

USO DA CIF NO SUS: A EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BARUERI/SP

Using ICF on SUS: the experience from Barueri/SP City

Eduardo Santana de Araujo¹

Resumo

A CIF traz um modelo sobre como se entender sobre funcionalidade e incapacidade. Uma abordagem denominada biopsicossocial é usada para se obter uma integração dessas várias dimensões da saúde, por isso, o modelo integrativo. Considerando-se a alta complexidade que envolve o uso da CIF, acredita-se que um uso resumido seja suficiente para gerar informações. Assim, o objetivo deste trabalho foi descrever o processo de uso da CIF em Barueri. Realizado um estudo de consenso com a equipe composta por fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais para construção de uma lista de categorias da CIF, consideradas as mais relevantes para esclarecimento das condições de funcionalidade dos pacientes atendidos. A construção da lista foi precedida de um treinamento sobre a CIF. A planilha é de fácil uso e é capaz de captar os dados para transformá-los em indicadores sobre funcionalidade humana. Com dados gerados pelo uso da classificação, estudos sobre prevalência, coeficientes de incidência, comparação de coeficientes, estudos de riscos ambientais, entre outros, já ser desenvolvidos para conhecimento do estado de funcionalidade, assim como já se faz em relação aos dados de morbidade e mortalidade.

Descritores: funcionalidade, incapacidade, dados.

Abstract

The ICF provides a model to understand the functioning and disability meaning. A biopsychosocial approach is used to obtain an integration of these various dimensions of health, so it can be seen as an integrative model. Considering the high complexity involved the use of ICF, we believe that a concise form is enough to generate information. The objective of this paper is to describe the process of using the ICF in Barueri City. A consensus with the team consisting of physiotherapists, speech therapists and occupational therapists was developed to build a list of ICF categories that they considered the most relevant to clarify the conditions of functioning of patients. The construction of the list was preceded by an ICF training. The spreadsheet is easy to use and it is able to capture the data to transform them into indicators on human functioning. With data generated by the use of the classification, prevalence studies, incidence rates, comparing coefficients, studies of environmental risks, among others, are already in development for knowledge of the state of functionality, as has been done in relation to morbidity and mortality data.

Descriptors: functioning, disability, data.

¹ Doutor em Saúde Pública, USP/2012. Mestre em Saúde Pública, USP/2008. "Fellow Senior" da Ordem dos Hospitaleiros Ortodoxos. Chefe de admissão e Coordenador do Programa HODU-CIF Brasil.

Introdução

O Município de Barueri localiza-se no setor oeste da Região Metropolitana de São Paulo, distante 30km da Capital Paulista e é residência para 240.749 pessoas (IBGE, 2010).

Figura 1 – Localização do Município de Barueri.



Um novo perfil populacional fez com que a prevalência de doenças crônico-degenerativas aumentasse, incluindo suas complicações (Chaimowicz, 1997). O foco da construção de indicadores de saúde se deslocou da mortalidade para a morbidade e, mais recentemente para as consequências das doenças crônicas (Costa, 2006).

No entanto, os debates sobre as teorias existentes para explicar a incapacidade podem ajudar na concepção de indicadores de saúde mais específicos (Sampaio, Madel, 2009), bem como na elaboração de políticas mais efetivas para a saúde.

A experiência da incapacidade é única e individual, levando a crer que a atenção à

saúde precisa ser revista por meio de uma lente mais ampliada, uma perspectiva holística de cuidado (NEVES e NUNES, 2009).

Uma ferramenta capaz de dar conta dessas necessidades foi publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 e se chama Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Ela foi aprovada pela OMS, indicada para uso pelos países membros por força da Resolução OMS 54.21/2001 (WHO, 2002) e tem importância reconhecida nas áreas do ensino, da pesquisa, da clínica, permitindo diferentes abordagens em setores como Educação, Trabalho, Estatísticas de Saúde, Políticas Públicas, Saúde, Seguridade Social, entre outros (WHO, 2002).

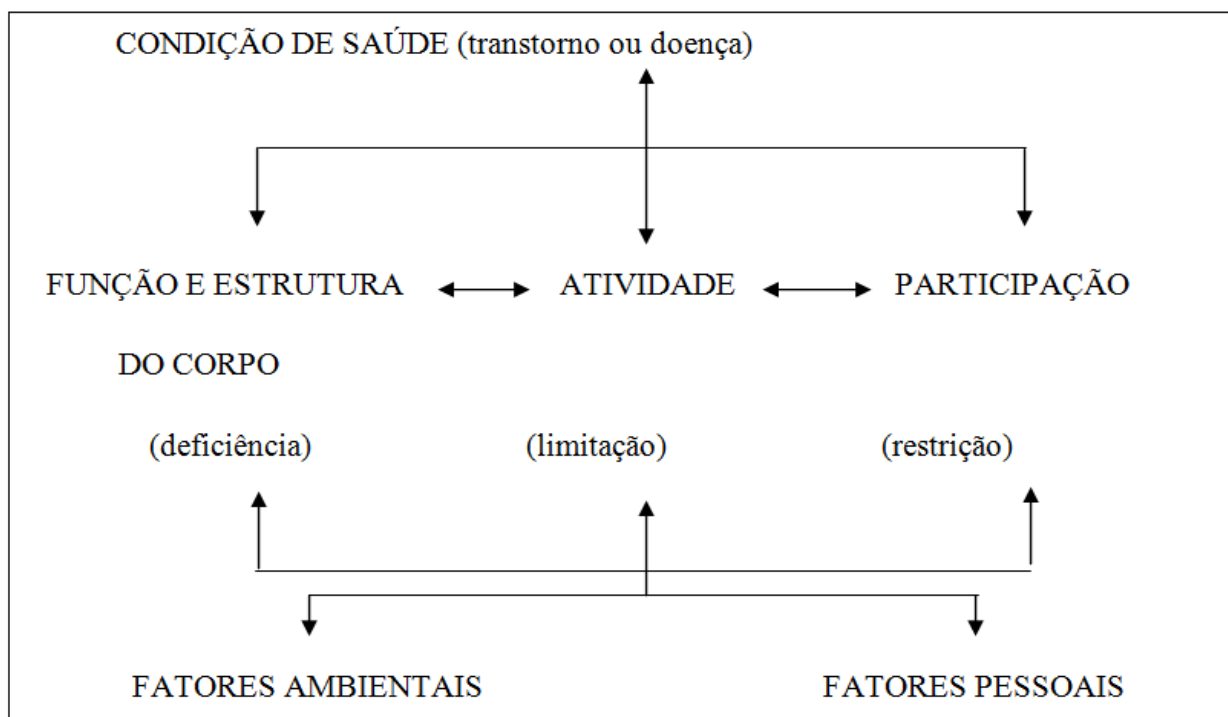
A CIF, além de um esquema de codificação, traz um modelo sobre como se entender sobre funcionalidade e incapacidade. O modelo proposto baseia-se na junção de dois modelos dicotômicos: o de interesse da deficiência e o de interesse social. Uma abordagem denominada biopsicossocial é usada para se obter uma integração dessas várias dimensões da saúde, por isso, o modelo também é chamado de integrativo (Riberto, 2011).

O modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade da OMS admite uma complexa interação e uma

completa multidirecionalidade entre seus componentes: transtorno - doença, funções - estruturas, atividades, participação,

fatores ambientais e fatores pessoais (como mostra a figura 2).

Figura 2 – Interação entre os componentes da CIF.



Fonte: OMS, 2001.

O uso da CIF como ferramenta estatística que permita a obtenção de informações sobre funcionalidade humana pode ser considerado a sua mais importante aplicação. Apesar de transcorridos 11 anos de sua publicação, ainda não existem dados sobre funcionalidade baseados na linguagem comum e padronizada oferecida pela classificação. Os sistemas de informação em saúde contêm apenas dados da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), ou seja, o código da doença ou condição/lesão.

O foco da CID é a morbidade e a

funcionalidade, como em relação ao ambiente de trabalho, por exemplo, e ao desempenho das atividades relacionadas à ele.

Muito mais do que estabelecer uma linguagem comum, e de estabelecer um padrão para a área, a CIF pode servir como ferramenta norteadora de ações estratégicas que melhorem a produtividade, a eficiência das intervenções e o direcionamento dos recursos financeiros.

A CIF possui mais de 1400 categorias. Isso significa que podem ser gerados, para uma mesma pessoa, mais de 1400 códigos.

Cada categoria é transformada em código ao ser completada por qualificadores, que são números que dão a magnitude de um problema dentro de uma categoria específica (OMS, 2003).

Considerando-se a alta complexidade que envolve o uso da CIF, acredita-se que um programa eletrônico seja capaz de facilitar o uso e, ao mesmo tempo, calcular indicadores pré-definidos, permitindo a vigilância contínua, a fim de gerar informações sobre Saúde. Assim, o objetivo deste trabalho é descrever o processo de uso da CIF como uma ferramenta de gestão no Município de Barueri.

Método

Foi realizado um estudo de consenso com a equipe composta por fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais das unidades coordenadas pela Atenção Básica do Município de Barueri/SP para construção de uma lista de categorias da CIF, consideradas as mais relevantes para esclarecimento das condições de funcionalidade dos pacientes atendidos pelo serviço. A construção da lista será precedida de um treinamento sobre a CIF.

Seguindo as regras de consenso Técnica Delphi, foi definida uma Ficha de Classificação para Coleta de Dados. A técnica tem por objetivo obter o consenso de um painel de pessoas com

conhecimento do assunto a ser investigado. As principais características desta técnica são o anonimato para evitar o domínio dos indivíduos isolados do grupo; iteração, o que permite que os membros do painel possam mudar suas opiniões nas rodadas subsequentes, e feedback controlado, mostrando a distribuição das respostas do grupo, bem como cada resposta anterior do indivíduo.

A técnica Delphi respeita os seguintes passos:

Rodada 1: Indivíduos envolvidos na causa e especialistas são selecionados, sendo convidados a opinar sobre um assunto específico, com base em seus conhecimentos e experiências sobre o tema. Obs: Estas opiniões são agrupadas sob um número limitado de posições e declarações e colocadas em circulação para todos os participantes.

Rodada 2: Os participantes classificam (ranqueiam) a sua concordância com cada item do construto. Obs: As classificações são sumarizadas e incluídas em uma versão secundária do construto.

Rodada 3: Os participantes re-classificam (re-ranqueiam) sua concordância com cada item do construto, com a oportunidade para mudar a sua pontuação, tendo em vista as respostas do grupo. Obs: As reclassificações são sumarizadas e

avaliadas pelo grau de consenso: se um grau aceitável de consenso é obtido, o processo finaliza-se, com feedback dos resultados finais obtidos aos participantes; se não, o terceiro passo é repetido.

Uma concordância mínima de 80% dos especialistas é o critério adotado para a retenção do item.

Após a definição das categorias a serem utilizadas, a assistência técnica do Núcleo de Informações da Coordenadoria do Planejamento e Apoio ao Sistema Municipal de Saúde desenvolveu uma planilha para condensação dos dados, para geração de indicadores e para posterior análise.

Periodicamente, os dados são analisados, as informações são publicadas e oferecidas à gestão da saúde e de outras Secretarias para subsidiar ações e políticas públicas municipais.

Resultados e Discussão

A planilha é de fácil uso e é capaz de captar os dados para transformá-los em indicadores sobre funcionalidade humana. Com dados gerados pelo uso da classificação, estudos sobre prevalência, coeficientes de incidência, comparação de coeficientes, estudos de riscos ambientais, entre outros, já ser desenvolvidos para conhecimento do estado de funcionalidade, assim como já se faz em relação aos dados de morbidade e mortalidade. O quadro 1 apresenta a ficha de coleta de dados.

Quadro 1 – Categorias da ficha de notificação da CIF após consenso

Fisioterapeutas
b2350 Funções vestibular de posição
b2352 Funções vestibular do movimento
b280 Sensação de dor
b445 Funções dos músculos respiratórios
b6202 Continência urinária
b710 Mobilidade de articulações
b730 Funções da força muscular
b735 Funções do tônus muscular
b760 Funções do controle motor voluntário
d4100 Deitar-se (desempenho)
d4101 Agachar-se (desempenho)
d4102 Ajoelhar-se (desempenho)
d4103 Sentar-se (desempenho)
d4104 Levantar-se (desempenho)
d420 Transferências (desempenho)
d450 Andar (desempenho)
d4702 Utilizar transporte público (desempenho)
Fonoaudiólogos
b140 Funções da atenção
b144 Funções da memória
b230 Funções auditivas
b250 Funções gustativas
b310 Funções da voz
b330 Fluência e ritmo da fala
b5101 Deglutição
b730 Funções da força muscular
b735 Funções do tônus muscular
d3 Conversação (desempenho)
d550 Comer (desempenho)
d560 Beber (desempenho)
Terapeutas Ocupacionais
b140 Funções da atenção
b144 Funções da memória
d470 Utilização de transporte público (desempenho)
d430 Levantar e carregar objetos (desempenho)
d440 Utilização de movimentos finos da mãos (desempenho)
d475 Dirigir veículo motorizado (desempenho)
d510 Lavar-se (desempenho)
d540 Vestir-se (desempenho)
d920 Recreação e lazer (desempenho)

Inicialmente, o uso tem permitido conhecer o perfil detalhado da demanda, conhecer as regiões da cidade com mais necessidade dos serviços, conhecer as alterações de funcionalidade mais frequentes com a respectiva gravidade, conhecer o impacto das intervenções independente de não haver cura para a doença e identificar necessidades de mudanças em fatores ambientais para estimular a funcionalidade e evitar a incapacidade.

Para utilização da CIF a partir de listas específicas, tem sido usual a execução de um processo de consenso entre especialistas. Essa parece ser a forma mais apropriada, sendo o método Delphi o mais utilizado desde o início do processo de elaboração dessas listas (Weigl, et al, 2004) até a atualidade (Kalay, Fujimori, Suzuki, et al, 2010).

As atividades dos especialistas em saúde envolvem a promoção, a prevenção e o tratamento. É importante que uma ficha de notificação seja amigável, que o tempo de preenchimento seja curto e suficiente para atingir os objetivos propostos na geração de informações.

Araujo e Buchalla (2011), em estudo de revisão verificaram que a unificação da linguagem é uma das necessidades atuais da área de Funcionalidade Humana. Há

uma contribuição neste sentido com a criação da ferramenta.

O envolvimento dos profissionais de saúde com sistemas de informação de saúde ainda é pequeno, pois parece haver falta de entendimento sobre a importância das informações geradas por eles para a Saúde Pública. O reconhecimento da importância, aplicabilidade e vantagens do uso da CIF depende de diversos fatores, como a clareza sobre o que essas informações podem gerar de retorno para a atividade da área. Com dados gerados pelo uso da classificação, estudos sobre prevalência, incidência, comparação de coeficientes, estudos de riscos ambientais, entre outros, poderão ser desenvolvidos para conhecimento do estado de funcionalidade, assim como já se faz em relação aos dados de morbidade e mortalidade.

Considerações Finais

Um sistema eletrônico apropriado a ser criado será um instrumento de fácil uso, que pode ser adaptado aos prontuários físicos ou até mesmo aos prontuários eletrônicos, em serviços e sistemas de saúde. Assim, determina-se uma forma rápida e viável de aplicação da classificação por meio de um instrumento prático, capaz de gerar informações sobre a

funcionalidade, mesmo que de forma superficial. É importante salientar que dados essenciais para o conhecimento da evolução, da incidência e da prevalência de incapacidades nas populações, estão numa situação de invisibilidade atualmente no Brasil, apenas com o uso da CID. Sendo CIF e CID complementares entre si, existe a necessidade clara de um sistema de informação mais completo.

Com isso, o SUS poderá ser beneficiado com dados que vão além das doenças e causas de morte, ampliando a informação para funcionalidade, incapacidade e fatores ambientais. Além disso, estaremos cumprindo diretrizes apontadas pela Participação da Comunidade no SUS, tanto no que se refere à Resolução CNS 452/2012 quanto à aprovação por unanimidade da Política Nacional de Saúde Funcional na DÉCIMA TERCEIRA Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 2007.

Referências

- Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, Ustun TB, Stucki G. Linking health-status measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2002; 34:205-10.
- De Pedro-Cuesta J, CominComin M, Virues-Ortega J, AlmazanIsla J, et al. ICF-based disability survey in a rural population of adults and older adults living in Cinco Villas, Northeastern Spain: design, methods and population characteristics. *Neuroepidemiology*. 2010; 35(1):72-82.
- Fernandez-Lopez JA, Fernandez-Fidalgo M, Cieza A. Quality of life, health and well-being conceptualizations from the perspective of the International Classification of Functioning, disability and health (ICF). *Revista Espanola de Salud Publica*. 2010; 84(2):169-84.
- Finger ME, Escorpizo R, Glassel A, Gmunder HP, Luckenkemper M, Chan C, Fritz J, Studer U, Ekholm J, Kostanisek N, Stucki G, Cieza A. ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. *Disability and Rehabilitation*. 2012; 34(5):429-38.
- Hinsch KD, Zick. International classification of function, disability and health (ICF): Basis for cutaneous rehabilitation management. *Hautarzt* 2010; 61(4):294-301.
- Kalay L, Fujimori S, Suzuki H, Minamoto K, et al. Description of environmental determinants of quality of life in children with intellectual disability in Japan using the Delphi technique. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2010; 15(2):73-83.
- McDougall J, Wright V, Rosenbaum P. The ICF model of functioning and disability: Incorporating quality of life and human development. *Developmental Neurorehabilitation*. 2012; 13(3):204-211.

- Palisano RJ. A collaborative model of service delivery for children with movement disorders: a framework for evidence-based decision making. *Physical Therapy*. 2006; 86 (9):1295-305.
- Pollard B, Dixon D, Dieppe P, Johnston M. Measuring the ICF components of impairment, activity limitation and participation restriction: an item analysis using classical test theory and item response theory. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2009; 7(41).
- Sampaio RF, Madel TL. Funcionalidade e Incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (3):475-83.
- Weigl M, AC, CA, BK, et al. Identification of relevant ICF categories in patient with chronic health conditions: A Delphi exercise. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004; (44):12-21.