. 41, n. 12, p. 1450-1462, 2018.

MALTA, D. C. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n.11, p. 4341-4350, 2014.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J.; MÉLLO, R. P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. IN: Spink et al. (Orgs). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 1893-1902, 2013.

MISSEL, A.; COSTA, C. C.; SANFELICE, G. R. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. *Trabalho, educação e saúde*. v. 15, n. 2, p. 575-597, 2017.

OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3069-3078, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: um manual de classificação das consequências das doenças*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação, 1989.

ONU. Organização das Nações Unidas. Transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Resolução A/RES/70/1 [internet]. Nova Iorque: UN; 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.

O'YOUNG, B.; GOSNEY, J.; AHN, C. The Concept and Epidemiology of Disability. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*. v. 30, n. 4, p. 697-707, 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.

PEZZATO, L. M., L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: Potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v. 21, n. 4, p. 1297-1314, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SANTOS, Wederson. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 10, p. 3007-3015, 2016.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 17ed. São Paulo: Editora Cortez; 2009.

TRAD, Leny Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*, v. 19, n. 15, p. 777-796, 2009.

WHO. World Health Organization. *The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva, 2001.

WHO. World Health Organization. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP, 2003.

WHO. World Health Organization. The World Bank. *World report on disability*. Genebra, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)>. Acesso em 17 mai. 2023.

WHO. World Health Organization. *World Report on Disability*. The World Bank, 2012.

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul

**Pesquisador:** Camila Dubow

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 38922820.0.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.446.238

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas foram retiradas do documento informações básicas (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1631503 de 06/10/2020).

**RESUMO:** Introdução: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) propõe uma abordagem à saúde baseada no modelo biopsicossocial, sob a perspectiva da funcionalidade humana. Sua utilização apresenta diversas vantagens, destacando-se a padronização da terminologia, facilitação da comunicação entre profissionais de saúde, qualificação do processo de trabalho interdisciplinar, contribuição para o estabelecimento de metas e indicadores de resultados em contextos de reabilitação, dentre outras. Objetivo: Descrever o percurso e analisar os processos envolvidos na implementação da CIF em um Serviço Especializado de Referência Regional em Reabilitação Física. Método: Estudo do tipo pesquisa ação, através de um estudo de caso, com enfoque qualitativo, a ser desenvolvido no Serviço Especializado de Reabilitação Física da Universidade de Santa Cruz do Sul (SRFis). A população do estudo abrangerá toda a equipe atuante no SRFis, composta por Fisioterapeuta, Enfermeira, Terapeuta Ocupacional; docentes dos cursos de Fisioterapia, Serviço Social e Psicologia; acadêmicos dos cursos de graduação em Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia e Enfermagem, totalizando 14 sujeitos. Também serão abrangidos todos os novos usuários maiores de 18 anos,

ingressantes para avaliação no serviço por um período de quatro meses, estimando-se o número de até 120 sujeitos. Ainda, fará parte do estudo um representante da Atenção Básica de cada um dos 25 municípios referenciados para o serviço. O projeto será dividido em 5 eixos. Eixo 1: Reconhecimento das percepções dos usuários sobre o modelo de atenção às pessoas com deficiências físicas que utilizam o SRFis através de entrevistas semiestruturadas. Eixo 2: Realização de grupos focais com a equipe do serviço, por meio de questões norteadoras que visam trazer para a discussão e reflexão o processo de implementação da CIF. Eixo 3: Oficinas de formação com o objetivo de qualificar a equipe do SRFis sobre a utilização da CIF fazendo uso de estratégias de educação permanente em saúde. Eixo 4: Implementação da CIF no processo de avaliação individual de usuários do SRFis através de instrumento criado em conjunto pela equipe do serviço e pesquisadora, ocorrendo de maneira intercalada com os grupos focais. Eixo 5: Avaliações permanentes dos eixos descritos anteriormente. Em todos os eixos, a percepção da pesquisadora será registrada em diário de campo. A fim de se obter uma melhor compreensão dos dados obtidos, será realizada uma análise conjunta e articulada dos diversos instrumentos de coleta utilizados em todos os eixos, norteadora pela Análise de Conteúdo. Resultados Esperados: Espera-se, por meio deste estudo, compreender a produção interdisciplinar do conhecimento de equipes de saúde voltada aos indivíduos e populações com deficiências físicas, fundamentando-se no conceito ampliado de saúde e em seus determinantes biopsicossociais. Almeja-se também um impacto direto na qualidade de vida destas pessoas, por meio da qualificação do processo de cuidado com foco na funcionalidade. Ainda, o estudo pode servir como modelo para a implementação da CIF em outros serviços de reabilitação, bem como para a qualificação de políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde direcionadas a população com deficiência, além de qualificar o processo de formação de acadêmicos da área da saúde.

**HÍPOTESE:** Hipótese 1 – O modelo predominante de atenção à saúde de pessoas com deficiências físicas está baseado no modelo biomédico. Hipótese 2 – Acadêmicos e profissionais da área da saúde possuem pouco conhecimento sobre a CIF, seus componentes e aplicabilidade. Hipótese 3 – Estratégias de formação e ações de Educação Permanente em Saúde auxiliam no processo de implementação e utilização da CIF. Hipótese 4 – O reconhecimento dos índices de funcionalidade de pessoas com deficiência física possibilita uma atenção mais integral a estes sujeitos. Hipótese 5 – A utilização da CIF direciona para a mudança no modelo de atenção às pessoas com deficiências físicas.

**METODOLOGIA PROPOSTA:** Estudo do tipo pesquisa ação, através de um estudo de caso, com enfoque qualitativo, a ser desenvolvido no Serviço Especializado de Reabilitação Física da

Universidade de Santa Cruz do Sul (SRFis). A população do estudo abrangerá toda a equipe atuante no SRFis, composta por Fisioterapeuta, Enfermeira, Terapeuta Ocupacional; docentes dos cursos de Fisioterapia, Serviço

Social e Psicologia; acadêmicos dos cursos de graduação em Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia e Enfermagem, totalizando 14 sujeitos. Também serão abrangidos todos os novos usuários maiores de 18 anos, ingressantes para avaliação no serviço por um período de quatro meses, estimando-se o número de até 120 sujeitos. Ainda, fará parte do estudo um representante da Atenção Básica de cada um dos 25 municípios referenciados para o serviço. O projeto será dividido em 5 eixos. Eixo 1: Reconhecimento das percepções dos usuários sobre o modelo de atenção às pessoas com deficiências físicas que utilizam o SRFis através de entrevistas semiestruturadas. Eixo 2: Realização de grupos focais com a equipe do serviço, por meio de questões norteadoras que visam trazer para a discussão e reflexão o processo de implementação da CIF. Eixo 3: Oficinas de formação com o objetivo de qualificar a equipe do

SRFis sobre a utilização da CIF fazendo uso de estratégias de educação permanente em saúde. Eixo 4: Implementação da CIF no processo de avaliação individual de usuários do SRFis através de instrumento criado em conjunto pela equipe do serviço e pesquisadora, ocorrendo de maneira intercalada com os grupos focais. Eixo 5: Avaliações permanentes dos eixos descritos anteriormente. **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** Serão incluídos todos os acadêmicos, docentes e profissionais em atuação no serviço, que concordarem em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também serão incluídos a totalidade de usuários (100%) maiores de 18 anos, independente do diagnóstico clínico e/ou patologia de base, que ingressarem para processo de avaliação no SRFis por um período de quatro meses, a contar do início da coleta de dados relativa ao eixo implementação da CIF. Ainda, serão incluídos no estudo um coordenador ou representante do componente Atenção Básica da RCPD de cada um dos 25 municípios referenciados para o serviço.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** Serão excluídos do estudo aqueles sujeitos com condições físicas e/ou cognitivas que limitem a comunicação para a realização das técnicas de coleta de dados e que não possuam responsável legal que possa representá-lo(a).

**Objetivo da Pesquisa:** Os objetivos da pesquisa foram retirados do documento informações básicas (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1631503 de 06/10/2020). **OBJETIVO**

**PRIMÁRIO:** Analisar os processos envolvidos e descrever o percurso da implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em um Serviço Especializado de Referência Regional em Reabilitação Física do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul.

**OBJETIVO SECUNDÁRIO:** a) Identificar a percepção dos usuários do SRFis em relação ao modelo de atenção à saúde em reabilitação física; b) Identificar o conhecimento e percepções da equipe de trabalho que compõe o SRFis sobre a CIF, seus componentes e aplicabilidade; c) Capacitar a equipe do SRFis para a implementação e utilização da CIF; d) Reconhecer os aspectos facilitadores, barreiras e possibilidades no processo de implementação da CIF; e) Traçar o perfil dos usuários atendidos pelo serviço estudado e reconhecer seus indicadores de funcionalidade, mensurados através da CIF; f) Avaliar a implementação da CIF junto à equipe que compõem o SRFis e a Rede de Atenção à Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** A avaliação dos riscos e benefícios foram retiradas do documento informações básicas (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1631503 de 06/10/2020). **RISCOS:** Os participantes poderão apresentar desconforto em relação ao tempo gasto para realizar todas as etapas da pesquisa e constrangimento pela dificuldade de compreensão de alguma questão específica. **BENEFÍCIOS:** Os participantes da pesquisa terão o benefício de auxiliar na implementação de um processo inovador no serviço estudado, além da qualificação do seu processo de trabalho ou atendimento, contribuindo para a melhoria da rotina e qualidade dos serviços prestados no mesmo, bem como na RCPD.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** Trata-se da segunda avaliação da pesquisa a ser realizado pela Profa.

Doutoranda Camila Dudow sob orientação da Profa. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug. Estudo do tipo pesquisa ação, através de um estudo de caso, com enfoque qualitativo, a ser desenvolvido no Serviço Especializado de Reabilitação Física da Universidade de Santa Cruz do Sul (SRFis), realizado com os acadêmicos, docentes e profissionais em atuação no serviço, usuários que ingressarem para processo de avaliação no SRFis por um período de quatro meses e um coordenador ou representante do componente Atenção Básica da RCPD de cada um dos 25 municípios referenciados para o serviço.

de dados: janeiro de 2021.

**sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

"Conclusões ou pendências e Lista de Inadequações"

**Recomendações:** Vide campo "Conclusões ou pendências e Lista de Inadequações" **Conclusões**

**ou Pendências e Lista de Inadequações:** Trata-se da análise de resposta ao parecer pendente nº 4.365.105 emitido pelo CEP em 27/10/2020: 1) Nos documentos intitulados projetodepesquisacompleto, PB\_informações\_básicas\_do\_projeto e TCLE1, TCLE2 e TCLE3 submetidos em 06/10/2020 solicita-se que seja adicionada a forma de minimizar os riscos, logo após os riscos. 2) No documento intitulado projetodepesquisacompleto submetido em 06/10/2020 solicita-se que seja adicionado os riscos, conforme apresentados nas informações básicas: "Os participantes poderão apresentar desconforto em relação ao tempo gasto para realizar todas as etapas da pesquisa e constrangimento pela dificuldade de compreensão de alguma questão específica".

As respostas às pendências estão apresentadas no documento intitulado cartapendencia submetida em 23/11/2020.

ANÁLISE: Atendida.

**Finais a critério do CEP:** Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

**elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1631503.pdf	23/11/2020 08:45:39		Aceito
Outros	cartapendencia.pdf	23/11/2020 08:44:27	Camila Dubow	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	pendencias_projetoCompletoPROJETO CAMILADUBOW.pdf	21/11/2020 10:23:16	Camila Dubow	Aceito

Página 05 de

Investigador	pendencias_projetoCompletoPROJETO CAMILADUBOW.pdf	21/11/2020 10:23:16	Camila Dubow	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PENDENCIA_TCLE3.pdf	21/11/2020 10:21:01	Camila Dubow	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	pendencia_TCLE2.pdf	21/11/2020 10:20:46	Camila Dubow	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	pendencia_TCLE1.pdf	21/11/2020 10:20:22	Camila Dubow	Aceito
Orçamento	orcamentocep0610.pdf	06/10/2020 14:37:30	Camila Dubow	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carataapresentaco0610.pdf	06/10/2020 14:35:47	Camila Dubow	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeaceite.pdf	06/10/2020 09:07:39	Camila Dubow	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisacompleto.pdf	06/10/2020 09:07:25	Camila Dubow	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.pdf	06/10/2020 09:04:26	Camila Dubow	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	06/10/2020 09:04:19	Camila Dubow	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	06/10/2020 09:04:11	Camila Dubow	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	06/10/2020 09:03:34	Camila Dubow	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

SANTA CRUZ DO SUL, 08 de Dezembro de 2020

**Assinado por:****Renato Nunes****(Coordenador(a))**

## **ANEXO B - NORMAS PARA SUBMISSÃO MANUSCRITO 1 (REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA)**

Critérios gerais para a aceitação de manuscritos:

A seleção do material para publicação na RPSP/PAJPH se baseia nos seguintes critérios:

Adequação quanto ao alcance temático da Revista;

Validade científica, originalidade, relevância e atualidade da informação;

Aplicabilidade fora de seu lugar de origem e na Região das Américas como um todo;

Cumprimento das normas da ética médica que rege a pesquisa conduzida com seres humanos e animais;

Cumprimento de protocolos específicos para a apresentação de informação de pesquisa;

Coerência entre o projeto e a metodologia de pesquisa;

Necessidade de atingir um certo equilíbrio na cobertura temática e geográfica.

Os manuscritos devem cumprir com as especificações delineadas nessas Instruções e

Diretrizes para serem aceitos. Os autores devem ler cuidadosamente todas as seções antes de apresentar os documentos no sistema on-line, para assegurar que o documento satisfaça as condições para publicação.

Os manuscritos que não seguem o formato padrão da RPSP/PAJPH serão devolvidos aos autores imediatamente. O periódico pode, também, negar a publicação de qualquer manuscrito cujos autores não respondam satisfatoriamente ao questionamento editorial.

O Editor-Chefe tomará a decisão final de aceite ou não do manuscrito com base nas recomendações decorrentes do processo de avaliação por pares, descrito na seção 1.8.

### 2.2 Especificações para os manuscritos

Os manuscritos devem ser redigidos em software de processamento de texto em espaço duplo, em uma coluna, na fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 pontos. Para figuras e tabelas, deve-se usar o Microsoft Excel®, Power Point® ou outro software de gráficos. As figuras podem aparecer coloridas ou em preto e branco, e eles devem ser apresentados em um formato editável.

Uma vez que artigos sejam aceitos para publicação, é possível que seja solicitado aos autores que enviem figuras e tabelas em formatos mais claros e legíveis.

## 2.3 Requisitos para formatação

A formatação geral para as diversas seções da RPSP/PAJPH é a seguinte:

Seção	Número máximo de palavras <sup>1</sup>	Número máximo de referências	Número máximo de tabelas, figuras <sup>2</sup>
Artigos de pesquisa original	3 500	35	5
Artigos de revisão	3 500	50	5
Relatos especiais	3 500	35	5
Comunicações breves	2 500	10	2
Opiniões e análises	2 500	20	2
Temas atuais	2 000	20	2
Cartas	800	5 caso seja necessário	Nenhuma

<sup>1</sup>Excluindo resumo, tabelas, figuras e referências.

<sup>2</sup>Contagem máxima de palavras para 5 tabelas / figuras é 1000; para 2 tabelas/figuras, 400.

## 2.4 Título

O título do manuscrito deve ser claro, preciso e conciso, e incluir todas as informações necessárias para identificar o alcance do artigo. Um bom título é o primeiro ponto de acesso para o conteúdo do artigo e facilita sua recuperação em bases de dados e motores de busca.

Os títulos não podem exceder 15 palavras. Palavras ambíguas, jargão e abreviações devem ser evitados. Títulos separados por pontos ou divididos em partes também devem ser evitados.

## 2.5 Autoria

A RPSP/PAJPH define autoria de acordo com as diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) [sigla em inglês], recomendando que a autoria seja baseada nos quatro seguintes critérios:

Contribuições substanciais à concepção ou ao projeto do trabalho; ou à aquisição, à análise ou à interpretação de dados para o trabalho; E

Redação do trabalho ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante; E

Aprovação final da versão a ser publicada; E

Manifestar concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo sejam apropriadamente investigadas e resolvidas. Os autores devem declarar, na carta de apresentação, a extensão da contribuição de cada autor.

A inclusão de outras pessoas como autores por motivos de amizade, reconhecimento, ou outra motivação não científica constitui uma violação da ética em pesquisa.

Nos casos em que um grande grupo multicêntrico tenha realizado o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam assumir responsabilidade direta pelo manuscrito. Os nomes de instituições não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficial.

Colaboração se refere à supervisão geral de um grupo de pesquisa ou apoio geral administrativo; e assistência em redação, revisão técnica, revisão linguística e verificação final.

## 2.6 Página de resumo e palavras-chave

O resumo é o segundo ponto de acesso a um artigo e deve permitir que os leitores determinem a relevância do artigo e decidam se lerão ou não todo o texto.

Os artigos de pesquisa original ou revisões sistemáticas devem ser acompanhados de um resumo estruturado de não mais de 250 palavras, subdividido nas seguintes seções: (a) Objetivos, (b) Métodos, (c) Resultados, e (d) Conclusões.

Os outros tipos de contribuições também devem ser acompanhados por um resumo informativo de não mais de 250 palavras.

O resumo não deve incluir nenhuma informação ou conclusões que não apareçam no texto principal. Este deve ser escrito na terceira pessoa e não deve conter notas de rodapé, abreviaturas desconhecidas nem citações bibliográficas.

As palavras-chave, extraídas do vocabulário dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), da BIREME/OPAS/OMS e/ou, MeSH (*Medical Subject Headings*), da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM), incluindo traduções em português e espanhol, estão disponíveis para que os autores as selecionem ao apresentar o manuscrito. Seu emprego facilita e torna mais específica a busca e recuperação do artigo em bases de dados e motores de busca.

## 2.7 Corpo do artigo

Artigos de pesquisa original e revisões sistemáticas são, geralmente, organizados segundo o formato IMRAD (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão).

Embora subtítulos possam ser necessários ao longo do artigo, de maneira geral, o parágrafo que dá início ao manuscrito não precisa ser intitulado “Introdução”, visto que este título é normalmente removido durante o processo de revisão. No entanto, o objetivo do artigo deve ser claramente declarado ao final da seção introdutória.

As seções “Resultados e Discussão” podem requerer subtítulos. No caso das “Conclusões”, as quais devem estar incluídas ao final da seção “Discussão”, também podem ser identificadas mediante um subtítulo. Os artigos de revisão são frequentemente estruturados de modo semelhante aos artigos de pesquisa original, mas devem incluir uma seção descrevendo os métodos usados para selecionar, extrair e sintetizar os dados.

As comunicações breves seguem a mesma sequência dos artigos originais, porém, normalmente, omitem títulos de subdivisão.

Outros tipos de contribuições não seguem nenhuma estrutura pré-definida e podem utilizar outras subdivisões, em função de seu conteúdo.

Quando são usadas abreviações, estas devem ser definidas utilizando o termo por extenso por ocasião de sua primeira utilização no texto, seguido da abreviatura ou sigla entre parênteses. Na medida do possível, as abreviações devem ser evitadas. Em termos gerais, as abreviações devem refletir a forma extensa no mesmo idioma do manuscrito, com exceção das abreviaturas reconhecidas internacionalmente em outro idioma. As notas de rodapé são esclarecimentos ou explicações à margem que interromperiam o fluxo natural do texto, portanto, seu uso deve restringir-se ao mínimo. Notas de rodapé são numeradas sequencialmente e aparecem ao final da página na qual são citadas. Links ou referências a documentos citados devem ser incluídos na lista de referências.

As citações são essenciais ao manuscrito e devem ser relevantes e atuais. Servem para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e das técnicas aos quais se referem, decorrentes de pesquisa, estudos e experiências anteriores. Também apoiam fatos e opiniões

expressos pelo autor e apresentam ao leitor a informação bibliográfica necessária para consultar as fontes primárias.

A RPSP/PAJPH segue os Requisitos Uniformes do ICMJE para a Preparação de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas para referências (conhecidos como "Estilo de Vancouver"), que se baseia, em grande parte, no estilo do Instituto Americano de Normas Nacionais adaptado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos para as suas bases de dados. Os formatos recomendados para uma variedade de documentos e exemplos estão disponíveis em *Citing Medicine, segunda edição* neste link.

Exemplo:

Rabadán-Diehl C, Safdie M, Rodin R; Trilateral Working Group on Childhood Obesity. Canada-United States-Mexico Trilateral Cooperation on Childhood Obesity Initiative. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(2):80–4.

As referências devem ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto, e identificadas por algarismos arábicos entre parênteses no texto, nas tabelas e legendas.

Exemplos:

“Observou-se (3, 4) que...”

ou:

“Vários estudos (1-5) mostraram que...”

As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida mediante a primeira menção da tabela ou figura em particular, no corpo do texto.

Os títulos dos periódicos referidos devem ser abreviados segundo o estilo usado na Base de Dados de Revistas, criada e atualizada pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos.

A lista de referências deve ser numerada sequencialmente e deve ser iniciada em nova folha ao final do manuscrito. Todas as referências eletrônicas devem incluir a data de acesso.

## 2.8 Tabelas e figuras

As tabelas apresentam informação — geralmente numérica — em uma disposição de valores ordenada e sistemática em linhas e colunas. A apresentação deve ser de fácil compreensão para o leitor, complementando sem duplicar a informação do texto. Informações estatísticas em excesso podem ser, também, difíceis de interpretar. As tabelas devem ser transferidas em separado dos arquivos de texto e apresentadas em formato editável (preferencialmente arquivos Excel), e não como objetos extraídos de outros arquivos ou inseridos em documentos Word. Cada tabela deve conter um título breve, porém completo, indicando lugar, data e fonte da informação. Os títulos de colunas, também, devem ser os mais breves possíveis e indicar a unidade de medida ou a base relativa (porcentagem, taxa, índice etc.).

Informação que falta deve ser indicada por uma elipse (...). Se os dados não se aplicam, a célula deverá indicar "NA" (não se aplica). Se algum desses mecanismos, ou ambos, for utilizado, seu significado deve ser indicado com uma nota de rodapé da tabela.

As tabelas não devem ser separadas por linhas verticais, devendo apresentar três linhas completas horizontais no total: uma abaixo do título, uma segunda sob os títulos da coluna, e a terceira, ao final da tabela, acima das notas de rodapé.

As notas de rodapé de uma tabela devem ser indicadas com letras minúsculas sobrescritas, em ordem alfabética: a, b, c, etc. As letras sobrescritas no corpo da tabela deverão seguir uma sequência de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Os autores devem se certificar de incluir “chamadas” — pontos de referência no texto a todas as tabelas do texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicada ou inédita devem ser reconhecidos e os autores devem obter permissão prévia para inclui-los no manuscrito. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais detalhes.

As figuras incluem gráficos, diagramas, desenhos, mapas e fotografias. Devem ser usadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. As figuras devem ser de fácil compreensão e devem adicionar informação, em vez de repetir informação anterior do texto ou tabelas. As legendas devem ser breves, porém completas, devendo incluir lugar, data e fonte da informação.

As figuras devem ser enviadas em arquivo separado, em seu formato original editável, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, Open Office ou arquivos .eps).

Havendo espaço suficiente, a legenda de um gráfico ou mapa deve estar incluída como parte da própria figura. Caso contrário, deve ser incluída em seu título. Em mapas e diagramas deve ser indicada a escala em unidades do SI (veja abaixo).

Se a figura ou tabela procede de outra publicação, a fonte deve ser identificada, e deve ser obtida permissão por escrito para reprodução deve ser obtida do titular dos direitos autorais da publicação original. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais informação.

Quando unidades de medida forem utilizadas, os autores devem usar o Sistema Internacional de Unidades (SI), com base no sistema métrico e organizado pelo Comitê Internacional de Pesos e Medidas (*Bureau International des Poids et Mesures*).

As abreviaturas das unidades não são pluralizadas (por exemplo, usar 5 km, não 5kms), nem são seguidas de um ponto (escrever 10 mL, não 10mL.), exceto ao final de uma oração. Os algarismos devem ser agrupados de três em três à esquerda e à direita da vírgula decimal nos manuscritos em espanhol e português (ponto decimal nos manuscritos em inglês), sendo cada grupo de três algarismos separado por um espaço em branco.

Estilo correto:

12 500 350

1 900,05 (artigos em espanhol e em português)

1 900.05 (artigos em inglês)

Estilo incorreto:

12,500,350

1.900,05

Poderá ser usada uma calculadora para converter as unidades, os títulos e outras medidas ao Sistema Internacional.

## 2.9 Submissão do manuscrito

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente por meio do sistema da Revista.

Os autores serão notificados por e-mail do recebimento de seu manuscrito, e poderão ver o status dos seus manuscritos em qualquer momento a partir de sua conta na seção *Author Center*, em qualquer etapa do processo.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma carta de apresentação que inclua:

Informação sobre todos os relatos e apresentações anteriores;

Possíveis conflitos de interesses;

Permissão para reproduzir material anteriormente publicado;

Confirmação de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, incluindo a contribuição de cada autor;

Informação adicional que possa ser útil aos Editores Associados e ao Editor-Chefe.

A carta de apresentação deve ser incluída em um arquivo separado do restante do manuscrito. Nomes e afiliação dos autores não devem ser incluídos em nenhuma parte do documento principal (documento em Word; favor não enviar documentos em PDF), no momento da submissão.

Favor examinar os arquivos e os aspectos mencionados nessas instruções antes do envio de seu manuscrito, certificando-se de que esteja cumprindo todas as Condições para a Publicação, caso seu artigo seja aceito para publicação.

## 2.10 Correção do manuscrito

Os manuscritos são aceitos na condição de que a editora se reserva o direito de efetuar correções necessárias em questão de uniformidade, clareza e conformidade com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão submetidos à correção de estilo e, depois, serão enviados ao autor correspondente para que responda às indagações do editor, e para aprovar quaisquer correções. Se, durante esta etapa, o autor não responder satisfatoriamente às indagações do editor, a Revista se reserva o direito de não publicar o manuscrito. A fim de evitar atraso na publicação do número correspondente, solicita-se aos autores que devolvam o manuscrito corrigido, com sua aprovação, até a data indicada na mensagem que o acompanha.

A versão definitiva em PDF será enviada ao autor correspondente para aprovação antes da publicação online. Os artigos serão publicados nos formatos HTML e PDF.

## ANEXO C - NORMAS PARA SUBMISSÃO MANUSCRITO 2 (Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação)



[A REVISTA](#)
[CORPO EDITORIAL](#)
[EDIÇÕES](#)
[SEÇÕES](#)
[SUBMISSÃO](#)
[BLOG](#)
[CONTATO](#)

Submissão

Revista Interface > Submissão

INSTRUÇÕES AOS AUTORES:

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL	+
SEÇÕES DA REVISTA	+
FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS	-

### **FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS**

#### **Formato e Estrutura**

**1** Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao editor.

No ato da submissão do manuscrito é preciso que a **ordem** de apresentação dos autores esteja definida e acordada com todos, pois caso o artigo seja aprovado para publicação, os nomes dos autores serão apresentados exatamente na ordem estabelecida quando o artigo foi submetido.

#### **Notas**

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas e tema do Debate.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, título alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha. O título da obra resenhada, em seu idioma original, também deve estar indicado na primeira página do texto, abaixo da imagem da obra resenhada.

**2** As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do

Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

#### **Nota**

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

**3** O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e descritas para cada um dos autores.

#### **Nota**

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

**4** A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

#### **Notas**

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

#### **Notas**

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

**5** Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

**6** Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo,

apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

**7** Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

**8** Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração.** No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

#### **Nota**

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

**9** É possível incluir no manuscrito um texto suplementar, denominado **Apêndice** [de autoria do (s) próprio (s) autor (es)] ou **Anexo** (de outra autoria). Esse texto suplementar deve ser inserido logo após o item de Conclusão do manuscrito, antes das informações autorais e das referências.

**10** Interface adota as regras da Convenção de Vancouver como estilo para citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções

## ANEXO D - NORMAS PARA SUBMISSÃO MANUSCRITO 3 (REVISTA ACTA FISIÁTRICA)

### Diretrizes para Autores

A submissão de manuscritos segue os requisitos de elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos do [International Committee of Medical Journal Editors](#) (ICMJE) e os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do [Committee on Publication Ethics](#) (COPE).

São aceitos Artigos Originais, Relatos de Caso, Cartas ao Editor, Comunicação Breve, Tendências & Reflexões e Revisões Sistemáticas. Editorial e Artigos de Revisão narrativa de literatura somente serão aceitas mediante convite do Conselho Editorial.

A revista Acta Fisiátrica publica trabalhos inéditos que contribuam para o estudo e o desenvolvimento da Medicina Física e Reabilitação, nas seguintes categorias:

Artigo	Original
Contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisa inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras). Artigos originais deverão seguir as recomendações do <a href="#">Consolidated Standards of Reporting Trials</a> (CONSORT) ou do <a href="#">Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</a> (STROBE).	

Artigo	de	Revisão
Síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa da área, discutindo os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras). As revisões sistemáticas deverão		

seguir as recomendações do [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses](#) (PRISMA) e apresentar o número de registro na base [International Prospective Register of Systematic Reviews](#) (PROSPERO). As revisões narrativas de literatura somente serão aceitas mediante convite do Conselho Editorial.

Relato de Caso

As submissões para esta seção deverão seguir as recomendações do [Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development](#) (CARE). Apresentação de casos de interesse peculiar, não rotineiros, de uma determinada doença, descrevendo seus aspectos, história, condutas. Comentários sucintos e pertinentes incluindo resumo, introdução (com breve revisão de literatura), apresentação do caso clínico, discussão, comentários finais e 15 referências no máximo (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até três tabelas e/ou figuras).

Carta ao Editor

Observações sobre aspectos publicados recentemente podendo gerar ou não resposta do autor questionado, ou comentários sintéticos sobre algum assunto de interesse coletivo (limite: 400 palavras).

Comunicação Breve

Relato de resultados parciais ou preliminares de pesquisas ou divulgação de resultados de estudo de pequena complexidade. Comentários sucintos e pertinentes incluindo resumo, discussão, comentários finais e 10 referências no máximo (limite: 1.000 palavras excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até duas tabelas e/ou figuras).

Editorial

Comentário crítico e aprofundado, preparado por profissionais com notória vivência sobre o assunto abordado. Pode ser por solicitação da revista ou não e relacionado ou não a artigo em publicação.

Tendências e Reflexões

Formato livre, resumo e referências (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras).

#### Preparo do Manuscrito para Submissão

A submissão do manuscrito e documentação suplementar deverá ser feita via Open Journal Systems (OJS). Caso os autores não recebam mensagem com a confirmação da submissão, deverão entrar em contato por meio do endereço eletrônico [actafisiatrica@hc.fm.usp.br](mailto:actafisiatrica@hc.fm.usp.br)

Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. Abaixo relacionamos os principais guias pertinentes ao escopo da Acta Fisiátrica.

- Ensaio clínico: [Consolidated Standards of Reporting Trials](#) (CONSORT)
- Estudos observacionais: [Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology](#) (STROBE)
- Relatos de caso: [Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development](#) (CARE)
- Revisões sistemáticas: [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses](#) (PRISMA)

Todos os manuscritos deverão ser acompanhados da Carta de Apresentação (Cover Letter), da Declaração de Exclusividade, Conflito de Interesses e Responsabilidade e do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em arquivos formato PDF, anexados como documento suplementar.

- Cartas de Apresentação

A cover letter apresenta o seu manuscrito ao Editor do periódico. Além de apresentar seu trabalho, os autores podem também aproveitar esta oportunidade para explicar por que o manuscrito será de interesse para os leitores do periódico, algo que sempre é importante na mente dos editores.

- Declaração de Exclusividade, Conflito de Interesses e Responsabilidade

O arquivo da “[Declaração de Exclusividade, Conflito de Interesses e Responsabilidade](#)”, assinada pelo autor principal ou responsável pela submissão, digitalizada em formato PDF.

- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um documento apresentado ao pesquisador, na forma escrita, em que o CEP apresenta a sua resposta quanto à análise do protocolo de pesquisa, conforme as normas éticas vigentes.

Serão analisados manuscritos redigidos no Microsoft Word, em língua Portuguesa ou Inglesa. Os arquivos “Folha de Rosto” e “Texto Completo” deverão ser digitados em espaço simples, utilizando fonte Times New Roman 12, em folha de tamanho A4, com margens esquerda e superior 3cm, margens direita e inferior 2cm.

- Folha de Rosto

O arquivo “Folha de Rosto” deverá apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem:

Título: Em português e inglês, claro, conciso e completo, indicando o conteúdo do trabalho. O título e subtítulo devem ser separados por dois pontos.

Resumo: Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 250 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.

Palavras-chave: Deverão ser selecionadas no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, extraídas do [Medical Subject Headings](#) (MESH) da National Library of Medicine ou [Descritores em Ciências da Saúde](#) (DeCS) da Bireme.

Abstract: Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective, Methods, Results e Conclusion.

Keywords: Versão fidedigna das palavras-chave, redigidas em inglês, extraídas do [Medical Subject Headings](#) (MESH) da National Library of Medicine ou [Descritores em Ciências da Saúde](#) (DeCS) da Bireme.

- Nome completo, instituição de afiliação (somente uma instituição por autor), [ORCID iD](#) e e-mail dos autores;
- Nome do autor correspondente, endereço completo, e-mail e telefone;
- Créditos aos órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo, se pertinente;
- Informação sobre a contribuição de cada autor para a elaboração manuscrito;
- Informação sobre conflitos de interesses.

○ Texto Completo

No arquivo “Texto Completo” a autoria do trabalho precisa ser removida do documento e da opção propriedades no Microsoft Word, evitando que as identidades dos autores e revisores sejam conhecidas uns pelos outros. Garantindo desta forma o critério de sigilo da revista e assegurando a Avaliação Cega por Pares. Além disso, deverá apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem:

**Título:** Em português e inglês, claro, conciso e completo, indicando o conteúdo do trabalho. Título e subtítulo devem ser separados por dois pontos.

**Resumo:** Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 250 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.

**Palavras-chave:** Deverão ser selecionadas no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, extraídas do [Medical Subject Headings](#) (MESH) da National Library of Medicine ou [Descritores em Ciências da Saúde](#) (DeCS) da Bireme.

**Abstract:** Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective, Methods, Results e Conclusion.

**Keywords:** Versão fidedigna das palavras-chave, redigidas em inglês, extraídas do [Medical Subject Headings](#) (MESH) da National Library of Medicine ou [Descritores em Ciências da Saúde](#) (DeCS) da Bireme.

Com exceção dos manuscritos apresentados como Editorial e Carta ao Editor os trabalhos deverão seguir o formato abaixo:

**Introdução:** Deve conter revisão de literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema e que destaque sua relevância, não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

**Objetivo:** Estabelece o objetivo ou finalidade do trabalho, deve ser claro, preciso e coerente.

**Métodos:** Deve conter descrição clara e sucinta, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

**Resultados:** Sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras. Tabelas são formas não discursivas de apresentar informações, das quais o dado numérico se destaca como informação central. Elaboradas de forma a serem autoexplicativas e com análise

estatística as tabelas devem ser limitadas e numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos de acordo com a ordem de menção. Devendo vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. O título da tabela é colocado na sua parte superior, grafado com letras minúsculas, respeitando as regras gramaticais do idioma.

**Discussão:** Deve explorar adequadamente e objetivamente os resultados discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

**Conclusão:** Apresentar conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

**Agradecimentos:** Podem ser registrados agradecimentos em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

**Pesquisas envolvendo seres humanos:** Resultados de pesquisas relacionadas a seres vivos devem ser acompanhados de cópia de parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro credenciado junto ao [Conselho Nacional de Saúde](#) (CNS). Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Métodos, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada. O número de identificação de pesquisas nos Registros de Ensaios Clínicos deverão ser apresentados após o resumo.

**Citações no texto:** Deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação e devem constar da lista de referências. Se forem 2 (dois) autores, citam-se ambos ligados pelo "&", se forem acima de 2 (dois) autores, cita-se o primeiro autor seguido da expressão latina "et al".

**Referências:** Deverão ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver. Nas referências com 2 (dois) até o limite de 6 (seis) autores, citam-se todos os autores; acima de 6 (seis) autores, citam-se os 6 (seis) primeiros autores, seguido da expressão latina "et al". Os títulos de periódicos

devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com "list of journals indexed in index medicus" da National Library of Medicine. Nas referências, o DOI do documento referenciado deve fornecer o link ativo e completo, ou seja, sempre precedido de <http://dx.doi.org/>. Desse modo, permitirá acesso ao texto completo em um único clique.

Exemplos | Norma Vancouver

Livros

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulos de livros

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Dissertações e teses

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Artigos de periódicos

Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2005; 115 (2 Suppl):519-617. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1441>

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;943(1):15-22. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0006-8993\(02\)02471-x](https://doi.org/10.1016/s0006-8993(02)02471-x)

Outros Exemplos Consultar

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

- Imagens

Tabelas, quadros e figuras são aceitos, devendo ser assinalados no texto pelo seu número de ordem e local onde serão intercalados. Se as ilustrações enviadas já tiverem sido publicadas, mencionar a fonte. Trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto são da responsabilidade do autor. Informação oriunda de comunicação pessoal, trabalhos em andamento e não publicados não devem ser incluídos na lista de referências.

Os arquivos de “Imagens” deverão, impreterivelmente, seguir as seguintes instruções:

Para Artigos Originais, Revisões Sistemáticas e Tendências & Reflexões (até cinco tabelas e/ou figuras) no total. Para Relatos de Caso (até três tabelas e/ou figuras) e para Comunicação Breve (até duas tabelas e/ou figuras) no total.

As tabelas e quadros devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável (Microsoft Word, Microsoft Excel). Os títulos das tabelas e dos quadros devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou quadros. Tabelas e quadros podem ser elaborados em branco e preto ou coloridas.

Tabelas: São formas não discursivas de apresentar informações, das quais o dado numérico se destaca como informação central. Elaboradas de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística as tabelas devem ser limitadas e numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos de acordo com a ordem de menção. Devendo vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. O título da tabela é colocado na sua parte superior, grafado com letras minúsculas, respeitando as regras gramaticais do idioma.

Quadros: Diferenciam-se das tabelas por apresentarem um teor esquemático e descritivo, e não estatístico. A apresentação dos quadros é semelhante à das tabelas, exceto pela colocação dos traços verticais em suas laterais e na separação das casas.

Figuras: Denominação genérica atribuída aos gráficos, fotografias, gravuras, mapas, plantas, desenhos ou demais tipos ilustrativos. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos sob a denominação genérica de Figura, devendo apresentar legendas de forma clara, abaixo da moldura, indicando-se em ordem sequencial. Devem ser apresentadas em arquivos dos tipos: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada) e limite de tamanho do arquivo de 10Mb.

#### Análise e Aceite de Manuscritos

A Acta Fisiátrica reserva o direito de não aceitar para avaliação os manuscritos que não preencham os critérios acima formulados e cuja temática se enquadre no escopo da revista. Uma análise preliminar verificará o atendimento aos requisitos de forma e redação científica para que o manuscrito atenda a todos os itens detalhados nas instruções aos autores da revista e esteja apto a ingressar no processo no processo editorial.

Os manuscritos aceitos para avaliação serão arbitrados por pelo menos dois revisores pertencentes ao quadro de colaboradores da revista ou pareceristas “*ad hoc*” em procedimento de revisão “duplo cego”. No processo de avaliação “duplo cego”, as identidades dos avaliadores e dos autores são ocultadas de ambas as partes. Nessa etapa, espera-se que os revisores avaliem o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. Os avaliadores observarão os critérios de originalidade, relevância, qualidade metodológica e científica. Os resultados das avaliações poderão ser:

Aceito: indica o mérito e atendimento às diretrizes, de forma que a submissão pode ir para a diagramação;

Correções obrigatórias: a submissão tem méritos, mas precisa de ajustes para atender às diretrizes;

Rejeitado: a submissão não atende à revista.

Os resultados e considerações serão enviados aos autores com prazo definido para a devolução da versão reformulada do manuscrito. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao endereço de e-mail informado na submissão, assim como para a observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito.

A Acta Fisiátrica reserva o direito de não aceitar para avaliação os artigos que não preencham os critérios acima formulados. O direito de efetuar nos originais alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical, com vistas a manter a uniformização bibliográfica e o padrão culto da língua, respeitando, porém, o estilo dos autores. Os originais e as provas finais não serão enviados aos autores.

Em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas instruções, os autores devem entrar em contato com Administração da Acta Fisiátrica por meio do endereço eletrônico [actafisiatrica@hc.fm.usp.br](mailto:actafisiatrica@hc.fm.usp.br)

## ANEXO E - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO MANUSCRITO 3

The screenshot shows a web application interface for manuscript submissions. The top navigation bar includes the text "Acta Fisioteráica" and "Tarefas 0". The main header area displays "Submissões" and "Fila 1" (with a count of 1) and "Arquivos". A search bar labeled "Minhas Submissões Designadas" contains the text "Buscar" and a "Nova Submissão" button. Below the search bar, a submission entry is displayed with the ID "214984" and the author "Dubow et al.". The title of the submission is "Avaliação biopsicossocial da pessoa com deficiência física através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde". To the right of the title, there is a button labeled "Avaliação" and a status indicator "0/1". The bottom of the interface features the text "Platform & workflow by OJS / PKP". The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with a temperature of 21°C, weather "Parc. nublado", and the date "29/09/2022".

## ANEXO F - NORMAS PARA SUBMISSÃO MANUSCRITO 4 (REVISTA SAÚDE EM DEBATE)

- Diretrizes para Autores
- SAÚDE EM DEBATE
- Diretrizes para autores

*Instruções para preparação e submissão de artigos*

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

### POLÍTICA EDITORIAL

A revista ‘Saúde em Debate’, criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A ‘Saúde em Debate’ aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

A revista ‘Saúde em Debate’ conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é Saúde debate, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

#### POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#) do tipo atribuição [CC-BY 4.0](#). Esta informação está disponível na *homepage* do *site* e na primeira página de todos os artigos.

#### DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

#### CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (atualizado em junho de 2023) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

#### POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista ‘Saúde em Debate’ oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a [Licença Creative Commons](#) do tipo atribuição [CC-BY 4.0](#).

Todo o conteúdo da revista está disponível para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores. A reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

## POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

### *Preprint*

A ‘Saúde em Debate’ aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o [SciELO preprints](#). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista ‘Saúde em Debate’. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

### Compartilhamento de dados

A revista ‘Saúde em Debate’ incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO ([modelo anexo](#)), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

## POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

A revista adota as ‘Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas’ recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (COPE): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em

[http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). A ‘Saúde em Debate’ segue o ‘[Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica](#)’ do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

### Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#), de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de ‘Material e métodos’, o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

### Política anti-plágio

A revista ‘Saúde em Debate’ adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. É possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

### Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

## Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’, contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*. As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a [Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais](#) colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item ‘Colaboradores’, localizado antes das referências.

## Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. A revista ‘Saúde em Debate’ atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’, em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

## ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

### Modalidades de textos aceitos para publicação

**Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

**Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

**Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

**Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

**Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que apótem contribuições significativas para a área.

**Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

**Entrevista:** texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

**Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

#### Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter

Na primeira página:

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a ‘Saúde em Debate’ apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem

conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

No corpo do texto:

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada.

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o ‘[Manual de Normalização de Referências](#)’ elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

## OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: ‘porta de entrada’; ‘Saúde em Debate’. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

#### ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do *e-mail* da revista ([revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)). A revista segue os procedimentos indicados no [‘Guia para registro e publicação de errata’](#) do SciELO.

#### RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo *e-mail* [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br). Recebida a reclamação, inicia-se processo de investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elabora-se relatório e encaminha-se, por *e-mail*, a resposta ao interessado com a decisão tomada.

Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

## DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO

### 1. Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais

Todos os autores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

### 2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

### 3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO

Os autores devem preencher o formulário: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

## DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

### 1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### 2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

○ POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a ‘Saúde em Debate’ encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361  
*E-mail:* [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

○ Artigo Original

Resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

○ Ensaio

Análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

○ Revisão

Revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

- Artigo de Opinião

Exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

- Relato de Experiência

Descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aporem contribuições significativas para a área.

- Resenha

Resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

- Entrevista

Texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

- Documento

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

- Depoimento

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

- Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

## ANEXO G - COMPROVANTE DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO “SOBRE A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: NARRATIVAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO”

https://www.scielo.org/br/journal/interf/interf/2023/04/2023-04-06/interf.v11n1.a2023-pp1699-1708

**SOBRE A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA:  
NARRATIVAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA EM BUSCA DA  
INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO**

**Camila Dubow**  
Universidade de Santa Cruz do Sul  
<https://orcid.org/0000-0002-6883-8897>

**Ana Gabriela Sausen**  
Universidade de Santa Cruz do Sul

**Gabriele Zawacki Milagres**  
Universidade de Santa Cruz do Sul

**Henrique Ziembowicz**  
Universidade de Santa Cruz do Sul

**Charlene dos Santos Silveira**  
Universidade de Santa Cruz do Sul

**Renita Baldo Moraes**  
Universidade de Santa Cruz do Sul

**Edna Linhares Garcia**  
Universidade de Santa Cruz do Sul

**Suzane Beatriz Frantz Krug**  
Universidade de Santa Cruz do Sul

**DOI:** <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v11.n1.a2023.pp1699-1708>



PDF

Publicado  
2023-04-06

Enviar Submissão

Idioma  
English  
Português (Brasil)

Informações  
Para Autores

Open Journal Systems

Navegar

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Roteiro para entrevista semiestruturada (Eixo 1)

### **1 - Dados de Identificação**

- 1.1 - Idade:
- 1.2 - Gênero:
- 1.3 - Município de residência:
- 1.4 - Profissão/ocupação:
- 1.5 - Atualmente está em atividade?
- 1.6 - Qual é a sua deficiência?
- 1.7 - Parte do corpo acometida:
- 1.8 - Causa da deficiência:
- 1.9 - Quanto tempo você é paciente na clínica:
- 1.10 - Reside sozinho ou com acompanhante (filho(a), cuidador, parceiro(a)):
- 1.11 - Reside em área rural ou urbana (cidade ou interior):
- 1.12 - Como você se desloca? Meio de transporte que você utiliza: (ônibus, carro próprio, carro da prefeitura...)
- 1.13 - Escolaridade (Até que série ou ano você estudou):
- 1.14 - Há quanto tempo convive com essa deficiência? Fale sobre. (dificuldades, descobertas de si, das suas capacidades, planos, emoções)
- 1.15 - Tem alguma atividade de diversão? (hobby)
- 1.16 - Realiza alguma atividade física?
- 1.17 - Você é fumante?

### **2 - Quais os serviços de saúde que você utiliza?**

- 2.1 - Além desses serviços, tem acompanhamento de outro profissional? (por exemplo: nutricionista, dentista, psicólogo, fono, assistente social e outros)
- 2.2 Você teve alguma dificuldade em ter o atendimento desses profissionais? (Se sim, quais?)

### **3 - Fale como foi a sua entrada nesse serviço?**

### **4 - Quais os cuidados em saúde que você recebe?**

### **5 - Como você percebe esses cuidados?**

### **6 - O que você acha que poderia ser feito para lhe ajudar mais?**

## **APÊNDICE B - Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupo Focal 01 (Eixo 2)**

### **OBJETIVOS DO GRUPO FOCAL 01:**

- Acolher os participantes;
- Realizar pactuações sobre o percurso da pesquisa;
- Problematizar a temática da CIF entre os participantes.

### **ORGANIZAÇÃO DO GRUPO:**

- Acolhimento e apresentação dos participantes;
- Apresentação dos objetivos da pesquisa;
- Combinações sobre o processo de realização da pesquisa;
- Discussões acerca da CIF, através de questões norteadoras.

### **QUESTÕES NORTEADORAS:**

- Você já ouviu falar sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)?
- Qual o conhecimento que você tem sobre a CIF?
- Qual a sua proximidade/experiências com esta classificação?

**APÊNDICE C - Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupos Focais Intermediários  
(Eixo 2)**

**OBJETIVOS DOS GRUPOS FOCAIS INTERMEDIÁRIOS:**

- Realizar avaliação e reflexões sobre o processo de implementação da CIF.

**ORGANIZAÇÃO DOS GRUPOS:**

- Acolhimento dos participantes;
- Discussões acerca do processo de implementação da CIF, através de questões norteadoras.

**QUESTÕES NORTEADORAS:**

- Como está sendo o processo de implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)?
- Quais as facilidades?
- Quais as dificuldades encontradas?
- Como essas dificuldades podem ser solucionadas?

## **APÊNDICE D - Roteiro com Tópicos Norteadores para Grupo Focal Final (Eixo 2)**

### **OBJETIVO DO GRUPO FOCAL FINAL:**

- Avaliar, sob a percepção dos participantes, o processo de implementação da CIF no SRFis.

### **ORGANIZAÇÃO DO GRUPO:**

- Acolhimento dos participantes;
- Discussões acerca do percurso de implementação da CIF, através de questões norteadoras.
- Encerramento.

### **QUESTÕES NORTEADORAS:**

- Como foi o processo de implementação da CIF?
- Quais os impactos que este processo teve na sua atuação profissional e/ou formação em saúde?
- Quais os impactos que este processo teve na atenção à saúde dos usuários do SRFis?
- Quais os impactos que este processo teve para a dinâmica de atuação do SRFis?

**APÊNDICE E - Códigos da CIF utilizados no Software Sistema Inteligente para CIF  
(SisCIF)**

<b>Funções do Corpo</b>
b110 Funções da consciência
b114 Funções da orientação
b117 Orientação intelectual
b140 Funções da atenção
b147 Funções psicomotoras
b152 Funções emocionais
b156 Funções da percepção
b160 Funções do pensamento
b164 Funções cognitivas de nível superior
b167 Funções mentais da linguagem
b180 Funções de experiência pessoal e do tempo
b235 Funções vestibulares
b260 Função proprioceptiva
b265 Função tátil
b270 Funções sensoriais relacionada às temperaturas e outros estímulos
b280 Sensação de dor
<b><i>Funções da voz e da fala</i></b>
b310 Funções da voz
b320 Funções da articulação
<b><i>Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório</i></b>
b420 Funções da pressão arterial
<b><i>Funções geniturinárias e reprodutivas</i></b>
b620 Funções miccionais b525 Defecação
<b><i>Funções neuromusculares e relacionadas com o movimento</i></b>

b710 Funções da mobilidade das articulações
b715 Funções da estabilidade das articulações
b720 Funções da mobilidade dos ossos
b730 Funções da força muscular
b735 Funções do tônus muscular
b740 Funções da resistência muscular
b750 Funções de reflexos motores
b755 Funções de reações motoras involuntárias
b760 Funções de controle do movimento voluntário
b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha
b780 Sensações relacionadas com os músculos e as funções do movimento
<b><i>Funções da pele e estruturas relacionadas</i></b>
b810 Funções protetoras da pele

<b>Estruturas do Corpo</b>
<b><i>Estruturas do sistema nervoso</i></b>
s110 Estrutura do cérebro
s120 Medula espinhal e estruturas relacionadas
s130 Estrutura das meninges
s140 Estrutura do sistema nervoso simpático
s150 Estrutura do sistema nervoso parassimpático
<b><i>Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório</i></b>
s410 Estrutura do aparelho cardiovascular
s430 Estrutura do aparelho respiratório
<b><i>Estruturas relacionadas com os aparelhos geniturinário e reprodutivo</i></b>
s610 Estrutura do aparelho urinário

<b><i>Estruturas relacionadas com o movimento</i></b>
s710 Estrutura da região da cabeça e do pescoço
s720 Estrutura da região do ombro
s730 Estrutura do membro superior
s740 Estrutura da região pélvica
s750 Estrutura do membro inferior
s760 Estrutura do tronco
<b><i>Pele e estruturas relacionadas</i></b>
s810 Estrutura das áreas da pele

<b>Atividade e Participação</b>
<b><i>Aprendizagem e aplicação de conhecimentos</i></b>
d110 Observar
d115 Ouvir
d155 Adquirir competências
d160 Concentrar a atenção
d163 Pensar
d177 Tomar decisões
<b><i>Tarefas e exigências gerais</i></b>
d210 Realizar uma única tarefa
d220 Realizar tarefas múltiplas
d240 Lidar com o stresse e outras exigências psicológicas
<b><i>Comunicação</i></b>
d310 Comunicar e receber mensagens orais
d330 Falar

<b><i>Mobilidade</i></b>
d410 Mudar a posição básica do corpo
d415 Manter a posição do corpo
d420 Auto-transferências
d430 Levantar e transportar objetos
d440 Utilização de movimentos finos da mão
d445 Utilização da mão e do braço
d450 Andar
d455 Deslocar-se
d460 Deslocar-se por diferentes locais
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento
d470 Utilização de transporte
d475 Conduzir
<b><i>Auto cuidados</i></b>
d510 Lavar-se
d520 Cuidar de partes do corpo
d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção
d540 Vestir-se
d550 Comer
d560 Beber
d570 Cuidar da própria saúde
d598 Auto cuidados, outros especificados
<b><i>Vida doméstica</i></b>
d629 Aquisição do necessário para viver, outro especificado e não especificado
d630 Preparar refeições
d640 Realizar as tarefas domésticas

d650 Cuidar dos objetos da casa
d660 Ajudar os outros
d698 Vida doméstica, outra especificada
d699 Vida doméstica, não especificada
<b><i>Interações e relacionamentos interpessoais</i></b>
d710 Interações interpessoais básicas
d720 Interações interpessoais complexas
d730 Relacionamento com estranhos
d740 Relacionamento formal
d750 Relacionamentos sociais informais
d760 Relacionamentos familiares
d770 Relacionamentos íntimos
<b><i>Áreas principais da vida</i></b>
d839 Educação, outra especificada e não especificada
d850 Trabalho remunerado
d855 Trabalho não remunerado
d860 Transações econômicas básicas
d865 Transações econômicas complexas
d870 Autossuficiência econômica
<b><i>Vida comunitária, social e cívica</i></b>
d910 Vida comunitária
d920 Recreação e lazer
d930 Religião e espiritualidade
d940 Direitos Humanos
d950 Vida política e cidadania

<b>Fatores Ambientais</b>
<b>Produtos e tecnologia</b>
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal
e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária
e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores
e130 Produtos e tecnologias para a educação
e140 Produtos e tecnologias para a cultura, atividades recreativas e desportivas
e150 Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso público
e155 Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso privado
<b><i>Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem</i></b>
e210 Geografia física
e250 Som
<b><i>Apoio e relacionamentos</i></b>
e310 Família próxima
e315 Família alargada
e320 Amigos
e325 Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade
e340 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais
e355 Profissionais de saúde
e360 Outros profissionais
<b><i>Atitudes</i></b>
e410 Atitudes individuais de membros da família próxima
e415 Atitudes individuais de membros da família alargada
e420 Atitudes individuais de amigos

e425 Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade
e440 Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e dos assistentes pessoais
e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde
e455 Atitudes individuais de outros profissionais
e460 Atitudes sociais
e465 Normas, práticas e ideologias sociais
<b><i>Serviços, sistemas e políticas</i></b>
e540 Serviços, sistemas e políticas relacionados com os transportes
e545 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a proteção civil
e550 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área jurídico-legal
e555 Serviços, sistemas e políticas relacionados com associações e organizações
e570 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social
e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde